



LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
TRIMESTRAL | ABB./MAI./JUN. 2016
ANO 2 | NÚMERO 6 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicações



Diana Guerra, presidente do XXII Congresso Nacional de MI:

"ORGANIZAR A REUNIÃO EM VIANA TORNA O DESAFIO AINDA MAIOR"



PUBLICIDADE

sumário

Entrevista

- 08 Diana Guerra**
 “Organizar o Congresso numa cidade tão a Norte de Portugal torna o desafio ainda maior”

Reportagem

- 20 Serviço de Medicina Interna do Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães**
 Internistas asseguram diagnóstico, tratamento e acompanhamento de todo o tipo de patologias do âmbito da MI

Discurso direto

- 06 Manuel Teixeira Veríssimo**
 Medicina Interna – uma especialidade em crescendo
- 12 Emilio Casariego**
 V Congresso Ibérico de Medicina Interna: formando futuro
- 16 Filipe Basto**
 Os hospitais são um lugar seguro?
- 17 Carlos Godinho**
 11.ª Reunião Anual do Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* da SPMI
- 18 Margarida França**
 Novos paradigmas da Qualidade em Saúde
- 26 Armando de Carvalho**
 X Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado da SPMI
- 28 Agostinho Monteiro**
Summer School da SPH
- 29 Telo Faria**
 Vive-se um momento particularmente decisivo e determinante no combate ao VIH
- 38 João Gorjão Clara**
 Portugal recebe 12.º Congresso Internacional da Sociedade de Medicina Geriátrica da UE

Notícias

- 14 A história da Medicina Interna**
 Exposição patente nos HUC
- 19 14.ª edição do Medinterna International Meeting**
 “O desafio das doenças autoimunes exige que sejam melhor conhecidas”, afirmou o presidente da SPMI
- 27 Reativado o Núcleo de Bioética da SPMI**
 Para ajudar internistas a lidar com novos problemas éticos, deontológicos e legais
- 30 Tratamento da diabetes tipo 2 no ambulatório**
 Curso permite perceber melhor as dificuldades dos doentes
- 30 7.º Curso de Geriatria**
 Otimizar a intervenção dirigida ao idoso
- 31 “Falta de equidade” no acesso a cuidados de saúde com qualidade**
 Considera Luís Campos
- 34 SPMI deu as boas-vindas aos novos internos**
 Em duas sessões simultâneas, em Lisboa e no Porto

Espaço Internos

- 35 Andreia Vilas Boas**
 11.º Encontro Nacional de Internos de Medicina Interna / 7.ª Tarde do Jovem Internista
- 36 Ricardo Fernandes**
Keep it simple! – a propósito de algumas apps...
- 36 Luísa Eça Guimarães**
 Representante local
- 37 Pedro Cavaleiro**
 Ser interno de Medicina Interna... CH do Algarve – Unidade de Faro

Informação

- 32 “É fulcral que a pessoa se sinta apoiada, que tenha confiança no dispositivo e na equipa que a acompanha”**
 Entrevista a Rui Nunes, diretor-geral da Widex Portugal



12



20



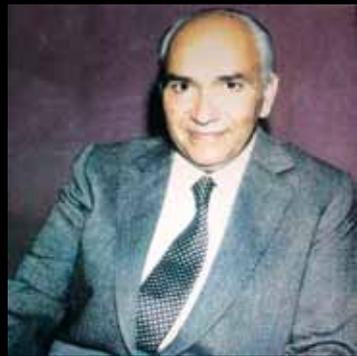
14



34

Faleceu Sales Luís, o mestre de "muitos internistas e cardiologistas"

"O meu mestre e o de muitos internistas e cardiologistas de várias gerações" – é assim que Luís Campos, diretor do Serviço de Medicina do H. São Francisco Xavier, se refere a Sales Luís, a propósito da sua morte, em março.



Entre muitos cargos que assumiu ao longo da sua vida, Sales Luís foi o primeiro diretor daquele Serviço, presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia e editor da *Acta Médica Portuguesa*. "Notável clínico, académico, investigador e líder de equipas, era, acima de tudo, uma pessoa boa. Deixa muita saudade entre todos os que fizeram parte da sua equipa", afirma Luís Campos.



Foto de capa
A CO do XXII Congresso no interior do Castelo de Santiago da Barra, em Viana.

Madeira Lupus Clinic entre 23 e 25 de junho

O lúpus eritematoso sistémico é uma doença crónica autoimune, que pode causar lesões em diversos órgãos. Com o objetivo de alertar para os sinais e sintomas desta doença, vai realizar-se, de 23 a 25 de junho, o evento Madeira Lupus Clinic.

Na reunião presidida por Jorge Martins, coordenador da Consulta de Doenças Autoimunes do Hospital dos Marmeleiros, no Funchal, e membro do NEDAI, estarão presentes Michelle Petri, dos EUA, e Ricard Cervera, da Europa, dois dos especialistas que, a nível mundial, foram responsáveis pelo estudo de novas e inovadoras terapêuticas para o lúpus eritematoso sistémico. Serão também palestrantes Graham Hughes, de Londres, Yehuda Shoenfeld, de Tel-Aviv, David D´Cruz e Isenberg, de Londres, Munther Khamashta, do Dubai, e Gerard Espinosa, de Barcelona.



SPMI e SPH reforçam colaboração

A SPMI e a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), representadas pelos seus presidentes, respetivamente, Manuel Teixeira Veríssimo e José Mesquita Bastos, assinaram, no âmbito do 10.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular, que se realizou em fevereiro, em Vilamoura, um protocolo que visa facilitar a colaboração entre as duas sociedades científicas.

Em declarações à *Just News*, Manuel Teixeira Veríssimo afirmou que este protocolo faz todo o sentido, dado que "grande parte dos sócios da SPH são internistas e também são sócios da SPMI, o que faz com que haja muita afinidade entre as duas sociedades científicas".

O principal objetivo do acordo é facilitar o acesso por parte dos membros da SPMI e da SPH aos eventos científicos realizados por ambas as sociedades. Adicionalmente, o protocolo prevê, também, a cooperação em eventuais estudos.



XXII Congresso Nacional de Medicina Interna



Comissão Organizadora

Em cima

Rosewitha Bauerle
Luísa Azevedo
Alfredo Pinto
Ana Nascimento
Rogério Corga da Silva
João Andrade
Edgar Torre
Emília Guerreiro
Andriy Bal
Cristina Roque

Em baixo:

Maria Ramallo
Carlos Ribeiro (tesoureiro)
Diana Guerra (presidente)
Carmélia Rodrigues
(secretária-geral)

Ausentes na foto

Helena Terleira
José Vasconcelos
Manuel Ferreira
Paula Felgueiras
Raquel Lopez

Os locais do Congresso em Viana do Castelo

Sessões científicas
1- Castelo de Santiago da Barra
2- Instituto Politécnico
Sessão de abertura
3- Centro Cultural



LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares (jas@justnews.pt) **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira (claudianogueira@justnews.pt) **Assistente de Direção:** Goreti Reis (goretireis@justnews.pt) **Redação:** Maria João Garcia (mariajoagarcia@justnews.pt), Sílvia Malheiro (silviamalheiro@justnews.pt), Susana Catarino Mendes (susanamendes@justnews.pt) **Fotografia:** Joana Jesus (joanajesus@justnews.pt), Nuno Branco - Editor (nunobranco@justnews.pt) **Publicidade:** Ana Paula Reis (anapaulareis@justnews.pt), João Sala (joaosala@justnews.pt), Marco Rodrigues (marcorodrigues@justnews.pt) **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho (joaocarvalho@justnews.pt) **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares (jms@justnews.pt) **Diretor de Multimédia:** Luís Soares (luissoares@justnews.pt) **Morada:** Alameda dos Oceanos, 3.15.02.D, Nº 3, 1990-197 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade trimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 5000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **Impressão e acabamento:** TYPIA - Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, Espanha **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como "Informação".

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

Publicações





PUBLICIDADE

Medicina Interna

– uma especialidade em crescendo



Manuel Teixeira Veríssimo
Presidente da SPMI

A Medicina Interna, como especialidade, tem sofrido oscilações ao longo das últimas décadas, inicialmente no sentido do enfraquecimento, devido à saída do seu seio das várias especialidades que hoje compõem o leque das especialidades médicas hospitalares, e, posteriormente, no sentido do fortalecimento, sendo hoje novamente a especialidade fulcral do sistema hospitalar.

As razões que levaram a esta perda e ganho de importância são várias e diferentes, embora, paradoxalmente, uma das razões por que voltou a ganhar força no sistema de saúde tenha sido precisamente aquela que numa primeira fase enfraqueceu, ou seja, a especialização médica. Foi esta especialização e ultraespecialização da Medicina, criando especialistas e subespecialistas que sabem cada vez mais, mas de menos coisas, que valorizou a Medicina Interna, uma especialidade capaz de integrar no doente esses conhecimentos importantes, mas fragmentados, provenientes da evolução da ciência médica. Mas outros fatores contribuíram para a revalorização da Medicina Interna, tal como o envelhecimento da população e uma nova visão organizativa dos hospitais.

O envelhecimento favorece a doença, fazendo com que os idosos com polipatologia sejam, hoje, os doentes tipo dos hospitais, os quais necessitam não apenas de tratamento do órgão ou sistema agudamente atingido, mas também do equilíbrio das doenças crónicas habitualmente presentes e que muitas vezes descompensam em consequência da doença aguda. É óbvio que a Medicina Interna, com a sua visão multissistémica e integradora, é a especialidade melhor colocada para lidar com este tipo de doentes, embora com o eventual apoio de outras especialidades.

A esta nova realidade, constituída por uma medicina superespecializada e por doentes idosos com polipatologia, veio juntar-se a necessidade de conter os custos em saúde, sendo, neste aspeto, também o internista o médico melhor posicionado para, de um modo mais barato e eficiente, contribuir para este desígnio. Por outro lado, facilmente se diferencia para dar apoio a áreas mais específicas como cuidados intensivos, oncologia ou infecciologia, entre outras, respondendo deste modo a eventuais necessidades de adaptação das instituições. Assim se percebe o aumento crescente do número de vagas para o Internato de Medicina Interna nos últimos anos.

Contudo, para que a Medicina Interna assuma cabalmente este papel no sistema de saúde, é necessário que a organização hospitalar seja modificada, abandonando-se o velho modelo de grandes serviços de patologia de órgão (Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Nefrologia, etc.), em favor de grandes departamentos de Medicina Interna, onde genericamente os doentes da área médica sejam internados, ficando reservado para as especialidades de órgão ou patologia o seguimento dos casos especiais, a tecnologia de ponta própria da especialidade e a consultadoria a estes departamentos.

Embora muitos passos ainda devam ser dados, a evolução da saúde em Portugal passa pela Medicina Interna, a qual, assumindo-se como pedra angular do sistema, terá seguramente um futuro risonho.





PUBLICIDADE



DIANA GUERRA, PRESIDENTE DO XXII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA E V CONGRESSO IBÉRICO DE MEDICINA INTERNA:

“Organizar o Congresso numa cidade tão a Norte de Portugal torna o desafio ainda maior”

Vianense de gema, Diana Guerra, diretora do Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo, preside ao XXII Congresso Nacional de Medicina Interna e V Congresso Ibérico de Medicina Interna, a decorrerem em Viana do Castelo entre os próximos dias 27 e 29 de maio. À Just News, a internista fala sobre a experiência que tem sido organizar um evento de tão grande dimensão, admitindo que o facto de ter lugar numa cidade tão a Norte de Portugal “torna o desafio ainda maior”.

Just News (JN) – Dirige o Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Luzia desde janeiro de 2010. Como tem sido a experiência?

Diana Guerra (DG) – É, sobretudo, um trabalho de aprendizagem no dia-a-dia e que exige ter uma clara noção sobre as particularidades do processo de gestão, o que não existe muito em Medicina. Por isso, se quero melhorar tenho de investigar e fazer formação, dado que as exigências ao longo dos anos vão sendo cada vez maiores. Os números estão sempre patentes e nós temos de fazer e demonstrar o que fazemos. Mas é uma tarefa que gosto de desempenhar e tenho uma equipa formidável!

JN – Qual é a dimensão da equipa que dirige?

DG – Somos 18 especialistas de Medicina Interna e 15 internos de Medicina. Depois, temos sempre um interno de Reumatologia, internos do Ano Comum e alunos de Medicina da Universidade do Minho (do 3.º ao 6.º anos).

JN – E o que representa para si e para o Serviço que dirige organizar o maior evento de Medicina Interna a nível nacional?

DG – É um desafio! Quando nos candidatámos à organização do Congresso tínhamos a ideia de que não seria uma tarefa fácil. Mas sentimos um grande orgulho e motivação para todo o Serviço, nomeadamente, pelo contributo que podemos dar no desenvolvimento da Medicina Interna.

JN – O facto de o evento se realizar em simultâneo com o Congresso Ibérico, torna este desafio ainda maior?

DG – O facto de ao XXII Congresso Nacional de Medicina Interna se associar o V Congresso Ibérico fez com que a parada subisse! Além disso, foi necessário adaptar quer a organização logística, quer o programa, de forma a integrarmos ativamente os nossos colegas espanhóis, mas tem sido gratificante.

JN – Viana do Castelo é uma cidade que geograficamente fica distante dos grandes centros. Este aspeto condicionou, de alguma forma, a organização do Congresso?

DG – Organizar um Congresso desta dimensão em Viana do Castelo torna-se ainda mais corajoso por ser uma cidade tão a Norte de Portugal, onde não era frequente realizar este tipo de eventos de tal grandiosidade e, portanto, tivemos de ir desbravando terreno, de forma a fazer um grande Congresso.

JN – Qual tem sido a reação das pessoas ao facto de o Congresso ter lugar em Viana do Castelo?

DG – Desde maio, quando foi anunciado o XXII Congresso Nacional de Medicina Interna, temos tido muitas pessoas a incentivar-nos, a dar-nos os parabéns e a oferecer os seus préstimos. Mas muitos se questionavam sobre como seria possível receber tanta gente em Viana do Castelo. De facto, mesmo não se tratando de



uma cidade grande, oferece um conjunto de estruturas acolhedoras e locais aprazíveis para acolher tantas pessoas. Ao longo do tempo, fomos explicando como as coisas vão decorrer e acho que os nossos colegas perceberam que é possível realizar um Congresso nesta cidade.

JN – O que tem a cidade para oferecer aos congressistas, além do programa científico?

DG – Viana do Castelo é uma cidade muito bonita. Em termos de paisagem, tem sido considerada especialmente bela. A vista da cidade a partir do Monte de



Santa Luzia é deslumbrante e foi considerada pela *National Geographic Magazine* como um dos mais belos panoramas do mundo. Tem um centro histórico e zonas de visita muito agradáveis. A zona ribeirinha, que foi modificada nos últimos anos devido ao Programa Polis, é muito agradável e com uma arquitetura muito interessante. Por outro lado, temos a noção de que o Congresso tem constituído também uma forma de dar um pouco a conhecer a nossa especialidade à população. O evento tem sido anunciado nos jornais e rádios locais e aqui fala-se da Medicina Interna...

"O CONGRESSO TEM
CONSTITUÍDO TAMBÉM UMA
FORMA DE DAR UM POUCO
A CONHECER A NOSSA
ESPECIALIDADE À POPULAÇÃO."

JN – O que tem sido mais difícil para si e para a Comissão Organizadora na preparação deste Congresso?

DG – A preocupação em proporcionar um espaço funcional e agradável para a realização do Congresso. Tivemos de criar algumas coisas de raiz e adaptar outras. A maior parte do Congresso vai decorrer no Castelo de Santiago da Barra, nomeadamente no auditório da Escola de Hotelaria e Turismo, que ali funciona, mas tivemos de "inventar" para aumentar as instalações. Com recurso a uma estrutura amovível, à qual chamámos Espaço Viana, iremos criar



"ESTE CONGRESSO VAI TRAZER MUITAS PESSOAS, A CIDADE IRÁ ENCHER COM CERTEZA E NÃO TEMOS DÚVIDAS DE QUE MUITOS VÃO QUERER VOLTAR."

uma zona de refeições, um espaço para a Indústria Farmacêutica colocar os seus expositores e um auditório. Além disso, vamos ter um terceiro auditório, no Instituto Politécnico, que fica apenas a três minutos de distância.

Para as pessoas terem a oportunidade de ir a todos os locais de forma cómoda, tivemos de encontrar uma forma de transporte do local mais distante para o Castelo. Para tal, tivemos o apoio da Câmara Municipal de Viana do Castelo, que tem sido um parceiro muito importante. Este Congresso vai trazer muitas pessoas, a cidade irá encher com certeza e não temos dúvidas de que muitos vão querer voltar.

JN – Enquanto presidente, imagino que seja um acumular de trabalho... Como tem sido este último ano?

DG – Com algumas noites mal passadas, não só pelo trabalho, mas também pela aflição, mas penso que vamos levar isto a bom porto!

JN – Como se chegou ao lema “Viana do Castelo: Porta do Atlântico, porto da Medicina”?

DG – Este lema surgiu logo de início. Todos os elementos da Comissão Organizadora são vianenses de nascença ou adotados e queríamos dar projeção ao Congresso e à cidade. E como Viana do Castelo tem a sua história muito ligada ao mar, consideramos que este lema faria todo o sentido.

JN – Quais os objetivos definidos à partida para este Congresso?

DG – Depois de algumas conversas com o presidente da SPMI, Prof. Teixeira Veríssimo, chegámos à conclusão de que pretendíamos focar alguns temas que são muito importantes para a Medicina Interna e, ao mesmo tempo, atualizarmo-nos e conhecer a experiência de outras pessoas que são referência em algumas áreas. Quisemos também trazer um ou outro tema inovador, procurando que o evento pudesse ser de interesse para todos os congressistas.

JN – Quais serão os grandes temas?

DG – Os grandes temas incidirão sobre diabetes, cirrose hepática, insuficiência cardíaca, infeção VIH, me-

A visão da Medicina Interna

JN – Na sua opinião, a especialidade de Medicina Interna está no lugar que merece em Portugal?

DG – A Medicina Interna pode ter atravessado um período em que, devido ao eclodir das subespecialidades, foi considerada uma especialidade menor. Mas a importância da Medicina Interna é cada vez mais reconhecida. Adicionalmente, tem havido estudos que indicam que, quando está envolvida noutras áreas que não propriamente o Serviço de Medi-

na Interna, a nossa especialidade traz mais-valias no benefício e efetividade no tratamento do doente e no desempenho global dos hospitais. Partilho a convicção de que o internista deve afirmar-se como o gestor do doente no hospital. Embora considere que há um reconhecimento, julgo, no entanto, que falta dar alguns passos em termos de estruturas hospitalares. Por outro lado, da parte de alguns internistas, também há alguma resistência em caminhar para outras áreas.

JN – No Hospital de Santa Luzia, o valor da Medicina Interna é reconhecido?

DG – Este foi um assunto que abordei há pouco tempo com o nosso presidente do Conselho de Administração, que comunga destas ideias e tem a perceção de que a Medicina Interna tem um papel fundamental na estrutura do Hospital. Necessitamos, talvez, de alargar um pouco o nosso espaço, mas contamos com todo o apoio da Administração para que isso aconteça.

JN – E a população está sensibilizada para o papel da Medicina Interna?

DG – A Medicina Interna ainda permanece um pouco desconhecida para a população. Está também nas nossas mãos ter este papel de informação. E sem dúvida que a organização de congressos desta dimensão fora dos centros em que habitualmente têm ocorrido são um contributo importante para esta aproximação entre a especialidade e a população.

Diana Guerra: o percurso

Nasceu em Viana do Castelo, em 1962, tendo-se licenciado pela Faculdade de Medicina do Porto. Fez o internato geral no Hospital de Gaia e o internato da especialidade no Hospital Geral de Santo António.

O interesse pela Medicina despertou depois de ler um livro com o título *Hospital (The Final Diagnosis)*, de Arthur Hailey. A escolha da Medicina Interna aconteceu durante o internato geral, muito pela influência dos seus orientadores. Para Diana Guerra, “a possibilidade de ver o doente de todos os ângulos” é o que mais a atrai na MI. Entusiasma-a, ainda, “poder fazer deduções a partir dos problemas do doente, o raciocínio dos diagnósticos diferenciais e estudá-lo”.

Passou pelo Hospital de Macedo de Cavaleiros e pelo Hospital de Santo Tirso, tendo decidido, em 2000, “voltar às raízes”. Dirige o Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Luzia desde 2010.

dicina de urgência, doenças autoimunes, doenças vasculares cerebrais, doenças raras, doenças pulmonares, infeções e resistência aos antibióticos.

JN – Que outras temáticas destaca?

DG – Algumas conferências abordando temas de interesse em várias vertentes do exercício da Medicina Interna, como a segurança do doente internado, a melhor abordagem na comunicação das más notícias, os cuidados paliativos. Também a temática da recertificação médica será um tema aliciente, assim como questões de saúde dos próprios médicos e ainda a ética e a economia.

JN – E em termos de cursos pré-congresso. Haverá novidades este ano?

DG – Teremos 12 cursos. Alguns estão sempre presentes, pois, são de grande procura e importância na formação; destaque, pela novidade, os cursos de “Tratamento da Diabetes *Mellitus* no Hospital”, o de “Intoxicações” e o de “Formação para Orientadores de Formação em Medicina Interna”.

JN – Quantos participantes são esperados?

DG – O Congresso Nacional de Medicina Interna é uma referência nos eventos científicos na nossa especialidade e tem vindo a contar com uma presença significativa de médicos de outras especialidades, nomeadamente a Medicina Geral e Familiar, pelo que estou convencida de que terá um número significativo de participantes, que certamente ultrapassará os 1500.

JN – No final do Congresso, qual será para si a maior recompensa?

DG – Será, na sessão de encerramento, e no balanço que for feito, eu e todos os que estamos profundamente envolvidos nesta organização podermos confirmar o que já vamos sentindo: valeu a pena...



V CONGRESSO IBÉRICO DE MEDICINA INTERNA

Formando futuro

**Emilio Casariego**

Presidente da Sociedade Espanhola de Medicina Interna

La Medicina Interna (MI) va a ser, en el plazo de pocos años, el eje central de la medicina hospitalaria. Cuando analizamos la evolución de las características de los pacientes y observamos los cambios asistenciales y las nuevas necesidades es patente que las funciones de la MI tenderán a incrementarse. En este sentido, el estudio RECALMIN, que analizó la actividad de los Servicios de MI de 139 hospitales españoles, apreció no sólo su elevada tasa de actividad (16,5% del total de las altas hospitalarias), sino también su elevada implicación en el trabajo asistencial de otros servicios hospitalarios, tanto médicos como quirúrgicos, y también en atención primaria. En ambos casos, las solicitudes más frecuentes son liderar la atención de los pacientes más complejos y ayudar a establecer los diagnósticos más difíciles.

Desde el punto de vista médico es reseñable señalar que los resultados de los últimos años indican que la atención por internistas en los hospitales mejora los datos de salud. Para los médicos la prioridad clínica es que los pacientes estén mejor, que tengan mejor calidad de vida y que se mantengan así por más tiempo. En la situación actual, compleja y cambiante, los cambios demográficos y la modificación de los perfiles de los pacientes suponen una mayor complejidad y nuevos retos clínicos y terapéuticos. ES un enorme desafío clínico dada la ausencia de guías de referencia y patrones concretos de manejo. Sin embargo, es evidente que la atención desde los servicios de MI mejora a los pacientes y su calidad de vida y, por lo tanto, también contribuye a la estabilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) es una sociedad abierta y participativa, que engloba a aproximadamente 7000 socios y que incrementa de forma continua sus actividades en todos los ámbitos. A las tradicionales acciones formativas e investigadoras, siempre en expansión y que en la actualidad han alcanzado un peso muy notable, hemos de añadir otras acciones que cubren aspectos muy diversos. Entre ellas se encuentran la mejora de la calidad asistencial, la calificación de las propias actividades clínicas, el posicionamiento en el manejo de problemas clínicos complejos, el desarrollo de la estrategia de cronicidad o la colaboración con otros países, europeos y latino-americanos.

Estas son algunas de las áreas que ocupan cada vez más espacio en el trabajo diario. Por lo tanto, las acciones son muchas y en los próximos años será preciso consolidar algunas y desarrollar, aún más, otras. Sin duda, algunas requieren una especial atención. Por ejemplo, el incremento de pacientes con pluripatología obliga a desarrollar nuevos conocimientos y habilidades sobre su mejor manejo y seguimiento, aspectos hoy muy poco conocidos. De la misma forma, la creciente necesidad de una mayor calidad de los servicios asistenciales obliga a desarrollar nuevas herramientas que profundicen nuestros conocimientos sobre como actuamos y como mejorar nuestros resultados de manera continua y permanente.

No podemos olvidar que una sociedad como la nuestra ha de proponer acciones de mejora en todos los ámbitos y para ello ha de tener un posicionamiento adecuado en los diferentes escenarios donde se toman las decisiones. En resumen, los retos son múltiples, complejos y apasionantes, pero esta sociedad está bien posicionada para hacer frente a todos ellos.

Conjuntamente con la Sociedad Portuguesa de Medicina Interna, decidimos asumir el reto del desarrollo de nuevos conocimientos, formas de atención y hasta nuevas formas de realizar guías de práctica clínica. Anticiparse al deterioro clínico en los pacientes más complejos, actuar en nuevos escenarios o integrar las actividades de diferentes profesionales son algunos de los problemas a los que hemos de enfrentarnos hoy en día. Es evidente que para todo ello necesitamos nueva investigación para nuevos problemas y nuevos enfoques organizativos dentro de nuestros hospitales.

El Congreso Ibérico actual es una extraordinaria oportunidad de conocer los avances más trascendentes en el área clínica hospitalaria. Un foro donde conocer y discutir, y también explicar, como enfrentarse a los pacientes más difíciles, a los problemas más complejos. Donde aproximarse a la investigación clínica más relevante o disfrutar de las acciones formativas de mayor interés. Desde la SEMI queremos mostrar nuestro más sincero reconocimiento a la Sociedad Portuguesa de Medicina Interna por la calidad alcanzada en esta reunión. Es un orgullo y un placer trabajar con vosotros.



PUBLICIDADE

A história da Medicina Interna em ex

Uma conferência de António Arnaut sobre "O Futuro da Saúde em Portugal" assinalou a inauguração, no início de janeiro, no átrio dos Hospitais da Universidade de Coimbra, da exposição "Medicina Interna – A Visão Global do Doente", uma iniciativa da SPMI e do CHUC.

A exposição, de acesso gratuito, conduz o visitante pelo percurso histórico da Medicina Interna enquanto especialidade – no ensino e na assistência clínica –, desde as antigas enfermarias de "Moléstias Internas" nos antigos hospitais até à atualidade.

Imagens e documentos, aparelhos médicos antigos utilizados nas enfermarias dos hospitais em Coimbra para diagnóstico e tratamento dos doentes, nomeadamente, esfigmomanómetros, estetoscópios, albuminómetros, aparelhos para determinação da pressão venosa, contam-nos a história da MI, através dos fragmentos de um vasto e rico património do CHUC e da FMUC. A exposição retrata também o percurso histórico e a atualidade da SPMI.



posição



DE ACESSO GRATUITO, A MOSTRA CONDUZ O VISITANTE PELO PERCURSO HISTÓRICO DA MEDICINA INTERNA ENQUANTO ESPECIALIDADE.



MI – A visão global do doente em livro

Para retratar a história da MI e da própria SPMI, foi lançado o livro *Medicina Interna – A visão global do doente*. Para Manuel Teixeira Veríssimo, “o objetivo é refletir sobre a especialidade, dando-a também a conhecer à população em geral”. A sua apresentação decorreu na sede da SPMI, em Lisboa, onde o seu presidente lembrou que a obra decorre da exposição que tem estado patente, com o mesmo nome do livro, no CHUC.



PARA MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO, O ESTETOSCÓPIO CONTINUA A SER, “POR EXCELÊNCIA, O INSTRUMENTO QUE MELHOR SE ASSOCIA AO INTERNISTA”.

Os hospitais são um lugar seguro?



Filipe Basto

Especialista em MI, CH São João. Coordenador MI, Instituto Cuf Porto. Coordenador NESTOR, SPMI

Em 1999, o Institute of Medicine publicou o relatório "To Err is Human", que teve um efeito profundo no pensamento e nos conceitos relativos à segurança do doente no hospital.

A estimativa de que nos Estados Unidos pudessem existir, num ano, cerca de 100.000 mortes evitáveis, acionou alertas que aceleraram a reforma da organização do sistema de saúde americano (e, progressivamente, de outros sistemas em todo o mundo) e a abolição de um perfil de cultura organizacional predominantemente reativo, até então prevalente.

À dimensão do fenómeno "erro humano", praticamente ignorado, acresciam as dificuldades em caracterizá-lo e medi-lo, de forma adequada e oportuna. Havia ainda problemas metodológicos a dificultar a sua revelação (espontânea), bem como os detalhes da sua análise e compreensão. Tudo isto dificultou a implementação efetiva de medidas corretivas.

Ainda assim, a segurança assumiu grande relevo na planificação das políticas e na regulamentação dos sistemas de saúde, tendo sido – provavelmente, por uma maior simplicidade – dada especial importância aos erros evitáveis decorrentes de intervenções terapêuticas, nomeadamente, os efeitos adversos de procedimentos invasivos e da administração de fármacos ou medicamentos.

Foi uma oportunidade para revisitar lições da história, transpondo para um contexto científico e civilizacional de grande diferenciação tecnológica os avanços con-

ceptuais na área da higiene, do controlo da infeção e saúde pública que a inspiração e esforço de vultos ilustres como Ignaz Semmelweis ou Florence Nightingale tinham permitido consagrar num passado onde os recursos eram muito mais escassos.

O desenvolvimento de uma cultura proativa, de responsabilidade profissional (e moral) pela segurança no hospital e pela segurança do doente, permitiu também explorar e aprender com as práticas de outros tipos de organizações. O olhar sistemático para a organização de sistemas industriais aparentemente não conexos, como, por exemplo, a aviação, possibilitou o acesso a experiências de sucesso na maximização da segurança operacional e na prevenção do erro evitável e dos seus determinantes. Este novo paradigma transformou as organizações de saúde em "sistemas" onde interagiam pessoas, processos e circuitos de decisão, que era necessário ordenar para melhorar a segurança e os resultados em saúde.

O trabalho do grupo de Peter Provonost no domínio do controlo da infeção nosocomial, com a definição de uma "simple check list" de pressupostos para a introdução asséptica de cateteres vasculares nas unidades de cuidados intensivos, é um bom exemplo.

A evolução natural deste movimento foi a de valorizar, atualmente, os aspetos cognitivos e o impacto sistémico do acerto e do "timing" do "diagnóstico". Esta importância, também "championed" pelo Institute of Medicine releva das implicações iatrogénicas que testes ou tratamentos inapropriados efetuados na sequência de um erro diagnóstico possam condicionar em determinado indivíduo e da complexa cascata de pressupostos que é necessário acautelar para prevenir estes acidentes.

Otimizar o diagnóstico, tal como prevenir o erro, decorre de uma perspetiva sistémica, de uma visão de conjunto e de uma atuação organizacional inter e multidisciplinar, que se sustenta em aspetos organizacionais tão diversos, mas tão relevantes, como o profissionalismo, o acesso à informação clínica, a comunicação entre os diversos profissionais ou o próprio envolvimento dos pacientes – na tomada das decisões médicas que lhes dizem respeito, na organização dos sistemas e na otimização do processo de cuidar.

Mas todo este esforço não pode esbarrar no "mundo real" e nos obstáculos que a existência de incentivos organizacionais perversos (muitas vezes financeiros e normativos) constituem para a cultura e o perfil de desempenho mais favoráveis à aprendizagem e à prevenção do erro.

Há ainda as questões relacionadas com a incerteza: incerteza na medição dos efeitos e incerteza na essência da prática da medicina.

Para melhorar, é essencial medir e comparar, mas, tal como na mecânica quântica (princípio de Heisenberg), há que admitir os limites à precisão dos nossos instrumentos de medida e reconhecer o impacto que em função desta mesma medição vamos provocar em variáveis complementares. Esta incerteza vale, aliás, para um outro efeito, o efeito do observador (Hawthorne), segundo o qual não será possível realizar medições num certo sistema sem afetar o próprio sistema.

O conhecimento diagnóstico perfeito (?) exigiria então a administração de testes diagnósticos tendencialmente ilimitados. Porém, os testes que nos permitiriam ultrapassar a nossa ignorância diagnóstica podem ser incompatíveis com a melhoria da saúde (ou, na prática, com a vida tal como a conhecemos), pois, a sua utilização comportaria riscos e condicionaria, face à sua utilidade, efeitos de tal maneira adversos que os tornariam médica e eticamente inaceitáveis.

O princípio latino "primum non nocere", erroneamente atribuído a Hipócrates, tem sido utilizado para educar médicos e outros profissionais de saúde, sensibilizando-os para o potencial iatrogénico das intervenções em saúde. As suas origens e difusão, a partir do século XIX, refletem as tensões ao tempo registadas entre os que defendiam atitudes terapêuticas emergentes, mais agressivas e intervencionistas, versus aqueles que acreditavam nas capacidades regenerativas dos processos naturais.

Mas, e é isto que importa salientar, no pensamento de Hipócrates, o princípio fundamental busca a ação e é o benefício do doente, a beneficência, que se complementa então com a prevenção da maleficência (e injustiça).

É por isso um imperativo profissional indiscutível agir em benefício da pessoa doente, avaliando, sistematicamente, os benefícios e os riscos associados às intervenções.

Para isso, é preciso formar bons médicos e promover uma medicina de qualidade. A nossa proposta assenta no rigor de uma abordagem eclética da medicina, baseada na sua essência: a necessidade de garantir uma Assistência de qualidade, promover a Educação médica e o Ensino, Investigar de forma Inovadora e Inquieta para resolver problemas e melhorar o padrão de cuidados e Organizar os recursos disponíveis – tudo isto em completo e simbiótico Uníssonos. Este é o acrónimo AEIOU que defendo e é a minha proposta de futuro para a Medicina Interna. Estou certo de que os internistas irão corresponder.

EM OLHÃO, DIAS 20, 21 E 22 DE OUTUBRO

11.ª Reunião Anual do NEDM

Vai realizar-se em Olhão, no Hotel Real Marina, nos dias 20, 21 e 22 de outubro, a 11.ª Reunião Anual do NEDM da SPMI.

A Comissão Organizadora tem vindo a preparar um programa variado e atual, que se inicia no dia 20 com a realização de dois cursos pré-Reunião: sobre insulinoterapia e sobre pé diabético, temas sempre do máximo interesse.

Os trabalhos da Reunião propriamente dita iniciam-se na sexta dia 21, às 09h, com uma primeira sessão sobre "Cardiopatía diabética", pelo Prof. Doutor José Coucello, a que se seguirá a Sessão Solene de Abertura, no fim da qual o Dr. José Manuel Boavida, diretor do Programa Nacional para a Diabetes, falará sobre os desenvolvimentos e o futuro da luta contra a diabetes em Portugal.

A sessão sobre "Terapêutica da diabetes" será apresentada segundo o estilo de cada palestrante a defender a sua "dama", ou seja, a sua classe terapêutica, havendo no fim discussão entre todos.

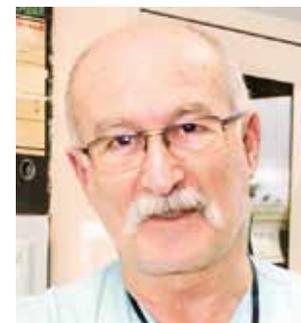
Na tarde de sexta-feira haverá sessões paralelas: na sala 1 sobre neuropatia diabética, com a participação do Dr. Jorge Caldeira, e na 2 falar-se-á sobre "Diabetes no

jovem". Seguidamente, na sala 1, sobre "Diabetes e gravidez", enquanto na sala 2 decorrem dois interessantes encontros com o especialista que prometem surpreender.

O primeiro dia finalizará com a Reunião do NEDM. No sábado decorrerão, a partir das 9h, na sala 1, duas sessões da maior atualidade: "Diabetes e Patologia Gastrointestinal" e "Alterações Cutâneas na Diabetes". Na sala 2 terá lugar a apresentação das comunicações orais.

Os trabalhos encerrarão com uma conferência pelo Dr. Eurico Gomes sobre "Diabetes e a Medicina Interna", a que se seguirá a Sessão de Encerramento, com a entrega do Prémio Jorge Caldeira para o melhor trabalho apresentado.

Na tradição das Reuniões do NEDM da SPMI, a 11.ª Reunião constituirá mais uma excelente oportunidade de atualização sobre temas da diabetes, bem como de encontro e convívio entre quantos na Medicina Interna se dedicam a esta área de crescente relevância. E tudo no ambiente da acolhedora e pitoresca cidade "cubista" algarvia de Olhão. Sejam bem-vindos!



Carlos Godinho

Presidente da 11.ª Reunião Anual do Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* da SPMI

Para conhecimento do Programa Científico, prazos de apresentação de trabalhos e outras informações, consulte o *site* da SPMI / NEDM (www.spmi.pt).

A Comissão Organizadora é composta por mim, Ana Baptista, Andreia Cruz, Estela Ferrão, Joana Pestana, Luísa Arez, Nuno Bernardino Vieira, Ricardo Louro e Sofia A

PUBLICIDADE

Novos paradigmas da Qualidade em Saúde



Margarida França

Administradora hospitalar. Vice-presidente da APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Presidente da SPQS - Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde

Na última década, novos desafios emergiram na gestão da Qualidade em saúde. Para tal, em muito contribuiu a investigação realizada sobre a efetividade e impacto das iniciativas de melhoria da qualidade e segurança do doente e, muito em particular, o movimento internacional da Segurança do Doente, com a liderança da World Alliance for Patient Safety, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Difundiram-se, igualmente, novos paradigmas, nomeadamente, que a qualidade decorrente ou implícita das organizações e sistemas de saúde – estrutura e processos – deixou de ser bastante, sendo necessário apresentar resultados evidenciados em métricas consensuais e explícitas.

Ultrapassada também se encontra a ideia de que níveis mais elevados da qualidade exigem grandes investimentos ou grandes reformas estruturais.

A entrada em vigor, em 25 de outubro de 2014, da diretiva relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, Diretiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, veio realçar esta necessidade de evidenciar e documentar, de forma clara e transparente, a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados.

As exigências do Ministério da Saúde em matéria de Qualidade e Segurança do Doente são claras no sentido da necessidade da elaboração, por parte de todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, de planos e relatórios anuais a submeter à aprovação do diretor-geral da Saúde.

Na verdade, com a publicação, em 1999, do Relatório "To Err is Human", do Instituto de Medicina Americana (IOM), a temática da segurança do doente assumiu uma preponderância ao nível mundial que levou, aliás, à criação, em outubro de 2004, da World Alliance for Patient Safety. O IOM procedeu, no quadro daquela

publicação e do relatório subsequente, "Crossing the Quality Chasm", à definição de seis metas de melhoria, nomeadamente, a segurança do doente, a efetividade dos cuidados, a centralização no doente, a oportunidade dos cuidados, a eficiência e equidade.

Donald Berwick prefere transmitir a mesma mensagem através de cinco declarações de intenção de grande força e impacto: "No needless death. No needless pain. No helplessness. No unwanted waiting. No waste" numa perspetiva de equidade, ou seja, para todos os cidadãos.

Como se afigura lógico, o caráter multidimensional da Qualidade em Saúde acrescenta complexidade ao processo da sua avaliação e melhoria.

Contudo, a Segurança do Doente emergiu com os relatórios referidos e tem, nos últimos anos, recebido a maior atenção aos níveis internacional e nacional. Portugal, através da Direção-Geral da Saúde (DGS), tem participado nas mais emblemáticas campanhas da OMS, como a "Campanha Nacional de Higiene das Mãos", a "Cirurgia Segura Salva Vidas" e a "Resistência aos Antimicrobianos".

Peter Pronovost trabalhou o paradigma clássico de Donabedian – estrutura, processo, resultado – na construção de um modelo para medir o progresso da segurança do doente através da adição de um quarto elemento – a cultura. Também nesta área, a DGS lançou, em 2014, um projeto continuado de avaliação da cultura de segurança nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, através da aplicação de questionário, bem como nos cuidados primários, no ano de 2015.

Têm sido, pois, significativos os desenvolvimentos da Qualidade em Saúde da última década. Uma vez ultrapassado o desafio de transposição das metodologias e ferramentas usadas na melhoria da qualidade no setor industrial, o esforço concentra-se, agora, na procura da sua efetividade.

A investigação em qualidade na saúde foi também alvo de investimento considerável nas últimas décadas, no sentido de obtenção de respostas que possam contribuir para uma ação mais racional e efetiva. Contudo, as conclusões de estudos recentemente realizados e em que Portugal participou, nomeadamente o QUASER e o DUQuE, confirmam a persistência de variações significativas na qualidade e na segurança dos cuidados de saúde entre países e entre regiões do mesmo país.

Temos, pois, que, dada a proliferação de ferramentas e processos de melhoria da qualidade, torna-se legítimo perguntar Como e Onde começar? Que ação ou Que Mudança escolher para que possamos obter melhorias reais?

Sabemos já que nem todas as situações de melhoria exigem grandes campanhas ou sistemas de grande

porte, crescendo a ideia das soluções que, através da inovação ou aplicação organizada e sistemática, são motor de mudança e melhoria real.

Sabemos, também, que melhores resultados exigem intervenções sistemáticas e continuadas das ferramentas de gestão da qualidade.

Neste mesmo sentido, as conclusões dos Relatórios – Francis Report e Berwick Report – que escrutinaram o caso das taxas indevidas de mortalidade no Mid Staffordshire Trust, Inglaterra, que colocam a tónica na complexidade da prestação dos cuidados de saúde e na evidência de a qualidade e segurança do doente não serem automáticas, mas antes exigirem a atenção permanente dos líderes dos diversos níveis da gestão.

Como explicar, de facto, que depois de tão elevado investimento na inovação da medicina e das organizações da saúde, possa acontecer uma situação trágica como a do Mid Staffordshire Trust?

Todas as dimensões da qualidade em saúde referidas no presente texto são relevantes, sendo que a gravidade e conseqüente mediatismo deste e outros casos recentes reforçou a preocupação com a Segurança do Doente. Mas novas realidades e novas situações reforçarão outras necessidades e dimensões, como a equidade e a oportunidade dos cuidados, como conseqüência, por exemplo, de situações particulares de crise económica ou social.

Resta-nos, pois, assumir a Qualidade em saúde na sua globalidade, usando o desdobramento das suas dimensões, no sentido da sua melhor abordagem para melhoria dos resultados e ganhos em saúde e em resposta à constante evolução social e mutabilidade das necessidades de saúde.

Bibliografia:

- <http://www.ucl.ac.uk/dahr/quaser>
- <http://www.duque.eu/>
- BERWICK, Donald M. *Promising CARE. How We Can Rescue Health Care by Improving It.* Institute Healthcare Improvement, Jossey-Bass, San Francisco, 2014, 278.
- IOM. *Crossing The Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century.* National Academy Press. IOM, Washington D.C., 2001, 337.
- Kohn, L. J. Corrigan e M. Donaldson. *To Err is Human. Building a Safer Health System.* National Academy Press, IOM, Washington D.C., 2000, 287.
- THE BERWICK REPORT. *A promise to learn – a commitment to act, National Advisory Group on the Safety of Patients in England, Londres, agosto 2013.* Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/berwick-review-into-patient-safety>
- THE FRANCIS REPORT. *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry, coordenado por Robert Francis QC, 2013.* Disponível em: <http://www.midstaffspublicinquiry.com/>
- OECD. *Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper, "OECD HEALTH WORKING PAPERS N° 23" Directorate For Employment, Labour and Social Affairs Employment, March 2006.* 36.
- KAPLAN, Robert S. e Michael E. Porter. "How To Solve The Cost Crisis in Health Care", *Harvard Business Review*, Sept 2011: 46-64.

CONSIDEROU O PRESIDENTE DA SPMI NA SESSÃO DE ABERTURA DA REUNIÃO MEDINTERNA

“O desafio das doenças autoimunes exige que sejam melhor conhecidas”

“É preciso apostar mais na investigação, quer na Medicina Interna no geral, como na área específica das doenças autoimunes”, afirmou o presidente da SPMI, na sessão de abertura da 14.ª edição do Medinterna International Meeting. O evento, presidido por Carlos Dias, do CH S. João, decorreu na Fundação Dr. António Cupertino Miranda, no Porto, entre 4 e 6 de fevereiro, e foi organizado pela Associação Medinterna.

Manuel Teixeira Veríssimo salientou que “a SPMI está muito interessada na área da investigação, já que ainda há muito trabalho a fazer a este nível, principalmente no âmbito das doenças autoimunes”. O responsável reforçou ainda o facto de que “estamos perante patologias muito desafiantes, que exigem ser melhor conhecidas”. Apesar de considerar que “ainda é necessário dar vários passos em termos investigacionais”, reconheceu que “já existem projetos de grande qualidade, nomeadamente no Norte”.

Ainda no decorrer da cerimónia de abertura, houve espaço para homenagear duas figuras que se têm destacado na Medicina Interna. Deolinda Portelinha ouviu as palavras de homenagem serem proferidas por Jorge Fortuna, especialista em MI no CHUC, que referiu o “longo percurso e o trabalho desenvolvido por esta grande médica, colega e pessoa nos HUC e no Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDA) da SPMI”.

José Alves Moura, que se dedicou, desde sempre, às doenças autoimunes, foi homenageado por Mário Alexandrino, internista de Coimbra. No seu entender, José Alves Moura “deu um precioso contributo à MI, especialmente às doenças autoimunes, nos então HUC, tendo sido, inclusive, diretor do Serviço de Medicina II”.

Na referida sessão estiveram ainda presentes Paulo Bettencourt, adjunto da Direção Clínica e diretor do Serviço de MI do CH São João, e Alberto Pinto Hespanhol, em representação de Miguel Guimarães, da Secção Regional do Norte da OM.



NO DECORRER DA CERIMÓNIA DE ABERTURA, HOUE ESPAÇO PARA HOMENAGEAR DUAS FIGURAS QUE SE TÊM DESTACADO NA MI: DEOLINDA PORTELINHA E JOSÉ ALVES MOURA.



Mário Alexandrino, José Alves Moura, Jorge Fortuna, Deolinda Portelinha e Carlos Dias



SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA, EM GUIMARÃES

Internistas asseguram diagnóstico, tratamento e acompanhamento de todo o tipo de patologias do âmbito da Medicina Interna (MI)

No Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães, os internistas efetuam o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de todo o tipo de patologias do âmbito da Medicina Interna (MI), salvo poucas exceções. Esta é uma característica que distingue este Serviço de Medicina Interna de outros do país, que “perdem grande parte das patologias para as subespecialidades”. De destacar, também, o facto de ser um dos três centros europeus de Excelência em Hipertensão (HTA) e Risco Cardiovascular em Portugal.

O Serviço de Medicina Interna do Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães, foi criado em 1970, no decurso do surgimento das carreiras hospitalares. Inicialmente, localizava-se no Hospital de Santo António dos Capuchos, que era o hospital de Guimarães entre 1843 e 1991, altura em que foi transferido para a atual unidade. Atualmente, este é um dos maiores serviços do país.

Dirigido por Jorge Cotter desde 2002, o Serviço de Medicina Interna tem como objetivos primários, segundo o seu diretor, “tratar os doentes com o máximo de qualidade e eficiência, dentro das regras atuais da *legis artis*”. A investigação científica clínica e o ensino pré e pós-graduado, nomeadamente, a formação de novos internistas, também fazem parte da sua missão.

Cabe a este Serviço diagnosticar, tratar e acompanhar todas as patologias do âmbito da especialidade, “excetuando-se doentes agudos coronários e aqueles que necessitam de ventilação invasiva, que são encaminhados para locais próprios, onde são tratados”, bem como “uma ou outra patologia que, pelas suas especificidades e pelo interesse de algumas subespecialidades, depois de diagnosticada, não é acompanhada pelo Serviço” (é o caso da esclerose múltipla ou da doença de Crohn, em que os doentes são encaminhados para os serviços de Neurologia e de Gastrenterologia, respetivamente).

Para Jorge Cotter, esta globalidade constitui o aspeto mais distintivo em relação a muitos dos serviços de MI do país, que “perdem grande parte das patologias para as subespecialidades”.

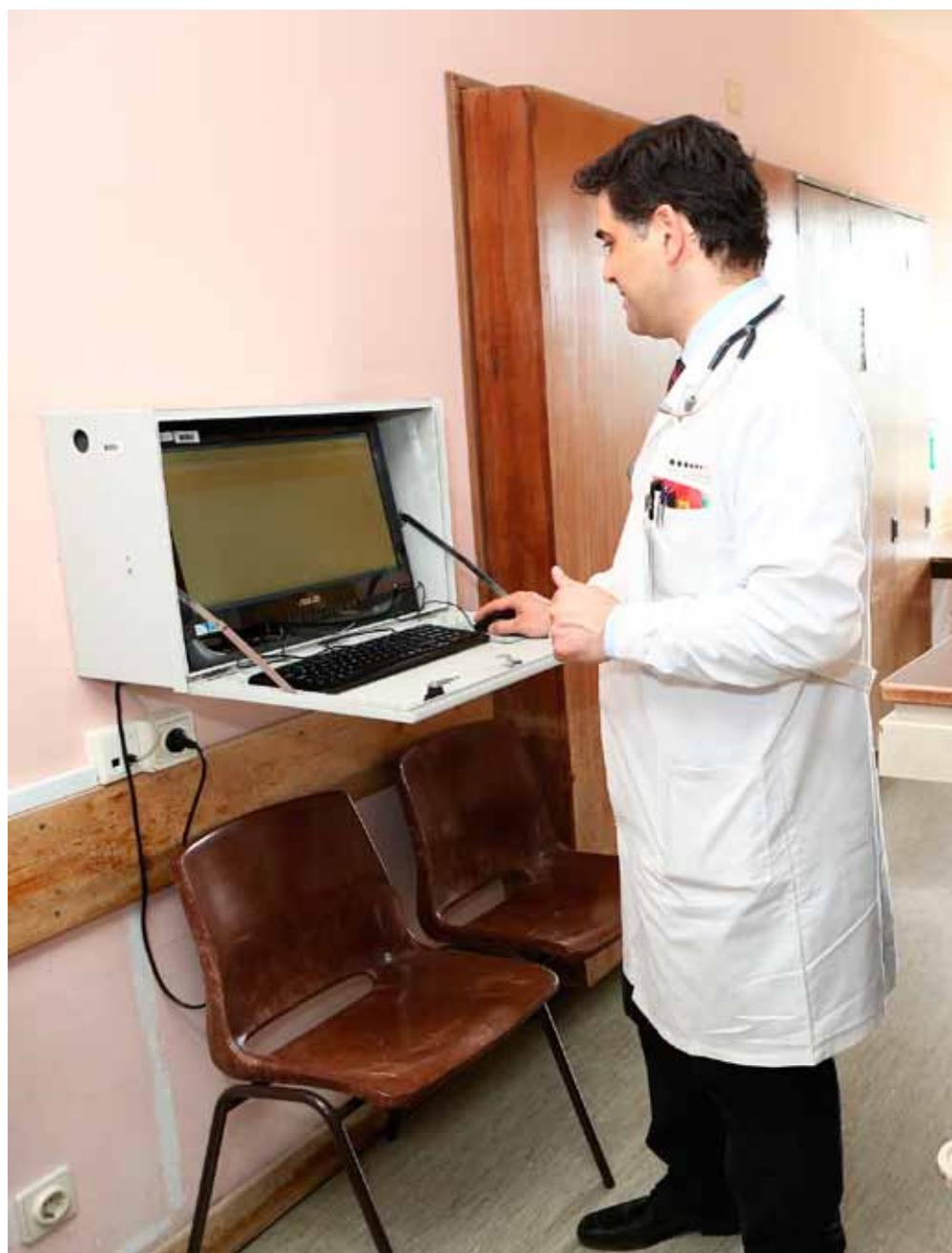
O Serviço pratica um conjunto de técnicas, como, por exemplo, biópsias hepáticas, ósseas e renais e mielogramas, à semelhança do que acontece noutros serviços. A drenagem de empiemas e a colocação de drenos torácicos também é feita por internistas e internos de especialidade.

Distingue-se por ser o único Serviço de MI do país a realizar biópsias renais e a acompanhar esses doentes, à exceção, obviamente, dos transplantados renais.

Atividade global

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

Os doentes estão internados em três pisos com enfermarias de três camas com casa de banho própria, havendo, no total, 115 camas. Cada enfermaria possui um computador, onde podem ser facilmente consultados todos os casos clínicos. Há, ainda, nove quartos individuais com filtros HEPA para doentes com patologia infecciosa transmissível, nomeadamente tuberculose.



Relativamente à Consulta Externa, há uma consulta de MI global e quatro consultas temáticas: de Hipertensão e Risco Cardiovascular, de Diabetologia, de Autoimunidade e de Doenças Infecciosas. Faz, semanalmente, 124 períodos de consulta (de cerca de 2 horas), o que

corresponde, em termos globais, a 250 horas. Em 2015, fez um total de 19.608 consultas.

A Consulta Externa funciona diariamente entre as 9.00 h e as 20.00 h em sete gabinetes ininterruptamente (apenas com um período de suspensão

tratamento e acompanhamento do da MI



nos momentos das reuniões de serviço). Discriminando a atividade assistencial, Jorge Cotter relata que a Consulta de Diabetologia é realizada por 18 internistas e 8 internos dos últimos anos sob supervisão, sendo acompanhados apro-

ximadamente 2 mil diabéticos de muito alto risco cardiovascular e/ou lesão de órgão alvo e/ou eventos cardiovasculares prévios. Trata-se de uma coorte com acompanhamento protocolizado, com cerca de 10 anos de evolução em consulta.

Quanto à Consulta de Hipertensão e Risco Cardiovascular, o diretor do Serviço conta que o protocolo é muito idêntico ao da Consulta de Diabetologia. "É realizada por 13 internistas e três internos dos últimos anos sob supervisão, sendo acompanhados cerca

de 1000 doentes de alto e muito alto risco cardiovascular e/ou lesão de órgão alvo e/ou eventos cardiovasculares prévios". Nesta consulta também se faz o despiste de hipertensão arterial secundária e o seu acompanhamento, bem como o estudo e tratamento dos

Jorge Cotter quer ser "mais uma correia de transmissão de uma Medicina holística"

Nascido em 1956, em Guimarães, Jorge Cotter licenciou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em 1979, tendo-se especializado em Medicina Interna no Hospital de São João, no Porto, com 20 valores, e doutorado em Medicina Clínica pela Universidade do Minho, em 2008. É especialista europeu de Hipertensão e Risco Cardiovascular.

A Medicina esteve sempre presente na sua vida. O seu pai era médico, assim como o seu tio-avô, Arnaldo Sampaio (pai de Jorge Sampaio, antigo Presidente da República), que foi o primeiro médico português com assento no Comité Executivo da Organização Mundial da Saúde.

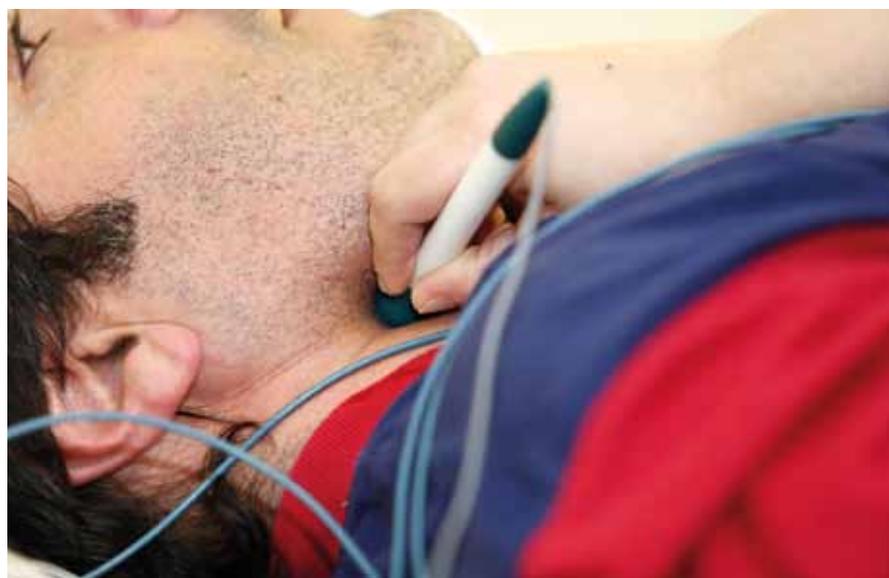
Quando escolheu a Medicina Interna, em 1982, estava em 9.º lugar entre mais de 1500 médicos, tendo, por isso, a oportu-

nidade de escolher a especialidade pela qual sentia "vontade e vocação".

Tal como Hipócrates fez há vários séculos, também Jorge Cotter tem lutado por ser mais uma "correia de transmissão de uma Medicina holística", em que o doente é tratado como um todo, porque, como defende, "o ser humano é um todo global, físico e psicológico". Para o médico, o maior desafio que se coloca, atualmente, na área da MI é "assegurar que o treino em MI continuará a ser feito de acordo com aquilo que é hoje o plano publicado de formação de internistas em todas as suas vertentes, nomeadamente, no acompanhamento de doentes e na realização e desenvolvimento, cada vez mais, de técnicas necessárias ao bom desempenho e resolução dos problemas concretos".



Jorge Cotter



casos de hipertensão arterial resistente.

Na Consulta de Doenças Infecciosas são acompanhados, sobretudo, doentes com VIH (cerca de 300) e hepatites víricas. É realizada por cinco internistas, onde é feita também a formação de internos. No que respeita às hepatites, e a título de exemplo, Jorge Cotter adianta que encontram-se, atualmente, tratados cerca de 100 doentes com os novos fármacos para o tratamento do vírus da hepatite C.

A Consulta de Doenças Autoimunes é realizada por 10 internistas, sendo também feita formação de internos. Neste momento, estão em tratamento com fármacos biológicos 365 doentes.

O Serviço de Urgência é assegurado 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, com um quadro diário de dois assistentes hospitalares e dois internos. A Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é outra das responsabilidades do Serviço de Medicina Interna. "Atualmente, os doentes com AVC estão distribuídos pelo Serviço. A utilização dos fármacos trombolíticos é feita na sala de observações do Serviço de Urgência sob orientação dos internistas", menciona.

O Serviço efetua consultadoria no hospital quando solicitada. Realiza, também, duas reuniões de serviço semanais – uma geral (6.ª feira) e uma temática (quarta-feira) –, esta última da responsabilidade das quatro áreas temáticas presentes na Consulta.

Ensino e investigação

No que respeita ao ensino pré-graduado, o Serviço dá formação (teórica e prática) aos alunos do 3.º, 4.º, 5.º e 6.º anos do Curso de Medicina da Universidade do Minho. Em termos de acompanhamento prático, são recebidos, anualmente, cerca de 45 alunos correspondentes a cada um dos anos.

Uma particularidade própria do Serviço é que os internos de especialidade fazem consulta autónoma, embora sob supervisão a partir do 2.º ano de especialidade. A grande mais-valia é, de

acordo com Jorge Cotter, "dar treino com autonomia responsável, de modo a serem internos com vivência prática e não só com sabedoria livresca e de ver fazer".

A capacidade do ensino pré-graduado e da investigação clínica está, segundo o responsável, em "amplo desenvolvimento", nomeadamente no Centro de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular. Contudo, e apesar de recentemente o hospital ter cedido um espaço para o Serviço desenvolver atividade nesta área, "as condições em termos físicos ainda não são as melhores".

Em termos de investigação e atividade científica, o Serviço publicou, nos últimos três anos, 16 artigos científicos em revistas indexadas e fez 76 comunicações científicas em congressos nacionais e internacionais.

Aumentar a produção científica em re-

UMA PARTICULARIDADE PRÓPRIA DO SERVIÇO É QUE OS INTERNOS DE ESPECIALIDADE FAZEM CONSULTA AUTÓNOMA, EMBORA SOB SUPERVISÃO A PARTIR DO 2.º ANO DE ESPECIALIDADE. A GRANDE MAIS-VALIA É, DE ACORDO COM JORGE COTTER, "DAR TREINO COM AUTONOMIA RESPONSÁVEL, DE MODO A SEREM INTERNOS COM VIVÊNCIA PRÁTICA E NÃO SÓ COM SABEDORIA LIVRESCA E DE VER FAZER".

vistas de renome internacional e conseguir publicar resultados a partir da base de dados de Hipertensão e Risco Cardiovascular, que tem cerca de 5 milhões de células, é um dos maiores desafios. "A fase inicial estava em papel. Neste momento, deve faltar cerca de 1 milhão de células para que tudo esteja informatizado", adianta Jorge Cotter, frisando que esse aspeto já não constitui um problema.

De destacar que, em 2015, houve mais um doutoramento em Medicina Clínica no Serviço, o de Pedro Guimarães Cunha.

Taxa elevada de ocupação de camas e quadro médico exíguo são duas das maiores dificuldades

Segundo Jorge Cotter, uma das maiores dificuldades prende-se com o facto de o número de doentes exceder sistemática-



Assistentes, assistentes graduados e internos do Serviço de Medicina Interna (cerca de 50% do quadro global)

mente o total de camas. “Durante o ano de 2015, a taxa de ocupação foi de cerca de 132%, o que implica, por períodos, a colocação de doentes fora da área física do Serviço e, lamentavelmente, no corredor”, aponta.

“Entendemos que uma melhoria da drenagem dos doentes para unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados permitiria uma ocupação deste Serviço (que é um hospital de agudos) dentro do que seria esperado e expectável num hospital moderno”, sublinha Jorge Cotter. Segundo o responsável, “cerca de 30% dos doentes que estão internados em hospitais de agudos não necessitariam de ali estar se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados fosse desburocratizada e os pacientes crónicos e dependentes tivessem fácil acesso ao internamento”.

Outra das dificuldades que aponta prende-se com o número de médicos e de enfermeiros. Segundo Jorge Cotter, para a atividade que se faz no Serviço, e apesar dos esforços que têm sido feitos para alargar o quadro médico, o mesmo continua a ser “muito exíguo”.

“Médicos e enfermeiros andam muitas vezes muito próximos do *burnout*. Todos os estudos da Administração Central do Sistema de Saúde e da Direção-Geral da Saúde mostram que o quadro está muito subdimensionado. Contudo, têm surgido dificuldades. Em primeiro lugar, porque não há internistas. Em segundo lugar, porque tentamos absorver (e, até agora, tem sido possível) aqueles que formamos, mas não é fácil trazer internistas para aqui vindos de outros lados, porque o ritmo e o âmbito do trabalho são com-

pletamente diferentes, portanto, eles chegam aqui e têm muita dificuldade em adaptar-se”, explica.

A inexistência de uma unidade de cuidados intermediários médicos, “reinvin-

dicação de longa data do Serviço”, e a inexistência de área física da unidade de AVC dentro do Serviço são outras contrariedades apontadas pelo diretor do Serviço.



Serviço em números (referentes a 2015)

N.º doentes internados: **6071**
 N.º de camas fixas de internamento: **115**
 Demora média de internamento: **8,5 dias**
 N.º de assistentes/assistentes graduados: **24**
 N.º internos de especialidade: **18**
 N.º de enfermeiros: **70**
 N.º de consultas externas: **19.608**



UM DOS MAIORES
 DESAFIOS É AUMENTAR
 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA
 EM REVISTAS DE RENOME
 INTERNACIONAL E
 CONSEGUIR PUBLICAR
 RESULTADOS A PARTIR
 DA BASE DE DADOS DE
 HIPERTENSÃO E RISCO
 CARDIOVASCULAR.



Centro de Excelência Europeu em HTA e Risco Cardiovascular

Pedro Guimarães Cunha coordena a Consulta de Hipertensão e Doenças Renais Crónicas do Centro de Investigação e Tratamento em Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular Global do Serviço de Medicina Interna e da Universidade do Minho, que é um Centro de Excelência Europeu em Hipertensão e Risco Cardiovascular.



Pedro Guimarães Cunha

O internista, que é também vogal da Direção do Grupo de Estudos de Hipertensão e Cérebro da Sociedade Europeia de Hipertensão, coordena ainda o Laboratório de Técnicas Não Invasivas que, segundo o próprio, “congrega a execução de um conjunto de técnicas que são essenciais ao seguimento dos pacientes, não só na estratificação do risco cardiovascular, mas também na correta definição do facto de estarem ou não controlados e de serem ou não hipertensos resistentes”.

“Enviamos colegas para os centros europeus com laboratórios em funcionamento para aprenderem as técnicas que agora colocamos a funcionar para os nossos pacientes”, relata.

De acordo com Pedro Guimarães Cunha, neste Centro, foi-se adquirindo experiência na realização de técnicas que normalmente não estão sob a alçada dos internistas, como a medição da pressão arterial e da velocidade da onda de pulso **carótido-femoral** e da pressão arterial central. Tem, ainda, os

seus próprios MAPA, para monitorização arterial da pressão arterial.

O Centro está a desenvolver capacidades no Laboratório de Técnicas Não Invasivas, que, apesar de fazer parte do Centro de Investigação em HTA e Risco Cardiovascular, é também parte do Serviço. “Potencializando os equipamentos que temos, tentamos integrar a realização de outras técnicas com esses mesmos equipamentos, aplicados a outros doentes, nomeadamente, por exemplo, aos pacientes com artrite reumatoide ou doenças autoimunes, nos quais estamos a implementar a realização de ecografias articulares, que é um avanço significativo e nos torna independentes para fazer o seguimento total destes pacientes.”

No Centro, há ainda um componente de investigação científica que funciona no Laboratório, estando, neste momento, a decorrer vários protocolos nacionais e internacionais com outros centros europeus e mundiais que funcionam numa ótica de estudos multicêntricos. O Serviço tem também protocolos de investigação permanentes, como a avaliação de uma coorte de alto e muito alto risco vascular, que já faz há mais de 10 anos. Há ainda um estudo iniciado em 2010, de uma coorte populacional para avaliação do risco cardiovascular da população dos concelhos de Guimarães e de Vizela. “O Centro está neste momento a preparar a avaliação desta coorte para estabelecer um estudo longitudinal que funcione de forma a perceber-se como é que evoluem os pacientes que apresentam determinada situação cardiovascular e de que forma podemos prever o seu percurso e ajudar-nos no futuro.”

Além disso, está a realizar estudos de avaliação de autoimunidade e na área das doenças infecciosas. No campo do AVC, está a ser desenvolvido um trabalho que avalia a evolução dos parâmetros hemodinâmicos centrais durante o AVC de forma não invasiva, tentando determinar de que forma a pressão arterial central tem mais efeito durante o ciclo do AVC do que propriamente a pressão arterial medida perifericamente.

EM COIMBRA, NOS DIAS 7 E 8 DE OUTUBRO

X Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado da SPMI



Armando de Carvalho
Presidente das X Jornadas do NEDF

OS INTERNISTAS ASSEGURAM
VÁRIAS CONSULTAS DE
DOENÇAS HEPÁTICAS EM
MUITOS HOSPITAIS DO
PAÍS, INTEGRANDO AINDA
AS EQUIPAS MÉDICAS DOS
TRÊS PROGRAMAS DE
TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA.

Nos dias 7 e 8 de outubro de 2016, irão realizar-se, em Coimbra, as X Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), presididas por mim e secretariadas por Arsénio Santos. Discutiremos, com base em casos clínicos, assuntos relevantes da prática hepatológica: fígado gordo, doença hepática autoimune, cirrose e suas complicações, nódulos hepáticos, hepatites virais. Serão aceites posters, havendo uma sessão para apresentação oral de alguns, selecionados. Pretendemos reunir internistas e internos interessados em Hepatologia para falar da nossa prática, dos problemas que os doentes colocam e do estado da arte aplicável na sua resolução.

Ao perspetivar as X Jornadas, importa lembrar as anteriores, que mostraram a vitalidade da Hepatologia na Medicina Interna, nada ficando a dever a outras sessões científicas do mesmo âmbito realizadas em Portugal.

As I Jornadas do NEDF tiveram lugar na Horta (Faial), em 3 e 4 de maio de 2007, organizadas com o apoio local do Dr. Rui Suzano. O êxito que tiveram motivou-nos a prosseguir, sendo as II Jornadas realizadas em Beja, em 19 e 20 de setembro de 2008, presididas pelo Dr. Carlos Monteverde, que era então coordenador do NEDF e a quem se deve o ressurgimento deste Grupo. Em 9 e 10 de outubro de 2009, o Dr. José Presa Ramos organizou em Vila Real as III Jornadas, contando com a participação de internistas e gastroenterologistas, num espírito de colaboração que sempre defendemos e porque temos vindo a lutar. Em Espinho, nos dias 15 e 16 de outubro de 2010, tiveram lugar as IV Jornadas, organizadas pelo Dr. Samuel Relvas, um dos internistas que sempre assumiram o gosto pelas doenças do fígado e a diferenciação em Hepatologia. A Dr.^a Maria de Jesus Banza e o seu Grupo organizaram as V Jornadas, em Monte Real (Leiria), em 30 de setembro e 1 de outubro de 2011. Seguiu-se Viseu, com as VI Jornadas, presididas pelo Dr. Luís Costa Matos, em 27 a 29 de setembro de 2012, antecedidas por um curso de ecografia. As VII Jornadas realizaram-se na Figueira da Foz, em 27 e 28 de setembro de 2013, presididas pelo Dr. Abílio Gonçalves. Na Guarda, realizaram-se, em 3 e 4 de outubro de 2014, as VIII Jornadas, organizadas pelos Drs. Adriano Cardoso e Iuri Pantazi, mostrando que no interior do país também está viva esta área da Medicina. As IX Jornadas do NEDF decorreram na Costa da Caparica, em 2 e 3 de outubro de 2015, organizadas pela Dr.^a Fátima Campante e pelo seu grupo e incluíram um curso de elastografia hepática.

Ao longo dos anos, nas jornadas anuais do NEDF, na nossa prática clínica e na investigação, não restringimos as nossas preocupações e a nossa prática às hepatites virais, que, sendo muito importantes, nem sequer são a causa mais frequente de doença hepática entre nós. Por isso, temos estado muito atentos à doença hepática alcoólica, às doenças autoimunes e metabólicas e ao que dominará a investigação em Hepatologia no futuro próximo e tem já grande impacto na clínica: a esteatohepatite não alcoólica e a fibrose hepática, para as quais se esperam novas terapêuticas.

Os internistas asseguram várias consultas de doenças hepáticas em muitos hospitais do país, integrando ainda as equipas médicas dos três programas de transplantação hepática. Na Universidade, destacam-se três doutoramentos com temas hepatológicos nos últimos anos: na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em julho de 2012, do Doutor Rodrigo Liberal (então interno da formação específica de Medicina Interna e agora de Gastroenterologia), com a tese "Effectors and regulators of cellular immune response in autoimmune liver disease"; na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em março de 2013, do Doutor Luís Costa Matos (do Centro Hospitalar de Tondela/Viseu e agora professor auxiliar convidado da UBI), com a tese "Estudo da Cinética do Ferro na Doença Hepática Alcoólica. Papel da Hcpidina e das Mutações HFE", e em janeiro de 2015, da Doutora Adélia Simão (do CHUC e assistente convidada da FMUC), com a tese "Carcinoma hepatocelular: estudo clínico, caracterização bioquímica e marcadores de rastreio e diagnóstico".

Do ponto de vista associativo, para além da coordenação do NEDF, assumida sucessivamente pelos Drs. Carlos Monteverde, José Presa Ramos e Maria de Jesus Banza, vários internistas estiveram e estão envolvidos nos corpos sociais da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF) e outros fizeram parte dos corpos sociais da Sociedade Portuguesa de Hepatologia (SPH), entretanto integrada na APEF, fruto, em grande parte, da ação de dois internistas.

PARA AJUDAR INTERNISTAS A LIDAR COM NOVOS PROBLEMAS ÉTICOS, DEONTOLÓGICOS E LEGAIS

Reativado o Núcleo de Bioética da SPMI

Permitir a criação de um fórum de discussão de questões de pendur ético relacionadas com a prática clínica é o principal objetivo que se pretende atingir com a reativação do Núcleo de Estudos de Bioética da SPMI (NEBio^{MI}). O seu coordenador, António H. Carneiro, apresentou, no passado dia 18 de março, os princípios orientadores do projeto de regulamento do Núcleo em sessão que teve lugar na sede da SPMI. Sustentando que “a vida mudou e com ela o exercício da Medicina”, António H. Carneiro, chefe de serviço de Medicina Interna e diretor do Departamento de Medicina, Urgência e UCI do Hospital Luz Arrábida, Grupo Luz Saúde, justifica assim o relançamento do Núcleo:

“A evolução da tecnologia e a inversão da pirâmide etária alteraram o exercício da Medicina de forma dramática. Passou a poder intervir na procriação humana e na seleção de embriões, artificializa a vida e mantém funcionais órgãos de pessoas já mortas, recupera casos de paragem cardiopulmonar, manipula o genoma humano, transplanta a maioria dos componentes do corpo humano, nalguns casos substituindo órgãos por elementos artificiais, criando ‘Cyborg’.”

Para além disso, “descobriram-se novos tratamentos que alteraram a evolução das doenças conhecidas, sendo a Medicina capaz de interferir e manipular o funcionamento cerebral e reconhecendo quase todos os dias novas doenças”, sendo que “a massificação do acesso à informação capacitou o cidadão e alterou a relação médico-doente”.

António H. Carneiro sublinha que “esta evolução trouxe novos problemas éticos, deontológicos e legais para os quais não há referências nos preceitos clássicos, o que obriga a refletir, estudar e aprender com a nova realidade e a assumir coletivamente os valores aceites pelas sociedades atuais”. E frisa que “os médicos são parte implicada e incontornável neste processo”.

Aquela que acabou por ser a primeira sessão do NEBio^{MI} incluiu duas conferências: “Da Ética à Bioética”, por Walter Osswald, professor jubilado da

FMUP e um dos fundadores da Bioética em Portugal, do Centro de Estudos Bioéticos da UP, e “Vulnerabilidade e responsabilidade na relação médico/doente”, proferida por Maria do Céu Patrão Neves, professora catedrática de Filosofia, eurodeputada e assessora da Presidência da República, formada em bioética no Kennedy Institute of Ethics (EUA).

Na sua intervenção, António H. Carneiro comprometeu-se a propor um programa de atividades do NEBio^{MI} que “clarifique o significado de termos e conceitos, que sistematize as referências para a reflexão bioética e que apoie os médicos envolvidos em funções com responsabilidades de decisão bioética”.



António H. Carneiro, Maria do Céu Patrão Neves e Walter Osswald



O coordenador do NEBio^{MI} com o presidente e vice-presidentes da SPMI

ANTÓNIO H. CARNEIRO:
“A EVOLUÇÃO DA
TECNOLOGIA E A
INVERSÃO DA PIRÂMIDE
ETÁRIA ALTERARAM O
EXERCÍCIO DA MEDICINA
DE FORMA DRAMÁTICA.”

Summer School da Sociedade Portuguesa de Hipertensão



Agostinho Monteiro

Professor da FMUP. Presidente da SPH 2003-2005.
Presidente da CO da Summer School

O FUTURO IMPLICA NOVOS
DESAFIOS, QUE PASSAM PELA
INOVAÇÃO QUER NO CAMPO
PEDAGÓGICO, QUER NO CAMPO
DOS CONTEÚDOS. AMBOS
OS ASPECTOS TÊM DE SER
APELATIVOS PARA
QUE O INTERESSE DOS JOVENS
MÉDICOS NESTA FORMAÇÃO
SE MANTENHA.

As sociedades científicas têm um papel importante na formação científica dos seus membros. Mas têm um desafio ainda maior: estimular nos mais jovens a análise crítica da evidência científica e estimular o interesse pela investigação clínica ou fundamental. Assim, em 2004, depois de uma conversa informal com o Professor Joel Ménard, resolvemos enfrentar este desafio e criar a "Hypertension Summer School" da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, destinada a médicos jovens.

Idealizámos um projecto para 10 anos. Assim, ao fim desses 10 anos, iríamos ter, em diferentes regiões do país, jovens médicos que seriam a origem de novos núcleos que estimulariam o debate, o conhecimento e a investigação no campo da hipertensão arterial. Este projecto transformou-se numa tarefa coletiva na qual todas as direcções da Sociedade se envolveram, o que faz com que este ano tenha lugar a 13.^a edição deste evento.

O modelo tem sido, basicamente, o mesmo, evoluindo, obviamente, nos métodos e nos temas que acompanham as múltiplas áreas relacionadas com a hipertensão arterial: epidemiologia, genética, farmacologia clínica, doença cardiovascular, medicina personalizada, aspectos cognitivos, depressão, demência, medicina translacional, análise crítica da evidência, entre outros.

Entre os 25 participantes em cada *workshop*, encontrados após selecção criteriosa e que durante 3 dias participam neste evento, vai ser escolhido, após teste final, o melhor "aluno", ao qual a Sociedade Portuguesa de Hipertensão oferece uma Bolsa de Estudo com a duração de 3 meses, para efectuar investigação num centro de investigação estrangeiro de renome internacional.

A participação neste evento implica, da parte dos participantes, um bom domínio da língua inglesa, língua usada durante todo o *workshop*, assim como uma preparação científica intensiva, que passa pelo estudo da bibliografia enviada com antecedência, que passou de 10 artigos, na primeira edição, para 50 artigos, na última. Congratulamo-nos com o sucesso deste evento, demonstrado pelo elevado interesse e nível de participação activa dos "alunos" e dos oradores nacionais e estrangeiros que, benevolmente e com grande empenho e entusiasmo, aderem a esta tarefa. Ao longo deste tempo, entre os laureados com a Bolsa de Estudo, fizeram doutoramento dois, obtiveram mestrado outros

dois e seis são, neste momento, estudantes de doutoramento. No inquérito efectuado no fim da "Summer School", a totalidade dos participantes reconhece que este *workshop* mudou a maneira de ler e interpretar a evidência científica e, na quase totalidade, aumentou o seu interesse na investigação clínica na área da hipertensão arterial.

O futuro implica novos desafios, que passam pela inovação quer no campo pedagógico, quer no campo dos conteúdos. Ambos os aspectos têm de ser apelativos para que o interesse dos jovens médicos nesta formação se mantenha. As sessões são sempre interactivas, muito participadas, englobando discussões em grupo, apresentação e discussão de artigos científicos, discussão de casos clínicos, resolução de problemas clínicos usando metodologia da medicina baseada na evidência. Novos tópicos serão usados nas novas edições deste evento. Outros desafios serão o aumento da duração da Bolsa de Estudo e o seguimento de todos os que, regressando do estrangeiro, trabalham em locais onde, por razões várias, não será fácil continuar com a investigação e aplicar o *know-how* que adquiriram no estrangeiro.

O prosseguimento desta tarefa só foi possível pelo envolvimento de todos os docentes e dos 228 "alunos" que, até ao momento, frequentaram a "Summer School" e que, pela sua participação activa e entusiasmo, constituíram fonte de motivação e inspiração para continuarmos.

A próxima edição da "Hypertension Summer School" terá lugar no Palace Hotel da Curia, de 22 a 25 de Setembro de 2016 (summerschool2016.sphta@gmail.com).

Nota: o autor escreve segundo o antigo Acordo Ortográfico.

XVII JORNADAS SOBRE A INFECÇÃO VIH

Vive-se um momento particularmente decisivo e determinante no combate ao VIH

Ao contrário das Jornadas anteriores, que foram subordinadas a um tema, as XVII Jornadas sobre a Infecção VIH, que se realizam em Viseu, terra de Viriato, Augusto Hilário e Grão Vasco, serão mais generalistas, abrangendo um leque de áreas particularmente em foco na doença VIH.

Estamos num momento particularmente decisivo e determinante no combate ao vírus da imunodeficiência humana. Com um percurso de três décadas de experiência clínica, de estudos e ensaios controlados e, recentemente, com novas abordagens nas estratégias de prevenção, podemos ambicionar, de um modo consequente, a reversão da propagação do vírus na comunidade e controlar assim a morbilidade e mortalidade associada a esta infeção.

Esta visão atual deve-se, em grande parte, ao sucesso da abordagem do "tratamento" também como "prevenção", isto é, iniciar o tratamento antirretrovírico imediatamente após o diagnóstico, independentemente da contagem dos linfócitos T CD4. Os benefícios foram demonstrados através de ensaios clínicos, nomeadamente, HPTN 052, TEMPRANO e START. Os pacientes sujeitos ao "braço" desta opção reduziram o risco de morte e de incapacidade provocado pela doença associada ao VIH e tinham, igualmente, o potencial de interromper a transmissão deste vírus às pessoas não infetadas.

Com base nestes estudos e noutros realizados nos últimos anos, a OMS e as mais importantes *guidelines* com que nos regemos passaram a adotar esta indicação, ou seja, o início imediato de tratamento antirretrovírico a todos os doentes infetados, independentemente da contagem T CD4+.

Baseado nesta recomendação da OMS, a ONU-SIDA definiu, em 2014, o objetivo "90-90-90", ou seja, diagnosticar 90% da população infetada por VIH, desta, tratar 90% e, destes, investir no sentido de que 90% dos doentes em tratamento tenham carga vírica indetetável.

Este é o desafio que temos nos próximos anos. Simultaneamente, sensibilizar as entidades políticas e sociais, governamentais e não governamentais, no sentido da redução dos múltiplos fatores que poderão diminuir o impacto destas medidas, nomeadamente, subdesenvolvimento económico, social e cultural das populações, falta de infraestruturas dos sistemas de saúde e ainda os difíceis fatores do próprio comportamento humano.

Em Portugal, segundo os últimos dados estatísticos, referentes a 2014, o número de novos casos de infeção

por VIH tem vindo a diminuir de forma sustentada, bem como o número de casos de SIDA, relativamente a 2013. A epidemiologia desta infeção também se tem vindo a alterar, assim, verifica-se um decréscimo muito marcado da proporção de novos casos em UDEV (3,9%); um preocupante acréscimo da proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (31,8%), maior proporção de casos acima dos 50 anos (25,6%) e dos 65 (6,5%).

Relativamente à implementação das diretrizes da DGS, procedeu-se ao incremento do diagnóstico precoce, com a implementação do programa dos testes rápidos nos CSP, CAD, CDP e DICAD, tanto em populações mais vulneráveis, quer na população em geral. Isto originou, em 2014, uma redução da taxa de diagnóstico tardio da infeção, colocando-a, praticamente, ao nível da registada na média dos países da UE (49%).

Este panorama francamente positivo, juntamente com a implementação, já em vigor no nosso país, do "tratamento como prevenção", dar-nos-á, provavelmente as ferramentas para cumprir o objetivo definido para 2030: vivermos num país onde a infeção por VIH não constitua uma ameaça de saúde pública.

Relativamente ao programa das XVII Jornadas sobre a Infecção VIH, iniciamo-las na sexta, dia 6 de manhã, com a sessão de Casos Clínicos, com um prémio de 1000 euros para o caso com melhor conteúdo/forma na apresentação. Ainda antes do almoço, vamos introduzir um pequeno espaço, que chamaremos "Conversa com o Especialista", que constará de questões e dúvidas colocadas pelos nossos colegas mais novos.

Em termos científicos, teremos à tarde, depois da abertura das Jornadas, uma mesa-redonda patrocinada pela Gilead, "A doença VIH e comorbilidades", onde será discutida a visão atual, crónica, da doença VIH e o que isso implica, a médio e a longo prazo, em termos dos efeitos secundários da própria terapêutica antirretrovírica, no contexto das patologias próprias do envelhecimento, que irão surgir, naturalmente, nos nossos doentes. Temos como presidente e moderadora, respetivamente, o Dr. Rosas Vieira e a Dr.ª Isabel Germano, como palestrante o Dr. Fausto Roxo e como comentadora a Dr.ª Isabel Almeida.

O debate seguinte debruça-se sobre "Hepatites e doença VIH", onde se falará sobre as novas terapêuticas, nomeadamente das hepatites B e C, e a sua gestão no doente coinfetado com VIH. Como presidente temos o Dr. José Malhado e como moderadora a Dr.ª Maria de Jesus Banza. Para de-



Telo Faria

Coordenador do Núcleo de Estudos sobre a Infecção VIH da SPMI

bater as referidas hepatites e coinfeções temos, respetivamente, o Dr. Carlos Monteverde, o Prof. Doutor Luís Costa Matos e o Dr. Pedro Crespo. O comentador da mesa será o Dr. Fausto Roxo e do dia a Dr.ª Margarida Mota.

O dia acaba com o habitual jantar das Jornadas, antecedido de um momento de conhecimento e visita guiada a um dos *ex libris* da cidade de Viseu.

O sábado, dia 7, inicia-se com a conferência "Terapêutica antirretrovírica", da Dr.ª Teresa Branco. Debater-se-ão os velhos, os menos antigos e novos promissores grupos farmacológicos e as *guidelines* mais recentes, que nos orientam. A presidente será a secretária das Jornadas, Dr.ª Cristina Teotónio.

Ainda teremos, de manhã, a mesa-redonda "Fluxos migratórios e doença VIH", a nossa habitual mesa, predominantemente, de reflexão sobre os contextos sociais, culturais e políticos dos nossos doentes, neste caso, quais as repercussões dos mais recentes fluxos migratórios e de refugiados na patologia infecciosa e, particularmente, na doença VIH.

Eu próprio presidirei à mesa e a moderar estará a Dr.ª Luísa Monge. Como palestrantes, uma socióloga, a Prof.ª Doutora Mónica Ferro, a presidente do Conselho Português para os Refugiados, Dr.ª Teresa Tito de Moraes, a presidente do Conselho Português para a Paz, Dr.ª Ilda Figueiredo, e como clínico o Dr. Carlos Araújo. O Dr. José Vera será o comentador da mesa e o comentador do dia o Prof. Doutor Carlos Vasconcelos.

Por fim, teremos uma homenagem ao Dr. Melo Mota, que tem a especialidade de Medicina Interna, como grande referência de formação e de conduta, na sua prática clínica.



Ajudar os internistas a perceber melhor as dificuldades dos diabéticos

“Personificar a pessoa com diabetes foi uma forma de levar os médicos de MI a entenderem melhor o doente.” As palavras são de Anabela Barros, coordenadora do curso “Tratamento da Diabetes Tipo 2 no Ambulatório”, que decorreu no Centro de Formação em Medicina Interna (FORMI) da SPMI, organizado pelo Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* (NEDM). Anabela Barros realçou o aspeto inovador do curso, que se destinou a médicos de Medicina Interna. “Além da atualização de conhecimentos, pretendemos que os formandos se sentissem na pele do doente, picando o dedo e não só.” Na prática, “foi uma forma destes profissionais perceberem, mais facilmente, as dificuldades dos seus doentes e como podem ajudá-los”.

O curso teve sala cheia, com 24 participantes – o número total de vagas – e baseou-se bastante no *role playing*. “Foi uma surpresa ver que todos aderiram muito bem, além da avaliação final de cada médico ter sido muito boa.” Contou ainda com a participação de uma equipa multidisciplinar de formadores, incluindo da área da Educação Física.

Este tipo de cursos vai continuar a ter lugar no futuro. Por ocasião do XXII Congresso Nacional de MI, em Viana do Castelo, realizar-se-á um curso pré-congresso sobre o tratamento da diabetes *mellitus* no hospital.

7.º Curso de Geriatria pretendeu otimizar intervenç

Entre os dias 15 e 17 de janeiro, realizou-se, na sede da SPMI, o 7.º Curso de Introdução à Geriatria. A formação, coordenada por João Gorjão Clara, juntamente com Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da SPMI, visou transmitir conceitos básicos de Geriatria, “úteis na compreensão do processo do envelhecimento e na abordagem clínica do doente idoso”.

No entender do responsável do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI (GERMI), “os nossos profissionais de saúde são reconhecidamente competentes, mas a sua intervenção dirigida especificamente à pessoa idosa poderia ser otimizada, já que a maioria não recebeu formação nesta área”.

Na sua opinião, este curso tornou-se ainda mais premente no atual contexto social, em que “o envelhecimento da população originou a subida da

idade média dos doentes que procuram serviços de saúde, existindo muitos idosos na consulta e no internamento”.

O programa foi organizado em dois módulos, sendo que a vertente interativa da formação foi reforçada com um módulo prático.



Manuel Teixeira Verissimo com João Gorjão Clara





Além da picada no dedo, os formandos também praticaram exercício físico



O grupo de formadores com Rita Lopes, a professora de Educação Física

ão dirigida ao idoso



SEGUNDO LUÍS CAMPOS

Há “falta de equidade” no acesso a cuidados de saúde com qualidade

“Um dos problemas da Saúde é a falta de equidade na qualidade dos cuidados prestados, por vezes, até dentro da mesma unidade de saúde”, considerou Luís Campos, diretor do Serviço de Medicina do H. São Francisco Xavier (CHLO), ao intervir no colóquio sobre “Desafios orçamentais – as políticas sociais”, que teve como principal orador o conselheiro de Estado Francisco Louçã. O evento, organizado pela Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde (APEGSaúde), decorreu em Queluz.

Coube a Luís Campos fazer a síntese do encontro que reuniu vários especialistas em saúde, referindo que a principal ameaça do orçamento em geral e do da saúde em particular é a incerteza. “Risco de nova crise económica, de crise política, de pandemias, de catástrofes e problemas de saúde relacionadas com as alterações climáticas ou com o terrorismo, que podem mudar as prioridades de forma súbita”, disse.

Mencionou ainda o problema da equidade no acesso a cuidados de saúde com qualidade. “A falta de equidade na qualidade existe, mas o Ministério da Saúde não tem analisado as muitas bases de dados que tem ao seu dispor, que demonstram essas iniquidades, perseguindo, ao longo dos anos, uma política de avestruz.” Desta forma, sublinhou, “não se tomam medidas concretas para mudar esta realidade, nomeadamente, não existe uma estratégia para lidar com o mau desempenho das instituições ou dos serviços”.

A necessidade de apostar fortemente na promoção e na prevenção da doença foi também referida pelo internista, que não deixou de apontar o dedo “à escassez de recursos humanos” na direção responsável na DGS por esta área, sublinhando: “É preciso lembrar que os comportamentos de risco determinam cerca de 40% da saúde dos cidadãos, enquanto

os cuidados de saúde apenas cerca de 10%.”

Relativamente ao enfoque dado aos CSP no Orçamento de Estado para a Saúde e ao desinvestimento nos hospitais, observou que “é importante esta aposta nos CSP, mas não se pode esquecer que Portugal tem uma baixa taxa de camas hospitalares, em comparação com o resto da Europa, pois, a necessidade destas camas está a crescer com o aumento da esperança de vida”.

“Os doentes idosos e com multimorbilidades são os grandes frequentadores das enfermarias de Medicina, precisam da ‘expertise’ de quem está nos hospitais, particularmente dos internistas, que estão habituados a tratar estes doentes nas urgências, nas enfermarias, nos cuidados intensivos e nas consultas.”

Finalizou a sua intervenção indicando que o atual modelo de financiamento dificulta a integração de cuidados, nomeadamente, a criação de equipas multidisciplinares, “que deem uma resposta integrada, proativa e customizada aos doentes crónicos”. Outra prioridade, no seu entender, devia ser a integração da saúde com a assistência social, “porque os hospitais são, atualmente, os centros de resolução dos problemas sociais dos doentes e as respostas são insuficientes, tardias e burocratizadas”.

O evento teve como preletor principal Francisco Louçã e o debate envolveu, entre outros, Pedro Gomes, coordenador do Sistema Integrado de Gestão de Ins-critos para Cirurgia (SIGIC – ACSS); Ana Harfouche, presidente do CA do CH Oeste; Aníbal Marinho, presidente da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP); Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da OM; André Fernandes, presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM).

RUI NUNES, DIRETOR-GERAL DA WIDEX PORTUGAL:

“É fulcral que a pessoa se sinta apoiada e tenha confiança no dispositivo e na equipa que

Há 29 anos que a Widex está em Portugal. O segredo dos bons resultados está na aposta, simultânea, na tecnologia e no acompanhamento próximo dos pacientes ao longo da vida, como explica o diretor-geral da Widex Portugal. Rui Nunes fala-nos ainda do apoio a bebés e da tecnologia mais recente, a Unique, que permite uma adaptação automática a diferentes ambientes.

Just News (JN) – A Widex está em Portugal há 29 anos na prestação do serviço de reabilitação auditiva. Com base na sua experiência, quais foram os grandes avanços na área?

Rui Nunes (RN) – A realidade de hoje em dia não tem mesmo nada a ver com a década de 1980, quer em termos tecnológicos como nos próprios serviços prestados. A grande diferença na reabilitação auditiva é a possibilidade atual de se conseguir reabilitar todos os tipos de perda de audição, seja esta mais ligeira ou total. Atualmente, a Widex tem a certeza de que consegue colocar todas as pessoas a ouvir e isso, só por si, representa um enorme progresso na saúde auditiva e na qualidade de vida de muitas pessoas. A nível tecnológico, comparativamente com os anos 1980, as soluções evoluíram bastante, tanto as acústicas como as de estimulação elétrica. Quanto aos recursos humanos, também temos as pessoas certas, com as devidas competências profissionais, para conseguirem acompanhar a evolução tecnológica.

JN – Quais são as grandes forças da Widex neste setor tão competitivo?

RN – As grandes forças não passam apenas pela componente tecnológica – incluindo os produtos desenvolvidos pela empresa. Atualmente, temos à disposição dos nossos pacientes recursos humanos altamente qualificados, com um potencial gigantesco. Desde sempre, a Widex apostou na integração de audiologistas credenciados e licenciados, que conhecem este setor de uma forma muito aprofundada. De notar que se trata de um fator di-

ferenciador da nossa empresa, pois, nem sempre se aposta nesta vertente.

O setor da Audiologia é muito difícil e competitivo e, infelizmente, ainda não foi aplicada em Portugal a diretiva comunitária de 2011, no sentido de todos os centros de reabilitação auditiva terem as condições necessárias para ajudar a população. Internamente, a Widex está em *compliance* com estas normas desde sempre, dando especial atenção aos serviços prestados, não só no uso da melhor tecnologia como no enorme ênfase que é dado às necessidades do paciente. Isso verifica-se, por exemplo, no acompanhamento que prestamos aos nossos clientes, porque todas as pessoas que têm um dispositivo necessitam, obrigatoriamente, de apoio ao longo da vida. Muitas já estão connosco desde bebés, o que demonstra a sua confiança ao longo destes 29 anos.

JN – O que é importante ter em conta quando nos é diagnosticada uma perda auditiva e o paciente tem indicação para reabilitação auditiva?

RN – Depende se estamos a falar de crianças ou de adultos. Na maior parte das situações, os adultos e as crianças já chegam à Widex com um diagnóstico médico. Logo, quando nos procuram, sabe-se, *a priori*, que estamos perante casos clínicos de perdas auditivas de caráter irreversível. Significa, então, que não existe tratamento médico ou cirúrgico, sendo a única forma de restituir a qualidade de vida e a capacidade comunicativa, através de um dispositivo que ajuda a corrigir a deficiência auditiva. Perante o diagnóstico clínico, a Widex necessita ainda de fazer um diagnóstico



mais do foro audiológico, ou seja, perceber quais são as dificuldades inerentes a esse défice auditivo. Nestas incluem-se, inevitavelmente, as necessidades de comunicação, tão importantes na socialização e na vida profissional.

Nas crianças, a situação é ainda mais grave e impactante, porque é preciso agir o mais precocemente possível, para evitar atrasos na linguagem e no desenvolvimento cognitivo. A intervenção na idade pediátrica tem, assim, que ser feita o mais cedo possível. Felizmente, a nossa empresa tem também profissionais especialistas em problemas auditivos de bebés e crianças, o que não é habitual no mercado. E isto é um ponto diferenciador, porque não basta ter-se uma boa tecnologia, é preciso recursos humanos que consigam dar uma resposta global a quem ainda não desenvolveu as suas competências linguísticas e cognitivas. É fundamental realçar que as crianças surdas profundas já podem ouvir, sendo muito poucos os

casos em que são obrigadas a recorrer, ao longo da vida, à língua gestual.

JN – A Widex teve um papel essencial no Rastreio Auditivo Neonatal (RANU)...

RN – Sim, orgulhamo-nos de ter contribuído para o RANU, que já é prática comum nos hospitais públicos e privados. Isso foi possível graças a uma equipa multidisciplinar de médicos, audiologistas, enfermeiros, terapeutas da fala, pediatras e neonatologistas que lutaram pelo RANU. Todos contaram com o apoio da Widex. Não podemos esquecer que quanto mais cedo for detetado um défice/problema melhor é o prognóstico da reabilitação. No caso dos bebés, existe ainda o problema da corrida contra o tempo, pois, cada momento conta para prevenir atrasos no desenvolvimento cognitivo e linguístico. Seria também importante que este rastreio universal voltasse a acontecer no primeiro ano de escolaridade, como já foi prática. Poder-se-ia evitar muitos problemas auditivos.

a, que tenha e a acompanhã”



tenha confiança no dispositivo, mas também na equipa que a acompanha.

JN – A Widex Portugal é líder também nas soluções auditivas para crianças que têm que recorrer à reabilitação auditiva. Quais os desenvolvimentos que têm ocorrido nesta área em termos de soluções auditivas e o que tem a Widex feito?

RN – Trata-se de um grupo difícil, face aos diferentes níveis de desenvolvimento, e é importante ter os conhecimentos necessários para se detetar, com a maior precisão, o défice auditivo de bebés e crianças. Além dos profissionais de Audiologia, a Widex também tem ao dispor uma equipa de terapeutas da fala que intervêm no desenvolvimento da fala e da linguagem.

Na Widex, conseguimos dar uma boa resposta aos mais pequenos, desde os primeiros meses de vida, pois, temos profissionais especializados, o que não é habitual no mercado. De notar que o sucesso do processo de reabilitação não depende apenas de nós e da criança, mas bastante da família e do meio envolvente. Os bons resultados do processo de reabilitação vão depender muito da informação que lhes é disponibilizada, da forma como os pais interiorizam a situação, da sua motivação e de uma atitude positiva.

A Widex dispõe, há já algum tempo, de um dispositivo auditivo para crianças, o Baby, especialmente desenhado para bebés, que, tendo passado todos os testes de segurança, é hoje utilizado em bebés durante os primeiros 3 anos de vida.

JN – Um tema muito na ordem do dia é a questão dos zumbidos. A Widex é líder nas soluções para melhorar a qualidade de vida destes pacientes com a Terapia Widex Zen. Quais as suas vantagens?

RN – É uma terapia inovadora na forma como está estruturada, na sua filosofia, constituindo um método de terapia sonora original e único. E porquê? Os pacientes com zumbido são um tipo de população com necessidades muito específicas. Há quem sofra de zumbidos e tenha défice au-

ditivo associado, enquanto outras pessoas apenas apresentam queixas de zumbidos, sem qualquer perda auditiva. Inevitavelmente, o tipo de intervenção é diferente em ambos os casos. Tal acontece porque o dispositivo para a perda auditiva ajuda a reduzir, ou, até, a neutralizar o zumbido.

Este problema é muito complicado e pode interferir de forma muito significativa na vida das pessoas. Há zumbidos com maior gravidade e há quem viva com os mesmos sem problemas de maior. Nalguns casos, um zumbido persistente, por vezes, em permanência 24 horas por dia, conduz a estados graves de ansiedade e depressão e mesmo de tentativas de suicídio. É preciso compreender que o zumbido é um ruído subjetivo que tem múltiplas causas, mas que, após cerca de seis meses de permanência, acaba por se tornar crónico. É necessário então agir e, felizmente, já existe uma resposta para estes pacientes. A terapia sonora Widex Zen tem várias fases e permite dar uma nova resposta a estes pacientes.

Numa primeira fase, é realizada uma análise do zumbido, para se conhecer o seu impacto negativo e as suas características. É então necessário que os profissionais de saúde, médico e audiológico, expliquem ao paciente que o zumbido, apesar de todo o mal-estar provocado, não é uma doença grave. Frequentemente, só o aconselhamento permite reduzir bastante a ansiedade do paciente e melhorar a sua qualidade de vida.

Na segunda fase, recorremos à estimulação sonora, isto é, utilizamos dispositivos que têm um programa específico para serem usados como contraste ao zumbido. Este trabalho pode igualmente ser complementado com a ajuda da terapia cognitivo-comportamental. Nos casos mais graves, devemos mesmo encaminhar os pacientes para a Psiquiatria e para a Psicologia.

Por último, a fase de relaxamento tem igualmente um contributo importante na redução do stress e na melhoria da qualidade de vida. Simultaneamente, recorremos à música fractal, estímulo que é produzido pelo próprio aparelho auditivo e que permite

uma escuta passiva, onde não há intervenção cognitiva e que permite mais facilmente atingir um nível de relaxamento adequado.

Neste tipo de escuta passiva, o objetivo da música fractal é permitir ouvir uma melodia que nunca se repete e que ajuda a relaxar e a dessensibilizar o impacto negativo do zumbido. Qualquer pessoa pode realizar esta terapia, independentemente de apresentar ou não uma perda auditiva.

JN – No campo dos aparelhos auditivos, que é a vossa área de referência, há a destacar o mais recente avanço, com os aparelhos auditivos da série Unique da Widex. Que saltos tecnológicos gostaria de destacar nesta solução auditiva?

RN – É o nosso produto mais recente. Em termos tecnológicos, é um passo muito interessante para a melhoria da qualidade auditiva das pessoas que têm problemas de audição e, por outro lado, pela ajuda que oferece aos profissionais que trabalham na reabilitação auditiva. Trata-se de uma ferramenta flexível e que aumenta a eficácia na reabilitação auditiva. Podemos mesmo dizer que se está perante um produto que representa o estado da arte.

Infelizmente, a publicidade tende a banalizar todos os processos dos dispositivos auditivos, mas o Unique tem características particulares, cujos processos têm uma capacidade de cálculo de 600 milhões de operações por segundo, com um consumo energético muito reduzido.

Trata-se, portanto, de um salto tecnológico a nível do *hardware* e também do *software*. Por exemplo, tendo a memória cerca de cem ambientes acústicos diferentes, compara o ambiente sonoro recolhido com a base de dados existente e classifica-o em nove categorias distintas, permitindo uma mudança automática das características dos aparelhos ao ambiente em que o utilizador se encontra de forma continuada. A capacidade automática de classificar o ambiente é um salto qualitativo muitíssimo grande, pois, permite uma melhor adaptação a diferentes locais, melhorando bastante a qualidade de vida das pessoas.

JN – Que tipo de acompanhamento é dado ao paciente após a compra de um dispositivo?

RN – Independentemente de a pessoa recorrer a uma ajuda técnica acústica (aparelho auditivo) ou de estimulação elétrica (implante coclear), o acompanhamento é para a vida. De forma regular e próxima, os pacientes precisam de fazer a manutenção do seu dispositivo, como reajustar a afinação ou adaptá-lo a novas situações, por exemplo.

Na Widex, acreditamos que não basta ter bons recursos em termos tecnológicos, mas é também necessário ter pessoas qualificadas que consigam dar resposta a aspetos que envolvam a componente humana, social e profissional do paciente. Dar assistência técnica imediata é essencial, porque quem necessita a 100% do seu dispositivo para ouvir não pode trabalhar ou sair de casa sem o mesmo. Se este tem algum problema, é preciso resolvê-lo o quanto antes. É fulcral que a pessoa se sinta apoiada, que

SPMI deu as boas-vindas aos novos internos



A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) organizou duas sessões simultâneas, em Lisboa e no Porto, para dar as boas-vindas aos novos Internos de Formação Específica de Medicina Interna, que iniciaram o seu percurso em 2016. A iniciativa, que se realizou pela primeira vez, teve como objetivos, segundo Manuel Teixeira Veríssimo, “dar a conhecer a SPMI” e “mostrar um pouco o que é a especialidade”.

“Considerámos que seria interessante para os jovens internos que iniciaram em

janeiro a especialidade de Medicina Interna dar-lhes a conhecer a SPMI, mostrando-lhes o que ela tem para oferecer aos jovens em termos de formação, de orientação e de atividade editorial e mostrar a oferta de cursos que existe quer em Portugal, quer no estrangeiro”, explicou à Just News o presidente da SPMI.

Adicionalmente, refere, “quisemos mostrar-lhes um pouco o que é a Medicina Interna e o que podem esperar hoje em dia, tentando prepará-los, ainda que de forma superficial, para os desafios que

irão encontrar durante a sua carreira, primeiro como internos de especialidade e posteriormente como especialistas”.

De acordo com Manuel Teixeira Veríssimo, ambas as sessões “correram muito bem”, tendo reunido cerca de 50 internos cada. “A maioria dos internos participou e mostrou-se interessada em tudo o que foi dito”, afirma, salientando que, “embora tivesse sido uma preparação muito básica, alertou os participantes para o que os irá esperar no futuro”.

Nas sessões participaram um represen-

tante da SPMI (Manuel Teixeira Veríssimo em Lisboa e João Araújo Correia, vice-presidente da SPMI da Região Norte, no Porto); um membro do Núcleo de Estudos de Formação em MI (NEFMI); um representante do Colégio da Especialidade de MI da Ordem dos Médicos; e um elemento do Núcleo de Internos de MI (NIMI).

Em Lisboa, a sessão teve lugar nas instalações da SPMI. No Porto, o evento decorreu no auditório da Secção Regional da Ordem dos Médicos.



ESPAÇO

internos

de Medicina Interna



11.º Encontro Nacional de Internos de Medicina Interna

Julho é mês de reencontro!

Entre 30 de junho e 2 de julho, o Porto vai acolher internos de Medicina Interna de todo o país no 11.º ENIMI. O tema em discussão este ano é o *delirium*, escolhido tendo em conta a transversalidade das alterações agudas da consciência nos vários cenários de atuação do internista: urgência, enfermaria geral, cuidados intensivos e intermédios.

Contaremos com os habituais ginásios clínicos, para exercitar o nosso raciocínio clínico, e a sessão de apresentação de posters com a distinção do melhor caso clínico e melhor trabalho de investigação com o Prémio William Osler. Relembramos que os trabalhos enviados não têm que se cingir ao tema *delirium* – muito pelo

contrário, pretendemos manter a multidisciplinaridade da Medicina Interna!

A novidade deste ano é a sessão “*Doctor House in the house*”, na qual o nosso raciocínio clínico será testado ao limite do Dr. House!

Nos dias 30 de junho e 1 de julho irão decorrer os cursos pré-encontro: Antibioterapia para internistas, TIMI – Técnicas Invasivas em Medicina Interna, FADE – *Fast Assessment Diagnostic Ecography* e Entre Jazz e Ninjas: comunicação clínica na Medicina Interna. As inscrições são limitadas!

Inscribam-se em cristina@spmi.pt e não se esqueçam que o *deadline* para a submissão de trabalhos é 31 de maio.

Até lá! #quemacreditavai #ENIMI@Porto.



Andreia Vilas Boas

Coordenadora do Núcleo de Internos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (NIMI – SPMI)

7.ª Tarde do Jovem Internista

Os jovens internistas continuam a ter um lugar cativo no Congresso Nacional de Medicina Interna, com mais uma edição da Tarde do Jovem Internista. Depois de uma votação renhida na nossa página do *Facebook*, o tema que iremos abordar este ano será “*Das guidelines ao doente*”. Contaremos com convidados de luxo que nos vão guiar na discussão de como aplicar as recomendações aos doentes do dia-a-dia do internista e também como criar evidência a partir dos nossos próprios doentes.

Na nossa realidade de doentes frágeis, com múltiplas comorbilidades, polimedicados e que não se enquadram exclusivamente numa *guidelines* [mas antes em múltiplas recomendações em simultâneo...], a aplicação cega das recomendações pode, na verdade, ser contraproducente. Deparamo-nos com a ambivalência de tratar uma doença enquanto corremos o risco de

agravar outra concomitante, com efeitos adversos e interações de fármacos, com recomendações que não são ajustadas às particularidades do doente idoso... E deparamo-nos também com uma multiplicidade de oportunidades de estudar os nossos próprios doentes e medir o impacto daquilo que lhes fazemos e com isto criar também alguma evidência (convergente ou não com a já existente).

Aplicar a ciência com bom senso e sensatez é uma das particularidades fundantes do internista e aquilo que nos distingue de um modelo matemático ou computacional – e que dificilmente aprendemos apenas com os livros.

Traz as tuas dúvidas, angústias, crenças e convicções e vem discutir connosco no dia 28 de maio às 14:30 h. Anota já na agenda!

Marca na agenda

Data limite de submissão de resumos 11.º ENIMI:
31 de maio

Tarde do Jovem Internista:
28 de maio às 14h30

Assembleia de representantes locais (eleitoral):
28 de maio às 19h

ENIMI:
30 de junho a 2 de julho

Keep it simple! – a propósito de algumas



Ricardo Fernandes

Interno de Formação Específica em Medicina Interna do 4.º ano, CHVNG-E

Se era facto consumado que há alguns anos estávamos “presos” a uma secretária para nos conectarmos ao resto do mundo, hoje isso já não se aplica, não só pela portabilidade dos nossos computadores, mas também pela génese dos telemóveis, cada vez mais requintados e capazes. Assim, em qualquer lado (em casa, na rua, no autocarro, na fila da caixa de supermercado, no hospital), a qualquer altura do dia ou da noite, facilmente estamos em contacto com o mundo, também pelo acesso a uma série infinita de conteúdos que nos podem (e muito!) facilitar as tarefas do nosso dia-a-dia, enquanto jovens internistas. Nas próximas linhas, vou explicar algumas das aplicações que tenho instaladas e que uso com grande frequência, todas elas gratuitas e em atualização permanente.

A primeira aplicação, o “Qx calculate”, é se calhar a que uso mais, especialmente na urgência, seja para calcular o PESI (*Pulmonary Embolism Severity Index*) ou a taxa de filtração glomerular. Traduz-se como uma coletânea de escalas e de calculadores divididos pelas diferentes especialidades, desde a Cardiologia, passando pela Geriatria e acabando nos Cuidados intensivos, permitindo também a pesquisa individual caso não se consiga ir por especialidade.



Já a segunda aplicação diz respeito ao manual do curso de evidência em emergência do grupo Reanima®, que já é conhecido da maior parte de vós. É uma aplicação bastante intuitiva e com uma série de instrumentos que podem ser muito úteis, desde o acesso aos capítulos do manual (respiratório, dor/agitação, metabólico, até chegar aos testes), num estilo “get to the point”, passando pelos auxiliares de memória, com tabelas de *score* e ainda possibilidade de cálculos de perfusões. Bastante salutar a existência de um capítulo dedicado a decisões em fim de vida no item “Outros” e ainda vários algoritmos, entre os quais o de suporte avançado de vida (SAV), em relação ao qual aconselho vivamente a leitura. Qualquer dúvida na sala de emergência pode ser esclarecida num ápice!



O Medscape® é acessível de forma gratuita desde que criem uma conta no *site* desta base de dados. O formato é similar à versão “web”, onde existe uma série de conteúdos programáticos (desde as patologias, passando pelos fár-



macos e acabando em procedimentos), escalas, calculadoras, entre outros. É um mundo infundável de conteúdo atualizado com muita frequência.

O HIV ichart® e o HEP ichart® são úteis em doentes com hepatites víricas e infeção VIH, sobretudo na gestão de interações medicamentosas. É francamente mais específica que as aplicações anteriores, mas pode ser um instrumento essencial para quem trata e gere estes doentes, seja em que regime for (desde a consulta ao SU), nas quais se selecionam os fármacos que o doente já está a fazer (dos quais os retrovíricos são o exemplo mais premente) e os fármacos que se pretendem iniciar e ver se existe risco de interação.



A Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) criou uma app, na qual estão acessíveis em formato digital as recomendações de bolso da Sociedade Europeia de Cardiologia, nomeadamente, insuficiência cardíaca, síndrome coronária aguda e fibrilação auricular.



Para quem é grande fã de doenças do fígado ou é mais esquecido nessa área, a EASL (Sociedade Europeia de Estudo de Doenças do Fígado) elaborou uma aplicação onde são expostos os grandes temas da Hepatologia, desde as infeções víricas até à transplantação. Os temas são abordados desde a marcha diagnóstica ao tratamento e são atualizados aproximadamente ao ritmo das recomendações europeias.



Representante local



Luísa Eça Guimarães

Interna de formação específica de Medicina Interna 4.º ano do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

O que é?

O representante local é um interno eleito pelos seus pares para os representar e articular a comunicação entre os internos e a SPMI, através do seu Núcleo de Internos (NIMI).

Quantos são?

Há pelo menos um representante por unidade (Centro Hospitalar/Unidade Local de Saúde (ULS)/Hospital) de formação específica em Medicina Interna. Pode haver mais do que um representante por centro hospitalar, sobretudo nas unidades maiores, em que a distância física dificulta a comunicação entre os internos.

Funções do representante local:

– Apresentar o NIMI aos internos do seu hospital aquando do acolhimento, o que poderá ser fei-

to através de um filme fornecido pelo secretariado do NIMI, com uma curta apresentação do Núcleo.

- Receber e transmitir informação do NIMI para os internos de Medicina Interna da sua respetiva unidade hospitalar, nomeadamente, através de reencaminhamento de email.
- Manter uma linha de comunicação com todos os internos de Medicina Interna em formação na respetiva unidade hospitalar.
- Preencher a folha de caracterização dos internos do seu serviço (fornecida pelo NIMI), com número de internos e ano de formação.
- Atualizar os contactos do próprio fornecidos ao NIMI no caso de haver alguma alteração.
- Quando cessar funções, fornecer o contacto do colega que o/a vai substituir.
- Participar ou fazer-se representar na Assembleia de

apps...

E se o prontuário era maçudo e de difícil transporte, também era, contudo, uma ferramenta indispensável na arte de bem prescrever. Com esta aplicação isso já não constitui um problema. Esta é a aplicação ideal (de seu nome "emed") quando se quer consultar fármacos, preços, bulas, posologias, farmácias disponíveis, com a enorme mais-valia de estar adequada à realidade portuguesa.



Não menos importante, a "drugs.com" constitui-se como mais uma base de dados sobre fármacos e tudo o que lhe diz respeito (doses, posologias, interações, etc., etc., etc.), com a possibilidade da criação de alarmes para a toma de medicação, registo de alergias para o próprio médico e para quem ele quiser. De destacar que é necessária sempre ligação à internet para conseguir utilizá-la. A experimentar...



Finalmente, para quem gosta de se manter na linha da frente da ciência, o "Qx read" permite-nos criar alertas para as publicações que saem diariamente nas áreas de interesse que definirmos. Permite-nos apenas ler o abstract e necessita de ligação à internet, mas seleciona por nós os artigos que poderão ser interessantes seguir.



Existem muitas mais, quer para Android®, quer para iPhone®, por isso, se tiverem mais aplicações interessantes, por favor, não hesitem em partilhá-las na página do facebook do NIMI.

Representantes Locais, que se realiza anualmente no Congresso Nacional de Medicina Interna e nas reuniões regulares do Secretariado para as quais forem convocados.

- Exercer direito de voto na eleição do Secretariado do NIMI, que se realiza bianualmente.
- Promover a criação e participação dos colegas em estudos multicêntricos.

Ser interno de Medicina Interna no...

Centro Hospitalar do Algarve - Unidade de Faro



Pedro Cavaleiro

Interno de Medicina Interna, CH do Algarve
- Unidade de Faro

Segunda-feira, 4 de janeiro. Os serviços de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Algarve (3 na Unidade de Faro, 1 na Unidade de Portimão) recebem os novos internos, que iniciam uma nova etapa nas suas vidas. No Serviço de Medicina 1, no qual me incluo, a semana de trabalho começa com a reunião de apresentação do Serviço e do programa de formação.

A cada interno é atribuído um orientador de formação, ficando integrado na sua equipa. As funções no internamento são desempenhadas por estas unidades funcionais de 2 a 4 pessoas, que gerem normalmente entre 5 e 10 camas. O interno cumpre ainda funções de urgência interna, acompanhando o seu orientador (dois a três períodos das 13 às 19 h por mês) e integra a escala em nome próprio a partir do 4.º ano, para apoio às situações agudas dos doentes internados nos serviços de Medicina Interna.

A equipa estende-se também à consulta externa. Enquanto está na instituição, o interno acompanha o seu orientador na consulta de Medicina Interna, nunca gerindo uma consulta própria. O 2.º período

semanal é cumprido em regime de rotação pelas diferentes consultas temáticas existentes: imunodeficiência, doenças autoimunes, diabetologia, risco metabólico, tromboembolismo venoso, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, anemia, patologia da tiroide.

O Serviço de Urgência está dividido em dois balcões – doentes que deambulam e em maca. É neste último que os internos do primeiro ano desempenham funções. Os restantes membros da equipa de Medicina Interna gerem os internamentos, as situações que necessitam de monitorização e dão apoio a ambos os balcões, quando solicitados. O horário-tipo inclui 12 h semanais, frequentemente extensíveis até 24 h, e alterna mensalmente entre semana e fim de semana. É importante referir que a Sala de Reanimação e a Unidade de Cuidados Intermédios não estão sob dependência da Medicina Interna.

A investigação organizada é residual e considero que é nesta área que os serviços têm ainda mais para crescer. No entanto, os projetos de iniciativa individual que vão surgindo têm atingido sucesso nas metas definidas. É ainda solicitado aos internos que apoiem a formação dos alunos de Medicina nos seus estágios de Medicina Interna e que participem nas duas reuniões formativas semanais (uma para discussão de histórias clínicas ou de artigos e outra para apresentação de temas teóricos).

A avaliação é anual e é feita nos moldes do exame final da especialidade, sendo que do 1.º ao 4.º ano os temas teóricos que podem ser questionados são limitados.

Em suma, penso que o internato na Unidade de Faro do CHA é um desafio semelhante ao encontrado noutras instituições. A carga horária semanal real pode ser bastante superior às 40 h, muito pela pressão da carga laboral no Serviço de Urgência.

Viver no Algarve é uma experiência única, que tem as suas vantagens e desvantagens, muito longe da vida de veraneante imaginada por alguns. Mas, acima de tudo, condições para crescer a quem o quiser fazer não faltam.

Portugal recebe 12.º Congresso Internacional da Sociedade de Medicina Geriátrica da UE



João Gorjão Clara

Presidente do 12.º Congresso Internacional da EUGMS. Coordenador da Unidade Univ. de Geriatria da FMUL/CHLN. Coordenador do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI (GERMI)

O evento é dirigido a profissionais de saúde que partilhem o mesmo interesse na Medicina geriátrica, nomeadamente, geriatras, internistas, médicos de MGF, neurologistas e especialistas de todas as disciplinas médicas, terapeutas, enfermeiros, gerontologistas, investigadores e cientistas, farmacêuticos e nutricionistas. Este grande evento é também dirigido a todas as pessoas que tomam conta de doentes idosos, de forma a compreenderem a abordagem social, médica e clínica às doenças geriátricas.

Ano após ano, o Congresso da EUGMS tem vindo a ganhar cada vez mais relevância e é, atualmente, um dos mais importantes eventos internacionais na área da Medicina geriátrica, com cerca de 1500 participantes europeus e vários convidados, inclusive, de outras partes do mundo.

Os especialistas estarão focados nos tópicos mais relevantes relacionados com o tema do Congresso, incluindo intervenções cirúrgicas, farmacológicas e práticas em cuidados de saúde. Os oradores vão estar igualmente centrados nos novos desafios da saúde e envelhecimento, como as novas tecnologias de informação e protocolos e práticas médicas inovadoras.

Além das mais recentes novidades relacionadas com a Medicina geriátrica, estarão também em debate os novos papéis e competências dos diferentes profissionais de saúde nas equipas multidisciplinares, assim como a importância de se construírem relações interdisciplinares dentro da comunidade médica.

Geriatria: uma competência que deve crescer em Portugal

A Geriatria é, pois, transversal e todos os profissionais de saúde têm o dever ético de aprender mais sobre as particularidades dos idosos. O doente geriátrico não se define pela idade, como em 1948 o fez, no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, Marjory Warren, a mãe da Geriatria.

Na atualidade, o doente geriátrico é, de facto, idoso, mas, além disso, tem alto grau de fragilidade, múltiplas patologias de diagnóstico difícil, abordagem holística e decisões terapêuticas complexas. A Geriatria tem

assim o papel fundamental de otimizar o estado funcional, melhorar a qualidade de vida e a autonomia do doente idoso. Atualmente, estima-se que 15% de doentes idosos internados nos serviços hospitalares de Medicina sejam do foro geriátrico, isto é, que preencham os critérios que os definem como tal.

Contudo, Portugal está, de facto, muito atrasado na área geriátrica, sendo que a única Unidade de Internamento de Geriatria que existe começou a funcionar apenas em março de 2016, no Hospital de Vila Franca de Xira. O Hospital San Carlos, em Madrid, por exemplo, tem uma há 30 anos! Quando, em 2011, a Consulta de Geriatria do CHLN, que coordenei até 31 de dezembro de 2015, apresentou o seu trabalho inicial no Congresso Anual da EUGMS, em Málaga, ficaram todos surpreendidos ao saberem que esta era a primeira Consulta de Geriatria de Portugal e que representava o primeiro passo para se criar a primeira unidade a nível nacional.

Esta Consulta era a única a seguir o modelo internacional de equipa multidisciplinar de cuidados geriátricos, fazendo-se uma avaliação global do doente, prestando apoio domiciliário sempre que necessário. No domicílio faz-se uma análise de toda a situação do utente, inclusive, se existem tapetes que levem a quedas, se o frigorífico tinha alimentos saudáveis, se a banheira tinha bom acesso.

O projeto existiu durante quatro anos, com um balanço muito positivo. Felizmente, desde aí, já existe a competência de Geriatria, graças ao atual bastonário da Ordem dos Médicos, Prof. José Manuel Silva, e o modelo internacional de equipa multidisciplinar de consulta de Geriatria, que se seguia no Hospital Pulido Valente, CHLN, e que foi replicado pelo Prof. Manuel Teixeira Veríssimo, no CHUC.

Esperemos que o modelo possa ser reproduzido noutras unidades hospitalares e que se venham a ter mais unidades de internamento de Geriatria, para bem dos doentes geriátricos e dos jovens médicos que precisam conhecer, na prática, a particularidade dos mais idosos.

Com o Congresso, em Portugal, vamos abrir as portas ao conhecimento desta competência em Medicina, a fim de se descobrir novos mundos na Geriatria!

“Discovering New Ways in Geriatrics World” é o lema do 12.º Congresso Internacional da Sociedade de Medicina Geriátrica da União Europeia (EUGMS), que vai decorrer em Lisboa, entre os dias 5 e 7 de outubro de 2016. Como presidente do Congresso, este lema foi escolhido com o propósito de associar o espírito pioneiro e a aventura das Descobertas aos futuros caminhos da Geriatria, na procura de novo conhecimento, que permita a melhoria dos cuidados prestados aos doentes idosos.



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE