



# **LIVE** MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES  
TRIMESTRAL | JUL./AGO./SET. 2017  
ANO 3 | NÚMERO 11 | 3 EUROS  
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicações  
 justNews

*Lèlita Santos, professora da FMUC:*

**"OS MÉDICOS MAIS JOVENS VEEM A MI COMO O PILAR DO HOSPITAL"**

**PRÓXIMAS REUNIÕES DE NÚCLEOS DA SPMI:**

MEDICINA PALIATIVA – 16 SETEMBRO  
FÍGADO – 6/7 OUTUBRO  
URGÊNCIA – 14/15 OUTUBRO  
DIABETES – 19/21 OUTUBRO  
GERIATRIA – 16/18 NOVEMBRO







# PUBLICIDADE





# sumário



08

## Entrevista

- 08 Lèlita Santos**, assistente graduada sénior de Medicina Interna e professora da FMUC  
“Os médicos mais jovens veem a Medicina Interna como o pilar do hospital”

## Reportagem

- 20 Serviço de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos**  
Organização departamental permite ao internista “trabalhar efetivamente em equipa”

## Discurso direto

- 14 Eduardo Doutel Haghighi**  
Os benefícios da Geriatria
- 16 João Porto**  
Coimbra vai receber 3.ª edição do Congresso Nacional da Urgência
- 19 Manuela Ricciulli**  
Diabetes *mellitus*... O futuro aqui tão perto
- 26 Narciso Oliveira**  
Doença de Gaucher
- 30 Alfredo Pinto**  
XI Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado
- 34 Elga Freire**  
I Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa



20

28



32



Elementos da Comissão Organizadora do 2.º Curso de Abordagem do Doente VIH na Urgência

## Notícias

- 18 “Condicionalismos associados às doenças neurodegenerativas justificam uma reflexão por diversas especialidades”**  
Considera Álvaro Coelho, coordenador do Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* da SPMI
- 28 “Há ensaios clínicos prometedores para o tratamento do lúpus”**  
De acordo com Maria Francisca Moraes-Fontes, presidente do 5.º Congresso Nacional em Autoimunidade e XXIII Reunião Anual do NEDAI
- 32 Telo Faria, coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH da SPMI:**  
“É importante apostar na formação dos médicos face à mudança de paradigma da infeção por VIH”
- 33 Comissão de Qualidade e Assuntos Profissionais da EFIM**  
Presidida por Luís Campos, teve a sua primeira reunião em Lisboa

## Espaço Internos

- 35 Sérgio Menezes Pina**  
Google, MD
- 36 Vasco Neves**  
Ser interno de Medicina Interna no... Hospital do Espírito Santo de Évora
- 37 Marina Boticário**  
2.º Curso de Abordagem do Doente VIH na Urgência
- 38 Fábio Murteira**  
Internato do Ano Comum – essencial ou acessório?





# PUBLICIDADE





The background of the image features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot, set against a soft-focus outdoor scene. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, serving as a backdrop for the main text. The word "PUBLICIDADE" is written in a white, elegant, serif typeface, centered within the red band. Above and below the text are decorative white flourishes, including symmetrical scrollwork and a central floral-like motif. At the bottom of the image, there is a stylized white graphic consisting of a series of upward-pointing triangles of varying heights, resembling a crown or a modern architectural element, with small dots at their bases.

PUBLICIDADE



## NEDF promoveu curso sobre cirrose hepática

Durante dois dias (5 e 6 de maio), a sede da SPMI acolheu um curso de formação subordinado ao tema "Cirrose hepática e suas complicações" e particularmente dirigido aos jovens internos de MI. Participaram na iniciativa 40 formandos.



Arsénio Santos

A cirrose hepática é uma situação muito frequente na prática clínica dos internistas, seja no internamento, na consulta externa ou nos serviços de urgência. Arsénio Santos, que é coordenador do Núcleo de Estudos da Doença do Fígado (NEDF) da SPMI, explica que, além de se envolverem no diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes doentes, os internistas são frequentemente chamados a diagnosticar e tratar as suas complicações, como a ascite, a hemorragia digestiva, a peritonite bacteriana espontânea e o carcinoma hepatocelular.

Sublinha ainda que, nos serviços de urgência, "os internistas são também a primeira linha da assistência a estes doentes, por exemplo, nos casos de hemorragia digestiva". Além disso, "devemos salientar que há internistas envolvidos em qualquer um dos três programas de transplante hepático existentes no nosso país".



**Foto da capa**  
Lêlita Santos fotografada no Serviço de Medicina Interna A do CHUC.

## Vilamoura vai receber o CNMI 2018

O 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna decorrerá de 31 de maio a 3 de junho de 2018, no Centro de Congressos de Vilamoura, Hotel Tivoli Marina, e terá como presidente Estevão Pape. Os elementos da CO pertencem ao Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta. "Medicina Interna sem Margens" é o lema escolhido para o evento.



Estevão Pape, Francisca Delerue, Mário Amaro, Conceição Escarigo, Pedro Correia Azevedo e Rita Nortadas em foto de arquivo

### Organização do 24.º CNMI

#### Presidente

Estevão Pape

#### Secretários-gerais

Pedro Correia Azevedo

Rita Nortadas

#### Tesoureira

Conceição Escarigo

#### Comissão Organizadora

Mário Amaro

#### Comissão Científica

Francisca Delerue

## Núcleos com um Cais próprio no Congresso do Porto



Esta foto, que já foi publicada com destaque num dos jornais diários do 23.º Congresso Nacional de MI, mostra o empenho do seu presidente, João Araújo Correia, em dar visibilidade aos núcleos de estudos da SPMI. Por essa razão, foi criado o espaço batizado de Cais dos Núcleos. A edição especial da *LIVE Medicina Interna* integralmente dedicada ao CNMI seguiu a mesma lógica e boa parte das suas páginas foi preenchida com artigos que demonstram a atividade dos vários núcleos desta Sociedade tão abrangente.



#### 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 Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, España **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como "Informação".

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

Publicações

**justNews**



The background features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot. A horizontal red banner is positioned across the middle of the image. The word "PUBLICIDADE" is written in white, serif, all-caps font on the banner. Above and below the banner are white decorative flourishes. At the bottom of the image is a white crown graphic.

PUBLICIDADE



LÈLITA SANTOS, ASSISTENTE GRADUADA SÉNIOR  
DE MEDICINA INTERNA E PROFESSORA DA FACULDADE  
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (FMUC):

“Os médicos  
mais jovens  
veem a Medicina  
Interna como  
o pilar  
do hospital”





*Não gosta muito de dar entrevistas, mas, ainda assim, recebeu a Just News no seu gabinete, no Serviço de Medicina Interna A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Lèlita Santos, assistente graduada sénior de Medicina Interna e professora da FMUC, falou sobre o seu percurso académico e profissional e pronunciou-se, nomeadamente, sobre aquele que considera ser o panorama da Medicina Interna em Portugal. Para a vice-presidente da SPML, que coordena a Consulta de Doenças Autoimunes Sistémicas do Serviço de Medicina Interna A e a Unidade de Nutrição e Dietética do CHUC, a MI teve um grande incremento nas últimas duas décadas e quer os médicos, quer a população, quer os hospitais estão a dar maior relevo ao papel do internista.*

**Just News (JN) – Licenciou-se em 1981, pela FMUC. Em que fase da sua vida pensou que a Medicina seria o seu caminho?**

**Lèlita Santos (LS) –** Penso que sempre tive essa inclinação. Lembro-me que quando era miúda brincava às enfermeiras e às médicas. Sempre tive as minhas bonecas furadas com agulhas. Pegava em papelinhos como se fossem comprimidos e dava-lhes como se estivessem doentes. A minha vinda para a Medicina foi natural... se calhar porque gostava de conviver com as pessoas e também tinha aquela vontade um pouco mítica e idealista que às vezes temos de fazer o bem.

**JN – Teve dúvidas sobre a especialidade que queria seguir?**

**LS –** Não tive muitas dúvidas... Na altura em que eu entrei em Medicina Interna, as notas eram elevadas e, por isso, coloquei outras opções, caso não tivesse nota ou hipótese de entrar em Medicina Interna, mas achava que não queria mais nenhuma, porque o que me satisfazia mesmo era ver o doente como um todo. Além disso, a Medicina Interna tem um aspeto que para mim é muito importante: o diagnóstico. Interessa-me muito pesquisar, juntar as peças do "puzzle" e depois chegar a uma conclusão.

**JN – As escolhas que fez a nível profissional relacionaram-se, de alguma forma, com o seu percurso, nomeadamente, com as pessoas que se cruzaram no seu caminho?**

**LS –** Penso que sim. Tive alguns professores que me marcaram. Tive, depois, uma pessoa que me influenciou e fez com que escolhesse a Medicina Interna, a Prof.<sup>a</sup> Helena Saldanha, que sempre me acompanhou e que eu acompanhei. Depois de terminar a licenciatura, estive nos últimos 2 anos do, então, Internato Geral na Medicina Interna, no Serviço dirigido pela Prof.<sup>a</sup> Helena Saldanha que, além de ser uma pessoa com muita capacidade, sempre foi muito inteligente em termos de organização, de disciplina do Serviço e de uma liderança pelo lado positivo, da proatividade e do estímulo. Por outro lado, sendo uma Mulher de grande coragem, isso, seguramente, também me influenciou!

**JN – O seu filho também é médico, nefrologista. Acredita que teve influência nessa escolha?**

**LS –** É natural que sim. Influência minha e do meu marido, que é oftalmologista.

**JN – Nasceu no Algarve, em setembro de 1956, e viveu 17 anos em Lisboa, até ir estudar para Coimbra. Que ligação estabeleceu com a "Cidade dos Estudantes"?**

**LS –** Vim para Coimbra porque queria estudar na FMUC. Os laços familiares que foram sendo criados ligaram-me à cidade...

**"A alimentação é um medicamento que fazemos todos os dias e temos de fazê-lo bem"**

**JN – Após a licenciatura, fez cursos universitários de pós-graduação de temas muito diversos, como, por exemplo, "Climatologia e Hidrologia" e, mais tarde, "Epidemiologia Nutricional em Saúde", na Universi-**

**dade de Southampton, no Reino Unido. O que determinou a escolha destas temáticas?**

**LS –** Fiz os cursos de pós-graduação quando era ainda muito jovem, para ganhar um pouco mais de conhecimento na área e também porque poderia vir a ser necessário. Já relativamente ao curso de Epidemiologia Nutricional em Saúde, na altura, eu já tinha enveredado pelo conhecimento na Nutrição e era um curso muito dirigido. O que me interessou mais foi o facto de ter aprendido muito sobre metodologias de investigação em nutrição e acabei por estabelecer alguns relacionamentos internacionais que me ajudaram depois já na minha área de doutoramento.

**JN – Por falar de doutoramento... doutorou-se em Medicina Interna, em 2000, com a tese "Micronutrientes, Nutrição Humana e Diabetes Mellitus". O que mais a fascina na área da Nutrição?**

**LS –** A Nutrição é uma ciência que evolui e muda muito. Há um interesse especial na investigação nessa área, porque há muito ainda por descobrir e é difícil investigar em Nutrição. Não tenho uma área da Nutrição de que goste mais, mas gosto muito da parte da desnutrição e da alimentação artificial. São áreas que neste momento estou a tentar explorar melhor, porque são mais relacionadas com patologia. No entanto, também trabalho muito na obesidade, porque é muito mais prevalente. Faço até parte da Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade do CHUC-HUC.

**JN – Os conhecimentos de Nutrição são uma mais-valia enquanto internista?**

**LS –** Eu costumo dizer que a alimentação é um medicamento que fazemos todos os dias e temos de fazê-lo bem, por uma questão de prevenção, e, na maior parte das vezes, como adjuvante de muitas terapêuticas medicamentosas que se façam. É muito importante para o internista e, em certas circunstâncias, faz a diferença...

**"A Medicina tem qualquer coisa de arte e nós temos de passá-la aos outros"**

**JN – Também se tem dedicado muito às doenças autoimunes, sendo até coordenadora da Consulta de Doenças Autoimunes Sistémicas do Serviço de Medicina Interna A. Como surgiu esse interesse?**

**LS –** Fiz um estágio em Paris, onde estive praticamente um ano, para iniciar o desenvolvimento da minha tese de doutoramento, nessa altura, como disse anteriormente, na área da Nutrição e Diabetes. Fui para um Serviço de Medicina Interna muito dedicado à área da diabetes e onde se desenvolvia investigação em Nutrição, nomeadamente na nutrição artificial e nos micronutrientes. Simultaneamente, o Serviço tinha várias valências, sendo uma delas a autoimunidade, onde se fazia a capilaroscopia, que não havia ainda em Portugal. Comecei, então, a dedicar-me muito a essa área. É um exame muito simples, que no Serviço utilizavam em muitas circunstâncias e que eu aprendi a realizar enquanto lá estive... Ainda em Paris, comecei a ver doentes com patologia autoimune, a fazer a consulta e, a partir daí, comecei a ter muita curiosidade pelas doenças autoimunes. Quando regresssei de Paris, montei a técnica da capilaroscopia nos HUC e comecei a desen-



volver esta técnica e a ter muitos doentes com patologia autoimune que, atualmente, é uma das áreas preponderantes da atividade de muitos internistas.

**JN – Obteve competência em Geriatria pela OM em 2015, sendo esta uma área à qual o Serviço onde trabalha se tem dedicado muito. Quais considera serem os maiores desafios da atualidade para os internistas na Geriatria?**

**LS –** Não podemos ver o internista como o médico que só vê pessoas em idades avançadas, mas, de facto, um grande volume dos nossos doentes são pessoas mais idosas e, por isso, a Geriatria é uma área a que nos vamos dedicar cada vez mais. É evidente que há colegas que vão dedicar-se mais à área, porque gostam mais e, por razões várias, vão ter a Geriatria se calhar como prioritária na sua atividade, mas todos os internistas têm de ter conhecimentos em Geriatria. Como se deve envelhecer saudavelmente para prevenir algum envelhecimento menos bom e ajudarmos os doentes mais novos a terem um envelhecimento saudável, ativo, com um estilo de vida adequado, para que possam ter qualidade de vida. Portanto, a Geriatria vai ser sempre uma área em que a Medicina Interna terá de ter a preponderância...

**JN – Em termos de ensino pré-graduado, tem lecionado também em diversas disciplinas, entre as quais Propedêutica Médica, Semiologia Laboratorial e Medicina Nuclear, Introdução à Prática Médica e Nutrição Clínica, na FMUC. Também deu aulas na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e na Escola Superior de Tecnologias da Saúde. Tem sido responsável também pelo ensino de vários temas em mestrados e doutoramentos. Não concebe a clínica sem o ensino?**

**LS –** Penso que é um grande complemento! A formação que ministramos aos jovens médicos ou aos nossos colegas já na pós-graduação faz parte de ser médico. É “passar o testemunho”, o que sabemos, a nossa experiência. Por outro lado, a Medicina também tem qualquer coisa de arte e nós temos de passá-la aos outros! Além disso, aprendemos com as questões que nos colocam, motivamo-nos a estudar e isso é muito importante!

**“A MI deveria ser a especialidade coordenadora que pudesse organizar as outras especialidades”**

**JN – Como vê o crescimento da Medicina Interna nas últimas décadas?**

**LS –** Houve uma época, depois de terminar a licenciatura e durante o meu internato, em que a MI ficou um pouco adormecida. Mas, nas últimas duas décadas, considero que teve um grande incremento. Se perguntarmos a um estudante ou a um jovem recém-formado de que especialidade gostam, vão dizer que querem seguir Medicina Interna, porque é a génese da Medicina e todos querem ser um médico que pode tratar tudo, saber muita coisa e não se afunilar para uma especialidade. Depois acabam por ficar um pouco desiludidos pelo facto de o trabalho ser imenso e, por vezes, um pouco desorganizado, sobretudo pelo peso atual dos serviços de urgência. Por falta de organização, apenas, porque o internista deve ser multifacetado, embora possa ter as suas áreas de maior interesse. De qualquer forma, julgo que a MI está a ter um gran-

de incremento quer de interesse da parte dos médicos, quer das populações, que percebem melhor o que é a especialidade. Por outro lado, os hospitais também estão a dar muita relevância ao papel do internista. Vê-se nos nossos congressos que há muitos colegas interessados na MI, mesmo de outras especialidades.

**JN – Numa altura em que há cada vez mais especialização e subespecialização na saúde, que papel atribui à Medicina Interna dentro de um hospital?**

**LS –** Na minha opinião, a MI deveria ser a especialidade coordenadora que pudesse organizar as outras áreas. Atualmente, trabalham todos muito autonomamente. Parece que existem fronteiras e barreiras entre as especialidades. Na minha opinião, isso é errado, porque, mais uma vez, eu vejo o doente como um todo e acho que tem de haver um médico que junte as peças todas e, para o fazer, o médico tem de ter uma visão global não só do doente, mas também do hospital, dos próprios médicos, da organização. Sem dúvida que o internista tem de ser o “organizador” das equipas, para que quando não sabe tenha o consultor mais específico de determinado órgão. Defendo a existência de grandes departamentos, com internistas e médicos de outras especialidades que trabalhem em equipa.

**JN – Considera que há dentro do hospital, por parte dos outros especialistas, compreensão da importância da Medicina Interna? E por parte dos gestores?**

**LS –** Eu acho que a realidade também aí está a mudar um pouco. Penso que os médicos mais jovens veem a MI como o pilar do hospital. Se calhar os médicos mais antigos não viam dessa forma. Julgo que os gestores também já começam a ver a MI dessa maneira. Claro que os gestores, a bem de outros interesses, nomeadamente económicos, e sobretudo quando se fala nas urgências, que são um grande problema no nosso país, por vezes começam a enviesar o seu pensamento no sentido de que o internista tem de fazer aquelas horas e urgências... Mas, por outro lado, tendo em conta o contacto pessoal que tenho com muitos gestores, todos eles dizem que consideram a Medicina Interna o pilar do Hospital e duvido que não seja verdade, porque sabem que é verdade. Acho que o paradigma está a mudar e a Medicina Interna está a ser valorizada. Também não podia ser de outra forma. Nós somos os médicos mais baratos. Pedimos menos exames, porque estamos mais tempo com os doentes a fazer-lhes perguntas, a saber a vida deles toda, o que faz com que, por vezes, com isso, tenhamos apenas três diagnósticos diferenciais e depois, com um exame simples, conseguimos esclarecer o que se passa com o doente.

**JN – O que diz aos seus alunos que não têm a certeza se pretendem optar pela Medicina Interna?**

**LS –** Já me tem acontecido alunos e jovens médicos colocarem-se essa questão. Eu sou sincera e digo sempre que não escolheria outra especialidade que não a MI, porque sinceramente não vejo outra que me preenchesse. Digo também tudo o que referi atrás – que o internista vê o doente como um todo, que tem de estudar muito e saber aplicar essa ciência no doente. Por outro lado, digo que tem de ser muito humano e tem de gostar



das pessoas. Além disso, tenho de dizer que é uma vida muitas vezes mais absorvente do que em muitas outras especialidades e que, em termos económicos, não é tão produtiva. Quem vem para a MI tem mesmo de gostar!

**JN – Assume uma série de outros cargos de gestão e organizacionais. Que bagagem lhe dá o facto de ser internista?**

**LS –** Dá-me a visão global. O internista é médico hospitalar e tem uma visão muito global do que é a sua instituição e do que é a organização do SNS, onde deve





encaixar tudo o que existe no SNS, conhece os doentes e consegue ter um papel integrador e uma visão clínica simultaneamente em defesa dos doentes e por uma boa organização clínica.

**“É importante que existam clínicos nas equipas de investigação”**

**JN – Desde 2004 que é membro do CIMAGO (Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Onco-**

**biologia) da FMUC, integrando a Comissão de Acompanhamento de Projetos e a Comissão Coordenadora. Como avalia esta experiência?**

**LS –** Entrei no CIMAGO um pouco pelas áreas da Nutrição e da Autoimunidade porque os doentes autoimunes têm muitas vezes neoplasias. Sendo médica e professora da Faculdade, é obrigatório também dedicar-me à investigação. Mas mesmo se fosse só médica já seria obrigatório dedicar-me à investigação. A curiosidade existe. Por outro lado, também é importante que exis-

tam clínicos nas equipas de investigação que possam fazer as perguntas da investigação, para que a equipa possa trabalhar nelas e obter respostas e soluções práticas.

**JN – É também, desde 2009, membro da Comissão Externa de Avaliação da A3ES (Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior). Como é fazer parte de um organismo como este?**

**LS –** É muito interessante, porque é das poucas formas



## Curiosidades

**Último livro que leu:** A Lista de Schindler (pela segunda vez)

**Cidade preferida:** Coimbra

**Local a conhecer:** Índia

**Prato predileto:** Vários pratos da cozinha portuguesa tradicional e toda a comida vegetariana.

**Uma pessoa que admire:** A mãe



que existem de ver como funcionam as outras instituições, pois, vamos ver as outras faculdades e universidades do país. Nas reuniões, observamos como é que os cursos funcionam nas universidades e depois vamos falar com os vários grupos de profissionais e os discentes envolvidos nos cursos e ficamos a saber tudo das instituições. Por vezes, até ideias para as nossas próprias práticas na nossa instituição. Dá muito trabalho, mas é uma aprendizagem muito boa.

**JN – Tem também ligação à Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), como membro do Conselho Científico Pedagógico. Na prática, qual é o seu papel?**

**LS –** Como voluntária nesta área, vou às reuniões, dou opiniões sobre a parte científica e, por vezes, ajudo na elaboração dos programas de encontros, simpósios ou congressos que a LPCC faz a nível da Região Centro. Também dou formação a voluntários ou, por exemplo, a professores do ensino secundário da área da Biologia e Bioquímica, no sentido de lhes fornecer mais bases para que possam falar de Oncologia, de Nutrição ou da parte metabólica aos seus alunos. Também ajudo nalgumas ações de formação dirigidas mais à população, sobretudo da parte da Nutrição.

**“Gosto muito do que faço e sinto-me muito bem!”**

**JN – No dia-a-dia, quais as situações que mais a marcam enquanto médica?**

**LS –** Destaco, precisamente, as pessoas mais idosas, com multipatologia, que às vezes são mal compreendidas e que, infelizmente, hoje em dia, pelo mau envelhecimento, são muito dependentes. Custa-me ver nas nossas enfermarias idosos bastante abandonados pelos seus familiares. E isso cada vez se vê mais, porque cada vez mais temos o problema social ativo. Por outro lado, custa-me ver algumas situações que ocorrem com doentes com patologia autoimune, não pela doença em si, porque, felizmente, hoje em dia, uma vez diagnosticados, consegue-se tratar e estabilizar a doença, mas porque os doentes, por vezes, têm dificuldade em chegar a um diagnóstico. Com frequência, num doente com uma doença autoimune surge um problema de rim, de pele ou de outro órgão e a tendência das pessoas é aconselharem a procurar um especialista que não internista. Estes, por vezes, esquecem-se do todo que o internista não esquece, o que conduz a que os doentes levem muito tempo a ser diagnosticados e durante esse tempo sofrem um pouco mais. Custa-me receber doentes que já andaram por vários especialistas, foram bem tratados do

seu órgão, mas ninguém olhou para o “puzzle” dos órgãos, porque é sistémico e acabaram por não juntar as peças.

**JN – Com todas as responsabilidades que assume, é fácil gerir o tempo?**

**LS –** É uma questão de nos organizarmos. Eu tenho a minha agenda em papel, onde escrevo o que tenho para fazer. Como acontece com todos os internistas e professores nas faculdades, acabamos por tirar um pouco de tempo ao sono, à família e aos fins de semana, mas tudo se faz! Claro que também temos de travar quando já não conseguimos fazer tudo como deve ser...

**JN – Como espera que sejam os seus próximos anos?**

**LS –** Espero que continue tudo igual. Gosto muito do que faço e sinto-me muito bem! Por vezes, tenho pena de ter tantos cargos, o que, às vezes, me impede de estar mais próxima da clínica e de não ter, por exemplo, na enfermaria, aquele doente que posso dizer que é “o meu doente”. Já não posso dizer isso. Digo que é “o nosso doente”. Tenho os meus doentes na consulta, mas, realmente, não faço tanta clínica e disso tenho muita pena. Se calhar, daqui por mais uns tempos, vou tentar outra vez ter mais doentes na enfermaria.



The background of the image features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot, set against a soft-focus outdoor scene. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, serving as a backdrop for the main text. The word "PUBLICIDADE" is written in a white, elegant, serif typeface, centered within the red band. Above and below the text are decorative white flourishes, including symmetrical scrollwork and a central floral-like motif. At the bottom of the image, there is a stylized white graphic consisting of a series of upward-pointing triangles of varying heights, resembling a crown or a modern architectural element, with small dots at their bases.

PUBLICIDADE



2.<sup>a</sup> REUNIÃO DO GERMI, AVEIRO, 16 A 18 DE NOVEMBRO 2017

# Os benefícios da Geriatria



## **Eduardo Doutel Haghighi**

Coord. da Unidade de Geriatria do H. de Vila Franca de Xira. Direção do Colégio Competência Geriatria da OM.  
Assist. convidado de Geriatria da FMUL.  
Comissão Organizadora da 2.<sup>a</sup> Reunião do GERMI

O SUBTEMA DA EDIÇÃO DA  
2017 DA REUNIÃO DA GERMI  
INSPIROU-SE NUMA DAS ÁREAS  
COM ESPECIAL ENFOQUE NO  
PANORAMA INTERNACIONAL, A  
GERIATRIA PREVENTIVA, TEMA DA  
CONFERÊNCIA DO PRIMEIRO DIA.

O envelhecimento da população portuguesa é uma realidade assente e assumida. Tem um impacto profundo a nível social, económico, político e sobretudo no sistema de saúde. Atualmente, cerca de 20% da população é idosa (> 65 anos) e prevê-se que, em 2050, esse valor suba até aos 30%. Portugal torna-se assim um dos países mais envelhecidos da União Europeia.

Para enfrentar este fenómeno, nasceu a Geriatria, ramo médico que se dedica aos aspetos clínicos, sociais, cognitivos, psicológicos, nutricionais, funcionais, preventivos e curativos das doenças dos idosos (Ignatz Nascher, 1909). Os benefícios desta abordagem estão mais do que comprovados e replicados a nível internacional: evita reinternamentos precoces, reduz custos e demoras médias, complicações e iatrogenias, garante menor mortalidade, menor deterioração cognitiva e funcional, menor perda de autonomia e maior autopercção de qualidade de vida.

Podemos afirmar que a Geriatria tem uma evidente necessidade de afirmação em Portugal. Foi assim reconhecida, em 2014, pela Ordem dos Médicos, a Competência em Geriatria. Inspirando-se nestes princípios, o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI - SPMI), coordenado pelo Senhor Professor Doutor João Gorjão Clara, tem focado toda a sua energia no desenvolvimento da Geriatria em Portugal. Desde cursos a formações, entre publicações e participações em congressos, o GERMI decidiu realizar, em 2015, a sua 1.<sup>a</sup> Reunião Nacional, em Tomar.

Após o sucesso da primeira edição, foi mais do que pertinente a decisão da realização da 2.<sup>a</sup> Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro, de 16 a 18 de novembro de 2017. A escolha da cidade foi simples: bela, cativante, estrategicamente bem localizada e com as melhores condições para uma reunião bem-sucedida. O principal objetivo da Comissão Organizadora foi superar a qualidade, o rigor e o impacto da 1.<sup>a</sup> Reunião, abordando novos temas da Medicina Geriátrica.

O subtema desta edição inspirou-se numa das áreas com especial enfoque no panorama internacional, a Geriatria Preventiva, tema da conferência do primeiro dia. Esta será precedida por uma Sessão de Abertura que contará com a presença de ilustres personalidades de referência da Medicina e, mais especificamente, da Medicina Geriátrica portuguesa.

Abordar-se-ão temáticas controversas, tais como a "Osteoporose no Idoso Frágil", delineando-se a pertinência do rastreio nesta população e destacando-se as principais intervenções. A nível da prevenção cardiovascular, criar-se-á um debate sobre a "Prescrição das estatinas no idoso - sim ou não?", falar-se-á sobre os riscos/benefícios das dietas restritivas e rever-se-ão as novidades na abordagem da "Hipertensão arterial do muito idoso". Haverá ainda espaço para uma intervenção sobre o "Vírus da imunodeficiência humana no idoso", temática despertando muito interesse e curiosidade. Será discutida a "Prevenção das quedas", focando o papel do clínico na deteção e correção de fatores de risco, e serão discutidos diferentes níveis de intervenção.

Serão apresentados trabalhos sob a forma de pósteres, oportunidade para os internos, permitindo um reconhecimento curricular importante e a possibilidade de serem destacados e premiados pelo melhor trabalho; seguir-se-á um jantar convívio onde haverá trocas de experiências num ambiente lúdico e descontraído.

A 2.<sup>a</sup> Reunião do GERMI, espelho do funcionamento da Geriatria, distingue-se ainda pela multidisciplinaridade e integração de cuidados. Irá fortalecer a ligação com os restantes núcleos de estudos da SPMI, interligando-se com a Medicina Geral e Familiar e promovendo a intervenção dos outros profissionais de saúde. Na edição deste ano irá ainda realizar-se um curso pós-congresso (18 de novembro), intitulado "As doenças neuropsiquiátricas do idoso", de uma aplicabilidade de prática imprescindível, que abordará as principais alterações.



The background of the image features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot, set against a soft-focus outdoor scene. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, serving as a backdrop for the text.

PUBLICIDADE

# Coimbra vai receber 3.<sup>a</sup> edição do Congresso Nacional da Urgência



**João Porto**

Assistente graduado de Medicina Interna do CHUC-HUC. Presidente da CO do 3.º Congresso Nacional da Urgência

**VAI DECORRER NO PRÓXIMO MÊS DE OUTUBRO, NOS DIAS 14 E 15, O 3.º CONGRESSO NACIONAL DA URGÊNCIA, NO CENTRO DE EVENTOS BISSAYA BARRETO, EM COIMBRA.**

O Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo, coordenado pela Dr.<sup>a</sup> Maria da Luz Brazão, tem vindo a realizar anualmente um Congresso em que médicos de Medicina Interna e de outras especialidades, e de vários níveis de graduação, podem trocar experiências e atualizar-se nesta área tão importante da nossa prática clínica diária.

Nesse âmbito, vai decorrer no próximo mês de outubro, nos dias 14 e 15, o 3.º Congresso Nacional da Urgência, no Centro de Eventos Bissaya Barreto, em Coimbra.

O tema do Congresso é "Formação em Urgência", havendo, por isso, várias sessões em formato de mesa-redonda em que se irá discutir a importância da Urgência para a formação dos internos de Medicina Interna e também para os especialistas. O tempo despendido, a relevância e as formas de avaliar o trabalho em urgência serão alguns tópicos para discussão, bem como a importância da experiência pré-hospitalar, intra-hospitalar e do transporte do doente crítico.

Tendo em conta o interesse, principalmente para os colegas mais jovens, serão feitas sessões de cariz mais prático de abordagem do doente no serviço de urgência (SU) e de atualizações no doente agudo, com temas como a dor crónica agudizada, o controlo da infeção no SU, a biorreactância e avaliação hemodinâmica e a anticoagulação no SU. Haverá uma mesa-redonda sobre "O AVC na urgência", em que alguns colegas muito experientes nesta área irão presentear-nos com o estado da arte em 2017 desta entidade que continua a ter uma incidência elevadíssima no nosso país e que está intimamente ligada à Medicina Interna.

Outros temas que estão na ordem do dia e que teremos oportunidade de discutir, sob a forma de mesa-redonda, são o burnout associado à urgência e a importância da Medicina Interna como especialidade de liderança das equipas de urgência, numa altura em que se filosofa sobre a criação de equipas dedicadas e até de uma nova especialidade.

Vamos ter um tipo de sessão que já foi realizado nos congressos anteriores e que já faz parte obrigatória do programa, que consiste na apresentação de casos clínicos interativos com televoto e em que irão ser apresentados 4 casos clínicos de urgência de diferentes hospitais para discussão entre todos.

Finalmente, teremos o privilégio de poder assistir a conferências que certamente irão despertar o interesse de todos os participantes e sobre temas tão diversos como a ética no doente agudo, a insuficiência cardíaca aguda, a farmacologia de urgência e a organização dos serviços de urgência em Portugal.

Como o tema do Congresso é a formação, a Comissão Organizadora teve, desde o início, a preocupação em realizar um leque alargado de cursos pré-congresso, uma vez que estes são fundamentais para a formação quer de internos, quer de especialistas, e porque têm um peso importante no curriculum do internato de Medicina Interna e de outras especialidades.

Nessa medida, vamos fazer 7 cursos pré-congresso, que decorrerão nos dias 12 e 13 de outubro:

- SAV (Suporte Avançado de Vida)
- BASIC (Basic Assessment and Support in Intensive Care)
- Ecografia na Urgência
- SAVIC (Suporte Avançado de Vida na Insuficiência Cardíaca)
- Eventos Críticos em Medicina Interna
- VNI (Ventilação Não Invasiva)
- STEMI-CARE

Tratando-se de um Congresso de nível nacional, envolvendo um grande número de internos, haverá lugar à apresentação de trabalhos científicos, quer na forma de cartazes, quer de comunicações orais. Há sempre interesse em consolidar a produção científica nesta área, com casuísticas, revisões de temas e apresentação de casos clínicos, sendo o prazo para o envio de resumos até ao dia 10 de setembro.

Estando a trabalhar desde há alguns meses neste projeto, acreditamos que vamos proporcionar momentos agradáveis de discussão e aprendizagem no próximo mês de outubro e convidamos todos os colegas que trabalhem nesta área ou que queiram participar a inscrever-se. Será, certamente, uma experiência enriquecedora.

O serviço de urgência é, hoje em dia, um local de trabalho comum a muitos de nós, onde passamos grande parte do nosso horário semanal e onde muitas vezes sentimos dificuldades, angústias e bastante stress. Temos assim razões suficientes para partilhar experiências e melhorar os nossos conhecimentos e as nossas competências.



The background features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot. A horizontal red banner is positioned across the middle of the image. The word "PUBLICIDADE" is written in white, serif, all-caps font on the banner. Above and below the banner are white decorative flourishes. At the bottom of the image is a white crown-like graphic with a horizontal line and dots at its base.

PUBLICIDADE

ÁLVARO COELHO, COORDENADOR DO NEDM-SPMI:

# “Condicionalismos associados às doenças neurodegenerativas justificam uma reflexão por diversas especialidades”

De acordo com Álvaro Coelho, coordenador do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) da SPMI, a diabetes é um “acelerador” muito importante nas doenças neurodegenerativas.

“Na população com diabetes, o envelhecimento e os metabolismos estão acelerados (no sentido indesejado) e induzem alterações metabólicas que, por sua vez, conduzem a alterações funcionais, como a demência, a depressão e a alterações orgânicas do sistema nervoso central e periférico”, refere.

O especialista em Medicina Interna fa-

lava a propósito da IV Reunião Extraordinária do NEDM da SPMI, que decorreu em maio, na Guarda, e que se centrou no tema “O cérebro e a diabetes”, tendo juntado especialistas das áreas da Psiquiatria, da Neurologia e da Diabetologia, na vertente da Medicina Interna.

As reuniões temáticas e extraordinárias organizadas pelo NEDM têm, segundo o seu coordenador, o objetivo de reunir a Medicina Interna com outras especialidades, e até com outras sociedades científicas, e desenvolver parcerias formativas a propósito dos temas.

Na opinião de Álvaro Coelho, “os condicionalismos associados às doenças neurodegenerativas justificam uma reflexão por diversas especialidades”. “Quando se transmite a uma pessoa que tem diabetes, há um condicionalismo físico, social e psicológico que altera tudo. Ao fazer-se um diagnóstico de diabetes, é necessário implementar um conjunto de normas que alteram o estilo de vida e as próprias condições do doente e que também intervêm nas vertentes neurológica, psicológica e mesmo metabólica, já que estão intimamente ligadas”, aponta.

“Muitas vezes, até pela reconhecida necessidade da multidisciplinaridade, precisamos da ajuda dos especialistas na área das alterações de comportamento para, ao intervirem, conseguir-se uma eficácia mais adequada”, afirma, salientando que o mais importante é que esta população profissional se encontre periodicamente para abordar assuntos que têm interesses comuns e otimizar os resultados pretendidos.

“Esta reunião foi uma oportunidade para refletir sobre os temas que se cruzam no interesse do desempenho profissional”, indica. E acrescenta: “Todos ficámos a ganhar quer em conhecimentos, quer na relação e na chamada de atenção para a importância de falarmos mais vezes sobre esses assuntos que nos interessam.” Álvaro Coelho considera que a troca de pareceres e de saberes resulta num melhor desempenho assistencial: “À medida que nós nos encontramos e vamos fazendo esta cultura de relação, estamos a dar um contributo para a melhoria



Álvaro Coelho

na forma de assistir as populações que carecem dos nossos cuidados, porque melhoramos a disponibilidade do conhecimento e da técnica de cada um dos profissionais envolvidos, em forma de parceria técnica. Mais e melhor saber para melhor e mais servir.”

PUBLICIDADE



12.<sup>a</sup> REUNIÃO DO NEDM-SPMI, CALDAS DA RAINHA, 19 E 21 DE OUTUBRO 2017

# Diabetes *mellitus*...

## O futuro aqui tão perto

A primeira descrição documentada de sinais e sintomas da diabetes foi encontrada num papiro egípcio (papiro de Ebers-1552 a.C.), onde havia também referências a tratamentos vários, que incluíam apelos a Isis e a Osíris! Mais tarde, na Índia, em 500 a.C., surge a primeira descrição feita por Sushruta, que distingue a DM tipo 1 (diagnosticada em pessoas jovens, altamente fatal) da DM tipo 2 (típica das pessoas obesas). Pensa-se que o termo diabetes tenha sido usado, pela primeira vez, pelos gregos em 250 a.C. - Apolônio de Memphis. Areteu da Capadócia faz a primeira descrição completa da doença, cerca de 150 anos d.C.; residiria então em Roma, onde terá conhecido muitos pacientes, a quem recomendava "dieta rigorosa e vinho com água"!

O diagnóstico da doença era confirmado pelo sabor a mel (*mellitus*) da urina dos diabéticos. Em 1775, Chevreul descobre a molécula da glicose, surgindo, a partir de 1800, o primeiro aparelho científico capaz de medir a glicose na urina, o diabetómetro. Em 1869, Langerhans descobre as células dos ilhéus do pâncreas e no início do século XX Banting e Best descobrem a molécula da insulina, o que foi um marco histórico no tratamento e evolução da diabetes!

Com o progresso da Ciência, foi aumentando o conhecimento da fisiopatologia da doença, surgindo novos fármacos que atuam nas diferentes fases do metabolismo da glicose e novas insulinas, mais fisiológicas e mais eficazes. Foi também reconhecida e identificada a multidisciplinaridade da doença e a necessidade de intervir nas suas várias vertentes.

Mais recentemente, assistimos ao desenvolvimento de fármacos com efeitos comprovados não apenas no controlo metabólico, mas também no controlo, tratamento e prevenção do aparecimento das complicações crónicas da diabetes. Os avanços da tecnologia levaram ao aparecimento de novos e sofisticados "diabetómetros"!

A diabetes é uma velha doença, conhecida desde a Antiguidade; atualmente, podemos dizer que é uma "Nova Pandemia de uma Velha Doença", mas, com todos estes progressos, temos que alterar este paradigma!

Como em tudo na vida, há sempre um Passado, um Presente e um Futuro e assim surgiu o lema da 12.<sup>a</sup> Reunião do NEDM: "Diabetes *mellitus*... O Futuro Aqui tão Perto...", que decorre, entre 19 e 21 de outubro, no Centro Cultural e de Congressos das Caldas da Rainha.

Com os olhos postos no futuro, pretendemos abordar a doença de uma forma abrangente, inovadora, talvez até um pouco irreverente. Tentámos cativar e atrair os médicos mais jovens, lançando-lhes este desafio!

A Comissão Organizadora do evento é constituída, na sua grande maioria, por internos de formação específica de Medicina Interna. Muitos dos palestrantes são jovens internistas, que prontamente responderam ao nosso apelo. Tentámos que os temas escolhidos fossem inovadores, quer abordando novas terapêuticas e novas tecnologias, quer abordando, de forma inovadora, "temas menos novos"...

Começamos com os Cursos Pré-Congresso dirigidos fundamentalmente aos internos e jovens internistas: "Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia no Internamento" e "Terapêutica na DM2".

Como habitualmente, haverá espaço para apresentação de trabalhos: participem!

Teremos dois simpósios, com palestrantes internacionais de renome, que nos virão falar de novas terapêuticas, já disponíveis noutros países da Europa, o que será uma "mais-valia", já que nos trarão também, a experiência clínica com esses fármacos.

A "Diabetes e Autoimunidade" traz-nos grandes desafios, pela dificuldade em obtermos um bom controlo metabólico. Porquê? Na "Diabetes e Gravidez" aprendemos com o passado que algo terá que mudar; por isso, há "novidades", principalmente na diabetes gestacional, sem dúvida a mais importante, pela sua maior prevalência.

Que atitudes terapêuticas devemos adotar para obtermos controlo glicémico adequado? Tratar os nossos doentes inicialmente apenas com um fármaco ou utilizar de imediato terapêutica combinada? Que fármacos escolher? A alimentação e o exercício físico são fundamentais para o controlo metabólico e dos fatores de risco cardiovasculares. Como fazê-lo de forma eficaz e adequada? De quantos fármacos necessitamos para controlar a doença? São as novas tecnologias importantes no tratamento da diabetes? Quais, como e quando?

E, como cada vez dispomos de mais armas terapêuticas, prolongamos a sobrevida da pessoa com diabetes, o que nos leva a outro tema de grande relevância: "Diabetes no Idoso - como abordar?".



**Manuela Ricciulli**

Presidente da 12.<sup>a</sup> Reunião do NEDM-SPMI

Mais uma vez, e como em edições anteriores, ao melhor trabalho será atribuído o Prémio Jorge Caldeira e será anunciado o vencedor da Bolsa Helena Saldanha.

Esperamos que o programa da reunião seja do agrado de todos, contamos com a vossa presença, com a vossa preciosa colaboração, com a vossa partilha, troca de saberes e de experiências!

Bem-vindos às Caldas da Rainha!

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL PEDRO HISPANO - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

# Organização departamental permite ao internista “trabalhar efetivamente”

***O Serviço de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano – ULS de Matosinhos está integrado no Departamento de Medicina desde 1997, ano em que a unidade hospitalar foi inaugurada, substituindo o antigo Hospital Distrital de Matosinhos. Para Vasco Barreto, diretor do referido Serviço, a organização departamental é a situação ideal para o internista, pois, permite que este tenha muito contacto com o doente e com uma grande variedade de patologias, “a sua vocação essencial”.***

“O Departamento de Medicina foi pensado para ter uma organização polivalente. O espaço físico do internamento é comum a todas as 13 especialidades médicas que o integram e os cuidados médicos são articulados verdadeiramente em torno das necessidades do doente, tendo a Medicina Interna o papel de ‘maestro’ em permanente colaboração com as outras especialidades médicas”, explica Vasco Barreto.

De acordo com o diretor do Serviço de Medicina Interna, este modelo organizacional é uma mudança de paradigma em relação à versão clássica que existe na maioria dos hospitais, no qual a área médica está separada em especialidades.

O diretor do Serviço de MI considera estranho que, 20 anos após a implementação deste modelo no Pedro Hispano, exista apenas mais um hospital público com uma organização semelhante (Beatriz Ângelo).

“É, assim, possível ao internista trabalhar efetivamente em equipa, com muita polivalência e sem perder o caráter mais clínico e a intervenção mais direta com o doente”, refere, frisando que “grande parte das decisões é tomada em equipa multidisciplinar”.

Segundo Vasco Barreto, além do tratamento dos doentes internados no Serviço, o internista colabora na assistência a todos os outros que estão distribuídos

pelo Hospital, incluindo os da área cirúrgica. Por sua vez, as outras especialidades médicas (Cardiologia, Neurologia, Imunohemoterapia, Pneumologia, Infeciologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Oncologia, Nefrologia, Imunoalergologia e Hematologia Clínica) estão sempre disponíveis para prestar consultoria aos doentes internados, baseando a sua atividade essencialmente no ambulatório e na execução de técnicas de diagnóstico e terapêutica de tecnologia mais elaborada.

O nosso interlocutor defende uma mudança no modelo de apoio aos serviços cirúrgicos, por considerar que os internistas devem também estar ali em permanência, mudando a lógica do apoio a estes doentes de um modelo essencialmente reativo (consulta interna) para uma atitude proativa (cogestão). Ainda este ano, iniciar-se-á um projeto numa lógica de cogestão com a Ortopedia, que Vasco Barreto



gostaria de ver alargado a todos os doentes cirúrgicos.

**“É natural que os internistas desenvolvam uma área de maior dedicação e interesse”**

O internamento do Departamento de Medicina tem uma capacidade de 120 camas em enfermaria geral, divididas por quatro alas (D, E, F, M) e 13 camas de cuidados intermédios polivalentes. O rácio de internista para especialista de outras áreas no Departamento é de 1 para 1, ou seja, o número de internistas é igual ao somatório dos elementos de todas as outras especialidades.





OSINHOS

## em equipa”



No Serviço de MI há internistas que se dedicam mais a determinadas áreas da Medicina. “Na MI nunca deixará de haver diferenciações mais ou menos acentuadas. É natural que os internistas, que são sempre generalistas, desenvolvam uma área de maior dedicação e interesse, o que não significa que deixem de ser internistas e que substituam ou pretendam substituir a especialidade que já existe independente da Medicina Interna”, aponta.

O Serviço de Medicina Interna inclui uma Unidade de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular, uma Unidade de Cuidados Intermédios e um Núcleo de Imunologia Clínica e Doenças Autoimunes.

Na Consulta Externa, além da Consulta de Medicina Interna, existem também consultas de Diabetes e de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular, encontrando-se em vias de ser oficializadas consultas de Insuficiência Cardíaca, de Doenças Autoimunes e de Hepatologia, embora, atualmente, já existam no Serviço especialistas que têm agendas de consulta com uma grande percentagem dessas patologias.

Há, por outro lado, internistas que integram equipas ligadas a outras áreas, como, por exemplo, a Consulta Multidisciplinar de Infecção VIH, à qual Vasco Barreto pertence.

Neste momento, está também em fase

## VASCO BARRETO:

“Sou demasiado curioso e obsessivo para olhar para a parte sem ver o todo”

Vasco Barreto nasceu em Aveiro, em 23 de julho de 1974, mas vive no Porto desde 1992. Licenciou-se em Medicina pelo ICBAS, tendo feito, depois, o Internato Geral e a especialidade no Hospital de Santo António. Está no Hospi-

para a parte sem ver o todo”, refere, confessando que no fim do curso ia para a urgência fazer noites com os internistas.

“Quando escolhi a especialidade ainda havia vagas em todas as áreas.



Vasco Barreto

tal Pedro Hispano e no Serviço de MI como especialista desde abril de 2007, tendo-se tornado seu diretor em junho de 2016.

Questionado sobre a escolha da Medicina, Vasco Barreto assume que sempre gostou da área científica e do contacto com pessoas. Por outro lado, tem alguns médicos na família. “Numa certa altura, achei que, dentro da área científica, a Medicina era, provavelmente, a área mais estimulante”.

Relativamente à Medicina Interna, Vasco Barreto conta que, durante o curso, quando começou a ter algumas cadeiras clínicas, começou a ver rapidamente que não ia ser capaz de dedicar-se só a uma área. “Sou demasiado curioso e obsessivo para olhar

Hoje voltaria a escolher a Medicina Interna, sem qualquer hesitação”, frisa.

Continua a fazer a Consulta de MI e um turno de urgência por semana de 12 horas. No restante horário, dedica-se às diversas tarefas ligadas à direção do Serviço, que considera uma tarefa de grande responsabilidade e “muito estimulante”.

Neste momento, faz parte da Direção da SPMI e é editor associado da revista *Medicina Interna*. De destacar ainda que integrou a Comissão Organizadora das edições 17 e 23 do CNMI.

Com um rapaz de 7 anos e prestes a ser novamente pai, Vasco Barreto confessa que gostava de ter mais tempo para se dedicar à literatura, uma das suas paixões.

de implementação uma Unidade de AVC, coordenada pelos serviços de Medicina e de Neurologia, que, em princípio, ocupará seis camas na Ala E, onde existe capacidade de monitorização.

Prevê-se que seja criada, ainda este ano, uma Consulta de Reavaliação Precoce, que já foi aprovada pelo Conselho de Administração. De acordo com Vasco Barreto, “pretende ser uma valência de ambulatório que permita reavaliar doentes em situação de pós-internamento ou precocemente após um episódio de urgência, para pequenos ajustes terapêuticos ou pequenas intervenções técnicas”.

### Ligação aos CSP e alternativas ao ambulatório

Vasco Barreto destaca o facto de o hospital estar integrado numa ULS com quatro centros de saúde do concelho, o que facilita a gestão com os CSP, quer em termos de circulação de doentes, quer de transmissão de informação sobre os mesmos.

Apesar de considerar que há muito a fazer para melhorar a articulação com os CSP, o diretor do Serviço de MI afirma que “há áreas em que funciona de maneira exemplar, como, por exemplo, na dos Cuidados Paliativos, havendo uma equipa de apoio médico e de enfermagem ao domicílio que, apesar de neste momento não fazer parte do Serviço de MI, inclui internistas que já pertenceram ao mesmo”.

Em 2016, foi também iniciado um projeto do âmbito da Medicina Interna que inclui internistas, embora não pertença

ao Serviço de Medicina Interna: a equipa de doentes crónicos complexos.

Liderada por Maria do Céu Rocha, esta equipa pretende fazer o acompanhamento de um conjunto de doentes com multipatologias, polimedicados e vulneráveis selecionados que são hiperutilizadores das urgências e do internamento. “É um projeto que se desenvolve tanto num regime de consulta aberta, cujo espaço será provavelmente partilhado com a Consulta de Reavaliação Precoce que o Serviço de MI iniciará em breve, como de apoio domiciliário e em articulação com os CSP”, indica Vasco Barreto.

### Formação e investigação são áreas relevantes

O Serviço de Medicina Interna recebe habitualmente internos de todo o país com classificações elevadas, sendo um dos primeiros a esgotar as vagas, o que, na opinião de Vasco Barreto, se deve, provavelmente, à organização departamental. “Temos uma estrutura formativa bem organizada. Todos os internos têm a possibilidade de apresentar trabalhos a nível nacional, publicar artigos e participar em trabalhos de investigação”, diz. Refira-se que o Serviço tem ligação a três faculdades de Medicina – FMUP, FMUL e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) –, recebendo alunos das mesmas.

O Pedro Hispano tem um centro de ensaios clínicos que é um gabinete que faz a articulação entre os promotores dos ensaios e os serviços clínicos. O Serviço de MI está envolvido em alguns ensaios, sobretudo na área cardiovascular. Além



disso, desenvolve estudos de investigação clínica e todos os internos estão envolvidos neste tipo de atividade.

Também faz parte das rotinas do Serviço a realização de uma revisão retrospectiva sobre um grande tema médico, em que é feito um estudo retrospectivo e uma revisão teórica, sendo implementado um protocolo de atuação no final. Esta atividade ocorre quatro vezes por ano.

### Equipa “motivada” na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

Luísa Guerreiro é coordenadora da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP). Em declarações à *Just News*, a médica, que fez o internato complementar no Pedro Hispano, tendo começado ali a trabalhar em janeiro de 1994, refere ter a sorte de estar no sítio que escolheu.

A UCIP pertence ao Serviço de Medicina Interna desde que foi criada, tendo passado a ser polivalente em 2011, ou seja, além dos do Departamento de Medicina,



Luísa Guerreiro

recebe doentes em idade adulta de toda a instituição.

De acordo com Luísa Guerreiro, a Unidade representa o que em muitos hospitais está dividido em diversas subunidades. É, simultaneamente, uma Unidade de AVC, uma Unidade Coronária, mas tam-

## Profissionais com atividade intensa

Em 2016, o Serviço de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano publicou 27 artigos, quatro capítulos em livros, apresentou 117 trabalhos em congressos, recebeu um prémio, participou em 35 conferências ou palestras por convite e 8 moderações em sessões científicas em congressos. Nos últimos 10 anos, recebeu quatro prémios de melhor trabalho no CNMI.

No mesmo ano, teve ainda cinco pessoas envolvidas em corpos editoriais de revistas, oito em comissões e órgãos sociais de sociedades científicas e 13 nas comissões de organização em

eventos científicos. Além disso, tem 15 profissionais ligados à docência e 16 com participação em ensaios clínicos. Muitos participam em comissões hospitalares, ou têm funções na Direção do Internato e na Comissão de Farmácia Terapêutica.

A coordenadora da VMER do Hospital Pedro Hispano, assim como diversos elementos que ali exercem funções, pertencem ao Serviço de MI, que também assegura um terço dos turnos na Sala de Emergência. Na Urgência, três dos chefes de equipa pertencem ao Serviço de MI.





bém recebe doentes no pós-operatório imediato para vigilância pós-anestésica, para além de ser uma Unidade convencional de Cuidados Intermédios.

Entre as principais patologias que conduzem ao internamento na UCIP, destacam-se a doença cardíaca isquémica, a cerebrovascular e a respiratória crónica. Outros dos "grandes consumidores" da Unidade são os doentes cirúrgicos que, frequentemente, também apresentam outras patologias, como, por exemplo, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e patologia respiratória aguda.

Embora com menor frequência, mas com um grande impacto, recebe, igualmente, doentes submetidos a grandes cirurgias – do esófago, do estômago e do cólon, entre outras. Há depois situações mais raras e doentes com complicações do pós-parto. A equipa é constituída por oito internistas. Além destes, todas as especialidades presentes no hospital, à exceção da Pediatria, participam ativamente neste projeto.

As 13 camas disponíveis possuem monitorização invasiva e não invasiva. Através de





uma consola central, os médicos e enfermeiros conseguem ver, em tempo real, o que se passa com os doentes e os registos são gravados, para que possam ser consultados durante as 48 horas seguintes.

A distribuição dos doentes na Unidade tem um formato *open space* e há ainda três camas num espaço individualizado também com envio de dados para a central, onde habitualmente se internam os doentes com patologias não infecciosas (de que são exemplo as síndromes coronárias agudas). Existem, entretanto, quatro quartos para quem têm necessidade de isolamento quer pela sua patologia, quer para proteção dos outros doentes, dos profissionais de saúde e dos próprios.

Por ano, a UCIP interna cerca de 1200 pessoas, o que representa uma média de 100 por mês. Conforme refere Luísa Guerreiro, “a grande rotatividade exige uma grande capacidade de selecionar os doentes no sentido de fazer o melhor aproveitamento possível das camas”.

De acordo com a médica, é objetivo da UCIP não dar alta direta para o exterior: “O ideal é que o doente regresse à enfermaria geral e faça o seu percurso até ser preparada a alta”, refere, acrescentado, porém, que estes doentes também podem ver a sua situação agravar-se, com transferên-

cia para os cuidados intensivos. Por outro lado, também é possível aos doentes dos cuidados intensivos saírem mais precocemente para um local onde será menos agressiva a forma de os tratar.

“Aqui, o desafio de uma constante atualização é uma obrigatoriedade. Estes doentes e famílias estão mais fragilizados. Precisamos de estar seguros para transmitir a nossa experiência, a nossa calma e o prognóstico. Temos muita preocupação em falar com os familiares. Um dia destes somos nós os próprios doentes ou a família dos doentes e o respeito e preocupação com a família é uma missão que temos de ter”, refere Luísa Guerreiro.

E sublinha: “Todas os que trabalham na Unidade, desde médicos a enfermeiros, auxiliares, secretários clínicos e até a senhora que faz a limpeza, são muito motivadas e estão muito sintonizadas. Não há pessoas dispensáveis ou que tenham uma tarefa menos importante. Todas têm o seu papel e isso também faz a diferença.”

#### **Unidade de HTA e Risco Cardiovascular é reconhecida como “centro de excelência”**

José Alberto Silva é o coordenador da Unidade de HTA e Risco Cardiovas-

cular do Pedro Hispano. Começou a trabalhar no Hospital Distrital de Matosinhos em 1987. Nessa época, foi criada uma Consulta de Hipertensão que, numa fase inicial, funcionou em colaboração com a Consulta de Hipertensão do Hospital de São João. Foi a primeira a ter MAPA, em 1989, que começou depois a realizar para o exterior.

Em 1997, quando foram inauguradas as instalações do Pedro Hispano, a Unidade assumiu a sua diferenciação, tendo Jorge Polónia integrado a equipa.

É uma das três unidades do país reconhecidas como “centro de excelência” pela Sociedade Europeia de Hipertensão. As consultas são feitas por José Alberto e Silva e Jorge Polónia. A técnica Loide Barbosa é responsável pela realização da MAPA, da medição de onda de pulso e tonometria de aplanção, exames que “permitem avaliar a repercussão vascular da doença hipertensiva”.

Os exames são realizados não só aos doentes da Unidade, mas a todos os que fazem parte da ULSM, sendo assim o único centro do País que realiza exames para os doentes dos centros de saúde que pertencem a uma ULS.

Por semana, em média, a Unidade faz 36 segundas consultas e oito primeiras consultas. Neste momento, além da atividade assistencial, é desenvolvida investigação própria e dado apoio à formação quer de internos, quer de mestrados e doutoramentos.



**José Alberto Silva**

José Alberto Silva recorda que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em Portugal, tendo a HTA um papel “altamente preponderante”. “Embora tenhamos vindo a melhorar o seu controlo, porque há mais doentes medicados e a fazer a terapêutica, ainda estamos muito aquém dos valores que queremos.”

Na Unidade são desenvolvidas várias áreas de investigação. Contudo, conforme refere, há uma maior aposta em dois grandes problemas da HTA que impedem um melhor controlo: por um lado, o alto consumo de sal da população em geral e em Matosinhos em particular e, por outro, a adesão à terapêutica.

“Como se trata de um problema crónico, em que as pessoas têm de tomar medicação para o resto da vida, motivá-las no caso de uma doença que é assintomática é muito complicado. Muitas vezes vamos acrescentar medicação aos doentes e eles não ficam controlados porque não a tomam”, explica, acrescentando:

“Temos várias formas de tentar detetar se o doente adere à terapêutica, quer seja pela história clínica, quer pelos efeitos adversos dos medicamentos.”

De acordo com José Alberto Silva, há pouco tempo, iniciou-se na Unidade um estudo que se tem mostrado “proveito-





so", no qual se realiza a toma vigiada da medicação. Os doentes deslocam-se à Unidade de 2.ª a 6.ª feira e de 5.ª para 6.ª fazem uma MAPA.

Segundo o médico, em princípio, têm diagnóstico de hipertensão resistente ou refratária, estando a tomar, no mínimo, três fármacos nas doses máximas, sendo um deles um diurético. Verificou-se, no entanto, que uma percentagem grande dos doentes, que se aproxima dos 50%, tem a tensão controlada quando toma a medicação, o que significa que pelo menos metade dos considerados resistentes não toma a medicação.

### Núcleo de Imunologia Clínica e de Doenças Autoimunes

Em 2008, foi criado o Núcleo de Imunologia Clínica e de Doenças Autoimunes (NICDAI) do Serviço de MI do Hospital Pedro Hispano. Começou por ser coordenado por José Keating, que mais tarde veio a ser substituído nas funções por Anabela Ferreira.



Anabela Ferreira

Este Núcleo nasceu de um grupo de internistas com interesse em doenças autoimunes, que sentiu a necessidade de discutir em grupo doentes complicados deste foro, contando inicialmente, muitas vezes, com a colaboração da Unidade de Imunologia Clínica do Hospital de Santo António, conforme indica a coordenadora do NICDAI, que integra a equipa desde o início.

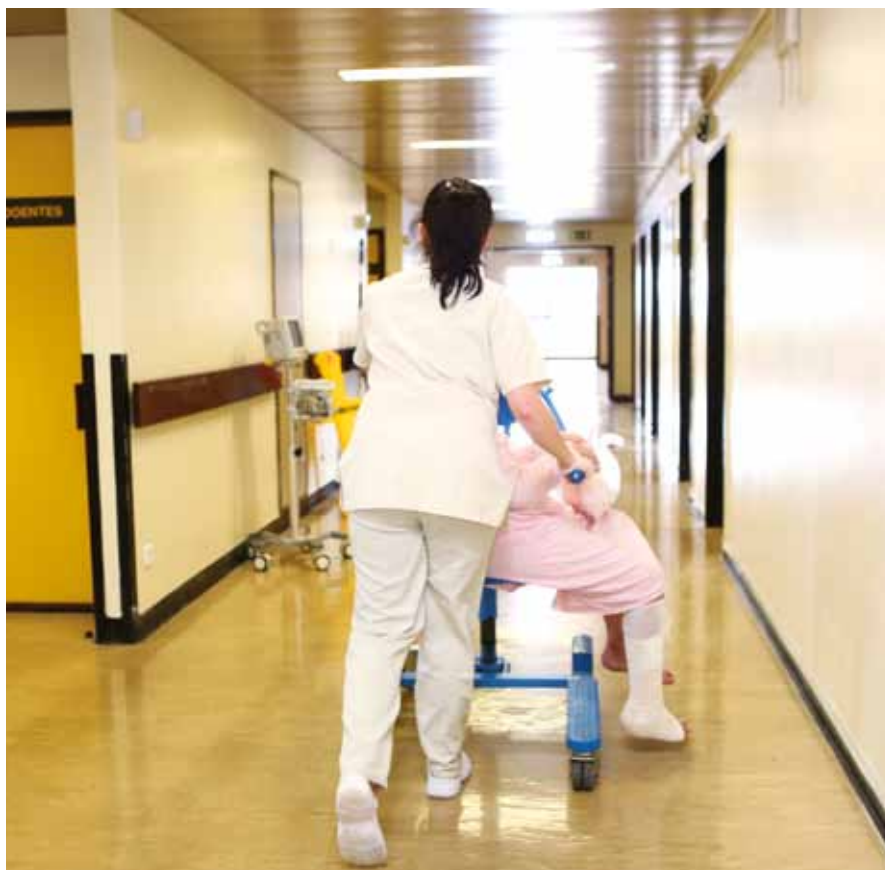
"O grupo começou a reunir às quartas-feiras para discutir doentes da consulta ou internados, quer da Medicina quer de outras especialidades, que tinham suspeita de doença autoimune, colocando questões quer de diagnóstico,

quer de terapêutica. Esta reunião conta, atualmente, com a presença assídua de uma patologista clínica (da área da autoimunidade), uma nefrologista e uma pneumologista. Consoante o caso que está a ser discutido, pontualmente, participam outras especialidades envolvidas no mesmo", conta Anabela Ferreira.

Por questões legais, que se prendem com a prescrição de biológicos, o NICDAI, constituído atualmente por sete internistas, está inscrito na Direção-Geral da Saúde como Centro Prescritor de Agentes Biológicos. Neste momento, há cerca de 40 doentes acompanhados por este Núcleo a fazer terapêutica biológica. Com uma vertente formativa, organiza regularmente sessões teóricas, onde se abordam vários temas de Autoimunidade.

A consulta de grupo gera atualmente um episódio informático de "Consulta de Grupo de Doenças Autoimunes", em que é registada a decisão terapêutica ou de investigação.

A coordenadora do Núcleo espera que a Consulta Externa de Doenças Autoimunes também seja oficializada em breve, embora, "na prática, atualmente, os doentes já estejam a ser canalizados para os médicos que se dedicam a esta área, sendo acompanhados pelo Núcleo centenas de doentes".



### Serviço em números\*

**Doentes saídos (2016):** 6237

**Doentes tratados (2016):** 6888

**Consultas externas (2016):**  
12.595

**Demora média de internamento (2016):** ≈ 9 dias

**Especialistas:** 32

**Internos:** 39 (32 de MI e 7 de outras especialidades)

**Enfermeiros:** 124

**Técnico de Cardiopneumologia:** 1

\* Dados de 31 de dezembro de 2016.

# Doença de Gaucher



**Narciso Oliveira**

Medicina Interna, Hospital de Braga

A doença de Gaucher é uma doença genética hereditária, autossômica recessiva. Resulta de mutações no gene da enzima glucocerebrosidase redutoras da sua actividade e levando à acumulação intralisossômica de glucocerebrosídeo nos macrófagos do baço, fígado e medula óssea, com aumento do volume desses órgãos, podendo também acumular-se, com menor frequência, nos pulmões, rins, tecido nervoso, coração, olhos e pele.

É a mais frequente das doenças lisossômicas, com prevalência estimada em 1: 40.000 a 1:60.000 pessoas, distribuída por todos os grupos étnicos, sendo mais frequente em populações descendentes de judeus Ashkenazi, onde pode ser de 1:450 pessoas.

Foram já descritas mais de 200 diferentes mutações, com significado clínico diverso, levando à variabilidade da sua apresentação e a que muitos dos atingidos permaneçam assintomáticos até idades avançadas. A esperança de vida à nascença de doentes de Gaucher tipo 1 estima-se ser cerca de 5-10 anos inferior à da população em geral.

Classicamente, descrevem-se três subtipos clínicos, conforme o envolvimento neurológico:

- **Tipo 1** - Forma crónica não neuronopática, a mais comum no hemisfério ocidental, com mais de 95% dos casos. A acumulação de glucocerebrosídeo limita-se aos fagócitos mononucleados pelo corpo, sem envolvimento do SNC; existe actividade residual da glucocerebrosidase, mas ainda detectável. O envolvimento esplénico, hepático e ósseo predomina, surgindo os sintomas e sinais, habitualmente, já na idade adulta e devem-se à anemia (astenia, fadiga), trombocitopenia (hemorragias), esplenomegalia, hepatomegalia ou envolvimento ósseo (deformidade em frasco de Erlenmeyer, necrose asséptica de cabeça do fémur, enfartes ósseos, fracturas patológicas, crises ósseas). Esta forma encontra-se, principalmente, em populações de origem judia, particularmente europeias. O tipo I é mais prevalente nos judeus Ashkenazi. Apesar da doença ser progressiva no adulto e da longevidade se poder encontrar diminuída, é compatível com uma vida longa.

- **Tipo 2** - Doença de Gaucher neuronopática aguda: padrão cerebral agudo infantil. Os doentes afectados virtualmente não têm actividade enzimática detectável. Manifesta-se no primeiro semestre de vida, com predomínio de sintomas de disfunção do SNC: apraxia oculomotora, estrabismo, hipertonia, retroflexão da cabeça, convulsões e deterioração mental progressiva, podendo ser fulminante. A hepatoesplenomegalia pode também observar-se. Leva a morte em idade precoce, existindo formas neonatais letais, com hidropisia fetal e ictiose.

- **Tipo 3** - Padrão intermédio entre os tipos 1 e 2, com padrão de envolvimento sistémico característico do tipo 1, mas manifestações progressivas do SNC, com início na adolescência ou em adultos jovens.

O diagnóstico é confirmado pela medição da actividade enzimática da glucocerebrosidase em leucócitos de sangue periférico, podendo ser também realizada, nalguns casos, a determinação em gota seca (DBS). O achado de actividade inferior a 15% da normal é diagnóstico. A sequenciação dos exões da GBA1 é necessária na determinação do genótipo do doente, existindo algum valor preditivo da análise das mutações quanto à progressão da doença e avaliação prognóstica.

A ecografia abdominal mostra a extensão das organomegalias, sendo a ressonância magnética mais precisa na avaliação das dimensões, na avaliação do

grau de infiltração medular e envolvimento vertebral, podendo revelar precocemente necrose avascular. A radiografia do esqueleto pode detectar as manifestações ósseas da doença de Gaucher. A densitometria óssea (DEXA) é útil na avaliação das osteopenias, sendo de menor valor quando existem lesões de necrose óssea.

A terapêutica de substituição com enzima recombinante (TSE) demonstrou ser eficaz na regressão e normalização de anemia e trombocitopenia, na redução de esplenomegalia, hepatomegalia e das manifestações ósseas, com melhoria franca da qualidade de vida nos doentes com tipo I, sendo geralmente bem tolerada.

Em Portugal, estão disponíveis imiglucerase e velaglucerase, existindo ainda taliglucerase. Como desvantagens, a administração parentérica, potencial de desenvolvimento de anticorpos e o custo elevado. Foram desenvolvidos fármacos inibidores da sintetase da glucosilceramida (terapêutica redutora de substrato), sendo miglustat o fármaco mais antigo e eliglustat o mais recente, utilizáveis em doentes em que a TSE não seja possível ou seja recusada. Os respectivos ensaios mostraram também eficácia na redução das organomegalias e manifestações ósseas, de forma mais lenta, efeito por vezes mais modesto e maior frequência de efeitos laterais, sendo contra-indicados em crianças, mulheres grávidas e doentes com alterações neurológicas. Nos doentes com tipo 3, a redução de organomegalias e recuperação hematológica com a TSE também ocorre, a melhoria neurológica com a TSE é escassa.

Descreveu-se aumento da prevalência de algumas neoplasias (mieloma múltiplo, p.e.), co-morbilidades neurológicas (neuropatia periférica e Parkinsonismo), calcificação de válvulas cardíacas e hipertensão pulmonar.

Muitos doentes de Gaucher têm poucas manifestações e uma esperança de vida normal sem qualquer intervenção, contudo, a possibilidade de tratamento eficaz e seguro, com melhoria marcada da qualidade de vida e prognóstico dos doentes tipo 1, implica maior sensibilização e pesquisa da doença, particularmente em doentes com anemia, trombocitopenia e esplenomegalia sem causa determinada.

*Nota: O autor não segue o denominado "Acordo Ortográfico".*



The background of the image features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot, set against a soft-focus outdoor scene. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, serving as a backdrop for the main text. The word "PUBLICIDADE" is written in a white, elegant, serif typeface, centered within the red band. Above and below the text are decorative white flourishes, including symmetrical scrollwork and floral motifs. At the bottom of the image, there is a stylized white graphic consisting of a series of upward-pointing triangles of varying heights, resembling a crown or a modern architectural element, with small circles at their bases.

PUBLICIDADE



MARIA FRANCISCA MORAES-FONTES, PRESIDENTE DO 5.º CONGRESSO NACIONAL EM AUTOIMUNIDADE

# “Há ensaios clínicos prometedores pa

De acordo com Maria Francisca Moraes-Fontes, responsável pela Unidade de Doenças Autoimunes do Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central, nos últimos anos surgiram novas terapêuticas para o tratamento do lúpus eritematoso sistémico (LES), a que os doentes em Portugal têm acesso, que permitem tratar melhor e dar mais qualidade de vida.

Mas a inovação não fica por aqui. Segundo a especialista, que presidiu à Comissão Organizadora do 5.º Congresso Nacional em Autoimunidade e XXIII Reunião Anual do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI) da SPMI, que se focou no LES, começam a existir “ensaios clínicos prometedores” nesta área, perspetivando-se que se comece a fazer uma terapêutica diferente.

“Atualmente, dispomos do belimumab, que é um tratamento recomendado e aprovado para o LES moderado a grave. Outras potenciais terapêuticas inovadoras no LES, também moderado a grave, são, na sua maioria, igualmente constituídas por anticorpos monoclonais (Ac) dirigidos contra recetores de moléculas, ou contra as próprias moléculas (citoquinas) que estão envolvidas no circuito de autoimunidade e



**Luís Campos, Maria Francisca Moraes Fontes, António Coutinho, António Marinho, David Isenberg e Carlos Vasconcelos**

inflamação que se autoperpetua, e resulta no envolvimento e dano de órgãos alvo”, explica Maria Francisca Moraes-Fontes.

A médica acrescenta que existe uma “longa lista” de fármacos potencialmente benéficos, em diferentes fases de teste. “Enquanto o CNT06358, Ac-

-anti recetor do interferão alfa (Ac-anti recetor IFN alfa), o atacicept (anti-BLys/BAFF/APRIL), TAS5315 (inibidor BTK) e o BMS-986165 (inibidor Tyk2 oral) se encontram em fase de investigação pré-clínica, já o MEDI4920 (anti-CD40L) e o BIIB023 (inibidor TWEAK/FN 14) estão em Fase I, o BIIB059 (anti-BDCA2), voclosporin (inibidor da calcineurina), sirolimus (inibidor do mTOR), dapirolizumab pegol (Fab’ do CD40L peguillado) em Fase II”, relata.

Segundo refere, aldesleukin (interleucina-2), ainda em fase II de desenvolvimento, destaca-se das outras terapêuticas pela sua potencial capacidade de estimular a regulação do sistema imune sem levar à imunossupressão (efeito adverso da maioria destes medicamentos). Contudo, aponta, “a grande novidade prende-se com o anifrolumab (Ac-anti recetor IFN alfa), que passou o ensaio de fase IIb com diminuição significativa da atividade da doença e que, atualmente, se encontra em ensaio fase III, com grande expectativa de resultados favoráveis”.

Estas novidades estiveram em debate no 5.º Congresso Nacional em Autoimunidade e XXIII Reunião Anual do NEDAI,



evento que, além dos palestrantes nacionais, envolveu reputados especialistas a nível europeu, entre os quais Andrea Doria (Itália), Matthias Schneider (Alemanha), Ricard Cervera (Barcelona), Ian Bruce (Reino Unido) e Laura Andreoli (Itália).

Houve um espaço dedicado à atualização em ciência básica com as contribuições





E XXIII REUNIÃO ANUAL DO NEDAI:

# para o tratamento do lúpus”



de Amu Hsu (EUA) e Jocelyne Demengeot (Portugal).

Também de destacar a realização de um curso RIDAI (Registo Informático de Doenças Autoimunes), que contou com cerca de 60 participantes, tendo por objetivo chamar a atenção para a importância de registar os doentes informaticamente.

**HOUVE UM ESPAÇO  
DEDICADO À ATUALIZAÇÃO  
EM CIÊNCIA BÁSICA.**

## Homenagens a António Coutinho e David Isenberg

De salientar o tributo feito pelo internista Carlos Vasconcelos a António Coutinho, um dos maiores cientistas portugueses que tem dado um importante contributo na área da Imunologia. Por sua vez, coube a António Coutinho prestar tributo a David Isenberg, professor catedrático jubilado de Reumatologia (Reino Unido).

## NEDAI premiou investigação na área das doenças autoimunes

No âmbito do evento, Nuno Costa, estudante de doutoramento do Instituto Gulbenkian de Ciência (IGC), foi distinguido com o prémio NEDAI de Investigação em Autoimunidade 2017. Por sua vez, Vital Domingues, médico de formação e também estudante de doutoramento do IGC, recebeu uma Bolsa de Estudo em Autoimunidade.

VIANA DO CASTELO, 6 E 7 DE OUTUBRO 2017

# XI Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado



**Alfredo Pinto**

Presidente das XI Jornadas do NEDF da SPMI. Diretor do Departamento de Medicina do H. de Santa Luzia, Viana do Castelo – ULS do Alto Minho

É já no próximo mês de outubro que Viana do Castelo terá a honra de receber as XI Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado, evento que decorrerá no Hotel Axis, nos dias 6 e 7 do referido mês.

Viana, cidade atlântica placidamente situada na foz do rio Lima, rodeada por montanhas verdejantes, não quer apenas ser recordada pela beleza única das suas paisagens, pela simpatia acolhedora das suas gentes, pela gastronomia e pela riqueza da sua história e cultura. Quem tem o prazer de subir a Santa Luzia vai certamente ficar deslumbrado com a paisagem que aprecia, onde se reúnem com uma harmonia singular os recursos naturais com uma arquitetura clássica ornamentada com edifícios emblemáticos, mas onde também se observa e destaca o futuro em obras como a Biblioteca Municipal.

Na sua encosta encontra-se o Hospital de Santa Luzia, que quer certamente fazer parte desse futuro, que se quer destacar na qualidade e rigor científico da sua formação médica, nas reuniões científicas que organiza, que constituem uma oportunidade única para trazer à região colegas que se destacam nas mais diversas áreas, conseguindo assim uma enriquecedora partilha de experiência.

Há pouco mais de um ano, a cidade abriu as suas portas à Ciência e foi, sem falsas modéstias, um verdadeiro “Porto da Medicina”. A organização pelo Serviço de Medicina 1 da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) do XXII Congresso Nacional de Medicina Interna na cidade constituiu um desafio que poucos acreditavam possível. Com orgulho, tivemos um êxito reconhecido unanimemente e, mantendo a ousadia da altura, ainda hoje temos a veleidade de considerar ter organizado “não *um*, mas *o* Congresso Nacional de Medicina Interna”.

Na ULSAM, foi organizado, há 15 anos, o Grupo de Hepatologia, constituído por internistas e gastroenterologistas, liderado com entusiasmo e saber pelo Dr. Manuel Moreira, ilustre internista e gastroenterologista da instituição. Além do gosto pelas doenças hepáticas, a motivação foi encontrada na crescente exigência dos doentes e das doenças e na necessidade de constante atualização de conhecimentos. A atividade desenvolve-se em diversos níveis de cuidados, ambatório ou internamento, incluindo Cuidados Intermédios e Intensivos, em doentes agudos ou crónicos, e o Grupo reúne-se todos os meses num ambiente de multidisciplinaridade, integrado atualmente por médicos da Medicina Interna, Gastroenterologia e Radiologia.

Mantendo sempre a visão holística e sem nunca comprometer a abrangência de conhecimentos que são inerentes e caracterizam o internista de qualidade, este Núcleo reconhece a especificidade e vastidão de conhecimentos da Hepatologia, aproveitando a mais-valia de reunir peritos e médicos interessados em discutir e partilhar ciência, contribuindo para a colaboração nos casos mais difíceis, na partilha de conhecimento e no contributo para o avanço científico e, em última instância, para uma melhor qualidade de abordagem ao doente hepático. O Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado da SPMI surgiu, neste contexto, como motor do conhecimento científico, com um papel exemplar como grupo unificador e dinamizador dentro da Medicina Interna.

A organização das XI Jornadas do Núcleo de Doenças do Fígado pretende ser uma iniciativa dinamizadora do conhecimento científico e uma referência para internos em Formação Específica de Medicina Interna e de Medicina Geral e Familiar e para especialistas (dedicados ou não a esta área). Mantendo a habitual fórmula de Sessões Clínicas sucedidas de discussões de Casos Clínicos, vamos ter a possibilidade de discutir temas clássicos, como a cirrose hepática e a disfunção cerebral, a transplantação hepática, além de novidades terapêuticas na colangite biliar primária ou abordagem do fígado gordo. O programa científico foi elaborado com dedicação e diligência, estando já disponível para consulta no *site* oficial da SPMI.

Este ano existirá ainda um Curso de Radiologia Hepática, dinamizado pelo colega radiologista do Grupo de Hepatologia da ULSAM (Dr. José Campos Traila) que, em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Radiologia, reuniu um grupo de palestrantes de renome. O Curso tem por objetivo a amplificação de conhecimentos na interpretação dos vários meios complementares disponíveis, desde o fígado normal à patologia, com abordagem da Radiologia de Intervenção.

Assumimos, com orgulho, o desafio de receber as XI Jornadas do Núcleo de Doenças do Fígado em Viana do Castelo. Manter-se-ão as apresentações de trabalhos sob a forma de pósteres e comunicações orais, certos da qualidade da investigação que é feita em Portugal.

Contamos com a vossa presença, convictos da vossa satisfação!

Até 6 de outubro, saudações cordiais.





The background of the image features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot, set against a soft-focus outdoor scene. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, serving as a backdrop for the main text. The word "PUBLICIDADE" is written in a white, elegant, serif typeface, centered within the red band. Above and below the text are decorative white flourishes, including symmetrical scrollwork and floral motifs. At the bottom of the image, there is a stylized white graphic consisting of a series of upward-pointing triangles of varying heights, resembling a crown or a modern architectural element, with small dots at their bases.

PUBLICIDADE



TELO FARIA, COORDENADOR DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VIH DA SPMI:

# “É importante apostar na formação d face à “mudança de paradigma da inf

Para o coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH da SPMI, “é importante apostar na formação face à mudança de paradigma da infeção por VIH, que voltou a afetar mais homens que fazem sexo com homens, assim como idosos”. Telo Faria falou à *Just News* no âmbito do 2.º Curso de Abordagem do Doente VIH na Urgência, organizado em parceria com o Núcleo de Internos de Medicina Interna da SPMI.

Telo Faria considera que o facto de, atualmente, estes serem dois grupos mais afetados pelo vírus da SIDA se deve muito às novas práticas sexuais. “As diferentes formas de relacionamen- to sexual – caso do sexo em grupo –, o

aumento do consumo de fármacos para a disfunção sexual e a procura de trabalhadores do sexo por parte dos mais idosos contribuem para um aumento da incidência nestes grupos.”

No caso dos homens que têm sexo com homens, o internista salienta que, “apesar da informação disponível, também existe uma ideia de facilitismo associada aos tratamentos, por estes permitirem viver mais anos e com qualidade”.

Embora estas populações sejam uma preocupação, Telo Faria mostra-se satisfeito com os avanços verificados nos últimos anos, nomeadamente no diagnóstico mais precoce das pessoas com

idade superior a 55 anos. “Os clínicos estão mais alerta e mais sensibilizados e tem diminuído a incidência da infeção por VIH junto dos consumidores de drogas injetáveis”, refere.

O responsável destaca ainda as orientações da ONUSIDA para 2020, cujo objetivo é que 90% das pessoas que vivem com VIH sejam diagnosticadas, 90% das diagnosticadas estejam sob tratamento antirretroviral e 90% das que se encontram sob tratamento antirretroviral atinjam carga viral indetetável.

Além destas metas, Telo Faria alerta para a questão do estigma. “Continua a ser um grave problema, que se agudiza quando existem questões sociais





# os médicos eção por VIH”



graves de marginalização e pobreza”, aponta.

## “Nem sempre é fácil fazer uma avaliação clínica”

Ricardo Fernandes, coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna da SPMI, disse à *Just News* estar muito satisfeito com o sucesso do curso. “A primeira edição realizou-se em 2015 e, face aos bons resultados, optou-se por esta segunda, mas com algumas alterações”, explica. Além da “componente clínica intensiva”, foram também abordadas matérias relacionadas, por exemplo, com os cuidados paliativos ou com a comunicação de más notícias. Quanto aos desafios futuros da infeção por VIH, estes passam, sobretudo, pelo acompanhamento do doente, segundo Ricardo Fernandes. “Nem sempre é fácil fazer uma avaliação clínica, perceber-se se os sintomas advêm da infeção, dos tratamentos ou de outra doença que qualquer pessoa pode ter, principalmente na urgência.” Por isso mesmo, sublinha o papel do internista, “o especialista que tem uma visão holística do doente”.

## Comissão de Qualidade e Assuntos Profissionais da EFIM reuniu em Lisboa

A primeira reunião da Comissão de Qualidade e Assuntos Profissionais da Federação Europeia de Medicina Interna (European Federation of Internal Medicine - EFIM), presidida por Luís Campos, realizou-se recentemente em Lisboa. No encontro foram definidas as áreas prioritárias de atuação para os próximos tempos.

Em declarações à *Just News*, o presidente da SPMI explicou que esta Comissão tem como objetivo contribuir para uma maior reflexão sobre os desafios que a Medicina Interna enfrenta na melhoria da qualidade aos doentes que tem de tratar. Pretende, também, fazer formação no seio desta especialidade e produzir artigos que representem reflexões e recomendações importantes para a Medicina Interna europeia, da responsabilidade da EFIM ou em conjunto com outras sociedades em áreas da Medicina Interna.

ambulatório, que ofereçam alternativas ao internamento mais adequadas e eficientes a diversas tipologias de doentes, é outro dos assuntos que vai merecer a atenção da Comissão.

Por outro lado, a integração de cuidados será mais uma das áreas prioritárias, pretendendo-se refletir sobre “a necessidade da existência de um maior envolvimento em programas que melhorem a continuidade de cuidados aos doentes crónicos e a articulação entre hospitais, cuidados primários, continuados e paliativos e a assistência social”. A Comissão é, atualmente, constituída por 15 elementos provenientes de treze países, entre os quais Itália, Espanha, Alemanha, Suíça, Rússia, Eslováquia, Eslovénia, Letónia, França, Turquia e Roménia. “As pessoas que fazem parte da Comissão são *opinion leaders* na área da Medicina Interna e da organização dos cuidados”, referiu Luís Campos.



Luís Campos revelou que nesta reunião se decidiu que a reflexão sobre a importância do papel do internista no hospital e a síndrome de *burnout* serão duas questões prioritárias.

A medicina ambulatorial e, em particular, a importância de desenvolver formas inovadoras de prestação de cuidados no hospital direcionadas para o

No seu entender, “esta interação promete ser interessante para todos os países, porque é uma troca de experiências e isso é muito importante numa especialidade com diferentes modelos, mas também porque permite produzir recomendações europeias em matérias de grande relevância para o futuro da Medicina Interna na Europa”.

PORTO, 16 DE SETEMBRO 2017

# I Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa



**Elga Freire**

Coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPAl). Presidente das I Jornadas do NEMPAl

O TEMA ESCOLHIDO PARA ESTA REUNIÃO É "CUIDADOS PALIATIVOS NA DOENÇA NÃO ONCOLÓGICA. O CUIDADO INTEGRAL AO LONGO DA TRAJETÓRIA DA DOENÇA".

É com enorme prazer que o Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPAl) os convida a participar nas suas I Jornadas, na cidade do Porto, no auditório da Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, no próximo dia 16 de setembro.

Na organização deste evento, contamos também com a colaboração do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI), o que muito nos honra.

O tema escolhido para esta reunião é "Cuidados paliativos na doença não oncológica. O cuidado integral ao longo da trajetória da doença".

O NEMPAl decidiu organizar a sua primeira reunião científica focando o cuidado integral na doença não oncológica uma vez que grande parte das ações de formação e reuniões científicas no âmbito de cuidados paliativos é dedicada sobretudo aos doentes oncológicos.

Sendo cada vez mais consensual que os cuidados paliativos devem ser prestados por equipas multidisciplinares, integrados precocemente no início da doença oncológica e não oncológica, tanto em ambiente hospitalar como domiciliário, pretendemos com estas Jornadas dirigirmo-nos a todos os profissionais de saúde que lidam com pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, sejam da Medicina Interna, dos cuidados paliativos, ou dos cuidados de saúde primários.

Vários especialistas, na maioria internistas, vão falar sobre a sua experiência nas insuficiências de órgão: a insuficiência cardíaca e as especificidades do acompanhamento; a doença renal avançada e a parceria multidisciplinar como resposta à complexidade; a organização dos cuidados na doença respiratória crónica e a doença hepática avançada: os desafios e linhas de investigação.

Os doentes neurológicos constituem um desafio e são alvo, cada vez mais, dos cuidados dos internistas. Haverá um espaço para debate sobre as doenças neuromusculares e as demências.

Serão apresentados e discutidos exemplos de organização de resposta multidisciplinar às necessidades específicas das doenças neuromusculares em ambiente hospitalar e domiciliário.

Sobre a demência avançada, serão apresentados e discutidos alguns desafios com que todos nos debatemos diariamente, entre a ética e o cuidado total.

Dado que a formação tem sido uma prioridade não só para o NEMPAl como também para a SPMI que, em 2015, considerou o Curso Básico de Cuidados Paliativos um dos cursos obrigatórios para os internos em formação, temos um espaço para falar sobre os estágios específicos e a experiência de vários internos, em equipas e serviços de cuidados paliativos, nacionais e estrangeiros.

Pretendemos que nesta mesa sejam partilhadas e discutidas as diversas experiências, perceber os aspetos valorizados nos estágios e retirar ensinamentos que permitam estabelecer orientações futuras para a formação na área dos cuidados paliativos. Porque sabemos que é sensibilizando e capacitando os jovens médicos para esta área que vamos mudar o entendimento do que são os cuidados paliativos e que isso só será conseguido através de uma sólida e abrangente formação.

Na Comissão de Honra incluímos o bastonário da Ordem dos Médicos, o presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) e o presidente da SPMI.

Na reunião, será feita a apresentação e distribuição do *Guia prático de controlo sintomático*, elaborado por internos de Medicina Interna e internistas com experiência e/ou competência em cuidados paliativos.

Assim, no Porto, junto ao seu Parque da Cidade, há muitas razões para participarem nas I Jornadas do NEMPAl, no próximo dia 16 de setembro.



## Google, MD



**Sérgio Menezes Pina**

Interno do Serviço de Medicina Interna 1,  
Hospital de Faro, CHA

Era um dia como outros, como tantos outros dias de Urgência Geral no Algarve. Com dezenas de pessoas para avaliar, quase tantas como as que decidiram não ir à praia nesse dia de agosto. “Boa tarde, tenho refluxo gastroesofágico, já devo ter há muitos anos”, dizia, resoluto, confiante do alto da sua meia-idade, com a certeza de quem prosseguiria com: “Quero pantoprazol e sucralfato”, terminando assertivo: “E quero um gastroenterologista para fazer a endoscopia.”

Ainda não tinha moldado a napa preta da cadeira com aquele corpanzil de *bon vivant* e já me ia metralhando o diagnóstico, tratamento e orientação clínica de uma condição que eu não tinha objetivado, não sem antes acrescentar, resoluto: “É que, sabe, esta dor é muito típica, vi na internet.” Fiquei calado. Aparvalhado com a diligência daquele bancário que confirma uma tendência com quase 15 anos e que tem ganho cada vez mais relevância na Medicina do novo século: as preocupações de saúde dominam grande parte das pesquisas nos motores de busca *online*.<sup>[1]</sup>

A rápida difusão e uso da internet coloca cada vez mais informação médica ao alcance dos utentes dos serviços nacionais de saúde<sup>[1,2]</sup>, sendo a qualidade e transparência dos dados expostos muitas vezes duvidosa e subjugada a interesses obscuros com motivos paralelos, pondo em causa a sua integridade científica. Pode tornar-se difícil para os doentes validar a credibilidade das referências de um determinado sítio da internet.<sup>[3]</sup>

Outros fatores são propostos para justificar a possível incorreta interpretação e utilização dos dados disponibilizados ao público em geral, nomeadamente, a baixa literacia em saúde, a dificuldade do uso de diferentes fontes em simultâneo, a abundância absurda de referências, a incapacidade para filtrar as mensagens relevantes, bem como a linguagem altamente tecnicista muitas vezes empregue nestes documentos, são os mais significativos.<sup>[4,5]</sup>

Aproximadamente 35% dos adultos americanos reportaram ter recorrido à internet para o diagnóstico de determinada situação clínica. Apenas metade fez seguir essa investigação de uma consulta médica.<sup>[6]</sup> Nunca saberemos se os restantes puderam dispensar com segurança a visita ao profissional de saúde, lidando adequadamente com a sua sintomatologia, ou se apenas protelaram uma avaliação necessária, com consequências potencialmente graves.

Outra realidade do mundo virtual é a capacidade de aproximar indivíduos com os mesmos interesses, vontades ou, neste caso concreto, patologias. Na sua saga em busca de fontes alternativas, os doentes têm promovido fóruns de discussão, tentando obter dados relevantes, fruto da partilha das suas experiências.<sup>[7]</sup>

A simplicidade na obtenção de respostas promove a supressão do intermediário, o médico, relegado para segundo plano, servindo apenas para segundas opiniões, mesmo que tal não implique necessariamente uma quebra da confiança do público nos profissionais.<sup>[8,9]</sup> A conveniência e rapidez parecem justificar esta mudança de paradigma, que não reduz ou subvaloriza o ato médico.<sup>[8]</sup> Molda-

para se adaptar às novas tecnologias, onde uma conduta paternalista, quase autoritária, está ultrapassada.

A velocidade dos *terabytes* na era da partilha da informação impõe um modelo de parceria em que o planeamento do melhor esquema terapêutico e a definição de *goals of care* é cada vez mais um trabalho de equipa. O médico do século XXI figura-se como guia ou orientador, validando e selecionando a informação pertinente, necessária a uma decisão informada do seu doente.

E não, o Sr. Costa não tinha refluxo. Desta vez foi um enfarte agudo do miocárdio. Desta vez foi avaliado e orientado a tempo. E da próxima, para onde o vai a internet enviar?

### Bibliografia:

1. Rice RE, Katz JE. *The Internet and health communication experiences and expectations*. Sage Publications; 2001. 459 p.
2. Neuhauser L, Kreps GL. *Rethinking Communication in the E-health Era*. J Health Psychol [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2016 Aug 18];8(1):7-23. Available from: <http://hpq.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1359105303008001426>.
3. McCombs B. Phoney phishing and pharming. Can J Rural Med [Internet]. 2005 [cited 2016 Aug 18];10(3):186-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16079038>.
4. Silver MP. Patient Perspectives on Online Health Information and Communication With Doctors: A Qualitative Study of Patients 50 Years Old and Over. J Med Internet Res [Internet]. Journal of Medical Internet Research; 2015 Jan 13 [cited 2016 Aug 18];17(1):e19. Available from: <http://www.jmir.org/2015/1/e19/>.
5. Niederdeppe J, Levy AG. Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev [Internet]. 2007 May [cited 2016 Aug 18];16(5):998-1003. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17507628>.
6. Duggan M. Internet & American Life Project. JANUARY. 2013;15.
7. Rheingold H. *The virtual community: homesteading on the electronic frontier*. MIT Press; 2000. 447 p.
8. Rochman B. Paging Dr. Google - TIME [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 18]. Available from: <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,1973287,00.html>.
9. Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL, Croyle RT, Arora NK, Rimer BK, et al. Trust and Sources of Health Information. Arch Intern Med [Internet]. American Medical Association; 2005 Dec 12 [cited 2016 Aug 18];165(22):2618. Available from: <http://archinte.jama-network.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.165.22.2618>.

*Ser interno de Medicina Interna no...*

# Hospital do Espírito Santo de Évora



**Vasco Neves**

Interno de MI, Hospital do Espírito Santo de Évora

O Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), instituição com mais de 500 anos de existência, numa área de influência direta no distrito de Évora, é tido, também, como hospital central do Alentejo na Rede de Referência Hospitalar, servindo, concomitantemente, o Alto e o Baixo Alentejo e o Alentejo Litoral, servindo um total 509.741 utentes.

O Serviço de Medicina Interna do Hospital do Espírito Santo de Évora engloba o Serviço de Medicina 1 e o Serviço de Medicina 2, que no seu conjunto dispõem de 60 camas, distribuídas por 2 enfermarias de internamento misto. Para além destas camas, quando as necessidades de internamento a cargo da Medicina Interna excedem a capacidade das suas próprias enfermarias, os doentes são internados noutros serviços.

## **Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC):**

Compreende um espaço próprio de internamento misto com 6 camas. A equipa médica é composta por 3 especialistas de Medicina Interna, em que duas especialistas encontram-se em esquema de rotatividade a cada 2 meses. Da equipa médica fazem também parte uma neurologista e uma neurocirurgiã, uma fisiatra, um neurorradiologista e neuropsicóloga. De salientar, igualmente, a colaboração de fisioterapeutas, de terapeutas da fala e das técnicas de Cardiopneumologia, que nos prontificam com exames complementares de diagnóstico (eco-doppler carotídeo e transcraniano e ecocardiograma transtorácico) no primeiro ou segundo dia útil de internamento.

**Serviço de Urgência (SU):** Inclui Sala de Triage, Sala de Monitorização (com capacidade para 10 doentes, onde se internam doentes com necessidade de monitorização contínua ou terapêutica em perfusão endovenosa previsivelmente), Sala de Observação (com uma lotação de 8 camas e que está a cargo do chefe de equipa, tendo como finalidade a vigilância dos doentes instáveis, com necessidade de monitorização contínua não invasiva), Sala de Diretos ou Reanimação (com capacidade para 2 camas, que está destinada a situações de emergência médicas e cirúrgicas).

A Urgência Geral de Medicina Interna, regra geral, é assegurada por 3 ou 4 assistentes hospitalares de Medicina Interna (sendo um deles o chefe de equipa, que está responsável pelo SO) e um a dois internos da Formação Específica.

**Urgência Interna:** Caracteriza-se pela presença física de um elemento (regra geral de Medicina Interna), assistente hospitalar ou interno da Formação Específica. No período de tempo correspondente à Urgência Interna, o elemento escalado é responsável pela observação urgente e emergente de todos os doentes internados nos serviços de Medicina 1 e 2, serviços de Psiquiatria, especialidades médicas e Unidade de AVC. Este elemento tem cerca de 95 camas a seu cargo.

## **Protocolos:**

- De referir que, desde 2007, está implementada a via verde de AVC, que pode ser ativada por via intra ou extra-hospitalar e na qual o doente elegível é enviado para a sala de diretos realizando análises e TAC cranioencefálica emergente. O doente que cumpre critérios é então submetido a trombólise com rTPA e

mantém-se 24 h em vigilância no SO até ser transferido para a UAVC.

- Está também estabelecido no Serviço de Urgência o protocolo de Via Verde Coronária, que é acionado no pré-hospitalar ou no hospital. No pré-hospitalar, o CODU é contactado (pela SIV ou pela VMER), sendo transmitido ao cardiologista de serviço o eletrocardiograma. A partir daí, se indicado, é acionada a equipa de Hemodinâmica do HESE. No hospital, com o doente na urgência, mediante o resultado do eletrocardiograma (elevação do segmento ST), é contactado o cardiologista de urgência.

**Interação multidisciplinar:** Uma mais-valia para o hospital, para os profissionais e para a Medicina Interna é a interação multidisciplinar que existe com os colegas de outras especialidades, quer seja por consultadoria, ou com internamento em algumas especialidades.

**O internamento:** O facto de no HESE existirem muitos serviços sem internamento a seu cargo proporciona uma grande variabilidade de patologias observadas e abordadas pela Medicina Interna. Isto exige a aquisição de mais competências e capacidades, incitando uma aprendizagem e constante atualização de conhecimentos, o que é fundamental para o internista. A inexistência de certas especialidades como Endocrinologia e Reumatologia torna ainda mais complexo e desafiante o papel do internista, que tem tentado colmatar estas falhas com consultas de Medicina Interna mais dedicadas a estas áreas.

É aqui que, no meu ponto de vista, existe uma clara vantagem e privilégio de ser interno de Medicina Interna no Hospital do Espírito Santo, "um hospital central não tão central" – é nesta variabilidade de doentes que surgem as oportunidades de aquisição de conhecimentos, de agilizar capacidades de resposta a situações, problemas e desenvolvendo pouco a pouco a nossa autonomia.

**Consulta externa:** Constitui uma atividade fundamental para o internista. Dentro da Medicina Interna existem consultas especializadas (Doença Vascular Cerebral, Doenças Infeciosas, Doenças Autoimunes e Diabetologia, entre outras).

**Formação:** É de extrema importância a atualização de conhecimentos com os mais recentes "updates" em medicina e isso é fomentado de várias maneiras:



## 2.º Curso de Abordagem do Doente VIH na Urgência

- Sessões de Serviço: quinzenais, em dia previamente determinado, nas quais cabe aos internos de formação específica e do ano comum apresentar temas, sob a forma de caso clínico ou de revisão teórica.

- Sessões Clínicas de Departamento: com uma periodicidade quinzenal, onde diversos serviços de especialidades médicas são convidados a realizar uma apresentação com interesse na prática clínica diária.

O facto de o hospital se encontrar perto da Universidade de Évora proporciona condições ideais para aliar a carga assistencial à integração organizacional de cursos formativos e participação pedagógica na educação médica pré-graduada – disciplinas médicas de cursos de enfermagem, entre outros –, realidade que acomete alguns internos de Medicina Interna.

### “Primeiro estranha-se, depois entranha-se”

Évora não precisa de apresentações, é uma cidade património da Unesco, que preserva grande parte das tradições culturais portuguesas e apresenta um património natural que é invejável e inebriante a qualquer pessoa (mesmo a quem lá trabalha). Trata-se de uma cidade que proporciona uma qualidade de vida inquestionável, elevadíssima, em que se demora 5-7 minutos a chegar ao hospital e uma fila com 7 carros já é demasiado.

A gastronomia não dá para transpor em palavras, o sabor do azeite, uma grande variedade de bons vinhos, e uma panóplia de pratos tradicionais faz com que Évora esteja colocada nos roteiros turísticos mundiais.

É uma localidade em crescimento constante, tendo como prova disso a abertura de um novo centro comercial ainda este ano, e tem um projeto autorizado para um hospital novo.

### “Desculpem carta tão grande, mas não tive tempo para escrevê-la mais pequena”

Tentei ser o mais sincero possível em relação ao que escrevi. Este é o meu conflito de interesses: ser interno de Medicina Interna do melhor Serviço de Medicina Interna do país.

O 2.º Curso de Abordagem do Doente VIH na Urgência decorreu nos dias 7 e 8 de abril, em Peniche. O objetivo principal do curso foi dotar os participantes da capacidade de abordar o doente VIH de uma forma holística e sistemática no Serviço de Urgência. O espaço, o Hotel MH Peniche, foi muito bem escolhido pela organização, com uma ampla sala onde decorreram as sessões. O Curso foi apresentado pelo Dr. Ricardo Fernandes, coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna e pelo Dr. Telo Faria, coordenador do Núcleo da Doença VIH da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Foram dois dias bastante intensos, que começaram pela revisão da fisiopatologia da doença e das classes farmacológicas de antirretrovirais. A clínica, rica e variada, ocupou cinco sessões, divididas em “Febre e adenopatias”, “Queixas respiratórias”, “Queixas gastrointestinais e hepatobiliopancreáticas”, “Queixas neurológicas” e “Queixas cutâneas”.

Como já é hábito nos cursos e encontros promovidos pelo NIMI, houve lugar para os internos explicarem a doença, sobretudo através de casos clínicos reais, que fomentaram uma interessante e acesa discussão entre os participantes.

Claro que também se promoveu o convívio, ao longo do jantar, no final do primeiro dia do curso, num restaurante local com ementa rica em peixe fresco da costa portuguesa.

No segundo dia do curso foram analisadas as profilaxias pré e pós-exposição, algumas questões éticas e também os cuidados paliativos do doente com infeção por VIH. A gestão do doente crónico também foi abordada. Houve uma grande aposta nos casos clínicos, que, na minha opinião, foi fundamental para resumir um tema longo e complexo e ajudar a sistematizar conhecimentos.

Para mim, foram dois dias que valeram muito a pena; tive oportunidade de adquirir novos conhecimentos, conhecer as realidades de outros hospitais e organizar ideias e algoritmos de diagnóstico e tratamento. Um evento, sem dúvida, a repetir.



**Marina Boticário**  
Hospital Distrital de Santarém

HOUVE UMA GRANDE APOSTA NOS CASOS CLÍNICOS, QUE NA MINHA OPINIÃO FOI FUNDAMENTAL PARA RESUMIR UM TEMA LONGO E COMPLEXO E AJUDAR A SISTEMATIZAR CONHECIMENTOS.

# Internato do Ano Comum - essencial ou acessório?



**Fábio Murteira**

Interno complementar de Medicina Interna, CHVNG/E

JULGO QUE O INTERNATO DO  
ANO COMUM DEVERIA SER  
RESTRUTURADO E, ACIMA DE  
TUDO, VALORIZADO DENTRO DAS  
INSTITUIÇÕES, PARA QUE OS  
RECÉM-MÉDICOS POSSAM TIRAR  
MAIOR PROVEITO DELE.

Escrevo este texto após ter sido desafiado a falar da importância que vejo no Internato do Ano Comum. Apesar do meu escasso jeito para a escrita, aceitei aventurar-me por ser para mim um tema muito relevante.

Fui aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa entre 2008 e 2014, instituição que me é muito querida. Por entre frequentes formalismos e pedestais, naturais num grande centro hospitalar onde a faculdade se posiciona, aprendi muito com assistentes e professores, alguns dos quais me inspiraram e que de forma generosa me foram ensinando a não ter receio de estar perante os doentes. Outros mostraram-me aquilo que eu não queria ser – faz parte. Aprendi muito também com colegas e construí amizades que levarei para a vida; esses pares que nos entendiam as frustrações e o valor das conquistas.

Ainda assim, um conjunto de alicerces, mesmo que sólidos, não faz uma casa. Tal como eu, a maior parte dos alunos começa o curso sem qualquer experiência profissional e quando terminamos, após 6 anos, aos olhos dos que não são prestadores de cuidados de saúde, nós somos médicos. Médicos supostamente preparados para os ajudar a resolver qualquer problema de saúde com que se nos aproximem. Esperam de nós as maiores coisas. Só que não estamos prontos, por melhor que sejam os alunos e a sua formação na faculdade.

Em Portugal, além de um 4.º e 5.º anos em que os alunos vão tendo maior contacto com os doentes e enfermarias, está implementado um 6.º ano que tem por objetivo ser próximo à prática clínica real e que é muito importante nesse propósito. No entanto, além de esse ser um período insuficiente, acontece numa altura em que os alunos têm menor disponibilidade mental para o envolvimento nos estágios: por um lado, têm de desenvolver as suas teses de mestrado, por outro, estão também cada vez mais pressionados com a possibilidade de não alcançarem vaga em especialidades médicas da sua preferência (ou não alcançarem vaga de todo), acabando por investir mais no estudo para o exame de seriação.

Atendendo a isso, acredito que o Internato do Ano Comum é o ano por excelência de ligação com o verdadeiro mundo profissional.

É aí que os jovens médicos têm uma maior liberdade e frescura de espírito para se dedicarem à atividade médica e absorverem conhecimentos da prática clínica que lhes sejam transmitidos. É a altura certa para sermos colocados face aos problemas reais, a gerir um horário bem definido e uma responsabilidade regulada. Dado muitos de nós abandonarmos nesse período os hospitais de formação, desenvolvemos maior capacidade futura de adaptação às mudanças de locais e colegas de trabalho. Não é também negligenciável que esse tempo ajuda na tomada de decisão quanto à futura área de especialização médica de forma mais consciente e enquadrada na experiência clínica.

Julgo que o Internato do Ano Comum deveria ser restruturado e, acima de tudo, valorizado dentro das instituições, para que os recém-médicos possam tirar maior proveito dele. Não há como negar que vários são os estágios em que a vertente pedagógica é escassa (do que me fui apercebendo pelas impressões trocadas com colegas de diferentes centros hospitalares, tratando-se de situação transversal por todo o país) e com grau de autonomia frequentemente desajustado (que nuns casos é muito escassa, noutros excessiva).

Seria benéfica uma maior uniformização entre locais de estágio e melhor definição das exigências e objetivos a atingir no estágio de cada uma das áreas. É necessário que as comissões pedagógicas tenham um papel mais preponderante dentro das instituições hospitalares e uma intervenção mais direta em cada serviço, com perspetiva a um maior cuidado na formação destes novos colegas.

Como médicos, temos por meta tratar dos doentes, mas na Medicina todos temos também, inerentemente, uma responsabilidade de ensino. Acredito que o facto de a frase “Os meus colegas serão meus irmãos” permanecer até hoje no nosso Juramento tem, em grande parte, por finalidade acautelar isso mesmo. Não podemos fazer o caminho por ninguém, mas ajudemos a torná-lo mais sólido.



The background features a grayscale photograph of a large, leafy plant in a textured pot. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image. The word "PUBLICIDADE" is written in white, uppercase, serif font on the banner. The text is flanked by two symmetrical white decorative flourishes. Below the banner, there is another symmetrical white decorative flourish and a stylized white crown-like graphic at the bottom center.

PUBLICIDADE





# PUBLICIDADE

