



LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
TRIMESTRAL | ABR./MAI./JUN 2017
ANO 3 | NÚMERO 10 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicações


ANTEVISÃO
23.º Congresso
Nacional de
Medicina Interna

Rui Victorino, professor da FMUL:

**"O SNS VAI PRECISAR
CADA VEZ MAIS DE
HOSPITAIS COORDENADOS
E LIDERADOS PELA MI"**



PUBLICIDADE

sumário

Entrevista

- 06 Rui Victorino, professor catedrático da FMUL e diretor do Serviço de Medicina II do Hospital de Santa Maria, CHLN**
“O SNS vai precisar cada vez mais de hospitais coordenados e liderados pela Medicina Interna”

Reportagem

- 26 Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV)**
Equipa jovem e dinâmica investe na diferenciação em diversas áreas da Medicina

Discurso direto

- 32 P. Moraes Sarmiento**
Ferro intravenoso na insuficiência cardíaca: FAIR-HF2 Trial
- 34 Telo Faria**
Do diagnóstico da infeção ao modelo de gestão
- 38 Patrício Aguiar**
Mucopolissacaridoses
- 41 António Mário Santos**
Cuidados diferenciados de Medicina Interna em cirurgia vascular

Notícias

- 11 Luís Campos é o novo presidente da Comissão de Qualidade e Assuntos Profissionais**
Federação Europeia de Medicina Interna
- 11 Internato Médico do Beatriz Ângelo é o mais apreciado pelos internos**
António Martins Baptista diz que o hospital tem “o ensino no seu ADN”

- 22 Nova equipa do GERMI**
A vontade de publicar “critérios de otimização terapêutica” em idosos
- 23 NEDF quer incentivar projetos de investigação**
Novo coordenador, Arsénio Santos, aborda os projetos de Núcleo para 2017
- 24 Nova Direção da SPH quer doentes “mais motivados no tratamento”**
Manuel de Carvalho Rodrigues tomou posse como presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão
- 35 Miguel Castelo-Branco é o atual presidente da SPSim**
Sociedade de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde
- 36 Manuel Teixeira Veríssimo eleito presidente do Colégio da Competência de Geriatria da OM**
Nos primeiros dias de janeiro
- 37 “Sucesso da MI nas doenças raras depende das pontes com outras profissões e especialidades”**
Referiu Luís Campos, ao intervir no VII Simpósio do NEDR
- 40 Internistas assumem o papel de doentes e atualizam conhecimentos**
Tratamento da diabetes no hospital foi tema de curso
- 42 Estudo mostra que idosos a viver em lares têm maior risco de desnutrição**
Tendo João Gorjão Clara como investigador principal
- 44 Formar formadores para uma formação de qualidade**
Segunda edição do Curso de Orientadores de Formação em MI

Espaço Internos

- 45 Receção aos novos internos ajuda “a reduzir os níveis de ansiedade e a aumentar a segurança”**
Afirmou Luís Campos na sessão de Lisboa
- 46 Sessão de boas-vindas aos internos em Braga**
Evento também esclareceu dúvidas
- 48 Tânia Afonso**
Ser interno de Medicina Interna em... Bragança
- 49 Sara Camões**
Gestão de tempo no Internato Médico
- 50 José Maia de Sousa**
O internato de MI num hospital distrital vs hospital central

Especial Antevisão 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna

- 12 Uma das “linhas de força” do 23.º Congresso**
A ligação da MI com a MGF
- 14 Luís Campos**
A SPMI e a colaboração com os países da Lusofonia
- 15 Alfredo Martins**
DPOC – uma abordagem mais personalizada
- 16 Maria da Luz Brazão**
Respostas para reduzir a sobrelotação dos serviços de Urgência hospitalares
- 19 Filipe Froes**
Pneumonia da comunidade: importam os microrganismos atípicos?
- 20 Trabalhos vencedores ex aequo do Prémio Jorge Caldeira**
Daniela Alves / Diana Fernandes



06



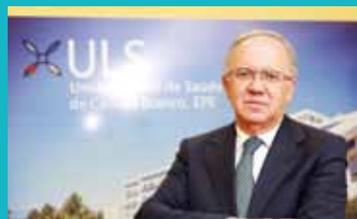
26



37

Jornadas da Qualidade: ULS de Castelo Branco prepara acreditação de mais 4 serviços

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco realizou, em fevereiro, as suas 1.ªs Jornadas da Qualidade. Segundo António Vieira Pires, especialista de Medicina Interna e presidente do CA da ULSCB, a ideia de organizar este evento surgiu “atendendo à nossa evolução na área da qualidade”.



Relativamente ao trabalho desenvolvido pela ULSCB no âmbito da qualidade, aquele responsável destaca a acreditação de quatro serviços pelo referencial ACSA, adquirido pelo Ministério da Saúde, e a preparação de outros quatro, para se seguirem àqueles na acreditação pelo mesmo referencial.

A ULSCB possui também a certificação do Serviço de Patologia Clínica pelo referencial da ISO 9001-2008, estando na transição para a norma 2015. No que respeita à classificação atribuída pela Entidade Reguladora da Saúde, baseada no referencial da Joint Commission International, a ULSCB manteve a excelência clínica em todos os serviços clínicos que entram na avaliação.”



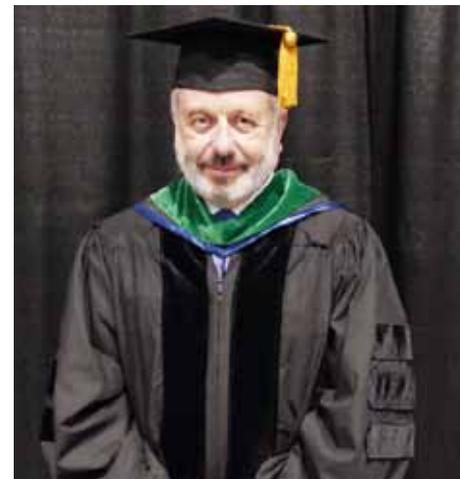
Foto da capa
Rui Victorino fotografado no espaço da exposição “Arte visitante”, na Unidade de Imunologia Clínica da FMUL.

Luís Campos eleito membro honorário do American College of Physicians

Luís Campos, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) foi eleito *honorary fellow* (membro honorário) do American College of Physicians (ACP), durante a sua reunião anual, no final de março, em San Diego, nos EUA. Este título é atribuído a internistas que se notabilizaram internacionalmente nesta especialidade. A distinção é entregue numa cerimónia de convocação onde o Colégio reconhece e aplaude os seus novos *fellows* e os destinatários de várias honras, incluindo mestres, governadores de capítulo e prémios nacionais. A comunidade global de Medi-

cina Interna é representada por colegas de numerosas sociedades de MI de todo o mundo, além da Sociedade Internacional de MI, da Federação Europeia de MI (EFIM) e das faculdades e academias reais, que se unem aos líderes do ACP neste importante momento para a especialidade.

O American College of Physicians foi fundado em 1915, sendo a maior organização de especialidades médicas nos EUA. Os membros do ACP incluem 148.000 médicos de Medicina Interna, subespecialistas relacionados e estudantes de Medicina.



O cumprimento da Medicina Interna ao novo bastonário



Luís Campos, presidente da SPMI, saudando Miguel Guimarães, momentos depois da tomada de posse do urologista como bastonário da Ordem dos Médicos, aos 54 anos. A cerimónia, a que não faltou o ministro da Saúde e nem sequer o próprio Presidente da República, aconteceu na Academia das Ciências de Lisboa. Aos 8 de fevereiro de 2017.

LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Coreti Reis **Redação:** Bruno Miguel Dias, Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarino Mendes **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade:** Ana Paula Reis, João Sala **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade 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 Montereira, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, Espanha **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como “Informação”.

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

Publicações

justNews



PUBLICIDADE





RUI VICTORINO, PROFESSOR CATEDRÁTICO DA FMUL E DIRETOR DO SERVIÇO DE MEDICINA II DO HOSPITAL DE SANTA MARIA, CHLN:

“O SNS vai precisar cada vez mais de hospitais coordenados e liderados pela Medicina Interna”

O ensino e a investigação são duas áreas a que Rui Victorino, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e diretor do Serviço de Medicina II do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, se tem dedicado. Numa entrevista que concedeu à Just News, o ex-presidente do Conselho Científico da FMUL (2009-2016), que é vice-presidente da SPMI (região Sul), fala, entre outros assuntos, sobre o panorama do ensino da Medicina em Portugal e da importância que a Medicina Interna assume nestas áreas.

Just News (JN) - É coordenador do ensino de Medicina Interna 2 no 5.º ano da FMUL e do ensino de Imunologia Clínica no 5.º ano e na cadeira de opção do 4.º ano. É ainda responsável por estágios clínicos do 6.º ano de Medicina Interna no mesmo Serviço. Como avalia o ensino da Medicina em Portugal?

Rui Victorino (RV) - A minha avaliação é bastante positiva, sobretudo quando se aprecia e avalia o desempenho dos estagiários e internos que nos chegam depois de terem terminado o curso médico. O seu desempenho é superior à média do que vemos nos internos vindos de outros países europeus. É evidente que há dificuldades, que temos vindo a ultrapassar, mas, no contexto europeu, a preparação global dos médicos formados é muito boa.

JN - Na sua ótica, que papel deve ter a Medicina Interna no ensino?

RV - A MI tem um papel integrador das várias especialidades médicas. Harmonizar todo o conhecimento factual e a prática de cada uma das especialidades focadas num só órgão ou sistema e aplicar esse conhecimento e essa prática ao doente no seu todo é um grande desafio a que o internista procura dar resposta. Por exemplo, sabemos que no Serviço de Medicina II o número médio de diagnósticos identificados por doente é de oito e cada doente tem, em média, cerca de quatro doenças crónicas diferentes. Ou seja, a abordagem global destas situações feita pela Medicina Interna é fundamental, o que não retira importância à colaboração de outras especialidades, e esse papel integrador

deve ser transmitido durante a formação pré-graduada médica, uma vez que o perfil de doentes na atualidade assim o exige.

JN – A especialidade tem sido devidamente valorizada no ensino?

RV – Nos anos 50 e 60, os internistas desempenhavam nas Escolas Médicas o papel central como professores na fase clínica do curso. A partir dos anos 70, houve um desenvolvimento das especialidades médicas e algum afastamento da Medicina Interna no âmbito académico. Na atualidade, há uma consciência crescente no sentido de valorizar a Medicina Interna no ensino. O SNS vai precisar cada vez mais de hospitais coordenados e liderados pela Medicina Interna. É uma tendência internacional que se está a verificar e temos de responder a este desafio para a Medicina Interna.

JN – Quais são, no seu entender, os maiores desafios dos internistas no que respeita ao ensino?

RV – Um dos desafios é ampliar o papel-chave da Medicina Interna no ensino pré-graduado. Ou seja, manter um ensino em que a visão “internística” está muito presente, evitando os desvios para modelos em que o estudante de Medicina era exposto sucessivamente aos temas cardiológicos, gastroenterológicos, endocrinológicos e todos os outros, esquecendo a perspetiva integradora. Este é um dos grandes desafios, mas há outros...

JN – O surgimento de novas especialidades médicas ameaçou a Medicina Interna?

RV – Penso que houve uma ameaça muito substancial desde que as especialidades médicas surgiram, sobretudo a partir dos anos 70. A SPMI tem tido o importante papel de contrariar esta tendência, através de divulgação e projeção da especialidade de MI. Na minha opinião, está a haver um maior reconhecimento do papel fundamental da MI, até por parte das autoridades de saúde, mas é ainda necessário concretizar o reforço do seu papel nos hospitais...

JN – A especialidade tem sido bem aproveitada nos hospitais?

RV – Acho que a MI tem sido aproveitada, no sentido em que é uma especialidade crítica para o funcionamento dos hospitais, assumindo um papel fundamental não só pelo número de camas que tem, mas também por ter um papel central na resposta à pressão assistencial vinda das urgências. O papel da MI é grande, mas o reconhecimento, a compensação e o estímulo às pessoas que estão a desempenhar esse papel absolutamente fundamental é insuficiente e isto pode levar a algum desânimo e cansaço, porque a pressão sobre os médicos internistas está a ser muito grande. Diria que o reconhecimento existe formalmente no discurso, mas, na prática, é necessário torná-lo mais efetivo.

JN – Está também muito ligado, como investigador clínico, ao Instituto de Medicina Molecular (IMM) desde a sua fundação. Os internistas têm desenvolvido investigação em quantidade satisfatória?



RV – Há boa investigação clínica a acontecer, mas o número de publicações vindas de internistas ainda tem de aumentar bastante, embora, para isso, seja preciso criar condições. Há algumas medidas nos últimos anos que melhoraram essas condições, mas numa escala pequena. No nosso Serviço tirámos algum partido do modelo Internato/Doutoramento criado há uns anos pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência. Este assentava na ideia de prolongar o internato da especialidade em dois anos ou três, de modo a completar nesses sete ou oito anos a especialidade de Medicina Interna e o doutoramento. Tivemos vários internistas a fazer este programa que são hoje em dia jovens especialistas em Medicina Interna com doutoramento e, portanto, bem preparados para responsabilidades académicas no ensino da Medicina.

Se não se garantirem condições para esses médicos, por exemplo, através de algum tempo protegido e outros meios para prosseguirem os projetos, pode-se perder essa iniciativa anterior que foi muito boa. Ou seja, para além do Internato/Doutoramento, são necessários programas de apoio aos jovens especialistas para continuarem a fazer investigação após o doutoramento.

JN – No Serviço que dirige, a componente de investigação tem um peso relevante?

RV – Tem algum peso, mas queríamos que tivesse mais. A grande limitação é a pressão assistencial que é muito forte. Obviamente que as obrigações assistenciais e clínicas são prioritárias e, muitas vezes, a investigação fica para segundo plano. Os casos dos internos



doutorandos foram bem-sucedidos, tendo concretizado projetos de investigação com publicações internacionais muito boas e completando a especialidade e o doutoramento com elevadas classificações.

JN – Há hoje mais internistas a fazer doutoramento?

RV – Apesar de tudo, na minha perspetiva, o panorama é melhor do que era há 10 anos, mas penso que tem de ser ainda incrementado para garantir a tal perspetiva “internística” na preparação pré-graduada dos médicos. No HSM, por exemplo, há seis doutoramentos de internistas em curso ou terminados em 2016.

Note-se que os médicos sem doutoramento também têm um papel importantíssimo no ensino. A maioria dos que colaboram no ensino da Medicina II na nossa

Faculdade não são doutorados e não é necessário que o sejam, pois, são excelentes docentes. Contudo, tem de haver alguns com doutoramento e com um envolvimento académico e de investigação mais intenso. Esses são fundamentais para assegurar uma faculdade com uma tónica forte na Medicina Interna.

As bolsas para programas de Internato/Doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) e o Ministério da Saúde não têm sido abertas com a regularidade desejável. Supostamente eram para ser abertas anualmente e não com intervalos de 3-4 anos, como tem acontecido.

JN – Considera que a Medicina Interna é hoje mais ou menos atrativa para os jovens médicos do que era há alguns anos?

RV – Esse é um problema muito importante. Por exemplo, nos anos 70, quando me formei, era escolhida maioritariamente pelos estudantes que tinham obtido melhores classificações. Alguns deles aspiravam a ter uma carreira de liderança hospitalar ou académica. Hoje em dia, acho que a MI está a ser percecionada como menos atrativa. No entanto, ainda há muitos médicos bem classificados a escolher Medicina Interna por vocação e que se dedicam com muito entusiasmo, apesar da elevada exigência desta especialidade. Por outro lado, a compensação económica é talvez mais limitada do que noutras especialidades e o reconhecimento também nem sempre é o maior.

Apesar de tudo, acredito que os hospitais vão ser cada vez mais influenciados, liderados e determinados pela Medicina Interna e que há muitas oportunidades para os jovens, inclusivamente para aqueles muito bem preparados que queiram ter posições de liderança nas instituições. A atividade de ensino e de investigação pode ser muito motivadora para o internista e pode ser também um elemento para garantir alguma compensação económica. A preparação profissional do internista é muito exigente e a harmonização dos contributos das várias especialidades é trabalhosa. É um trabalho que é de certa forma silencioso e não tão facilmente quantificado e reconhecido.

JN – O que é que o atraiu na especialidade?

RV – É preciso recuar aos anos 70... O que me atraía era precisamente a visão integradora, ou seja, a capacidade de olhar para o doente como um todo. Também o desejo que tinha na altura de prosseguir uma carreira académica e a Medicina Interna era bastante reconhecida como uma forma de afirmação dentro da própria universidade e do ensino pré-graduado... Considero que cada vez mais se reconhece que pode haver diferentes perfis de internista que, não perdendo a sua qualidade “internística”, se dediquem a determinadas áreas (por exemplo, doenças autoimunes, cuidados intensivos, cuidados paliativos, imunodeficiências, infeção VIH, farmacologia clínica, entre outras) e isto pode ser motivador para alguns.

JN – Recuando um pouco, quando decidiu que queria ser médico?

RV – Foi um ano ou dois antes de entrar para a Faculdade. Pode ter tido alguma influência o facto de o meu tio, Frederico Madeira, com quem convivi muito, ser internista e ser professor catedrático de Medicina na FMUL. Ele era um clínico com grande sentido humanístico e capacidade integradora e diagnóstica. Talvez esse exemplo familiar tenha tido alguma influência...

JN – Se não fosse médico, o que teria sido?

RV – Quando tinha uns 16 anos, ainda pensei em seguir Economia. Gostava muito das análises económicas e da parte da investigação nessa área.

JN – Tem-se dedicado muito às doenças de base imunológica...

RV – Sim. Fui muito exposto à área da Imunologia e da

sua aplicação à prática médica. Quando vim de Londres, onde estive a fazer parte do meu treino pós-graduado e o meu doutoramento pela Universidade de Londres sobre Imunorregulação na Doença de Crohn (1977-1981), organizei na FMUL uma Unidade de Investigação de Imunologia Clínica, da qual fui responsável até há cinco anos. Trabalhámos particularmente nas áreas das reações adversas imunológicas a fármacos e também na infeção VIH-SIDA. Atualmente, esta Unidade da FMUL é dirigida pela Prof.^a Ana Espada de Sousa – médica internista formada no Serviço de Medicina II e que, apesar de manter uma estreita interação com o Hospital, optou por uma carreira de professora/investigadora da FMUL,

tipo de investigação clínica centrado num caso clínico é importante, tal como o é a investigação sobre os resultados e os procedimentos adotados num Serviço – “*outcome research*”. É uma investigação que não é cara, ao contrário da de base laboratorial.

Por exemplo, há uns tempos desenvolvemos uma investigação que tinha como objetivo avaliar qual era o padrão e as práticas de cuidados paliativos dentro do próprio serviço, ou seja, tentar saber qual era o reconhecimento que os médicos faziam da necessidade de cuidados paliativos específicos. Esse retrato foi feito e identificaram-se insuficiências, em comparação com *guidelines* internacionais, sendo realizado a seguir um estudo pós-



o que tem sido muito importante para criar uma espécie de unidade facilitadora para os projetos de investigação com componente laboratorial realizados por médicos.

Os médicos a fazer projetos de investigação têm um espaço de acolhimento que viabiliza, num curto espaço de tempo (2-3 anos), a concretização de projetos internacionalmente competitivos, dado que há uma estrutura montada em termos laboratoriais, de equipamento e de conexões internacionais. Para além da área da infeção VIH-SIDA em particular, o estudo da “doença atenuada” associada ao VIH₂, o Laboratório integra o Centro de Imunodeficiências Primárias do CAML (Centro Académico de Medicina de Lisboa), que inclui serviços hospitalares, e o Laboratório de Imunologia Clínica da FMUL e do IMM. Para além dessa investigação com componente laboratorial, interessa-nos muito a investigação centrada na análise de casos clínicos individuais no Serviço.

JN – O que mais o cativa neste tipo de investigação?

RV – A simples análise de um caso clínico invulgar ou atípico pode constituir um pequeno projeto de investigação feito por um interno ou por um especialista. Esse

-intervenção, no qual se procurou saber se a reflexão, a análise e a divulgação de resultados do primeiro estudo tinham influenciado ou não as práticas clínicas.

JN – Continua também a lecionar...

RV – Essa parte ocupa-me bastante! Gosto muito do contacto com os alunos. Acho que eles são muitíssimo empenhados, interessados e capazes. Temos sorte porque temos excelentes estudantes de Medicina. Posso criticá-los, por vezes, mas não me queixo porque eles fazem um bom trabalho e progridem muito, terminando o estágio no 6.º ano com capacidades para fazerem um trabalho de qualidade.

JN – Quais os planos que faz para o futuro?

RV – A prioridade é contribuir para a valorização da Medicina Interna no Hospital de Santa Maria e reforçar o seu papel no ensino médico pré-graduado. Como coordenador do Programa de Doutoramento do CAML, tentaremos mobilizar mais médicos internistas para este programa que envolve a Faculdade de Medicina de Lisboa, o Hospital de Santa Maria/CHLN e o Instituto de Medicina Molecular.

Médico coleciona arte moderna e contemporânea

JN – Foi o criador de um projeto muito interessante designado por “Arte visitante”. Em que consiste e como surgiu?

RV – Tenho um interesse pessoal na área da arte moderna e contemporânea portuguesa. Há 20-30 anos que coleciono peças de arte de artistas portugueses desde o princípio do Século XX até à atualidade. Fui afetado por esse vírus do colecionismo (risos)...

Quanto ao projeto, o que aconteceu foi que, na altura em que se remodelou o espaço da Unidade de Imunologia Clínica, no Edifício Egas Moniz, achei interessante, em conjunto com as pessoas que ali desenvolvem a sua atividade, fazer um programa que consistia em o espaço ser “visitado” por peças da coleção. Portanto, a ideia foi trazer algumas peças de pintura e escultura que povoassem o espaço e que de vez em quando pudessem ser mudadas, realizando-se assim uma espécie de exposições temporárias partilhadas por um público alargado.

JN – Que peças estão atualmente expostas?

RV – A exposição atual inclui peças do José Pedro Croft (escultura e pintura), que é representante de Portugal na Bienal de Veneza este ano, do Pedro Cabrita Reis, do Ângelo de Sousa e do Francisco Tropa, que são artistas portugueses muito reconhecidos. Estas peças pertencem à parte mais contemporânea da coleção. Depois, há outra parte da coleção, de princípios e meados do século XX, que não se adaptaria tão bem a este espaço. Como é um espaço também muito visitado por médicos e estudantes estrangeiros de Doutoramento e Mestrado, é uma forma de divulgar a arte de artistas portugueses. Julgo que a presença das obras de arte agrada bastante a quem trabalha neste espaço.

JN – Dedicar muito tempo a esta paixão?

RV – Tenho pouco tempo livre, mas naquele que tenho aproveito para ver exposições em galerias, acompanhar as exposições temporárias em museus. Tento estar bem por dentro da obra de cada artista, no sentido de selecionar aquilo que melhor se integra na coleção.

JN – Tem muitas peças?

RV – Sim, é já um número muito significativo.

JN – Ainda consegue guardá-las em casa?

RV – Sim, ainda consigo! (risos)

FEDERAÇÃO EUROPEIA DE MEDICINA INTERNA

Luís Campos é o novo presidente da Comissão de Qualidade e Assuntos Profissionais

O presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), Luís Campos, é o novo presidente da Comissão de Qualidade e Assuntos Profissionais da Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM), para o biênio 2017-2019, tendo sucedido no cargo ao holandês Mark Kramer.

Em declarações à *Just News*, o diretor do Serviço de Medicina do Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, e professor auxiliar convidado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lis-

boa, explica que “esta Comissão existe já há alguns anos e tem sido a responsável pelas principais tomadas de decisões em assuntos relevantes relacionadas com a Medicina Interna na Europa, em nome da EFIM”.

“O facto de ser um português a presidir a esta Comissão traduz o reconhecimento da importância do modelo de Medicina Interna comum aos países do sul da Europa. Também é uma oportunidade de mobilizar as sociedades dos 33 países que integram a EFIM



Luís Campos

em torno de temas importantes para a Medicina Interna, para os sistemas de Saúde e para os doentes, temas que acreditamos vão estar na ordem do dia nos próximos anos”, considera Luís Campos, que é também membro da Comissão Nacional dos Centros de Referência e do Grupo de Trabalho para as Reformas de Proximidade do Ministério da Saúde

A primeira reunião da Comissão liderada por Luís Campos terá lugar em Lisboa, a 2 de junho.

SEGUNDO ANTÓNIO MARTINS BAPTISTA, “POR O HOSPITAL TER O ENSINO NO SEU ADN”

Internato Médico do Beatriz Ângelo é o mais apreciado pelos internos

Um inquérito de satisfação promovido pela Ordem dos Médicos e agora divulgado em pormenor permitiu concluir que, a nível nacional, foi o Internato Médico do Hospital Beatriz Ângelo que mais agradou aos internos. O seu diretor, António Martins Baptista, afirmou à *Just News* que “qualquer interno, seja de que especialidade for, tem de ser bem tratado por todos dentro do hospital, porque todo o hospital é responsável pela sua formação”.

O principal objetivo do inquérito, coordenado pelo Conselho Nacional do Médico Interno, foi avaliar, de forma metódica, a satisfação dos médicos internos com a realização do Internato Médico em Portugal. Os resultados seriam publicados em dezembro de 2016 na *Acta Médica Portuguesa* (artigo n.º 839), no entanto, nessa altura, apenas se divulgou que as instituições mais bem classificadas eram as de tipologia I. O nome do hospital que obteve a melhor classificação só agora foi conhecido.

De resposta anónima e participação voluntária, o inquérito realizou-se entre abril e maio de 2016, tendo sido dirigido a todos os 9774 médicos que realizavam, naquela data, o Internato Médico em 35 unidades do Serviço Nacional de Saúde. Responderam 3456 internos (35% do to-



António Martins Baptista

tal), tendo o HBA, na classificação por instituição, registado o índice de satisfação mais alto entre todos os hospitais do SNS. Questionado sobre as razões que considera terem levado os internos a sentir-se bem tratados no HBA, António Martins Baptista referiu, “em primeiro lugar, o facto de o hospital ter o ensino no seu ADN”. Por outro lado, “o hospital é novo e os internos que responderam ao inquérito são, provavelmente, os primeiros em cada especialidade e, portanto, ocuparam um campo de aprendizagem ainda em aberto, com um *staff* de especialistas ávidos por ensinar”.

Internos estão satisfeitos, mas há assimetrias, consoante a especialidade e a região

Constituído por 43 afirmações, o inquérito abrangeu diferentes aspetos relevantes para o ambiente educativo, sobre os quais os médicos internos eram chamados a dar

uma classificação de zero (“discordo totalmente”) a 4 (“concordo totalmente”).

A nível nacional, os médicos internos manifestaram, globalmente, elevados níveis de satisfação, embora se tenham revelado assimetrias, consoante a especialidade e a região.

Endocrinologia/Nutrição, Cardiologia, Anestesiologia, Medicina Geral e Familiar e Gastrenterologia foram as especialidades que obtiveram um grau de satisfação mais elevado. Já Medicina Legal, Oncologia Médica, Medicina Interna, Cirurgia Geral e Pneumologia apresentaram o grau de satisfação mais baixo.

Para além de diretor do Internato Médico do HBA, António Martins Baptista também é coordenador de Medicina Interna daquele hospital e do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna (NEFMI) da SPMI, de que já foi, aliás, presidente. Além disso, é o atual tesoureiro da Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM).

Ligação com a Medicina Familiar será uma das “linhas de força” do Congresso



COMISSÃO ORGANIZADORA DO CNMI 2017



Sara Rocha
H. Geral de Santo António, CHUP



João Neves
(tesoureiro)
H. Geral de Santo António, CHUP



Júlio R. Oliveira
H. Geral de Santo António, CHUP



Raquel Calisto
H. Pedro Hispano, ULS Matosinhos



Carlos Fernandes
H. Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães



Margarida França
H. Geral de Santo António, CHUP



Rute Ferreira
H. Pedro Hispano, ULS Matosinhos



Helena Sarmento
H. Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães



Olga Gonçalves
(secretária-geral) – CH de Vila Nova de Gaia



João Araújo Correia
(presidente)
H. Geral de Santo António, CHUP



Vasco Barreto
H. Pedro Hispano, ULS Matosinhos



“Os doentes da Medicina Interna são os mesmos da Medicina Geral e Familiar, embora os internistas e os especialistas em MGF os vejam em alturas diferentes da doença”, lembra João Araújo Correia. Na edição de 2017 do CNMI, que se realiza de 25 e 28 de maio, no Centro de Congressos da Alfândega do Porto, uma das “linhas de força” será, segundo aquele médico, o reforço da ligação entre a MI e a MGF. “Se não conseguirmos fazer com que o doente, depois de sair do hospital, seja bem acompanhado e haja diálogo entre o internista e o médico de família, não vamos avançar na Medicina em Portugal”, considera o diretor do Serviço de Medicina do Hospital de Santo António, Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP), frisando que “esta é uma fragilidade do Sistema Nacional de Saúde”.



Uma das últimas reuniões de trabalho da CO

Imagens que testemunham uma das últimas reuniões da Comissão Organizadora do CNMI 2017, nas instalações da Ordem dos Médicos no Porto. A sessão de trabalho juntou todos os 11 elementos da CO e incluiu o responsável da The House of Events.



CURSOS COM “ABERTURA COMPLETA ÀS OUTRAS ESPECIALIDADES”

Numa reunião com patrocinadores do Congresso, João Araújo Correia fez uma breve apresentação do programa preliminar do Congresso, tendo salientado alguns aspetos, como, por exemplo, o facto de os cursos pré-Congresso se realizarem, pela primeira vez, no fim de semana an-

terior ao do evento, ou seja, a 20 e 21 de maio. Estes cursos vão envolver cerca de 550 participantes (habitualmente internos), com uma “abertura completa às outras especialidades”. Realçou também que, este ano, o programa se iniciará no começo da tarde

de quinta-feira (25 de maio), ao contrário do que tem acontecido (apenas no final da tarde desse dia). No encontro também estiveram presentes Nuno Neves, diretor executivo da SPMI, e Pedro Cardoso, diretor da The House of Events, a empresa que assegura o Secretariado do Congresso.



A SPMI e a colaboração com os países da Lusofonia



Luís Campos

Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

A SPMI ESTÁ APOSTADA EM APROFUNDAR AS RELAÇÕES COM OS INTERNISTAS DOS PAÍSES LUSÓFONOS E ISSO VAI SER SIMBOLICAMENTE ASSINALADO ATRAVÉS DE UM ACORDO DE COOPERAÇÃO A SER ASSINADO DURANTE O 23.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA, NO PORTO.

Estimular a colaboração da Medicina Interna Portuguesa com os internistas dos países de língua portuguesa tem sido uma das prioridades da atual Direção da SPMI e é essa colaboração que estará em destaque na mesa-redonda que vamos fazer, dedicada a este tema, no 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna.

O universo da lusofonia é grande: o português é falado por cerca de 261 milhões de pessoas, sendo a quarta língua mais falada no mundo, atrás do mandarim, do castelhano e do inglês, sendo ainda a língua oficial de oito países. Este universo está em expansão, estimando-se que em 2050 haja 387 milhões de pessoas a falar português. Estes números dão-nos uma projeção da potencialidade que temos na exploração de oportunidades e sinergias, em que a existência de uma língua comum seja uma mais-valia.

Mas, para além da língua comum, existe uma história comum e, acima de tudo, a preservação de uma afetividade que não tem outro paralelo entre países colonizados e países colonizadores porque, pese embora muitas tropelias que fizemos, a nossa vocação sempre foi de miscigenação nas várias vertentes do conceito. Daí a manutenção de uma relação privilegiada com os países de língua portuguesa e a nossa vontade de continuar a aprofundar esta relação nos vários domínios.

A nível da Medicina, existe já uma Comunidade Médica de Língua Portuguesa, fundada em 2005, ao tempo em que o Dr. Germano de Sousa era bastonário da Ordem dos Médicos em Portugal. Essa associação foi recentemente reativada e vai promover o seu VII Congresso, no Porto, em setembro deste ano.

Em relação à Medicina Interna, temos tido alguma colaboração com países africanos, com destaque para Cabo Verde, onde tive o grato prazer de ter tido como tutorado o seu primeiro internista, o Dr. José Sousa Santos, e onde nos temos deslocado com regularidade para participar em cursos e congressos diversos. No entanto, Cabo Verde tem oscilado entre Portugal, Brasil e Cuba nos países de formação dos seus especialistas, com uma conseqüente diversidade na sua tipologia e tempo de formação que tem criado algumas dificuldades na regulação das competências em Cabo Verde.

A colaboração com a Guiné tem acontecido principalmente através do Prof. Carlos Vasconcelos, particularmente na área do VIH, integrado em missões organizadas pela Fundação Ricardo Sanhá.

São Tomé é talvez o maior exemplo de constância, coe-rência e amplitude de cooperação na área da saúde, a qual tem sido liderada pelo Instituto Vale Flor desde 1988, na pessoa do seu presidente, Dr. Paulo Freitas, também ele um internista, e por outro internista egípcio, o Dr. Ahmed Zaky. A atividade e os resultados nos indicadores de saúde do país são absolutamente impressionantes.

Lamentavelmente, apesar de o programa ser liderado por internistas, das missões de 22 especialidades não consta nenhuma de Medicina Interna. Seria talvez tempo de admitir no curriculum dos nossos internos em formação específica a possibilidade de inclusão de estágios realizados em países de língua oficial portuguesa.

Angola é também um país que pessoalmente temos acompanhado através de várias vias, tendo participado em cursos organizados pelo Hospital Militar e em congressos da Ordem dos Médicos angolana e do próprio Ministério da Saúde. Os internistas angolanos têm sido formados em Portugal e ocupam lugares de relevo a nível nacional: a Dr.ª Lina Antunes, formada no Hospital de Santo António, é a atual diretora do maior hospital público de Luanda (Hospital Américo Boavida) e a Dr.ª Constantina Furtado é a atual secretária de Estado da Saúde. Uma delegação angolana já esteve representada no 21.º Congresso Nacional de Medicina Interna, que se realizou em Vilamoura.

Também Moçambique se fez representar no referido Congresso. Embora seja mais escassa a cooperação de internistas com este país, ela tem acontecido, sendo atualmente feita através do Prof. José Delgado Alves, que tem colaborado no ensino na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane.

O Brasil, que tem um modelo de Medicina Interna semelhante à restante América Latina, em que a Medicina Interna é a entrada para outra especialidade, tem sido, para nós, até agora, um país de difícil contacto. Estando a Medicina Interna representada pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica, presidida há muitos anos pelo Prof. António Carlos Lopes, nunca tivemos um retorno positivo nas várias tentativas de contacto. Finalmente, conseguimos identificar outros interlocutores que estão a reanimar a Medicina Interna no Brasil, casos do Prof. Milton Martins, da Prof.ª Maria do Patrocínio, do Dr. Henrique Grunspan ou do Dr. Guilherme Barcellos.

A SPMI está apostada em aprofundar as relações com os internistas dos países lusófonos e isso vai ser simbolicamente assinalado através de um acordo de cooperação a ser assinado durante o 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna, no Porto.

DPOC - uma abordagem mais personalizada



Alfredo Martins

Hospital da Luz Arrábida, Vila Nova de Gaia

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das doenças crónicas mais prevalentes a nível mundial, sendo ainda este diagnóstico por vezes atribuído, de forma errada, a outras doenças respiratórias, como bronquiectasias e bronquite crónica. Apesar disso, a taxa de subdiagnóstico de DPOC é ainda muito elevada, sendo, por exemplo, superior à da hipertensão arterial e da hipercolesterolemia. O diagnóstico correto da DPOC em doentes com sintomas crónicos permite melhorar a sua qualidade de vida e o prognóstico e tem vantagens socioeconómicas significativas, numa época em que aumenta a idade de aposentação. Calcula-se que existam em Portugal cerca de 750.000 doentes com DPOC, dos quais mais de 660.000 não estão ainda diagnosticados.

A definição espirométrica da DPOC é primordial no seu diagnóstico, mas não é suficiente para caracterizar o risco clínico dos doentes. A estratégia GOLD defende que, para se cumprirem os objetivos de avaliação do doente com DPOC, com vista a orientar de forma adequada o seu tratamento, devem ser considerados separadamente os seguintes aspetos da doença: presença e gravidade das alterações espirométricas; natureza e magnitude atuais dos sintomas do doente; história de exacerbações e risco futuro; e presença de comorbilidades.

Nos últimos anos, tem aumentado a atenção e o conhecimento sobre a importância de fatores específicos dos doentes para o tratamento e prognóstico das doenças crónicas, com uma tendência cada vez maior para a individualização da sua gestão. Demonstrou-se que a gravidade da DPOC é melhor avaliada quando, além da obstrução brônquica, são usadas na sua classificação variáveis clínicas extrapulmonares, como o índice de massa corporal, a capacidade para o exercício, a dispneia, a condição de fumador, as exacerbações e a idade.

A maioria dos doentes com DPOC apresenta multimorbilidade e múltiplos sinais e sintomas, a maioria dos quais atribuíveis a mais que uma causa. As comorbilidades contribuem para a diminuição da qualidade de vida nos estádios mais precoces da doença e para o aumento da mortalidade nos estádios mais avançados, condicionam as decisões terapêuticas e aumentam os gastos em saúde com estes doentes. A prevalência das diferentes comorbilidades nos doentes com DPOC é variável e apenas algumas parecem estar associadas de forma independente a maior risco de mortalidade.

Cerca de 2/3 dos doentes com DPOC morrem de causas não pulmonares. A DPOC também pode ser um fator de risco independente significativo de morte por outras causas, tais como doença cardíaca e neoplasia pulmonar, e o seu tratamento pode agravar outras doenças, como a diabetes. Não existem recomendações claras de como as comorbilidades devem ser identificadas, avaliadas e geridas nos doentes com DPOC e a abordagem por doença, frequentemente em diferentes datas e locais, habitual na prática clínica dos nossos dias, impede e atrasa o seu diagnóstico e não favorece a sua valorização e contextualização clínica adequadas. O aparecimento recente de instrumentos validados de avaliação de gravidade e prognóstico de doentes com DPOC, que incluem as comorbilidades (COTE; CODEX), vem ajudar e facilitar este processo, mas não resolve todas as dificuldades.

Os doentes com DPOC são heterogéneos e complexos, que exigem planos de cuidados individualizados. O tratamento da DPOC estável compreende medidas farmacológicas e não farmacológicas, deve ser orientado pela gravidade da doença e, segundo recomendação da GOLD, os seus principais objetivos são: controlo dos sintomas; diminuição da frequência e gravidade das exacerbações; e melhoria funcional e da qualidade de vida do doente. A medida com maior efeito positivo sobre a evolução natural da doença é a cessação tabágica.

Os ensaios clínicos que investigam o tratamento da DPOC excluem doentes com multimorbilidade ou idade avançada, levantando dúvidas sobre se estes doentes devem ser tratados de forma diferente e se os dispositivos de inalação disponíveis são adequados para todos os doentes. A informação e o ensino dos doentes sobre a doença e sua evolução e sobre o seu tratamento adequado, incluindo o treino regular da técnica inalatória, fazem parte do plano de tratamento e melhoram comprovadamente a sua eficácia.

A vigilância regular dos doentes deve ser planeada de acordo com a gravidade e avaliar a eficácia do plano de tratamento implementado quanto aos objetivos de tratamento definidos, identificar os doentes com indicação para reabilitação respiratória, oxigenoterapia de longa duração, ventiloterapia de longa duração, redução do enfisema por broncoscopia ou cirurgia e controlo sintomático por doença avançada.

A gestão do doente com DPOC obriga a disponibilidade de cuidados a vários níveis, de acordo com a complexidade e especificidade dos tratamentos necessários. A acessibilidade a todos os níveis de tratamento necessários implica uma boa integração de múltiplas especialidades médicas, sobretudo Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Pneumologia e Fisiatria, e a disponibilidade de enfermagem com preparação específica, fisioterapia, laboratório de fisiopatologia respiratória e empresas de fornecimento de material e apoio domiciliários para oxigenoterapia e ventiloterapia.

No 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna, dia 27 de maio, iremos resumir o mais importante sobre este assunto numa mesa-redonda com 3 intervenções e estaremos disponíveis para o discutir com todos os presentes, esperando, com isso, contribuir para a constante melhoria no diagnóstico e tratamento dos doentes com DPOC.

Respostas para reduzir a sobrelotação



Maria da Luz Brazão

Diretora do Serviço de MI da Madeira (SESARAM - Serviço de Saúde da RAM).
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI) da SPMI

O ENVELHECIMENTO
DA POPULAÇÃO, COM O
CONSEQUENTE AUMENTO DE
INTERNAMENTOS, E A ESCASSEZ
DE CAMAS HOSPITALARES SÃO
CONSIDERADAS PREOCUPAÇÕES
PÚBLICAS, ECONÓMICAS
E DE SAÚDE.

A sobrelotação dos serviços de urgência hospitalares (SSUH), enquanto problema de âmbito mundial, é vista, pela literatura que versa sobre esta matéria, como um tema complexo e desafiante, que tem suscitado interesse a muitos investigadores de todo o mundo. De facto, a SSU é um dos principais problemas que enfrentam os serviços de urgência (SU) em muitos países desenvolvidos, representando um obstáculo à segurança e à rapidez com que se prestam os cuidados de saúde, estando relacionada com mau prognóstico, aumento da probabilidade de ocorrer erro médico, atrasos em diagnósticos e decisões terapêuticas atempadas, o abandono do Serviço por parte dos doentes sem os devidos tratamentos, bloqueio no acesso ao internamento, diminuição da rentabilidade, aumento dos custos em saúde e insatisfação dos profissionais e utentes. (Nathan, 2008).

O envelhecimento da população, com o consequente aumento de internamentos, e a escassez de camas hospitalares são consideradas preocupações públicas, económicas e de saúde. Num inquérito feito em 2006 a dirigentes de unidades de saúde, 90% dos inquiridos reportaram a sobrelotação como sendo um problema em todos os SU (Lobachova et al., 2013).

Mais recentemente, Berchet, C. (2015) salienta que a eficiência com que os SU são usados é de importância central para os políticos, financiadores, médicos e doentes. A sua utilização ineficiente pode levar a congestionamento, com o consequente aumento dos custos em saúde, a diminuição da qualidade dos cuidados prestados, o aumento da carga de trabalho e da violência no local de trabalho. O volume e as condições de trabalho dentro dos SU são caóticos e imprevisíveis. A exposição a eventos traumáticos (lesões graves, morte, agressão oral e física), excesso de trabalho e questões organizacionais relacionadas à utilização ineficiente (como falta de pessoal ou adequação dos horários de trabalho) são fatores importantes que condicionam o ambiente de trabalho nos SU.

Em Portugal, nas organizações hospitalares, a área da urgência é aquela que tem suscitado mais polémica e atenção, amplificada, muitas vezes, pelos media, em parte devido ao fenómeno de sobrelotação destes serviços, motivada pelo aumento constante da sua utilização indevida pelo público.

Vários autores concordam em que a SSUH mudou a natureza da prática da medicina de urgência. Existem provas suficientes para convencer as autoridades de que existe uma relação causal entre a sobrelotação e a má qualidade assistencial. (Richardson & Mountain, 2009).

O *OECD Health Working paper* N.º 83, ao fornecer uma perspetiva internacional sobre SU em 22 países da OCDE, mostra que o volume de recorrências aos SU aumentou ao longo do tempo em quase todos os países da OCDE. Este número de recorrências ao SU aumentou cerca de 7%, em média, entre 2001 e 2011, passando de 31,5, em 2001, para 33,5 visitas por 100 habitantes em 2011. Embora o crescimento no número de recorrências aos SU de ano para ano não mostre uma tendência consistente, este trabalho salienta que estas são mais frequentes entre as populações mais idosas e mais jovens e que o trauma é dos principais diagnósticos que as motivam. (Berchet, C. 2015).

Um dos achados preocupantes é o facto de as visitas «não urgentes» ou «inadequadas» aos SU serem relatadas em vários países da OCDE, incluindo Portugal. Consequentemente, uma proporção significativa de doentes – que varia entre 12%, na Inglaterra, e 56%, na Bélgica – poderia ter sido tratada de forma mais eficaz em contextos alternativos que envolvem os cuidados de saúde primários ou comunitários. (Berchet, C. 2015).

Embora seja difícil medir a contribuição relativa dos muitos fatores que afetam a recorrência aos SU, há fortes evidências empíricas que sugerem a conveniência e a acessibilidade dos SU como os mais atrativos para os doentes. A crescente utilização dos SU também é impulsionada pelo rápido envelhecimento da população e pelo aumento do fardo das condições crónicas que exigem uma avaliação intensiva dos recursos durante a descompensação aguda. A crise económica contribuiu também, certamente, para a crescente procura de cuidados de urgência, ao aumentar o número de pessoas em situação de vulnerabilidade. (Berchet, C. 2015).

Do lado da oferta, o desenvolvimento da cirurgia ambulatória, bem como o acesso e a disponibilidade de fontes alternativas de atendimento são fatores que afetam a recorrência aos SU. O rápido desenvolvimento dos hospitais de dia ocorridas na Inglaterra desde 1998 parece ser responsável por um aumento das admissões nos SU de quase 9%. (Berchet, C. 2015).

Em termos operacionais, tem havido falhas na organização deste complexo sistema, que requer uma interação coordenada entre os médicos da urgência, os especialistas de prevenção, enfermeiros, assistentes operacionais, serviços de diagnóstico imagiológico e laboratorial e doentes admitidos, entre outros, para a prestação de cuidados de saúde efetivos. Se um destes componentes está comprometido, todo o sistema irá ser afetado. Alguns aspetos são controlados, pelo menos em parte, pelos diretores dos SU, que podem desenhar e implementar melhorias nessas áreas, contudo, a maioria deles está sob o controlo de decisores

dos serviços de Urgência hospitalares

externos, que não priorizam a otimização dos cuidados em ambiente de urgência. Assim, os SU podem sofrer ineficiências operacionais, perante as quais os profissionais de saúde se sentem impotentes.

Tendo em conta o que foi atrás descrito, percebemos que a SSUH é também uma consequência de decisões sobre a distribuição dos recursos de saúde e, portanto, levanta questões de justiça distributiva.

Algumas estratégias operacionais sugeridas na literatura revista apontam para:

- Criação de equipas multidisciplinares que colham dados sobre o problema da SSU, desenhem e implementem estratégias de melhoria e as avaliem, de forma a terem dados concretos para apresentação aos diretores hospitalares. Muito importante é ainda a criação de equipas que vão gerir as altas programadas, a distribuição dos doentes internados no SU pelas enfermarias, assegurem transferências e coordenem os transportes.

- Criação de fundos governamentais com incentivo financeiro aos hospitais que prestam SU e melhoria da gestão hospitalar com cessação dos internamentos a aguardar vaga e redução dos tempos de estadia no SU antes do internamento ou da alta.

- Colheita de dados acerca dos picos semanais ou diários de admissões na urgência, de forma a gerir o internamento e as camas disponíveis; e ainda a criação de unidades intra-hospitalares para gestão dos doentes internados, como unidades de observação ou de decisão clínica, em que se admitam doentes para monitorização, com eventual necessidade ou não de internamento, unidades de admissão pendentes em que se faça a avaliação e o tratamento de doentes admitidos no SU quando as outras unidades estão cheias, e unidades de alta, onde ficam os doentes que tiveram alta e que estão a aguardar transporte para o domicílio. Todas estas estratégias visam tirar o máximo benefício dos recursos disponíveis.

Algumas abordagens controversas descritas, mas que merecem reflexão, são a divulgação deste problema da sobrelotação para o público, fazendo-os sentir falta de confiança nos cuidados prestados num SU sobrelotado, e a criação de um sistema de triagem reverso (baseado no princípio de que, quando os recursos da saúde são escassos, deve ser dada prioridade para o tratamento de doentes cujas necessidades são maiores), em que se criaria uma escala de classificação para alta precoce em segurança dos doentes internados. Esta é uma problemática muito importante e que merece discussão, contudo, é preciso ter em conta que, qualquer que seja a opção, implicará benefícios nalgumas áreas à custa de maiores encargos noutras.

Infelizmente, um número limitado de instalações de cuidados de longa duração, associado à incapacidade ou falta de vontade dos membros da família para cuidar do doente num ambiente doméstico, deixa o hospital como o fornecedor de último recurso para doentes clinicamente estáveis se recuperarem de doenças que inicialmente exigiram hospitalização. Dirigentes, políticos e outros em sociedade terão de enfrentar este problema, uma vez que os idosos constituem uma percentagem cada vez maior da nossa população.

Já em 2009, Moskop et al. referiam que esta problemática da sobrelotação também tem efeitos negativos sobre os prestadores, uma vez que a experiência de observar atrasos frequentes nos cuidados e na avaliação e tratamento de doentes em áreas sem privacidade, situações pontuais em que os recursos não são adequados para as necessidades dos doentes, sendo os médicos preparados para gerir estas situações de forma tão eficaz quanto possível, tem sérias consequências, a curto e a longo prazo, incluindo uma diminuição de satisfação no trabalho, frustração, raiva, depressão e, finalmente, *burnout*.

Rowe et al. (2011) vêm acrescentar que a SSUH é um problema global do sistema, sem nenhuma solução simples ou imediata, salientando a importância de desenvolver mais estudos que demonstrem a influência positiva do papel das equipas de triagem em importantes indicadores de qualidade de prestação de cuidados, tais como tempo de permanência nas urgências e abordagem médica inicial em adultos e crianças.

A resolução deste problema passa, por um lado, pela informação e esclarecimento dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de todas as alternativas assistenciais que têm ao seu dispor no sentido de serem eles os grandes gestores da sua saúde/doença, sempre em interligação com os seus médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) / Medicina Interna, e tem de passar obrigatoriamente pela consciencialização de todos os profissionais de saúde, gestores e, acima de tudo, dos políticos de que o hospital convencional, que já revela alguns indícios de mudança, deve mudar mais no futuro próximo. Nesta mudança, a intervenção política, com alterações significativas no financiamento aos hospitais, é fundamental.

Sabemos que, para assegurar a sustentabilidade do SNS, é imprescindível procurar a máxima eficiência na abordagem do doente agudo, crónico, urgente e emergente. Embora já tenha sido provado que uma estreita colaboração entre a Medicina Interna (MI) e os CSP

(em consultas de orientação diagnóstica) e com todas as outras especialidades hospitalares em consultas multidisciplinares (onde a presença do internista é fundamental) resulta em maior eficácia e efetividade na prestação de cuidados de saúde, existem outras alternativas para as quais a intervenção da MI é crucial (Cerrillo, 2014).

Atualmente, existem, dentro do campo assistencial da Medicina Interna, várias alternativas com o objetivo comum de evitar e/ou reduzir o tempo de internamento hospitalar, bem como reduzir as recorrências e/ou a sobrelotação das urgências: unidades de internamento curto, unidades de diagnóstico rápido, hospitalização domiciliária, etc. Estas alternativas são, na atualidade, fundamentais, pois, vão, por um lado, diminuir os custos da assistência e, por outro, a sua utilização, aumentando a eficiência no tratamento de um grande número de processos.

Muito preocupante é o papel crítico desempenhado pelos SU quando os serviços do ambulatório e os CSP não fornecem uma resposta oportuna e adequada aos doentes. Países com opções mais robustas de atendimento pós-laboral, bem como aqueles com curtos tempos de espera para uma consulta de CSP, parecem menos propensos a ter um alto volume de visitas aos SU, como observado na Alemanha, Nova Zelândia e Holanda. Em contraste, os países onde os doentes têm dificuldade em conseguir rapidamente uma consulta de MGF (como Inglaterra, Estados Unidos e Canadá), ou onde o acesso aos serviços de atendimento fora do horário de trabalho (pós-laborais), os chamados *OOH - out-of-hours*, são limitados (como a Grécia e o Chile) exibem um volume elevado de visitas aos SU. (Berchet, C. 2015).

Muitos governos têm implementado políticas para reduzir a afluência aos SU e desviar os casos não urgentes para fora dos SU. O aumento da acessibilidade aos CSP e comunitários é a principal opção política considerada em quase todos os países da OCDE (14 países analisados). (Berchet, C. 2015).

Embora o impacto dos serviços telefónicos e dos locais alternativos de cuidados de atendimento primários seja bastante ambíguo, fortes evidências empíricas apoiam o desenvolvimento de serviços de atendimento em CSP fora do horário de trabalho (*CSP em OOH*) e de centros comunitários para atuar como substitutos dos SU e para reduzir os casos não urgentes (falsas urgências). Estas opções podem ser consideradas em países com grandes afluências e onde as suas causas são claramente identificadas. O uso da telemedicina (já testado na Inglaterra, Noruega e Canadá) reduz

com êxito as visitas aos SU, melhorando a autogestão de doenças crônicas, proporcionando acesso à teleconsulta e melhorando a informação dos doentes em torno do local de tratamento mais adequado. (Berchet, C. 2015).

A revisão da literatura encontrou evidências consistentes que apoiam sistemas de *fast-track*, como no Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e França. Tais intervenções redirecionam doentes não urgentes para ambientes ambulatoriais mais apropriados, melhorando os caminhos de atendimento e reduzindo os custos. O impacto das intervenções destinadas a envolver médicos de MGF nos SU é mais ambíguo; enquanto nos Países Baixos e na Suíça é uma intervenção eficaz para lidar com visitas inapropriadas, ela está associada a um aumento na assistência em cuidados primários na Inglaterra. Embora limitado ao contexto canadiano, as evidências também mostram que a introdução de incentivos financeiros para os prestadores (como no Japão, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos) pode ter potencial para melhorar a eficiência dos SUH. (Berchet, C. 2015).

Embora possa ser difícil mudar as preferências dos doentes pelos SUH, as seguintes recomendações podem ser feitas para reduzir o volume de visitas aos SU e gerir o uso ineficiente dos recursos dos mesmos, em todos os países da OCDE. (Berchet, C. 2015).

- Melhorar a acessibilidade dos CSP, alargando os serviços de CSP em *OOH* fora dos SUH e desenvolver novas formas de estruturas de cuidados comunitários.
- Incentivar o uso da telemedicina para manter os doentes mais próximos da sua comunidade, melhorar a autogestão do doente e informações sobre o local de tratamento mais adequado.
- Introduzir sistemas rápidos (*fast-track*) para prevenir o uso ineficiente dos recursos de cuidados de urgência, redirecionando doentes não-urgentes dos SU para ambientes ambulatoriais mais apropriados e agilizando para que esses doentes sejam tratados por prestadores de cuidados de saúde menos dispendiosos.
- Envolver e sensibilizar médicos de MGF nesta problemática, os quais funcionariam como um filtro, evitando-se que os doentes com problemas não urgentes recebam tratamentos dispendiosos nos SU.

Termino com as conclusões dos *OECD Health Working Paper* n.º 89 de setembro de 2016.

Este documento de trabalho, assinado por Caroline Berchet e Carol Neider, abrangeu 27 países da OCDE e descreve os desafios associados à organização dos CSP fora do horário de trabalho (CSP em *OOH*), revendo os modelos existentes e dando especial ênfase às políticas propostas para melhorar o acesso e a qualidade dos mesmos:

O grande desafio atual na saúde relatado neste DOC baseia-se na premissa de que “os CSP devem esforçar-se por ser centrados na pessoa e responder às necessidades dos doentes 24 h por dia 7 dias por semana, uma vez que os doentes necessitam, por vezes, de cuidados à noite e aos fins de semana porque os seus sintomas não podem esperar pelo próximo dia útil. Neste contexto, os CSP em *OOH* fornecem cuidados primários de saúde urgentes quando os consultórios de médicos de CSP estão fechados a partir das 17 h durante a semana e durante as 24 h nos fins de semana e feriados.

A organização e a prestação de CSP em *OOH* são fundamentais para um bom funcionamento de qualquer SNS: a um nível micro, os doentes dirigem-se a estes CPS em *OOH* porque estão preocupados com o seu estado de saúde e necessitam rapidamente de aconselhamento e tratamento, mas estes CPS em *OOH* são também uma preocupação importante para os profissionais de MGF porque afetam a sua carga e condições de trabalho. A um nível macro, uma organização inapropriada destes cuidados de saúde tem consequências diretas para os custos em saúde notavelmente através do uso de recursos muito mais dispendiosos como os cuidados hospitalares.

A maioria dos sistemas de saúde dos países da OCDE relata desafios importantes para fornecer CSP em *OOH* de forma segura e acessível, no entanto, salientam a relutância dos médicos de MGF a esta iniciativa pela sua elevada carga de trabalho, remuneração insuficiente e falta de apoio pessoal e organizacional, especialmente nas áreas geográficas mais remotas.

Uma série de soluções foram implementadas para melhorar o acesso e a qualidade destes CSP em *OOH*. Estas incluem: proporcionar apoio financeiro e organizacional aos médicos de MGF usando outros grupos profissionais como Enfermagem; tornar a participação nestes CSP em *OOH* obrigatória, estabelecendo um sistema de triagem telefónica, usando novas tecnologias e desenvolvendo melhores sistemas de informação.

Por tudo isto, foram adotados uma mistura de modelos que muitas vezes trabalham lado a lado incluindo: serviços baseados na prática, grupos de rota, serviços de substituição, serviços de urgência (no hospital que observam e tratam doentes com condições de saúde primárias), centros de cuidados de saúde primários, clínicas de retalho/varejo e cooperativas de médicos de MGF. Os serviços de urgência hospitalares, grupos de rota e serviços baseados na prática continuam a ser os arranjos mais comuns, mas há uma tendência para transferir os CSP em *OOH* para grandes organizações com médicos de MGF, as chamadas clínicas de MGF (GPC).

As seguintes recomendações podem ser usadas para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de CSP em *OOH* nos países da OCDE:

– As clínicas de médicos de MGF (GPC) constituem um modelo eficaz, proporcionando cuidados seguros e acessíveis. Está documentada uma elevada satisfação dos doentes, uma menor carga de trabalho e redução dos custos com os cuidados de saúde (por serem desviados os doentes dos SU dos CSP para GPC). Há fortes evidências de que a integração destas instalações com os serviços de saúde hospitalares reduz a autorreferência para os SUH.

– Considerar a participação obrigatória na prestação de CSP em *OOH* aos médicos de MGF e, ao mesmo tempo, fornecer apoios financeiros e organizacionais adequados são formas eficazes de combater a sua relutância nesta prática. Tais soluções tornam as atividades *OOH* mais atraentes e podem também minimizar a carga para os médicos de MGF, ao mesmo tempo que melhoraram a sua qualidade de vida profissional.

– A triagem telefónica é uma ferramenta política valiosa para melhorar a conscientização sobre a disponibilidade do serviço, reduzir a confusão dos doentes e melhorar o acesso aos CSP em *OOH* em áreas mais remotas. Uma linha nacional de triagem telefónica direciona os doentes para o serviço mais adequado, tornando o sistema menos complicado para os doentes.

– A participação de outros profissionais de saúde (enfermagem, assistentes médicos, paramédicos e profissionais de saúde que trabalham em urgência) demonstrou ser relevante para melhorar o acesso a estes cuidados de saúde, principalmente em ambientes rurais, com baixa densidade populacional, recursos limitados e longas distâncias de viagem.

Pneumonia da comunidade: importam os microrganismos atípicos?



Filipe Froes

Assist. hospitalar graduado de Pneumologia. Coord. da UCI Médico-Cirúrgicos do H. Pulido Valente, CHLN. Consultor da DGS

IMPORTA SABER QUE A PNEUMONIA É A PRINCIPAL CAUSA DE MORTE DO APARELHO RESPIRATÓRIO E QUE A PAC É RESPONSÁVEL POR ÓBITOS EM TODOS OS GRUPOS ETÁRIOS, INCLUINDO JOVENS PREVIAMENTE SAUDÁVEIS.

Na pneumonia adquirida na comunidade (PAC) há muitos dados que importam. E, como tudo na vida, uns mais do que outros.

Importa saber que as pneumonias acompanham a história da Humanidade desde a origem dos tempos e que, há mais de 100 anos, Sir William Osler, o pai da Medicina Interna, cunhou a pneumonia como o "Capitão dos Homens da Morte". William Osler viria a falecer de pneumonia a 29 de dezembro de 1919, durante a pandemia de gripe espanhola, muito desgastado após a morte do seu único filho, Edward, dois anos antes, em combate durante a Primeira Guerra Mundial.

Importa saber que, na atualidade, a PAC permanece uma importante causa de mortalidade, morbidade e de consumo de recursos de saúde em particular, fármacos antimicrobianos com potencial impacto no desenvolvimento de microrganismos resistentes.

Importa saber que, no nosso país, a PAC é uma das principais causas de internamento hospitalar e que ocorrem, em média, mais de 30.000 internamentos de adultos por ano. No período de 2000 a 2009, os internamentos de adultos por PAC representaram 3,7% do total de internamentos por todas as causas e 7,0% do total de internamentos nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Estes dados correspondem a uma taxa média anual de 3,61 admissões por 1000 habitantes em idade adulta, que aumenta para 13,4 na população com 65 ou mais anos.

Importa saber que a pneumonia é a principal causa de morte do aparelho respiratório e que a PAC é responsável por óbitos em todos os grupos etários, incluindo jovens previamente saudáveis. A mortalidade aumenta significativamente com a idade e é mais elevada no género masculino e nos indivíduos com comorbilidades, tais como DPOC, diabetes, doença renal ou hepática crónica, insuficiência cardíaca e com asplenia anatómica ou funcional. Por curiosidade, refira-se que, em Portugal, no período de 2000 a 2009, foram as mulheres com 29 anos de idade e internadas à quarta-feira que apresentaram a menor letalidade intra-hospitalar.

Importa saber que o pneumococo, ou *Streptococcus pneumoniae*, é a principal bactéria responsável pela PAC nos doentes tratados em ambulatório, em enfermaria ou em unidades de Cuidados Intensivos. À data, estão descritos 96 serótipos de pneumococos e esta bactéria Gram positiva vive quase exclusivamente na nasofaringe dos humanos. A incidência da pneumonia pneumocócica é maior nos países com maior prevalência de fumadores e naqueles sem as vacinas pneumocócicas conjugadas no Plano Nacional de Vacinação.

Finalmente, qual a importância dos microrganismos atípicos? É precisamente esta a questão que vai ser abordada no 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna, em formato de debate Pro-Com, no dia 27 de maio, das 14:30 às 15:30, pelas nossas colegas Teresa Cardoso (CHUP, Porto) e Ana Rocha Dias (CHLN, Lisboa).

Apareça. Nós importamo-nos se não aparecer. O tema justifica plenamente!

TRABALHOS VENCEDORES EX AEQUO DO PRÉMIO JORGE CALDEIRA, DISTINÇÃO QUE SERÁ ENTREGUE NO CNMI 2017

Diabetes e disfunção erétil



Daniela Alves

Internista, Serviço de MI da ULS de Castelo Branco

Disfunção erétil (DE) é a incapacidade em atingir ou manter ereção suficiente para uma *performance* sexual satisfatória. Homens com diabetes têm 1,9 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolver DE. A arteriosclerose é mais frequente, precoce e extensa nos diabéticos, devendo ser avaliados todos os territórios vasculares. O objetivo deste estudo é avaliar a função erétil em indivíduos com DM2, utilizando o questionário "International Index of Erectile Function-5" (IIEF5).

Métodos

Estudo observacional de 01/11/2015 a 30/04/2016, transversal, que inclui homens sexualmente ativos, DM2 há mais de 1 ano e idades dos 35-65 anos. Inclui preenchimento IIEF5 e consulta dos processos clínicos, duração da DM2, HTA, dislipidemia, HbA1c, IMC, complicações micro/macrovasculares.

Resultados

Inquiridos 149 diabéticos (18 recusaram participar), idade média de 56 anos, 12 anos em média de evolução de DM. HbA1c média de 7,7% e IMC médio de 28 kg/m². 68% estão medicados com antidiabéticos orais, 65% com insulina, 35% com insulina e antidiabéticos orais. 48% apresentam complicações microvasculares e 20% macrovasculares. Comorbidades: 83% têm dislipidemia, 18% são fumadores, 30% consumo álcool ativo, 20% depressão.

Terapêutica associada à DE: 14% fibratos e 26% B-bloqueantes. 76% da amostra com DE, 23% com DE moderada a grave. Os doentes que apresentam complicações micro/macrovasculares e HbA1c >7,5% têm, em média, valores de IIEF5 inferiores (teste T, $p < 0,05$). Diabéticos com HTA de difícil controlo (→4 fármacos) apresentam em média valores inferiores de IIEF5 (ANOVA, $p < 0,027$). 59% da amostra tinha efetuado estudo cardiovascular, 37% com doença coronária.

Conclusão

Este estudo revela que diabéticos com complicações micro/macrovasculares e pior controlo metabólico apresentam valores mais severos de DE. Nos diabéticos, os sintomas clássicos de doença coronária são menos evidentes, condicionando um atraso no diagnóstico e dificuldades em modificar a história natural da doença. A DE deve ser considerada como fator de risco para a doença coronária silenciosa, pelo que é obrigatória a avaliação cardiovascular.

NA ESTIMATIVA DA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR EM DOENTES DIABÉTICOS

Performance das fórmulas Cockcroft-Gault, MDRD e CKD-EPI



Diana Fernandes

Interna de MI, Serviço de Medicina I do CH Médio Ave – Unidade de V.N. Famalicão

Coautores: Marta Soares (internista), Mário Esteves (internista) e Augusto Duarte (diretor), Serviço de Medicina I do CH do Médio Ave, Unidade de V. N. Famalicão

A doença renal é uma complicação comum da *diabetes mellitus* (DM), sendo uma causa crescente de doença renal terminal. O Relatório Anual do Observatório da Diabetes 2014 estimava que a sua prevalência nas pessoas com insuficiência renal e nas pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise foi de 27,8% e de 28,2%, respetivamente.

Com o aumento da prevalência da disfunção renal, o uso de fórmulas para estimar a função renal baseadas na creatinina sérica está frequentemente implementado na prática clínica. Mais de 25 fórmulas foram desenvolvidas, sendo as mais utilizadas, as de *Cockcroft-Gault* (CG) e *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD). Uma das últimas fórmulas desenvolvidas foi a *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI). Surge assim a ideia de elaborar um estudo cujo objetivo foi determinar a taxa de filtração glomerular com as várias fórmulas e avaliar a existência de diferenças entre elas. Desenhou-se um estudo transversal baseado nos processos clínicos de doentes com DM seguidos em consulta de Diabetologia da Unidade de Famalicão do Centro Hospitalar Médio Ave, entre janeiro e março de 2016.

Foram incluídos 137 indivíduos, 51,1% do género feminino, com idade média de 66,3 anos. Dos incluídos, 88% tinham DM tipo 2, com uma hemoglobina glicada mediana de 8,5%. A taxa de filtração glomerular média foi de 88,47, 77,39 e 86,96, calculada pelas CG, CKD-EPI e MDRD, respetivamente. Não se verificou diferença na distribuição da taxa de filtração glomerular entre as três fórmulas. Destaca-se que na subanálise emparelhada das fórmulas existiu diferença estatisticamente significativa entre as fórmulas MDRD/CKD-EPI e CG/CKD-EPI.

Em conclusão, verificou-se não existir diferença na mediana da distribuição do cálculo da taxa de filtração glomerular entre MDRD e CG, quer na população estudada, quer nos doentes com DM tipo 2. A diferença no cálculo da taxa de filtração glomerular foi entre MDRD/CKD-EPI e CG/CKD-EPI e está de acordo com a maioria dos estudos publicados.

A maioria considera que as fórmulas fornecem estimativas imprecisas da função renal, contudo, a fórmula CG é mais precisa para taxas de filtração glomerular superiores a 60 ml/min, enquanto a MDRD é mais precisa para taxas de filtração glomerular inferiores. Esta última premissa não se verificou neste estudo.

Sendo fórmulas amplamente utilizadas no quotidiano médico, e cujo resultado tem implicações na terapêutica antidiabética utilizada, é importante que sejam validadas na população diabética.



PUBLICIDADE

Geriatría: nova equipa do GERMI quer publicar “critérios de otimização terapêutica” em idosos

A publicação de critérios de otimização terapêutica nos idosos é um dos objetivos para o novo biénio do Núcleo de Estudos de Geriatria (GERMI) da SPMI, que continua a ser coordenado por João Gorjão Clara. A tomada de posse dos elementos da coordenação e do secretariado daquele grupo para os próximos dois anos decorreu, em janeiro, na sede da SPMI.

Em declarações à *Just News*, João Gorjão Clara apontou os principais objetivos para este mandato: “Serão publicados os critérios de Beers, para otimização da terapêutica nos idosos. Ainda na mesma

área, serão também publicados os critérios STOP/START. E a Prof.^a Márcia Kirzner, da Universidade da Beira Interior, será responsável pela realização de um curso para médicos que dão assistência a utentes de lares.”

Outros pontos que também constam dos objetivos a cumprir neste biénio prendem-se com a organização das II Jornadas do GERMI, que terão lugar em Aveiro – os responsáveis serão os médicos Lia Marques (Hospital Beatriz Ângelo) e Eduardo Haghghi (Hospital de Vila Franca de Xira) –, além da presença no

Congresso Nacional de Medicina Interna e em eventos para grande público. “Também é importante salientar o projeto de publicação de normas de tratamento e prevenção em Saúde Oral dos doentes idosos, da responsabilidade do Dr. Artur Miller”, acrescentou o coordenador do GERMI.

A Assembleia-Geral que incluiu a tomada de posse da equipa de trabalho para o biénio 2017-2019 teve lugar após a realização do VIII Curso de Geriatria, que decorreu no FORMI - Centro de Formação da SPMI.

“Médicos e enfermeiros participaram de forma ativa, nomeadamente na discussão de casos clínicos”, referiu João Gorjão Clara, adiantando que alguns dos participantes do curso mostraram interesse em viver a prática da Geriatria. Para estes, o GERMI vai organizar estágios “nos poucos lugares que já têm consulta multidisciplinar de Geriatria, como no Hospital de Vila Franca de Xira, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no Hospital CUF Descobertas e no Hospital S. Francisco Xavier”.



Coordenação e secretariado do GERMI: Sofia Duque, Hélder Esperto, Lia Marques, Rafaela Veríssimo, João Gorjão Clara, Eduardo Doutel Haghghi, Gracinda Brasil, Heidi Gruner, Márcia Kirzner e Marco Ribeiro Narciso (ausente na foto)



NO NOVO BIÉNIO,
O GERMI CONTINUA A SER
COORDENADO POR JOÃO
GORJÃO CLARA.



NOVO COORDENADOR, ARSÉNIO SANTOS, ABORDA OS PROJETOS DO NÚCLEO PARA 2017

NEDF quer incentivar projetos de investigação

O plano de atividades do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) da SPMI para 2017 está definido. Arsénio Santos, que assumiu a coordenação do secretariado do NEDF nas X Jornadas do Núcleo, que tiveram lugar no passado mês de outubro, revela o que está programado.

Assim, a próxima reunião anual do núcleo (XI Jornadas) terá lugar em Viana do Castelo, nos dias 6 e 7 de outubro, sob a presidência de Alfredo Pinto. Arsénio Santos, que sucedeu a Maria de Jesus Banza no cargo de coordenador do NEDF, frisa que um dos principais objetivos deste tipo de reuniões é continuar a ser um “ponto de encontro” dos internistas que se interessam pelas doenças hepáticas, onde os mesmos podem partilhar as suas experiências e discutir os problemas comuns.

O médico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra recorda que o NEDF nasceu nos anos 90 do século passado, tendo surgido em resposta à necessidade de congregar os internistas que se dedicam de forma particular às doenças

do fígado. Contudo, “após alguns anos de letargia”, só a partir de 2005 adquiriu uma nova dinâmica, traduzida, entre outras iniciativas, pela organização da sua reunião anual.

Outro dos projetos do NEDF para 2017 é a reorganização interna do Núcleo, prevendo-se a aprovação do seu regulamento, a realização de uma campanha de dinamização

Destaque ainda para a participação do Núcleo, em colaboração com a SPMI, na Festa da Saúde, que decorrerá em julho, em Lisboa, bem como a promoção a nível regional de reuniões para discussão informal de casos clínicos.

Arsénio Santos frisa que os membros do atual secretariado estão disponíveis e motivados para levar a cabo todas estas tarefas, mas, aponta: “O sucesso só será possível com o empenho e o trabalho ativo de todos os membros do NEDF.”

NEDF quer reforçar a sua ação e capacidade de intervenção

De acordo com Arsénio Santos, um dos objetivos é reforçar a ação e a ca-

SPMI, a tarefa da formação no âmbito da patologia hepática de todos os internos de Medicina Interna e dos internistas que desejem aprofundar os seus conhecimentos nesta área.

Por outro lado, segundo Arsénio Santos, “o NEDF quer incentivar e apoiar propostas de projetos de investigação, nomeadamente clínica e epidemiológica, que possam ser postos em prática por internistas de diferentes centros, trabalhando em conjunto”.

“O SUCESSO SÓ SERÁ POSSÍVEL COM O EMPENHO E O TRABALHO ATIVO DE TODOS OS MEMBROS DO NEDF”, APONTA ARSÉNIO SANTOS.

A PRÓXIMA REUNIÃO ANUAL DO NÚCLEO (XI JORNADAS) TERÁ LUGAR EM VIANA DO CASTELO, NOS DIAS 6 E 7 DE OUTUBRO.



Arsénio Santos: o NEDF quer reforçar a colaboração com organizações ou grupos que desenvolvam atividade no campo das doenças hepáticas e com associações de doentes

da inscrição de novos membros e a criação de um novo logótipo. O NEDF decidiu também organizar um curso de formação sobre o tema “Cirrose hepática e suas complicações”, a decorrer no Centro de Formação da SPMI.

pacidade de intervenção do Núcleo, criando condições para apoiar todos os internistas que, em qualquer ponto do país, pretendam aperfeiçoar a prática clínica no domínio da Hepatologia. Outras das metas é assumir, no seio da

O atual secretariado tem ainda como aspiração o reforço da colaboração com outros núcleos de estudo da SPMI, com organizações ou grupos que desenvolvam atividade no campo das doenças hepáticas e com associações de doentes. Propõe-se também intervir na sociedade para promoção da saúde e divulgação de informação relevante sobre doenças hepáticas, bem como emitir pareceres ou opiniões na área das doenças do fígado, por solicitação de entidades oficiais ou quando se justificar a intervenção pública na comunicação social.

MANUEL DE CARVALHO RODRIGUES TOMOU POSSE COMO PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO

Nova Direção da SPH quer doentes “mais motivados no tratamento”

O novo presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) considera que é preciso apostar em “mais e melhor adesão ao tratamento dos doentes hipertensos”. Ao usar da palavra na cerimónia de tomada de posse, no dia 25 de fevereiro, Manuel de Carvalho Rodrigues apelou à “consciencialização de todos” para esta necessidade. Num espaço demasiado pequeno para todos quantos quiseram testemunhar a tomada de posse dos elementos que integram os Corpos Sociais daquela Sociedade para um mandato que se estenderá até ao início de 2019, Manuel de Carvalho Rodrigues, que sucedeu no cargo a Mesquita Bastos, referiu-se à questão da adesão ao tratamento como “a nova bandeira da SPH”.

“Estou profundamente convicto de que apenas com medidas gerais mais vocacionadas para a mudança de hábitos e de estilo de vida não iremos reduzir muito mais do que aquilo que já conseguimos – e não foi nada pouco, diga-se –, em termos de mortalidade e morbilidade cardiovascular”, afirmou. No seu entender, mais e melhor adesão deve passar por um “novo conceito” na abordagem terapêutica: “Ajudar a criar as condições para que um doente se sinta mais motivado, mantendo uma terapêutica simples, eficaz e cómoda.”

Manuel de Carvalho Rodrigues, cardiologista que atualmente exerce no CH Cova da Beira (CHCB), afirmou ser chegado o momento de “lançar a SPH como sociedade

científica pioneira na necessidade de consciencializar tudo e todos” para o problema da adesão ao tratamento da hipertensão.

Na intervenção que proferiu na cerimónia que teve como palco a sede da SPH, em Lisboa, o seu novo presidente não deixou de reservar algumas palavras para o grupo que o vai acompanhar neste mandato e onde se inclui o seu sucessor, o presidente eleito Vítor Paixão Dias, especialista de Medicina Interna do CH Vila Nova de Gaia/Espinho.

A SPH é uma Sociedade que integra, maioritariamente, especialistas em Cardiologia, Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar, todos eles representados nos Corpos Sociais.

Apaixonado por Lisboa

Manuel de Carvalho Rodrigues, que completou 61 anos no passado dia 4 de março, nasceu em Lisboa, cidade pela qual se diz “completamente apaixonado”. No entanto, perante a oportunidade, inesperada, de voltar à atividade docente, não hesitou em aceitar, em 2013, o convite para lecionar na Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade da Beira Interior (UBI). Deixou então o Hospital das Forças Armadas, onde estava há relativamente pouco tempo – depois de cerca de 20 anos de ligação ao Hospital Egas Moniz – e rumou à Covilhã.



CORPOS SOCIAIS SPH

Direção

- 3 Presidente: Manuel de Carvalho Rodrigues
- 2 Presidente eleito: Vítor Paixão Dias
- 11 Secretário-geral: Francisco Torres
- 4 Tesoureiro: Luís Bronze
- 8 Secretário-adjunto Norte: Paula Cristina Felgueiras
- 6 Secretário-adjunto Centro: Rosa Maria de Pinho
- 7 Secretário-adjunto Sul: Vitória Cunha

Assembleia-Geral

- 1 Presidente: Luís Martins
- 9 Vice-presidente: Joana da Silva Monteiro
- 10 Secretário: Catarina Soares Santos Silva

Conselho Fiscal

- 5 Presidente: Miguel Castelo-Branco
- Vice-presidente: Mafalda Santos (ausente na foto)
- Secretário: Carla Araújo (ausente na foto)

PUBLICIDADE



PUBLICIDADE

SERVIÇO DE MEDICINA DO CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU (CHTV)

Equipa jovem e dinâmica investe na difer

No Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), dirigido por António Monteiro, a vertente generalista que caracteriza a Medicina Interna é muito valorizada, embora a sua equipa tenha elementos diferenciados em diversas áreas da Medicina. Juventude e dinamismo são duas das características do Serviço.

O Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Tondela Viseu surgiu da fusão dos serviços de Medicina 1 e 2 que existiam anteriormente no Hospital São Teotónio (Viseu) com um pequeno Serviço que havia no Hospital Cândido de Figueiredo (Tondela).

Segundo António Monteiro, o Serviço é constituído por uma “equipa jovem e dinâmica com vontade de trabalhar” onde, além da atividade assistencial, as vertentes de investigação científica e de ensino pré e pós-graduado também fazem parte da sua missão. “Além dos internos do Internato Complementar de Medicina Interna, o Serviço dá formação a internos do Internato Complementar de outras especialidades – Cardiologia, Pneumologia, Gastrenterologia, Medicina Física e de Reabilitação –, do Ano Comum e a alunos de Medicina”, conta o responsável.

Além da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e da Unidade de Diabetes, às quais estão alocados vários internistas que se têm diferenciado nestas áreas, no Serviço de Medicina do CHTV há médicos que se dedicam a diversas áreas, nomeadamente às doenças autoimunes, à hipertensão arterial, à aterosclerose, às dislipidemias e à osteoporose. Há ainda um internista alocado ao Serviço de Ortopedia para acompanhar os doentes internados, um que dá apoio ao Serviço de Psiquiatria, outro que está ligado à Consulta de Oncologia, dois à Consulta de Hepatologia e mais dois à Consulta de Obesidade. Quando há necessidade, o Serviço solicita igualmente consultadoria a outras especialidades. António Monteiro está também a esforçar-se para que haja no Serviço elementos que se diferenciem em técnicas. “Quero incutir na equipa forma de os internistas evoluírem não só teoricamen-

te, mas também tecnicamente, conseguindo dominar algumas técnicas como, por exemplo, o ecodoppler, evitando que os doentes sejam transferidos para outras unidades.”

90% dos doentes admitidos no Serviço provêm da Urgência

A atividade global distribui-se pelo Internamento, Consulta Externa, Serviço de Urgência, reuniões de serviço, atividade científica e o ensino pré e pós-graduado.

Ao Serviço de Medicina do CHTV estão alocadas 140 camas (130 no Hospital São Teotónio e 10 no Hospital Cândido de Figueiredo), um número que António Monteiro afirma ser “insuficiente”.

Em Viseu, o Serviço está repartido por dois pisos (3.º e 7.º). No piso 7, onde se encontra a Unidade de Diabetes, há quatro setores (A, B, C e D) com 26 camas cada. No piso 3 há uma enfermaria com 26 camas (oito das quais alocadas à Unidade de AVC).

As 10 camas que existem em Tondela estão geralmente reservadas para os casos que aguardam vaga em unidades de cuidados continuados, lares ou unidades de cuidados paliativos.

Cerca de 90% dos doentes admitidos chegam através do Serviço de Urgência, que funciona 24 horas por dia, estando sempre presentes pelo menos dois assistentes seniores e dois internos de Medicina Interna. Há um médico residente às enfermarias das 8.00 h às 20.00 h e um elemento de prevenção à Unidade de AVC.

Para fazer face ao elevado número de consultas, além da Consulta Externa que é realizada no Hospital São Teotónio, que inclui uma consulta de MI global e consultas temáticas – de Doenças Hepáticas, de Diabetes, de Dislipidemia, de



Elementos da equipa do Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Tondela Viseu

HTA, de Doenças Autoimunes, de Osteoporose, de Obesidade, de Doenças Cerebrovasculares, de Pé Diabético e de Insuficiência Cardíaca (criada em 2017) –, o diretor do Serviço resolveu abrir também uma Consulta Externa no Hospital Cândido de Figueiredo, que integra o CHTV, onde, atualmente, existe uma consulta de MI global e duas temáticas (de Diabetes e de Hipertensão).

O nosso entrevistado defende a existência de um processo de gestão dinâmico. “Apesar de sermos cerca de 60 elementos médicos no Serviço (contemplando assistentes seniores e internos), surgem incapacidades, pessoas que estão impossibilitadas de fazer urgência, licenças de maternidade e paternidade,

o direito às folgas, e todas estas questões têm de ser geridas para que não se criem lacunas”, menciona.

António Monteiro espera que, em breve, sejam criadas condições no hospital para os doentes instáveis, nomeadamente através da abertura da tão aguardada Unidade de Cuidados Intermédios. Para o responsável, é importante que haja no hospital uma equipa vocacionada, sejam eles internistas ou não, para tratar estes doentes.

Unidade de Diabetes quer criar Via Verde do Pé Diabético

A Unidade de Diabetes, inaugurada a 14 de novembro de 2004, é coordenada por

enciiação em diversas áreas da Medicina



Edite Nascimento

Edite Nascimento, que trabalha na área da diabetes desde 1991. "O meu orientador de formação foi o Dr. Pedro Henriques, antigo diretor do Serviço, que se dedicava à área da diabetes e que me incentivou", conta.

O projeto da Unidade de Diabetes foi desenhado por Edite Nascimento e Albertina Dias. O objetivo era congregar num espaço físico comum o atendimento à pessoa com diabetes, envolvendo as áreas da Medicina Interna, da Cirurgia Geral, da Nutrição e da Psiquiatria. "O facto de o doente, quando chega à Unidade, ter todas as valências no mesmo local traz ao Serviço uma funcionalidade muito maior", frisa.

Além de Edite Nascimento e da enfer-

ANTÓNIO MONTEIRO: "Sou um clínico de raiz"

António Monteiro nasceu em Resende, em 1959. Fez o liceu em Lamego e a licenciatura na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que concluiu em 1983.

Fez o Internato Complementar no antigo Hospital Distrital de Viseu, tendo realizado alguns estágios nos HUC (atualmente CHUC), nomeadamente em Doenças Infecciosas, em Neurologia e em Cuidados Intensivos. Desde o início de 1984 que passou a residir de "alma e coração" em Viseu.

mente generalista. Incentivo os meus pares no sentido de não se debruçarem tanto sobre os exames", refere, salientando que a evidência científica é fundamental, mas importa ter sempre em mente o bom senso clínico.

Antes de assumir a Direção do Serviço de Medicina, dirigiu durante um mandato o Serviço de Urgência e em dois períodos a Consulta Externa daquele centro hospitalar.

O seu dia começa pelas 6.00 h da manhã. Além do trabalho que desenvolve



António Monteiro

O contacto com alguns especialistas em Medicina Interna de Coimbra e o facto de considerar um desafio ver o doente como um todo conduziu-o à especialidade de Medicina Interna.

Depois de concluir a especialidade, António Monteiro ficou colocado no então Hospital Distrital de Tondela (hoje integrado no CHTV).

Além das tarefas associadas à Direção do Serviço, António Monteiro faz questão de manter a sua atividade clínica. "Sou um clínico de raiz, tendencial-

no CHTV, também faz consultas no setor privado, mas é no público que se sente "como um peixe na água" porque, além de ter pessoas para discutir os casos, tem ao seu dispor novas técnicas.

Casado com uma médica ortopedista e pai de duas filhas, nos tempos livres, dedica-se à jardinagem e à recuperação de habitações localizadas em zonas históricas e outras que herdou dos seus antecessores. Gosta de ler, de viajar e de acompanhar as novas tecnologias.



Serviço quer avançar com um projeto de hospitalização domiciliária

1/3 das camas do Serviço de Medicina do CHTV estão ocupadas por doentes vindos de lares e de unidades de cuidados continuados que, segundo António Monteiro, não necessitam de estar internados. Para solucionar este problema, o Serviço está a desenvolver um projeto para internamento hospitalar no domicílio que será apresentado à Administração ainda no primeiro semestre de 2017.

“Para mim, não é pacífico que se tenha de internar um doente a quem é diagnosticada uma infeção urinária por uma bactéria que só é sensível a um antibiótico hospitalar”, afirma, desenvolvendo que em situações como esta

faz sentido que haja uma equipa que se desloque a casa do doente duas a três vezes por dia para fazer a administração do antibiótico.

Desta forma, refere, “facilitamos também a vida às próprias famílias, que evitam sair de casa para vir visitar os seus familiares”, tal como o perigo de infeção hospitalar.

Segundo António Monteiro, a implementação deste projeto implicará todo um processo de sensibilização quer dos profissionais, quer da população. Serão necessários, também, mais alguns médicos, enfermeiros e um assistente social.

meira Albertina Dias, integra também a equipa fixa da Unidade o cirurgião geral Vítor Marques. Há, depois, um grupo de mais três cirurgiões gerais e seis internistas que dá apoio às consultas (de Diabetes e de Pé Diabético), duas psiquiatras, duas dietistas, três enfermeiras e uma secretária. A Unidade conta, ainda, com o apoio de um ortopedista, dois cirurgiões vasculares e, em breve, será integrado um podologista.

Segundo a internista, antigamente, havia muitas práticas que obrigavam ao internamento e que, hoje em dia, se conseguem fazer sem que haja necessidade de internar os doentes, porque há um Serviço que permite aos doentes a ele recorrerem quando precisam.

Se houver necessidade de internamento, em função da patologia, é internado no Serviço de Medicina ou num dos diver-

sos serviços que colaboram com a Unidade (Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculosa ou Psiquiatria, entre outros).

A maior prioridade da Unidade para 2017 é a criação da Via Verde do Pé Diabético, que permitirá ao doente poder ter um atendimento direto sem passar pela Urgência quando apresenta lesões a nível do pé diabético.

De acordo com a médica, desta forma, “aliviar-se-ia o Serviço de Urgência e dar-se-ia ao doente um atendimento mais diferenciado, porque este seria visto pelas pessoas que habitualmente trabalham nesta área e não por um clínico que está na urgência e, provavelmente, não tem tanta experiência na área do pé diabético”.

Edite Nascimento diz que, atualmente, este circuito direto já é feito no próprio dia, em resposta aos pedidos por parte de médicos do Serviço de Urgência ou dos centros de saúde/unidades de



A CRIAÇÃO DA VIA VERDE DO PÉ DIABÉTICO PERMITIRÁ AO DOENTE PODER TER UM ATENDIMENTO DIRETO SEM PASSAR PELA URGÊNCIA QUANDO APRESENTA LESÕES A NÍVEL DO PÉ DIABÉTICO.



saúde familiares, através do contacto telefónico. Outro dos objetivos é atender todos os doentes com diabetes que são internados no hospital que precisam de alguém que ajude a controlar a doença durante o internamento.

Unidade de AVC garante monitorização mais adequada da doença

Ana Gomes coordena a Unidade de AVC do CHTV, que foi criada em 2008. Segundo a internista, tal como acontece a nível nacional, o AVC tem um grande impacto no distrito de Viseu, sendo a principal causa de mortalidade e de morbilidade. “A HTA é uma das grandes causas que está implicada no nosso número de doentes, que habitualmente ascende a mais de 1000 internamentos por AVC por ano. É o principal motivo de internamento a seguir às doenças respiratórias.”

A médica considera que a criação da Unidade de AVC foi uma mais-valia, porque permite que haja uma equipa mais diferenciada na área, não só médica, mas também de enfermagem,



Ana Gomes

em colaboração multidisciplinar com o apoio de outras especialidades, nomeadamente, da Neurorradiologia, da Neurocirurgia, da Medicina Física e de Reabilitação, da Neurologia, da Cardiologia, da Cirurgia Vasculare e de um assistente social.

A Unidade possibilita, segundo a nossa entrevistada, “a existência de uma equipa dedicada, a uniformização de procedimentos de acordo com as recomendações internacionais no tratamento do AVC e uma monitorização mais adequada dos doentes com AVC”.

A Via Verde do AVC está em funcionamento desde que foi criada a Unidade, permitindo intervir com tratamento de reperfusão (trombólise endovenosa). Quando há necessidade de realizar trombectomia, a Unidade articula-se com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. “Há uma Via Verde pré-hospitalar, que funciona no concelho, uma Via Verde

intra-hospitalar, que começa logo na sala de emergência, e depois uma Via Verde inter-hospitalar (referenciação de doentes que tenham critérios para trombectomia)”, esclarece.

No início de março, quando esta reportagem foi realizada, a equipa médica tinha um regime de presença física na Unidade durante a manhã e estava em regime de prevenção no resto do dia. A partir do mês de abril, passa a ter um médico em presença física até às 24.00 h.

A Unidade inclui a Consulta de Doenças Cerebrovasculares, para onde os doentes são orientados depois da alta. Segundo Ana Gomes, era desejável que, no futuro, fosse possível alargar o número de camas – são oito, sendo que quatro destas são para os doentes mais agudos e as outras quatro para os doentes que são drenados numa fase posterior (de convalés-

cença) ou então para doentes mais estáveis –, o que, refere, “é manifestamente insuficiente para todos os doentes, obrigando muitos deles a ficar dispersos pelas enfermarias”. “Tentamos admitir os doentes que tenham mais critérios, mais potencial de recuperação ou que estejam mais instáveis”, explica.

Outro dos objetivos é criar uma consulta para acidentes isquémicos transitórios. Atualmente, estes doentes são vistos na Consulta de Doenças Cerebrovasculares e muitas vezes acabam por ser internados para que haja uma investigação mais célere.

A coordenadora da Unidade reconhece que seria desejável, ainda, ter um ecodoppler transcraniano e uma pessoa que realizasse o exame.

Uma das vantagens da Unidade é, segundo Ana Gomes, a facilidade em internar os doentes no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHTV.

A drenagem dos doentes para unidades de cuidados continuados para continuarem a realizar o tratamento de reabilitação é, por sua vez, uma das dificuldades. Para a responsável, seria também uma mais-valia que houvesse um ou dois neurologistas em permanência.

A Unidade envolve-se na organização de eventos, visando sensibilizar a população para o AVC e foi até o “berço” para a criação de um grupo nacional – “Portugal AVC” – constituído por e para sobreviventes de AVC, familiares, cuidadores, profissionais de saúde, associações e todos os que queiram participar nesta causa. O principal objetivo é a promoção de iniciativas que visem, por um lado, contribuir para a prevenção do AVC e suas consequências e, por outro, para a resposta às necessidades sentidas pelos sobreviventes de AVC, seus familiares, cuidadores e outros.

Consulta de Doenças Autoimunes Sistémicas quer assegurar um diagnóstico cada vez mais precoce

No Serviço de Medicina há uma Consulta de Doenças Autoimunes Sistémicas (DAIS) que é coordenada por Cláudia Martins. Em entrevista, a responsável conta que esta consulta existia já no antigo Hospital de Viseu e surgiu pelas mãos de Marina Bastos, sua coordenadora de formação, contando com a colaboração de um grupo de internistas que pertenciam ao Serviço de Medicina 2, que



Cláudia Martins

mais tarde se fundiu com o Serviço de Medicina 1.

Além de Cláudia Martins, a consulta é assegurada por mais quatro especialistas em Medicina Interna e uma interna do 5.º ano de Medicina Interna.

O lúpus eritematoso sistémico, a artrite reumatoide e as espondilartroses são, segundo Cláudia Martins, algumas das doenças autoimunes mais conhecidas, havendo outras que o são menos, mas até são mais frequentes, como a síndrome de Sjögren, as tiroidites autoimunes, a doença de Behçet, a polimialgia reumática, a artrite de células gigantes e a fibromialgia, entre outras.

Dado o elevado número de doentes, a consulta está, neste momento, a ser reorganizada, de modo a ser possível dedicar mais tempo à avaliação correta

ANA GOMES CONSIDERA QUE A CRIAÇÃO DA UNIDADE DE AVC FOI UMA MAIS-VALIA, PORQUE PERMITE QUE HAJA UMA EQUIPA MAIS DIFERENCIADA NA ÁREA, NÃO SÓ MÉDICA, MAS TAMBÉM DE ENFERMAGEM.

de cada caso. “Os doentes são muitos e cada vez vão sendo mais e nós temos de nos esforçar por efetuar o diagnóstico numa fase inicial da doença para podermos evitar os danos que esta possa causar.”

Atualmente, uma vez por mês, realiza-se uma consulta de grupo com os especialistas de Reumatologia e de Pneumologia. Além disso, quando é necessário discutir algum caso clínico no campo das doenças autoimunes, o grupo de internistas que se dedica área está sempre disponível em regime de consultadoria.

No futuro, pretende-se apostar na reorganização de uma reunião do grupo DAIS para decisão dos casos clínicos mais complicados e também para a formação contínua, que envolverá outros especialistas que pretendam discutir casos mais complexos. Até aqui, quando é necessário, os médicos de outras especialidades solicitam uma consulta de doenças autoimunes e o grupo dá o seu parecer.

Para Cláudia Martins, o grande desafio nestes doentes prende-se com o diagnóstico em si. “Muitas vezes, os sintomas iniciais são uns e ao longo do tempo podem variar.”

No que respeita à terapêutica, a médica destaca que estes doentes têm de ter uma vigilância apertada pela evolução do quadro clínico, mas também pelo aparecimento de efeitos laterais da medicação que vai sendo utilizada. Muitos necessitam de fazer terapêutica biológica, que tem de ser bem adequada aos doentes, podendo precisar de ser modificada ao longo do tempo.

No Hospital de Dia das especialidades médicas, uma das atividades que cabe ao grupo de DAIS é a vigilância dos doentes que fazem terapêutica por via endovenosa e que não necessitam de internamento, mas que precisam de ser vigiados durante a perfusão e algumas horas depois.

O grupo que se dedica a estas doenças está a tentar que os doentes cheguem à consulta numa fase mais precoce. Para tal, pretende desenvolver um trabalho com os centros de saúde para a referência destes doentes, que incluirá a formação aos especialistas em MGF. Outras das pretensões são vir a dar formação nesta área aos internos do CHTV, quer de Medicina Interna, quer de outras especialidades, e investir na formação contínua dos especialistas que integram o grupo.





DADO O ELEVADO NÚMERO DE DOENTES, A CONSULTA ESTÁ, NESTE MOMENTO, A SER REORGANIZADA, DE MODO A SER POSSÍVEL DEDICAR MAIS TEMPO À AVALIAÇÃO CORRETA DE CADA CASO.

Serviço em números (2016)

Internos – 29	Consultas de HTA (Viseu + Tondela) – 744+166= 910
Assistentes graduados seniores – 3	Consultas de Doenças Autoimunes – 1190
Assistentes graduados – 9	Consultas de Osteoporose – 237
Assistentes hospitalares – 24	Consultas de Obesidade (Viseu + Tondela) – 500+363 =863
Enfermeiros – 100 a 120	Consultas de Doenças Cerebrovasculares – 398
Auxiliares – 50 a 60	Consultas de Pé Diabético – 427
Assistentes sociais – 4	Internamentos – 6676
Consultas de Medicina Interna (Viseu + Tondela) – 7600+424 = 8024	Demora média de internamento – 9,3 dias
Consultas de Doenças Hepáticas – 840	
Consultas de Diabetes - 5655	
Consultas de Dislipidemia – 271	

Ferro intravenoso na insuficiência cardíaca: FAIR-HF2 Trial



P. Moraes Sarmiento
Hospital da Luz

NUMA SÍNDROME COMO A IC, ONDE AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS MODIFICADORAS DE PROGNÓSTICO SÃO ESCASSAS, É COM GRANDE ANSIEDADE QUE SE AGUARDAM RESULTADOS POSITIVOS QUE, PARA ALÉM DO ESSENCIAL BENEFÍCIO CONFERIDO AOS DOENTES, SERÃO IGUALMENTE DE MAIOR IMPORTÂNCIA NO IMPACTO SOCIOECONÓMICO.

No início da década de 2000, constatou-se que a anemia era uma das comorbidades mais prevalentes na insuficiência cardíaca (IC). A anemia estava igualmente associada a um significativo aumento da morbimortalidade dos doentes com IC e vários pequenos estudos demonstraram que a correção da anemia com rh-EPO ou darbepoetina alfa acarretava uma melhoria do consumo de oxigênio e da capacidade funcional, diminuía os níveis dos péptidos natriuréticos e melhorava os indicadores de qualidade de vida. A anemia surgia então como um promissor alvo terapêutico.

No entanto, o estudo RED-HF, o maior ensaio clínico randomizado realizado em 2278 doentes com anemia e IC com fração de ejeção reduzida (FEr), demonstrou que a correção da anemia com darbepoetina alfa não melhorava o prognóstico e evidenciava, em contrapartida, um aumento significativo de eventos tromboembólicos. A anemia emergia assim como consequência e não como causa das formas mais avançadas de IC.

Na sequência destes desanimadores resultados, as atenções viraram-se para a presença de ferropenia, igualmente frequente em doentes com IC. O ferro é responsável por diversos mecanismos celulares essenciais para o trabalho muscular e atividade neuronal, pelo que o seu défice ou inadequada utilização resulta num agravamento da intolerância ao esforço, diminuição do desempenho cognitivo e aumento da morbimortalidade.

O estudo FAIR-HF demonstrou que, em 459 doentes com IC com FEr, a correção da ferropenia com carboximaltose férrica (CMF) endovenosa, independentemente da presença concomitante de anemia, era responsável, aos 6 meses, por uma melhoria significativa dos indicadores de qualidade de vida e da classe funcional da NYHA nos doentes tratados. Na sequência destes resultados, as recomendações europeias para o tratamento da IC passaram a incluir a recomendação do uso da terapêutica endovenosa com CMF em doentes com ferropenia e FEr.

Posteriormente, o estudo CONFIRM-HF veio replicar estes resultados, demonstrando, aos 12 meses, os mesmos benefícios na melhoria da qualidade de vida e da classe funcional da NYHA em 301 doentes tratados com CMF endovenosa. Este estudo demonstrou ainda uma redução significativa do número de hospitalizações por IC, mas não mostrou impacto significativo na mortalidade.

Para confirmar este resultado da redução das hospitalizações recorrentes por IC, mas também para avaliar o impacto na mortalidade cardiovascular aos 12 meses, desenhou-se o estudo FAIR-HF2. Este estudo, mais robusto que os antecessores, é um ensaio de fase IV, prospetivo, multicêntrico, aleatorizado, de dupla ocultação, controlado e interventivo, que pretende avaliar o impacto do tratamento com CMF endovenosa em 1200 pacientes com IC com FEr e ferropenia. Numa síndrome como a IC, onde as opções terapêuticas modificadoras de prognóstico são escassas, é com grande ansiedade que se aguardam resultados positivos que, para além do essencial benefício conferido aos doentes, serão igualmente de maior importância no impacto socioeconómico.

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do VII Congresso Novas Fronteiras em Cardiologia.



XVIII JORNADAS DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VIH DA SPMI

Do diagnóstico da infeção ao modelo de gestão

**Telo Faria**

Coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH da SPMI

As XVIII Jornadas do Núcleo de Estudos da Doenças VIH da SPMI realizam-se em Peso da Régua, a 16 e 17 de junho de 2017. O momento atual é particularmente decisivo, ao nível das instâncias internacionais e, igualmente nacionais, no combate à doença VIH, tendo como base os objetivos propostos pela ONU-SIDA para 2020 – meta “90-90-90” –, com o horizonte da erradicação da pandemia em 2030

As Jornadas do Núcleo, mais do que permitirem a habitual atualização técnica e científica, irão constituir um momento de reflexão e de discussão sobre os novos caminhos e desafios, que todos nós, médicos e técnicos de saúde que lidam diariamente com esta patologia, temos pela frente.

Durante dois dias, temos em discussão uma “cascata” de temáticas, que vão desde o “diagnóstico da infeção” até ao seu “modelo de gestão”, como doença crónica que constitui. Assim, na sexta-feira, depois da habitual sessão de “Comunicações livres”, temos a primeira mesa-redonda, abordando “Diagnóstico e referenciação”. Como palestrantes, temos a diretora nacional do Programa da Infeção VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais, o presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e dois elementos do Núcleo, um abordando a temática proposta e outro focando-se na problemática da “Competência” em Medicina Interna.

À tarde, depois da Sessão de Abertura, temos em discussão “Cuidar”, tendo como intervenientes a Associação “Aspas”, a Fundação Portuguesa “A Comunidade contra a SIDA” e a Coordenação Regional da ARLVT dos Cuidados Continuados Integrados. Ainda antes do jantar de encerramento, abordar-se-ão as “Estratégias de retenção”. Teremos oportunidade de ouvir a temática, sob a perspetiva Médica, de Enfermagem, da Segurança Social, da Psicologia Clínica e da Farmácia.

No sábado, abordaremos a “Doença VIH como modelo de gestão de doença crónica”. Iniciamos com um clínico, com a consequente perspetiva clínica e farmacológica, seguida da visão do cuidador/gestor da doença crónica e, por fim, com a do administrador hospitalar.

Terminaremos com representantes parlamentares dos cinco maiores partidos com assento na Assembleia da República a dar o seu parecer e contributo, sobre “Políticas de saúde e doença VIH”.

Por fim, será prestada uma homenagem do Núcleo a um seu ex-presidente, e elemento do Conselho Consultivo, com uma postura atual ativa nas decisões e programação das nossas Jornadas anuais, que apresenta um percurso de realce no panorama da Medicina Interna e da Infeciologia no nosso país, o Dr. José António Malhado.

Braga recebeu o único curso europeu sobre rigidez arterial e envelhecimento vascular precoce

O Centro de Investigação e Tratamento em Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular Global do Serviço de MI do Hospital da Senhora da Oliveira / Universidade do Minho, que é classificado como Centro de Excelência Europeu em Hipertensão, e a Escola de Medicina daquela Universidade organizaram, em novembro último, o 5th International Postgraduation Course on Arterial Stiffness and Early Vascular Aging.

Segundo Pedro Guimarães Cunha, coordenador da Consulta de Hipertensão e Doenças Renais Crónicas daquele Centro, “trata-se do único curso europeu dedicado especificamente a este tema”. A formação realizou-se sob a égide da Sociedade Europeia de Hipertensão, da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, da Sociedade Portuguesa de Hipertensão e da Artery Society.

Além de Pedro Guimarães Cunha, integraram a Comissão Organizadora Jorge Cotter, diretor do Serviço de MI e do Centro de Investigação e Tratamento em Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular Global do Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães), e Nuno Sousa, professor e vice-presidente da Escola de Medicina da Universidade do Minho.

**Pedro Guimarães Cunha**

SOCIEDADE DE SIMULAÇÃO APLICADA ÀS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Miguel Castelo-Branco é o novo presidente da SPSim

O internista e intensivista Miguel Castelo-Branco é, desde o final do mês de fevereiro, o novo presidente da Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde (SPSim) para o biénio 2017-2019, sucedendo assim ao anestesista Francisco Matos, coordenador da Unidade de Cirurgia Ambulatória do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A nova Direção tem como principais objetivos dar continuidade ao trabalho da equipa anterior; consolidar e formalizar a rede de centros de simulação, criando contactos entre todos; sensibilizar quer o Governo, quer as instituições de saúde para a importância das práticas de simulação corretamente na formação dos profissionais de saúde e no desenvolvi-



Miguel Castelo-Branco

mento das suas competências; e, ainda, dinamizar a Sociedade e contribuir para a participação da representação portuguesa de forma internacional.

“Não assumo este desafio sozinho, mas sim em conjunto com uma equipa fantástica, e penso que juntos podemos traçar um bom caminho”, afirmou à *Just News* Miguel Castelo Branco, que integrou o grupo de fundadores da SPSim, em novembro de 2011.

E recordou: “A Sociedade foi criada com a finalidade de contribuir para a divulgação das boas práticas na utilização da simulação, como instrumento de formação e ensino na área das Ciências da Saúde.”

Miguel Castelo-Branco é professor associado da Universidade da Beira Inte-

“NÃO ASSUMO ESTE
DESAFIO SOZINHO, MAS
SIM EM CONJUNTO COM
UMA EQUIPA FANTÁSTICA.”

rior, diretor do Curso de Medicina, coordenador do Centro de Simulação (LaC), assistente graduado sénior de Medicina Interna, especialista em Medicina Intensiva e titular da Competência de Urgência, internista e intensivista no Centro Hospitalar Cova da Beira e professor coordenador convidado do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

PUBLICIDADE

Manuel Teixeira Veríssimo eleito presidente do Colégio da Competência de Geriatria da OM

“É o primeiro reconhecimento oficial da Geriatria em Portugal.” As palavras são de Manuel Teixeira Veríssimo, que tomou posse, nos primeiros dias de janeiro, como presidente do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos. O primeiro desafio é a definição de orientações para que os médicos das diferentes especialidades possam adquirir esta competência.

Manuel Teixeira Veríssimo e os outros seis membros do Colégio tomaram posse ao fim de quase dois anos após a Geriatria ter sido reconhecida como competência pela OM. Para o presidente cessante da SPMI, que é coordenador da Consulta de Geriatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), este foi um passo muito importante, já que “o reconhecimento parte de uma entidade oficial”.

Além do desafio da criação de linhas orientadoras para que os médicos possam ter esta competência, “é também nossa missão estimular a formação em Geriatria, para que todos os profissionais possam lidar com os idosos, tendo em conta as suas particularidades”.

O Colégio conta com mais seis membros, tendo como coordenadores regionais do Sul, Centro e Norte, respetivamente, João Gorjão Clara (CHLN), Benilde Barbosa (CHUC) e Alberto Hespanhol (USF S. João Porto e FMUP). Do grupo fazem ainda parte os médicos Álvaro Ferreira da Silva (Misericórdia do Porto), Sofia Duque (Hospital de S. Francisco Xavier, CHLO) e Eduardo Haghghi (Hospital de Vila Franca de Xira).

Para o bastonário da OM, José Manuel Silva, a tomada de posse deste Colégio “é o culminar de um longo caminho, cheio de escolhas e dificuldades, e que chegou a bom porto por mérito dos profissionais que se dedicaram à área, mas também pelo facto de o conhecimento científico demonstrar que a Geriatria é fundamental na Saúde”.



O bastonário da Ordem dos Médicos com os membros do Colégio da Competência de Geriatria: Benilde Barbosa, Álvaro Ferreira da Silva, Alberto Hespanhol, João Gorjão Clara, José Manuel Silva, Manuel Teixeira Veríssimo, Eduardo Doutel Haghghi e Sofia Duque



REFERIU LUÍS CAMPOS, AO INTERVIR NO VII SIMPÓSIO DO NEDR:

“Sucesso da MI nas doenças raras depende das pontes com outras profissões e especialidades”

“As doenças raras são uma das áreas da Medicina Interna onde a nossa capacidade de construir pontes com outras profissões e especialidades é mais posta à prova.” As palavras são de Luís Campos, presidente da SPMI, e foram proferidas na cerimónia de abertura do VII Simpósio do Núcleo de Estudos de Doenças Raras (NEDR) da SPMI, reunião que teve lugar em Coimbra, nos passados dias 3 e 4 de fevereiro.

“A Medicina Interna é, pela sua visão holística, uma especialidade que está vocacionada para a construção de pontes com outras profissões”, afirmou, acrescentando: “Temos perfeita noção de que os resultados do que fazemos, ou seja, que os doentes sejam bem tratados e se sintam bem tratados, está dependente das equipas multidisciplinares que trabalham, hoje em dia, nos serviços de Medicina (internistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, dietistas, ou farmacêuticos)”.

Também relevantes na área das doenças raras são as ligações que a Medicina Interna estabelece com outras especialidades, como é o caso da Pediatria, que, “por vezes, tem dificuldade na referência das suas crianças com doenças sistémicas complexas quando elas deixam de estar fora do seu âmbito”.

“Os internistas são os ‘pediatras’ dos adultos e os especialistas que estão vocacionados para receber estes doentes da Pediatria. A Medicina Interna tem de trabalhar mais em conjunto com a Pediatria para melhorar esta continuidade de cuidados”, disse Luís Campos.

Outra das pontes que na opinião do presidente da SPMI deve ser estimulada relaciona-se com as associações de doentes. “Elas desempenham um papel essencial de ajuda e empoderamento dos doentes, sendo a sua voz pública de expressão das suas expectativas e preferências”, defendeu.

Luís Campos falou ainda sobre a ques-

tão dos centros de referência. Segundo o internista, que é membro da Comissão Nacional dos Centros de Referência, esta é “uma aposta europeia na qual Portugal embarcou”.

Ainda que admita que a Medicina Interna não tem muitas oportunidades de se inserir e criar centros de referência, é uma das áreas em que a especialidade



Lèlita Santos, Luís Brito Avô, Luísa Pereira e Luís Campos

está bem posicionada para essa criação. Considera, no entanto, que os internistas têm um papel importante nas equipas de muitos dos centros que estão a ser criados, porque muitos deles têm um carácter multidisciplinar.

Entretanto, o presidente da SPMI fez questão de agradecer o “empenhamento” e elogiar a “dinâmica” do NEDR que,



conforme disse, “conta muito para o prestígio da Medicina Interna”. Nesta sessão estiveram também presentes Luís Brito Avô, coordenador do NEDR, que fez questão de salientar a presença de “caras novas” na reunião e de pessoas de outras especialidades que não a Medicina Interna; Luísa Pereira, coordenadora do Simpósio, que fez uma breve apre-

sentação do programa; e Lèlita Santos, vice-presidente da SPMI, que se dirigiu aos presentes na sala para lhes dar as boas-vindas à cidade de Coimbra, onde desenvolve a sua atividade enquanto internista. Além de Luís Brito Avô e de Luísa Pereira, integraram a Comissão Organizadora do VII Simpósio do NEDR da SPMI Diogo Cruz e Patrício Aguiar.

Mucopolissacaridoses



Patrício Aguiar

Consulta de Doenças Metabólicas Hereditárias do Serviço de Medicina 1 do Hospital de Santa Maria, CHLN

As mucopolissacaridoses (MPS) são doenças lisossomais de sobrecarga, que se caracterizam por um erro inato do metabolismo dos glicosaminoglicanos (GAG), também conhecidos como mucopolissacáridos. Estes são constituintes essenciais da matriz do tecido conjuntivo, contribuindo para a integridade do mesmo.

Cada tipo específico de defeito enzimático resultará na acumulação de diferentes GAG (principalmente, sulfato de dermatano, sulfato de heparano e sulfato de condroitina), com um amplo espectro de manifestações clínicas. Sendo assim, encontram-se descritos, até ao momento, sete tipos de mucopolissacaridoses, tendo como principais órgãos envolvidos o sistema nervoso central, o sistema cardiopulmonar, o sistema musculoesquelético e o globo ocular.

As mucopolissacaridoses são doenças autossômicas recessivas, à exceção da MPS II, que tem um padrão de hereditariedade recessivo ligado ao cromossoma X. A expressão fenotípica destas doenças é muito variável, com um amplo espectro de gravidade. As formas mais graves, dependendo do tipo específico, apresentam-se com *facies* característico, disostose multiplex grave, atraso do desenvolvimento motor e cognitivo, alteração da visão, cardiopatia valvular, hepatoesplenomegalia e hérnias umbilicais e inguinais.

As formas atenuadas apresentam um fenótipo menos grave do ponto de vista de envolvimento musculoesquelético e, na generalidade, não cursam com atraso do desenvolvimento cognitivo. Em virtude das manifestações clínicas menos exuberantes das formas mais benignas, torna-se importante o reconhecimento destas manifestações clínicas mais subtis (principalmente reumatológicas), que condicionam um subdiagnóstico destas variantes.

Do ponto de vista clínico, as manifestações mais características são as ortopédicas e as radiográficas, que, no seu conjunto, denominam-se disostose multiplex. Esta caracteriza-se essencialmente por: cifose toracolombar (*gibbus deformity*), que é mais frequente na MPS tipo I, embora possa ocorrer em qualquer forma de MPS, e resulta do reduzido desenvolvimento ósseo da porção ântero-superior do corpo da primeira vértebra lombar, com deformação anterior em cunha e retrolistese da vértebra; compressão da medula espinal, que resulta essencialmente de instabilidade atlanto-occipital e da acumulação de GAG posteriormente à apófise odontóideia; displasia da anca, causada por uma alteração do desenvolvimento do acetábulo e da porção interna da cabeça do fémur e *coxa valga*; *genu valgum*; alterações

dos membros superiores, nomeadamente, deformidade de Madelung, síndrome do túnel cárpico e contraturas das mãos; baixa estatura, que ocorre em consequência das alterações esqueléticas (cifose e *genu valgum*), atraso na ossificação endocranial e endocrinopatia (alterações da pituitária, tiroideia e gónadas).

O diagnóstico destas doenças baseia-se na demonstração da excreção elevada de GAG na urina (que pode ser normal na MPS IV e nas formas mais atenuadas em doentes adultos), quer quantitativa, quer qualitativa. Posteriormente, de acordo com os GAG excretados, dever-se-á proceder à determinação da atividade enzimática e, por fim, embora não obrigatório para o diagnóstico, poder-se-á sequenciar o gene da enzima para identificar a mutação específica. Embora algumas mutações se correlacionem com fenótipos mais ou menos graves da doença, as correlações genótipo-fenótipo são relativamente débeis.

Existem várias modalidades terapêuticas disponíveis para as MPS, nomeadamente: tratamento de suporte e das complicações clínicas, terapêutica de substituição enzimática (TSE) e transplante de células estaminais hematopoiéticas. Dependendo do tipo específico de MPS, poder-se-á recorrer a diferentes modalidades de tratamento.

A título genérico, o transplante de células estaminais encontra-se reservado às formas mais graves (principalmente de MPS I), pois, permite minimizar a afeção do sistema nervoso central. A TSE demonstrou melhorar a qualidade de vida, a capacidade de exercício, a mobilidade articular e o tamanho das organomegalias, sendo a terapêutica de eleição para as formas sem envolvimento do sistema nervoso central em doentes com MPS I, II, IV e VI (encontrando-se em ensaios clínicos de fase III para a MPS VII). Este tratamento específico deve ser complementado por diversas medidas de suporte/intervenções cirúrgicas, principalmente nas manifestações ortopédicas.

Em virtude do descrito, depreende-se que estas são patologias multissistémicas que exigem o seguimento por uma equipa multidisciplinar especializada, onde o internista assume um papel de coordenação e organização dos cuidados, com o intuito de manter um seguimento adequado dos doentes e dos complexos problemas que se colocam nestas patologias. Salienta-se ainda que o desenvolvimento de terapêutica dirigida para algumas das MPS trará um número crescente destes doentes até à idade adulta e a necessidade de cuidados por parte da Medicina Interna.



PUBLICIDADE

TRATAMENTO DA DIABETES NO HOSPITAL FOI TEMA DE CURSO

Internistas assumiram o papel de doentes

“Tratamento da diabetes no hospital” foi o tema do curso que se realizou nos dias 25 e 26 de novembro, no Centro de Formação em Medicina Interna (FOR-MI). Anabela Barros, a coordenadora, sublinhou o caráter prático da formação organizada pelo Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) da SPMI, na qual os formandos “assumiram o papel de doentes”.

A médica, que é internista dos SAMS, explicou à *Just News* que este curso, dirigido a internos e especialistas em Medicina Interna, abordou as “Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia/SPMI sobre a Abordagem e Tratamento de Hiperglicemia em Internamento (Não Crítico)” e alertou para a diferença que existe no tratamento das pessoas com hiperglicemia no internamento e no ambulatório”.

Anabela Barros realçou o aspeto inovador do curso, que tem por base o *role playing*, afirmando que, “além da atualização de conhecimentos, pretendemos que os formandos se sintam na pele dos doentes, picando o dedo, enfrentando o receio da insulina, etc.”. Na prática, “é uma forma destes profissionais perceberem, mais

facilmente, as dificuldades dos seus doentes e como podem ajudá-los”. Os temas abordados foram, sobretudo, a hipoglicemia, a cetoacidose diabética, a síndrome hiperosmolar, a hiperglicemia de stress, a insulino-terapia no internamento, a monitorização/autovigilância glicémica e a abordagem nutricional.

A equipa de formadores contou ainda com Alda Jordão, internista do Hospital Pulido Valente, CHLN; Maria Filomena Roque, internista do Hospital Distrital de Santarém; João Coelho, internista do

Hospital Beatriz Ângelo, Loures; Paula Lopes, internista do Centro Hospitalar de Setúbal; Rosário Bastos, enfermeira da Clínica de Diabetes do SAMS; e Mariana Pedro, nutricionista da Clínica de Diabetes do SAMS.

Este tipo de cursos continuou em 2017 porque, segundo Anabela Barros, “é preciso apostar muito na formação e na atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde”. Esta necessidade de (in) formar torna-se ainda mais premente, segundo a especialista, com as novas recomendações.

Os cursos sobre diabetes dinamizados pelo NEDM contam sempre com uma grande adesão e têm, habitualmente, a participação de uma equipa multidisciplinar de formadores, como sucedeu novamente em 24 de março último, como o testemunham as imagens publicadas nestas páginas, obtidas naquela data. Se-



Anabela Barros: “É preciso apostar muito na formação e na atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde”



gundo Anabela Barros, “é muito importante ouvir o que colegas de outras áreas têm para dizer sobre a diabetes e de que forma podem trabalhar com os médicos para ajudar as pessoas com diabetes a aderirem à terapêutica e a adotarem estilos de vida saudáveis que evitam ou adiam determinadas comorbilidades”.



António Mário Santos

Diretor do Serviço de Medicina 4 do HSM, CHLC

A Medicina Interna atravessou, nas últimas décadas, um período conturbado de dúvidas e mudanças, em parte pelo aparecimento de novas especialidades ou subespecialidades, que impuseram a definição do papel da Medicina Interna no cuidado à pessoa doente.

Este fenómeno, aparentemente prejudicial, fez com que a dada altura, pela natureza holística da especialidade de Medicina Interna, esta voltasse a ganhar uma importância cada vez maior no Serviço Nacional de Saúde.

Para este “renascer” da Medicina Interna contribuiu o reconhecimento do seu papel no doente com pluripatologia, cada vez mais idoso, com capacidade de abordagem das suas múltiplas vertentes fisiopatológicas e não abrangida em exclusividade pelos conhecimentos de uma qualquer subespecialidade médica ou cirúrgica, o que tornou fundamental o papel do internista na gestão do doente.

O polo do Hospital de Santa Marta do Centro Hospitalar de Lisboa Central é altamente diferenciado em patologia cardiovascular e torácica e há uma colaboração estreita entre os serviços que todos os intervenientes fazem questão de privilegiar no seu dia-a-dia.

Cuidados diferenciados de Medicina Interna em cirurgia vascular

Pelo reconhecimento do papel que a Medicina Interna pode ter no contributo para a melhor assistência aos doentes deste polo, foi estabelecido oficialmente um protocolo de colaboração entre a Unidade Funcional de Medicina 4 e o Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular. Este protocolo consiste na consultoria especializada diária e sistemática de Medicina Interna aos doentes internados na Cirurgia Vascular e baseia-se na articulação multidisciplinar entre a equipa médica de Medicina Interna e a equipa médica e de enfermagem de cirurgia vascular.

Esta consultoria inclui, na sua grande maioria, doentes com patologia vascular aguda, em que a patologia crónica, nomeadamente a diabetes *mellitus* e outros fatores de risco cardiovasculares, têm um papel preponderante na sobrevida do doente. A Medicina Interna, com a sua visão multissistémica e integradora, é, sem dúvida, a especialidade melhor colocada para avaliar estes doentes, antes e depois do tratamento cirúrgico, altura em que a infeção, os desequilíbrios hidroeletrólíticos ou a falência de órgão surgem e são, por vezes, de difícil manuseamento.

A Dr.^a Teresa Garcia, assistente hospitalar graduada de Medicina Interna e coordenadora do internamento da Unidade Funcional de Medicina 4, e a Dr.^a Ana Patrícia Cachado, assistente hospitalar de Medicina Interna, têm coordenado este protocolo de consultoria, de uma forma sempre integrada e articulada com os colegas de Cirurgia Vascular, garantindo a continuidade da assistência aos doentes internados em cogestão.

Esta colaboração valoriza o papel da Medicina Interna no polo do Hospital de Santa Marta e contribui seguramente para uma melhor assistência aos doentes, sendo altamente valorizada por todos os profissionais do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular.

O convite formulado à nossa Unidade Funcional de Medicina 4 para participar no XIII Simpósio Internacional de Cirurgia Vascular, que muito nos honra, para falar sobre os “Cuidados Diferenciados de Medicina Interna em Cirurgia Vascular”, é o reconhecimento do contributo que a Medicina Interna tem dado aos doentes internados no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do XIII Simpósio Internacional de Angiologia e Cirurgia Vascular.



TENDO JOÃO GORJÃO CLARA COMO INVESTIGADOR PRINCIPAL

Estudo mostra que idosos a viver em lares têm maior risco de desnutrição

4,8% dos idosos a residirem em lares estão desnutridos, enquanto apenas 0,6% dos que vivem em casa se encontram na mesma situação clínica. A conclusão é do estudo "PEN-3S: estado nutricional dos idosos portugueses", que teve como investigador principal João Gorjão Clara, do Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (IMPSP-FMUL). Os resultados foram agora apresentados.

João Gorjão Clara esclareceu, na sessão de abertura do evento onde foram apresentadas as conclusões do PEN-3S, que "este trabalho não se cingiu apenas ao estudo do estado nutricional da população idosa portuguesa, mas também ao da prevalência da solidão e da depressão, à avaliação cognitiva e à capacidade para o exercício das atividades instrumentais da vida diária".

De acordo com a investigação, concluiu-se que 38,7% dos idosos internados em lares apresentam risco de desnutrição, contra 16,9% dos que estão em casa.



Fausto Pinto e João Gorjão Clara

Estes dados devem-se, segundo João Gorjão Clara e Teresa Madeira, coordenadora executiva do estudo, à idade avançada das pessoas que vivem em lares, ao maior grau de dependência e ao seu estado psicológico.

As taxas de depressão são, assim, segundo os investigadores, mais elevadas nos lares: 47% contra 25%. O mesmo acontece nas situações de dependência nas atividades instrumentais da vida diária: 87% nos lares e 30% nos casos de quem vive em casa.

O PEN-3S, que reúne investigadores de várias áreas profissionais e de faculdades nacionais e estrangeiras, foi financiado pelo programa *EEA Grants*, que resulta do memorando de entendimento entre Portugal e os países financiadores, que são a Islândia, o Liechtenstein e a Noruega. No caso do PEN-3S, as verbas têm origem na Noruega.

O estudo envolveu mais de 2 mil idosos e João Gorjão Clara realçou, na sessão realizada na FMUL, a importância de este ser "um dos primeiros trabalhos que estudou estas características dos idosos portugueses, esperando-se que o conhecimento desta realidade permita a aplicação de medidas de intervenção para melhorar a sua qualidade de vida".

Na sessão estiveram ainda presentes Fausto Pinto, diretor da FMUL, Alida Endersen, em nome da Embaixada da Noruega, e Aura Duarte, do Centro Distrital da Segurança Social de Setúbal.





PUBLICIDADE

Formar formadores para uma formação de qualidade

Quando a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna criou o seu Departamento de Formação, foi identificada, desde logo, a necessidade de formar quem forma os internistas no terreno, ou seja, os orientadores de formação. Para o coordenador do Núcleo de Formação da SPMI, António Martins Baptista, “não faz sentido querermos uma formação de qualidade se não formarmos, em primeiro lugar, quem está a formar os internistas em todos os hospitais do país”. O coordenador de Medicina Interna no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, falou à *Just News* no âmbito da segunda edição do Curso de Orientadores de Formação em Medicina Interna, que teve lugar em novembro, no Centro de Formação da SPMI, em Lisboa.

António Martins Baptista adiantou que este curso, cuja primeira edição decorreu no âmbito do Congresso Nacional de Medicina Interna 2016, que se realizou em Viana do Castelo, “tem recolhido uma satisfação grande das pessoas que o têm frequentado e continuará a realizar-se enquanto se considerar que é útil”.

De acordo com Zélia Lopes, internista do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa e uma das coordenadoras e formadoras deste curso, a finalidade da ação é fomentar o encontro entre os orientadores de formação e, simultaneamente, tentar que tenham objetivos comuns e formas de estar mais partilhadas, para que os internos de MI tenham uma formação mais uniforme a nível nacional. No curso, foi abordado o contexto nacional do internato de formação em MI (funções do orientador, legislação do internato em vigor, por exemplo) e falou-se sobre algumas “armas” que são úteis aos orientadores, como, por exemplo, a gestão de conflitos, de stress, de tempo e de prioridades. Foi feita uma análise SWOT do internato, em que os formandos expuseram o que consideram ser os pontos fortes e fracos e as oportunidades e ameaças à orientação de formação em MI e à formação pós-graduada da especialidade. Zélia Lopes considera que, apesar de todos os assistentes de MI terem como função ser orientadores de formação, a mestria, o gosto pelo internato e pela



As coordenadoras do curso, Zélia Lopes (a segunda da fila da frente, a contar da esq.ª) e Susana Marques (à sua esq.ª) com o grupo de formandos

MI e o facto de esta tarefa lhes possibilitar o contacto com outras pessoas e uma dinâmica de estudo importante são motivantes para quem forma. Destaca, ainda, que, para os formandos, o curso é compensatório, tanto do ponto de vista curricular como pessoal.

Susana Marques, assistente hospitalar graduada do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal, onde é responsável pela área da Formação e diretora do Internato Médico, foi outra das coordenadoras e formadoras deste curso. À *Just News*, a médica frisou que a ideia “é chegar ao maior número possível de internistas e de orientadores de formação ou futuros orientadores de formação” e que todos tenham uma posição conjunta e consigam formar os internos o melhor possível.

“O curso é muito recente. Enquanto formadora, vou aprendendo com o facto de o fazer e com os formandos que vou tendo. Estas duas edições foram uma expe-

“NÃO FAZ SENTIDO
QUERERMOS UMA
FORMAÇÃO DE QUALIDADE
SE NÃO FORMARMOS,
EM PRIMEIRO LUGAR,
QUEM ESTÁ A FORMAR OS
INTERNISTAS EM TODOS
OS HOSPITAIS DO PAÍS”,
AFIRMA ANTÓNIO MARTINS
BAPTISTA.

riência gratificante”, acrescentou.

O curso contou com a participação de 21 internistas de Norte a Sul do país e com vários graus de experiência, quer em termos de atividade clínica, quer de orientação de formação.

A par de Susana Marques e de Zélia Lopes, também foi formadora Mavilde Anjos, que, não sendo internista, tem formação e experiência nas áreas da gestão de stress, oportunidades e conflitos. Áreas essas que foram consideradas fundamentais para quem é formador, com necessidade de ferramentas práticas para o projeto de formação, conciliando a vasta atividade clínica como internista. Está programada a realização de, pelo menos, duas edições por ano. Uma como curso pré-congresso do Nacional de Medicina Interna, se as comissões organizadoras assim o permitirem, e outra no Centro de Formação da SPMI. A próxima terá lugar no Congresso Nacional de Medicina Interna 2017, no Porto.

ESPAÇO

internos

de Medicina Interna



AFIRMOU LUÍS CAMPOS NA SESSÃO DE LISBOA

Receção aos novos internos ajuda “a reduzir os níveis de ansiedade e a aumentar a segurança”

A SPMI deu as boas-vindas aos novos internos de Formação Específica de Medicina Interna que iniciaram o seu percurso em 2017. A sessão que decorreu em Lisboa, nos dias 7 e 8 de janeiro, contou com a participação do Colégio da Especialidade de Medicina da OM.

No primeiro dia, os internos assistiram a uma sessão na qual entrevistaram Luís Campos, presidente da SPMI, Armando Carvalho, presidente do Colégio da Especialidade da OM, e António Martins Baptista, coordenador do Núcleo de Estudos de Formação em MI (NEFMI) e tesoureiro da EFIM (Federação Europeia de Medicina Interna). Nessa tarde, realizou-se um curso de formação que se prolongou até à manhã seguinte.

Segundo Luís Campos, esta receção aos internos teve dois objetivos: em primeiro lugar, introduzi-los na atividade da SPMI e do Colégio da Especialidade de MI da OM; em segundo lugar, promover “a abordagem de alguns temas clínicos em áreas que angustiam os internistas”, como a sobrelotação das urgências e dos serviços de Medicina.

Dirigindo-se aos cerca de 70 novos médicos, o presidente da SPMI sublinhou



Luís Campos, dirigindo-se aos novos médicos, sublinhou que estes “vão ser chamados a ter um crescimento rápido”

que estes “vão ser chamados a ter um crescimento rápido” e que, por isso, este tipo de formação é importante para “reduzir os níveis de ansiedade e aumentar a segurança”.

O responsável falou sobre a história da SPMI e realçou a importância da Medicina Interna, tendo referido que, em Portugal, é a especialidade mais numerosa a nível dos hospitais, ten-

do mantido a capacidade generalista e holística, aspeto que considera ser “precioso”.

Na opinião de Luís Campos, é importante acomodar os diferentes tipos de per-



sível, daí que, “mesmo na opção de estágios parcelares de formação, ela se deva destinar a preencher lacunas que todos os serviços têm numa área ou noutra de formação do que propriamente a atingir uma diferenciação muito grande durante o internato”.

Ensino e investigação devem fazer parte da formação



ou se pretendem desenvolver uma competência dentro da Medicina.

Currículo deve ser “vasto” e “transversal”

Por seu lado, depois de efetuar uma breve apresentação sobre o Colégio da Especialidade de Medicina da OM, Armando Carvalho salientou que se pretende que um internista tenha bases sólidas do ponto de vista científico, que seja bem formado em termos de avaliação global do doente, de diagnóstico e de tratamento, antes de mais, dos problemas médicos mais frequentes, mas também que tenha capacidade para abordar os mais raros, ou seja, os que não se enquadram no padrão mais comum da doença. No seu entender, é preciso, sobretudo, que o internista esteja muito capacitado na avaliação global do doente com polipatologia, “o núcleo central” da sua atuação. O organismo a que Armando Carvalho preside defende que deve ser exigida ao interno a construção de um currículo o mais vasto e transversal pos-

António Martins Baptista salientou a importância de os internos não se envolverem apenas na vertente assistencial, mas também nas áreas do ensino e da investigação, “sem as quais se vão sentir incompletos”. O coordenador do NEFMI aproveitou o momento para adiantar que se espera que este ano o Centro de Formação em Medicina Interna da SPMI seja certificado. Segundo o internista, atualmente, os cursos realizados pelo FORMI são todos presenciais, mas estão a ser criados três cursos de *e-learning* (de diabetes, de doenças raras e de investigação científica). “Pensamos que a maioria dos cursos vão ser mistos, com uma base de *e-learning* para a parte teórica e outra presencial, que permita fazer a avaliação e a parte prática”, apontou. O médico apelou ainda à participação na Escola de Verão de Internos de Medicina Interna (EVERMI), que este ano terá lugar de 21 a 23 de setembro, em Albernoa, no Congresso Nacional de Medicina Interna (25 a 28 de maio), particularmente nos cursos pré-congresso, e no programa “Exchange”, da EFIM, que é patrocinado pela SPMI.

fis de internista num serviço, dado que isso aumenta a capacidade de resposta e a interação dos internistas dentro dos próprios serviços. Aproveitou a oportu-

nidade para apelar aos internos de Formação Específica de Medicina Interna para descobrirem qual a sua vocação, ou seja, se querem ser “generalistas puros”

Sessão realizada em Braga também esclareceu dúvidas

Depois de Lisboa, foi a vez de Braga dar as boas-vindas, nos dias 14 e 15 de janeiro, aos novos internos de Formação Específica em Medicina Interna que iniciaram o seu percurso em 2017, num evento organizado pela SPMI, que contou com a participação do Colégio da Especialidade da OM.

Em declarações à *Just News*, José Mariz, membro da Comissão Coordenadora do Núcleo de Estudos da Formação de Medicina Interna (NEFMI), salientou que o objetivo de realizar esta iniciativa também em Braga foi descentralizá-la e, ao mesmo tempo, “não limitar o acesso aos internos”. Além disso, pretendeu-se que estes tivessem uma formação ajustada às suas necessidades.

A sessão, que decorreu na Escola de Medicina da Universidade de Braga começou com uma sessão na qual participaram António Oliveira e Silva, vice-presidente da SPMI, e Fernando Rosas Vieira, membro da Direção do Colégio da Especialidade de Medicina Interna. No mesmo dia, teve lugar um curso de formação que se prolongou até à manhã seguinte.

O intuito foi, por um lado, introduzir os novos internos na atividade da SPMI e do Colégio e, por outro, fomentar a abordagem de alguns temas clínicos com interesse para os internistas, como, por exemplo, “As Vias Verdes no Serviço de Urgência”, ou “Como gerir o stress ao longo do meu internato?”

Segundo o internista do Hospital de Braga, que integra a equipa de Investigação em Ciências da Vida e Saúde da Universidade do Minho, “esta receção não se destinou ao interno de Medicina Interna em geral, mas àquele que escolheu determinado hospital e que quis ver as suas dúvidas esclarecidas por representantes da sua região que entendam melhor as particularidades dos assuntos”.

A título de exemplo, José Mariz destacou a apresentação de Nuno Sousa, diretor do Centro Clínico Académico de Braga, que falou sobre aquele Centro e das oportunidades que existem no Norte na área da investigação clínica. O internista acrescentou que, “apesar de ser muito diverso”, Portugal é um



José Mariz considerou que o balanço da iniciativa é positivo

país pequeno e, por isso, na sua opinião, tendo em conta as dificuldades logísticas que existem para concretizar esta iniciativa noutros locais do país, “é preferível realizá-la apenas no Norte e no Sul do que centralizar”. “No encontro do Norte houve internos do Centro,

tal como aconteceu em Lisboa”, sublinhou.

José Mariz considerou que o balanço da iniciativa é positivo: “Em Braga estiveram 59 novos internos e em Lisboa 61, o que representa um acréscimo de 30-40% relativamente a 2016.”



Ser interno de Medicina Interna na...

Unidade Local de Saúde do Nordeste - UH de Bragança



Tânia Afonso

Interna de Formação Específica em MI, ULSNE - UH de Bragança

Constituída a 1 de julho de 2011, a Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) integra as três unidades hospitalares (hospitais de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela) e os 14 centros de saúde que servem o distrito de Bragança.

O Serviço de Medicina Interna da ULSNE engloba os Serviços de Medicina Interna das três unidades hospitalares e a Unidade de AVC, situada fisicamente na Unidade Hospitalar (UH) de Macedo de Cavaleiros. Destes, o Serviço de Medicina Interna da UH de Bragança é o único com idoneidade formativa e dispõe de uma capacidade total de 61 camas distribuídas por 2 espaços físicos:

- Serviço de internamento de Medicina Especialidades e Medicina Mulheres, alas esquerda e direita do piso 4 do edifício principal, com 15 e 23 camas, respetivamente;
- Serviço de internamento de Medicina Homens, localizado no edifício satélite, com 23 camas.

A sua área de influência direta abrange os concelhos de Bragança, Miranda do Douro, Mogadouro, Vimioso e Vinhais, servindo uma população de cerca de 60 000 habitantes.

Ser Interna de Medicina Interna neste Serviço é um enorme desafio e, no meu caso particular, um imenso privilégio por poder trabalhar na minha terra, sendo este o único conflito de interesses que tenho a declarar.

Do desafio - O enquadramento geodemográfico ímpar

A região debate-se com o progressivo agravamento do envelhecimento demográfico consequente, entre outros, ao saldo migratório negativo, níveis de muito baixa fecundidade e ao aumento da longevidade, com índices de

envelhecimento que em alguns concelhos excedem os 400 idosos por cada 100 jovens (INE, 2011). À fragilidade inerente a esta população senescente acrescem uma taxa de analfabetismo superior à média nacional, baixos recursos financeiros e uma enorme dispersão geográfica e isolamento, fatores que limitam decisivamente a promoção e proteção da saúde destas gentes.

Numa área territorial de 6608 Km², geograficamente acidentada, locais há, dentro do distrito, que distam mais de uma hora da UH mais próxima. Não existe cobertura efetiva do território pelas redes de telecomunicações e transportes públicos, e os meios de socorro são escassos. A esta situação associam-se também os constrangimentos climatéricos próprios do rigor do inverno de Trás-os-Montes para restringir, mais ainda, a já precária acessibilidade. Todas estas condicionantes influem no potencial de intervenção médica e têm expressão máxima na assistência em ambiente pré-hospitalar e na atividade em contexto de Urgência.

Dois dos exemplos mais ilustrativos são os casos de EAM com supra-desnívelamento de ST (EAMcSST) e AVC isquémico. Recordo que a UH de Bragança é um hospital secundário que não dispõe de laboratório de hemodinâmica, tão pouco de neurorradiologia de intervenção. Isto faz com que sejamos dos poucos centros que têm necessidade, em casos selecionados de EAMcSST, de fazer fibrinólise. No caso do AVC isquémico com oclusão de grande vaso, transportamos doentes com fibrinolítico em perfusão na perspetiva de lhes poder oferecer a possibilidade de tratamento endovascular em tempo útil (os centros mais próximos distam 2h da nossa UH).

Este ambiente de urgência expõe-nos às situações mais exigentes ao nível da avaliação do doente, da capacidade de execução e tomada de decisão rápida. Implica o contacto precoce com o doente crítico e a aquisição de competências na sua abordagem num contexto classicamente hostil pela sobrecarga de doentes e solicitações, e pela escassez de recursos físicos e humanos.

A Urgência de Medicina Interna é assegurada por um médico especialista em Medicina Interna e um a dois internos da mesma especialidade. Estes internistas integram também a equipa de emergência interna.

A Medicina Interna na coordenação e integração dos cuidados de saúde hospitalares

O Serviço de Medicina Interna recebe no seu internamento os doentes admitidos por patologia do foro mé-

dico dispondo do apoio, em regime de consultadoria, de outras especialidades nomeadamente Neurologia, Nefrologia e Pneumologia.

Contrariamente ao que acontece em muitos hospitais, em que sobram para a Medicina Interna "os doentes que ninguém quer", este modelo organizacional proporciona maior diversidade na nossa prática clínica fomentando o desenvolvimento de competências fundamentais do internista - a visão holística do doente e a capacidade de estabelecer um plano diagnóstico e terapêutico sólido e individualizado, numa abordagem multidisciplinar em articulação sinérgica com as práticas de outras especialidades.

Acredito sinceramente que daqui resulta maior qualidade de assistência ao doente e, conseqüentemente, maior eficiência. E se é verdade para um hospital secundário e para o contexto sociodemográfico que enunciei, em que predominam os doentes com pluri patologia, não deixa de o ser nos centros mais diferenciados, em que os doentes são seguidos de forma "compartimentada" por todas as especialidades e, no fundo, por nenhuma!

A consulta interna assegura a observação e orientação não urgente de doentes internados noutros serviços, de forma a avaliar e compensar quadros médicos e comorbilidades, e orientar terapêutica. Cada equipa de consulta interna é constituída por dois a três médicos especialistas e/ou internos complementares dos últimos anos de formação.

A abrangência dos cuidados prestados tem também expressão na consulta externa que conta com a consulta de Medicina Interna (Geral) e consultas especializadas de Hepatologia, Doenças Autoimunes, Diabetologia e Insuficiência Cardíaca. Durante a sua formação, os internos têm oportunidade de assistir e participar nas diferentes consultas por períodos mínimos de 3 meses para cada rotação. Nos últimos anos de internato, asseguram de forma autónoma um período de consulta de Medicina Interna Geral e um período de consulta na sua área de diferenciação.

A criação de uma cultura de formação e investigação clínica em sintonia com a atividade assistencial

Ainda que, por motivação e/ou obrigação curricular nos não escusemos à investigação clínica, a verdade

Gestão de tempo no Internato médico



Sara Camões

Interna de MI, ULS Matosinhos

É FREQUENTE SENTIRMOS
DIFICULDADE EM ALCANÇAR
OS OBJETIVOS A QUE NOS
PROPUSEMOS NO TEMPO QUE
TEMOS DISPONÍVEL.

é que a dimensão e características da instituição não são atrativas para os principais financiadores e/ou promotores da investigação médica. Por outro lado, a enorme carga assistencial opõe-se à criação das condições necessárias à alocação do tempo adequado à realização desta atividade. A produção científica do serviço é fruto do esforço individual dos médicos internos. Não obstante, apesar das contrariedades, e mesmo que limitados a análises de casuísticas e/ou casos clínicos, a verdade é que conseguimos monitorizar e otimizar o nosso desempenho. Por mais básica que seja esta "investigação", se serve a mais nobre e elementar razão da Medicina – "a arte de cuidar", é mais do que válida.

A importância da investigação clínica não está ainda enraizada na filosofia institucional e há, neste domínio, um longo caminho a percorrer.

A possibilidade de realizar estágios em centros de referência nacionais e internacionais e o incentivo à formação pós-graduada amenizam um pouco esta assimetria.

Do privilégio

Bragança é uma simbiose perfeita de história e modernidade. Uma cidade empenhada em preservar as suas tradições ancestrais e património natural e cultural voltada para a inovação numa lógica de desenvolvimento ecossustentável.

O baixo custo de vida, a segurança, a gastronomia genuína e despretenciosa, a simplicidade e franqueza das gentes, a sua localização estratégica como ponto de ligação direta à Europa, e a beleza paisagística da natureza em estado puro proporcionam uma qualidade de vida sem igual.

Assumo que não saberia dar outro testemunho, que não este, da minha cidade. Sou filha do *Reino Maravilhoso* e não escondo o profundo orgulho que sinto da minha identidade. Todavia, penso não ter faltado à verdade.

Alienado o meu conflito de interesses, ser Interno de Medicina Interna em Bragança é, por todas as razões, uma extraordinária oportunidade de aprendizagem médica, cívica e do humanismo que deve caracterizar a profissão.

"Os que utilizam mal o seu tempo são os primeiros a queixar-se da sua brevidade." - Jean de La Bruyère

Vale a pena clarificar que não gerimos o tempo, gerimos antes as nossas prioridades, esforço e dedicação em função do tempo disponível. Fazê-lo de forma eficaz é uma competência central ao longo do internato que, tal como tantas outras, melhora com a prática.

É frequente sentirmos dificuldade em alcançar os objetivos a que nos propusemos no tempo que temos disponível.

O nosso máximo esforço deve ser reservado para as tarefas prioritárias, distinguindo o que é urgente (prazo de finalização imediato) do que não é. Fazer escolhas em função do tempo e estruturar as tarefas em função das prioridades são exigências que se podem tornar excessivas em momentos de maior pressão.

Ter uma agenda pessoal (no telemóvel, computador ou em papel) onde são enumeradas as tarefas é importante para evitar esquecimentos.

Após determinar objetivos, enumerar tarefas e estabelecer prioridades, segue-se a elaboração de um plano que, para ser eficaz, deve ser:

- Abrangente: incluindo atividades de estudo afastadas de atividades de lazer, períodos de repouso e descontração;
- Realista: planejar atividades em função dos objetivos e urgência dos mesmos, não aceitando prazos que, à partida, não serão cumpridos;
- Ponderado: antecipar o que for possível, alguns imprevistos não o são verdadeiramente. Reagimos mais rapidamente se tivermos desenvolvido um plano de contingência;
- Flexível e ajustável: alterações pontuais poderão ser necessárias para atingir melhores resultados. É essencial avaliar, ao longo do tempo, o que se está a fazer para atingir os objetivos traçados, revendo o plano se necessário.

Tendemos a procrastinar o que nos assusta ou nos é desagradável, contudo, essas tarefas são as que devemos realizar em primeiro lugar. Adiá-las torna-as mais urgentes, mais desagradáveis e com maior pressão associada.

O tempo durante o internato é pleno de solicitações e tarefas, quer profissionais, quer pessoais. É fundamental trabalhar com prazer, assim como o é divertir-se sem culpa. Com organização, há tempo para tudo!

O internato de MI num hospital distrital vs hospital central



José Maia de Sousa
CH do Algarve, Unidade de Portimão

UM INTERNO DE UM HOSPITAL CENTRAL PODERÁ TER UMA MAIOR PROBABILIDADE DE CONTACTAR COM TECNOLOGIA DE PONTA E TÉCNICAS, POR VEZES, NÃO DISPONÍVEIS EM HOSPITAIS MENORES. POR OUTRO LADO, DADO O NÚMERO MENOR DE INTERNOS NOS DISTRITAIS, ESTES ACABAM POR TER MAIS OPORTUNIDADES DE REALIZAR TÉCNICAS SEM TER DE PARTILHAR ESSAS OPORTUNIDADES COM OUTROS COLEGAS.

O internato de MI, embora uniformizado pelo plano curricular publicado em *Diário da República* e pelas normas do regimento do Colégio de Especialidade, é, inevitavelmente, variável conforme o hospital em que decorre.

Por vezes, durante a escolha da especialidade e respetivo local de formação, o candidato a interno de MI depara-se com a dicotomia hospital distrital versus hospital central. Nem uma nem outra são opções melhores ou piores, mas terão, com certeza, as suas particularidades.

À primeira vista, identificam-se, obviamente, diferenças na dimensão das estruturas hospitalares. Num hospital central existe, à partida, um maior número de especialistas e, conseqüentemente, um maior número de vagas de formação, o que poderá trazer uma maior "competitividade" entre internos, seja ela positiva ou negativa, dependendo da interpretação de cada um. Um hospital maior terá também uma maior variedade de especialidades, comparativamente com um hospital de menores dimensões, com todas as vantagens e desvantagens que isso implica para um interno de MI.

Assim, quais serão as particularidades de realizar a formação específica num hospital central versus distrital?

Um interno de um hospital central poderá ter uma maior probabilidade de contactar com tecnologia de ponta e técnicas, por vezes, não disponíveis em hospitais menores. Por outro lado, dado o número menor de internos nos distritais, estes acabam por ter mais oportunidades de realizar técnicas sem ter de partilhar essas oportunidades com outros colegas.

A questão do contacto com maior ou menor diversidade de patologias não é de todo linear. De certa forma, num grande hospital, o imenso volume de doentes contribui bastante para que os internos possam contactar com as mais variadas patologias, inclusive patologias raras. Contudo, a existência de várias especialidades nesses hospitais pode fazer com que o percurso de alguns doentes com patologias específicas não passe pela Medicina Interna. Por exemplo, um interno pode ter pouco contacto com o AVC por esses casos serem rapidamente encaminhados para o Serviço de Neurologia ou para uma unidade de AVC a cargo da Neurologia.

Contrariamente, num hospital com carência de especialidades, um interno pode ter que lidar com as mais variadas patologias, simplesmente por não haver uma especialidade que dê apoio. Na enfermaria, um menor número de doentes por médico pode ser benéfico para o tempo dedicado ao estudo dos doentes, porventura,

à custa de uma redução dos números de atividade assistencial comparativamente a hospitais com elevado número de camas por médico.

Ao nível do trabalho prestado em serviço de urgência, componente obrigatória e de extrema importância na formação de um internista, existem também algumas diferenças. Num hospital central, com um maior número de recursos humanos, existem, por norma, especialistas e internos suficientes para preencher as escalas de urgência, não havendo tanta necessidade de os internos realizarem turnos extraordinários. Em hospitais com menos recursos humanos existe, por vezes, essa necessidade, sobrando menos tempo para a formação e para as outras atividades características de um serviço de Medicina Interna. Também os tempos de espera dos meios complementares de diagnóstico, que são diretamente influenciados por esta falta de recursos humanos, prejudicam o trabalho dos internistas.

Na componente académica, existem claramente vantagens de pertencer a um grande centro hospitalar, permitindo um acesso mais direto a atividades como lecionar nas faculdades associadas, tirar o doutoramento ou participar em grandes estudos clínicos. Espera-se que, no futuro, estas diferenças sejam mitigadas pela recente criação dos vários centros hospitalares universitários por todo o país. De um ponto de vista geográfico, o acesso a formações fora do horário laboral está mais facilmente acessível nas grandes cidades, onde se encontram, evidentemente, os hospitais centrais.

Não obstante, existem características inerentes aos hospitais distritais que lhes conferem qualidades invejáveis. A falta de especialidades serve muitas vezes de incentivo à subspecialização e à criação de consultas específicas por parte dos internistas, havendo maior diversidade de atividade assistencial para os internos desses hospitais.

Por fim, os estágios opcionais. Num hospital central, com praticamente todas as especialidades ao seu dispor, há comumente uma menor abertura à realização de estágios noutros hospitais. Num hospital com carência de especialidades diferenciadas, o processo de realizar estágios noutras instituições é habitualmente mais facilitado, dando oportunidade ao interno de crescer através do contacto com outras realidades hospitalares e regionais.

Posto isto, independentemente das diferentes realidades hospitalares, podemos encontrar pontos fortes e pontos fracos. Parte de cada interno saber valorizar os pontos fortes da sua instituição de formação e ter audácia de internista para encontrar alternativas aos pontos fracos.



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE