



LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
TRIMESTRAL | JAN./FEV./MAR 2017
ANO 3 | NÚMERO 9 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicações:
 justNews

APRESENTADO
O NOVO LOGÓTIPO NO
65.º ANIVERSÁRIO
DA SPMI

REUNIÃO EM LISBOA
ABORDOU INOVAÇÃO NA
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
PELA MI, A FORMAÇÃO E
AS COMPETÊNCIAS

*António Oliveira e Silva,
presidente do CA do CHSJ:*

**"A MEDICINA INTERNA TEM
UM ÓBVIO PAPEL DE LIDERANÇA
E DE GESTÃO DE PROCESSOS"**



23.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

PORTO DE CONFLUÊNCIAS

CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA DO PORTO

25 A 28 DE MAIO DE 2017

CURSOS PRÉ-CONGRESSO: 20 E 21 DE MAIO

PRESIDENTE DO CONGRESSO JOÃO ARAÚJO CORREIA (CHP)

SECRETÁRIO GERAL OLGA GONÇALVES (CHVNG) TESOUREIRO JOÃO NEVES (CHP)

COMISSÃO ORGANIZADORA CARLOS FERNANDES (HSO), HELENA SARMENTO (HSO), J. VASCO BARRETO (HPH),
JÚLIO OLIVEIRA (CHP), MARGARIDA FRANÇA (CHP), RAQUEL CALISTO (HPH), RUTE FERREIRA (HPH), SARA ROCHA (CHP)

SECRETARIADO SPMI – WWW.SPMI.PT

AGÊNCIA / PCO / PRODUÇÃO THE HOUSE OF EVENTS – WWW.THE.PT

WWW.23CNMI.ORG / FACEBOOK.COM/23CNMI



sumário

Entrevista

- 06 António Oliveira e Silva, presidente do Conselho de Administração do CH de São João, Porto**
“A Medicina Interna tem um óbvio papel de liderança e de gestão de processos”

Reportagem

- 26 Serviços de Medicina Interna do Hospital de Santa Luzia de Elvas e do Hospital Dr. José Maria Grande, Portalegre**
Internistas apostam no desenvolvimento de competências noutras áreas da Medicina

Discurso direto

- 16 Maria da Luz Brazão**
Balanço das III Jornadas de Medicina Interna e V de Infeciologia do Serviço de Medicina Interna do SESARAM - EPE
- 19 Cândida Fonseca**
O que posso esperar do rivaroxabano: dos ensaios clínicos à vida real
- 20 Diogo Cruz**
Microangiopatia trombótica
- 32 Maria Francisca Moraes Fontes**
XXIII Reunião do NEDAI / V Congresso Nacional de Autoimunidade na cidade de Lisboa
- 32 António Marinho**
A Medicina Interna e o NEDAI querem continuar a construir pontes
- 34 Fátima Campante**
Os novos fármacos para a hepatite C na Consulta de Hepatologia do CHBM

- 40 João Araújo Correia**
Inovação na prestação de cuidados pela MI, a formação e as competências
- 44 Abílio Gonçalves**
XXIII Reunião Nacional do Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais

Notícias

- 12 65.º Aniversário da SPMI**
Medicina Interna portuguesa soube preservar caráter generalista da especialidade
- 17 Médicas, enfermeiras e administrativas dançaram contra a diabetes**
Envolvendo profissionais do Centro Hospitalar do Oeste
- 18 2.º Congresso Nacional de Urgência**
Integração dos cuidados hospitalares com os CSP "é inevitável"
- 22 Integração de cuidados no SNS reduz idas às urgências e episódios de internamento**
Lembra Luís Campos, membro do Grupo de Trabalho para as Reformas de Proximidade do Ministério da Saúde
- 24 SPMI reforça ligações à América Latina**
Assinado protocolo de colaboração com a Sociedade de MI de Buenos Aires
- 25 X Jornadas do NEDF**
Hepatologia reconhecida como subespecialidade da MI
- 35 O regresso das Jornadas de Medicina Interna do CHBM**
A reunião aconteceu de 3 a 5 de novembro
- 36 11.ª Reunião Anual do NEDM**
Diabetes “desvalorizada” pela população e pelos profissionais de saúde

- 38 Reunião “Inovação na prestação de cuidados pela MI, a formação e as competências”**
Evento decorreu em Lisboa
- 41 PAM 2016**
A importância de prevenir as infeções nas doenças autoimunes
- 42 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna**
Aplicação informática permite aos participantes escolher o seu próprio “programa”
- 49 XXXVII Congresso da Sociedade Espanhola de Medicina Interna**
Reforçar os laços entre a SPMI e a SEMI

Espaço Internos

- 45 Lúcia Guedes**
Evolução do tratamento e importância de fármacos cada vez mais dirigidos
- 46 Gilberto Pires da Rosa**
Estágio de doenças autoimunes
- 46 Ana Raquel Ramos**
Queremos cuidados paliativos, já!
- 47 Sara Pereira**
Ser interno de Medicina Interna... CH do Médio Ave, Unidade de Famalicão
- 48 Paulo Almeida**
Prescrição racional no doente geriátrico: um desafio reconhecido?

Informação

- 50 E quando as estatinas não são suficientes?**
Simpósio “Dislipidemia aterogénica – um problema crescente que agrava o risco vascular”



12



25



36



26

Informar a população sobre diabetes e hepatite C

O Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) e o Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) da SPMI participaram em ações de sensibilização da população para a diabetes e a hepatite C, através da distribuição de jornais informativos na rede nacional de hipermercados Jumbo, com o apoio do Grupo Auchan.



Foto da capa
António Oliveira e Silva fotografado nos corredores do Hospital de São João.

O novo logótipo

Criado pela *designer* Susana Castro a partir de um desenho do artista plástico Xana, que tinha sido feito para o XXI Congresso Nacional de Medicina Interna, a SPMI entra em 2017 com um novo logótipo, que apresenta três ideias base: posição nuclear do internista, equipa e colaboração. O *site* da SPMI explica ainda que:

“Na bola central pode estar o serviço de medicina, o internista ou o doente. Nas outras poderão ver-se os outros serviços do hospital, os outros profissionais da equipa ou os outros níveis de cuidados. “O logótipo pretende aludir à posição nuclear que a MI ocupa hoje nos hospitais, colaborando com todas as outras espe-



SPMI
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

cialidades. A nova imagem pode também ser entendida como a equipa base do serviço de medicina, que integra o internista, mas que também inclui enfermeiros, assistentes operacionais, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta e dietista, cada um com

a sua função, mas todos importantes para que o doente seja bem tratado, mas também se sintam bem tratados.

“E, finalmente, para que o doente seja realmente o centro dos cuidados, a necessidade de garantir a continuidade ao longo dos diferentes níveis de cuidados, expressa pela linha cinzenta que une as várias bolas do logótipo.”

Diretor executivo da SPMI



Licenciado em Engenharia Multimédia e em Engenharia Informática, Nuno Neves assumiu as funções de diretor executivo da SPMI.

Satisfeitos com o sucesso...



Manuel Teixeira Veríssimo partilha com João Gorjão Clara, presidente da Comissão Organizadora Local do 12.º Congresso Internacional da European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), o sucesso da reunião que decorreu em Lisboa, com 1500 congressistas de 55 países.

LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Goreti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarina Mendes **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade:** Ana Paula Reis, João Sala **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade trimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 5000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **Impressão e acabamento:** TYPIA - Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, 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

ANTÓNIO OLIVEIRA E SILVA, PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO (CHSJ), PORTO:

“A Medicina Interna tem um óbvio papel de liderança e de gestão de processos”

Cerca de 10 meses depois de assumir a presidência do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), o internista António Oliveira e Silva fala, entre outras matérias, sobre esta sua experiência, admitindo que a tarefa não é fácil, tendo em conta que os recursos são limitados.

O responsável, que é vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), entende que, cada vez mais, deve ser privilegiada uma organização hospitalar por grandes centros de patologia, que inclua as várias especialidades médicas e as diversas tipologias de profissionais, colocando o doente verdadeiramente no centro. A Medicina Interna tem, na sua opinião, “um óbvio papel de liderança e de gestão de processos”.

Just News (JN) – Depois de ter ocupado diversos cargos de relevo no CHSJ – diretor clínico entre março de 2007 e abril de 2010, coordenador da emergência pré-hospitalar, diretor do Serviço de Urgência e coordenador da Unidade de AVC –, é desde fevereiro de 2016 presidente do CA. Como é ser médico e gerir o segundo maior hospital do país?

António Oliveira e Silva (AOS) – É muito complicado, principalmente por se tratar de um hospital antigo, com graves carências estruturais e infraestruturais, inserido

num contexto económico-financeiro débil e em que não tem havido disponibilidade para investimento. Por outro lado, o CHSJ, até por se tratar de um hospital muito diferenciado, com custos de produção elevados, sofre de subfinanciamento crónico, o que não permite gerar os recursos financeiros necessários à sua modernização. Para um médico, é uma experiência interessante mas que pouco tem a ver com o dia-a-dia da atividade clínica. Provavelmente, para um internista será mais familiar: Vejamos... Trata-se de cuidar de um organismo antigo, com várias maleitas crónicas que, por vezes, agudizam, sem grandes



recursos financeiros e com dependências importantes. A família (leia-se acionista) também não aparece muito...

JN – Que metas estabeleceu?

AOS – Cumprir a missão do hospital de um modo eficiente e reconhecido. A nossa obrigação principal, como instituição pública, é estar ao serviço do cidadão, principalmente, do cidadão doente. É assumirmos esta dupla lealdade para com a tutela e para com o cidadão e procurar que elas não conflituam. É manter o CHSJ na vanguarda da assistência, da investigação e do ensino.



JN – Que tipo de líder é?

AOS – Não sei! Não gosto nada de *selfies*. Tento ser tolerante, motivador e tempestivo na decisão. Espero manter a capacidade de me rir de mim próprio... Para mim, o mais importante é aproveitar as competências específicas de cada um, tentando colocar a pessoa certa no lugar e tempo adequados.

JN – Na sua ótica, quais são os principais obstáculos na gestão hospitalar da atualidade?

AOS – Nem toda a saúde cara é boa, mas a saúde boa é

cara. Estamos numa situação de recursos limitados e, por isso, teremos que ser mais imaginativos. No entanto, a imaginação tem limites. É evidente que há uma certa margem de eficiência que ainda é possível recuperar no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Mas qualquer ganho de eficiência adicional implica um investimento que não está a ser feito. Se eu não tiver pessoas motivadas, equipamentos e estruturas adequadas, não consigo cumprir a minha missão de forma satisfatória. Por outro lado, e particularmente nos últimos anos, tem-se assistido a uma política muito centralista, em que os hospitais fo-

ram privados da sua autonomia de decisão, mesmo nas coisas mais banais. Não se podem pedir responsabilidades quando se coarta a autonomia.

JN – Que opinião tem relativamente à acumulação de funções dos médicos do SNS com o setor privado? Entende que deve ser um sistema a manter ou a considerar alterar?

AOS – Idealmente, preferia que houvesse exclusividade de funções no setor público e exclusividade de funções no setor privado. Mas percebo que não será fácil. Existe uma diferença abismal de remunerações entre o setor públi-



co e o setor privado, no que aos médicos diz respeito. Se fosse exigida a exclusividade de funções públicas, poderia acontecer uma saída em massa dos médicos das instituições públicas, principalmente, daqueles mais diferenciados. No entanto, acho que a evolução deveria ser no sentido da exclusividade de funções, com maior relevância, na minha opinião, durante o período de formação específica e no exercício de funções de direção.

O diretor de serviço deve ter disponibilidade para pensar, organizar e gerir o serviço, o que é muito difícil de compatibilizar com outro tipo de atividade. Acho que o atual sistema pode ser alterado, mas precisamos de criar um sistema de incentivos e de reconhecimento que permita fixar os profissionais. Sempre trabalhei em exclusividade, porque gosto da medicina hospitalar e é onde me sinto

"IDEALMENTE, PREFERIA QUE
HOUVESSE EXCLUSIVIDADE DE
FUNÇÕES NO SETOR PÚBLICO E
EXCLUSIVIDADE DE FUNÇÕES NO
SETOR PRIVADO."

realizado. Até há pouco tempo, isto só era possível no SNS. Hoje, já não é assim. Há, no setor privado, hospitais no verdadeiro sentido do termo, com serviços organizados, quadros próprios, formação e ensino e com uma diferenciação comparável aos do setor público. Quem gosta do exercício da medicina hospitalar já não tem que optar, necessariamente, por um hospital público.

Medicina Interna deve ser uma especialidade "abrangente, mas profunda"

JN – Enquanto especialista em Medicina Interna, entende que o internista deve ser o grande gestor do doente no hospital?

AOS – O internista deve ser o médico de referência,



o gestor do doente hospitalar. Deve geri-lo nas suas diversas vertentes, quer em assunção plena de responsabilidades, quer em regime de cogestão com outras especialidades. Os doentes que acorrem aos hospitais, independentemente da razão, são cada vez mais velhos, mais doentes e têm mais comorbilidades. É necessária a gestão clínica integrada de todo este processo. A Medicina Interna é a especialidade hospitalar mais bem colocada para assumir esta responsabilidade.

Um exemplo: um doente internado com fratura do colo do fémur, normalmente, é muito mais do que isso. Trata-se, com muita probabilidade, de uma pessoa com mais de 80 anos, com comorbilidades significativas, dependência em grau variável, sujeito a medicação múlti-

pla, com enquadramento social complexo e que necessita de uma intervenção cirúrgica rápida. O prognóstico deste doente está muito dependente da precocidade da intervenção do internista no processo.

JN – Qual a sua visão sobre a forma como a Medicina Interna está organizada no hospital?

AOS – A organização clínica hospitalar padece de um vício antigo: os hospitais normalmente estão organizados por serviços, que correspondem às especialidades médicas, com fronteiras muito definidas. Isto está fora do nosso tempo e, claramente, não responde às necessidades dos doentes. Cada vez mais, devemos privilegiar uma organização hospitalar por grandes centros de patologia, por áreas de interesse, onde coexistem várias especialidades médicas, várias tipologias de profissionais, colocando o doente verdadeiramente no centro das nossas atenções. Neste modelo organizativo, a Medicina Interna tem um óbvio papel de liderança e de gestão de processos e deve merecer, na organização hospitalar, uma colocação correspondente a esta importância.

JN – Como avalia a evolução do papel do internista no contexto hospitalar?

AOS – Até há uns anos, a especialidade de Medicina Interna era definida por exclusão. Era da MI o que não era de ninguém. Esta prática era o oposto do que deve ser a Medicina Interna moderna: uma especialidade abrangente, mas profunda. O internista é o especialista da medicina do adulto. Tem competência para abordar e resolver a grande maioria das situações clínicas, agudas ou crónicas, estáveis ou instáveis que podem afetar a população adulta. O internista não referencia um doente por não querer abordar um problema, mas por necessitar de respostas ao problema a que quer responder. Esta visão generalista não é incompatível com a profundidade de conhecimentos, nem com a dedicação preferencial a áreas ou a condições patológicas específicas. No meu caso pessoal, dediquei uma parte da vida profissional à área da doença vascular cerebral, o que não me impediu de manter uma visão abrangente e uma prática correspondente ao carácter generalista da especialidade.

Dar resposta aos cidadãos que vão à urgência

JN – Esteve ligado à urgência durante alguns anos. Relativamente à questão da elevada afluência à urgência que tanto tem vindo a ser noticiada pelos órgãos de comunicação, na sua opinião, o que está a funcionar mal?

AOS – O cidadão que acha que tem uma doença que não pode esperar por consultar o seu médico assistente, ou que nem sequer tem um médico assistente, procura os cuidados de saúde que estão disponíveis na urgência hospitalar. O serviço de urgência (SU) tem tendência a funcionar um pouco como uma loja multisserviços. Ou seja, a pessoa vai à urgência e tem os problemas todos resolvidos – faz aí todas as análises e exames e é visto pelos especialistas que forem necessários para a

resolução do seu problema. Esta é a visão que o cidadão comum tem do SU e que contrasta com a visão do médico do SU.

Não vou dizer nada de novo, mas também acho que há problemas na organização e na comunicação entre os vários níveis de serviços (cuidados primários e cuidados hospitalares), que deveriam estar articulados de modo a responder tempestiva e efetivamente aos problemas do cidadão. O facto é que a pessoa com um problema de saúde agudo acha que necessita de uma observação médica urgente. Isto implica que o sistema tem de estar organizado de modo a dar uma resposta, facilitando o acesso ao nível adequado de cuidados no tempo certo. E, mais do que isso, as pessoas têm de ter confiança no sistema. Não adianta nada termos uma organização bem desenhada, perfeita no papel, mas que as pessoas ultrapassam por falta de confiança.

JN – De que forma o problema pode ser atenuado?

AOS – Temos tendência a falar do problema e a enfatizá-lo apenas em situações de pico ou de crise. Nestas situações, fala-se sempre em aumentar a disponibilidade dos cuidados primários, em criar redes estratificadas de prestação de cuidados, em desenvolver canais de comunicação mais eficazes, mas logo que a situação abandona os títulos dos jornais não se fala mais no assunto até ao inverno seguinte. Uma solução mais duradoura e sustentada tem de ser desenvolvida. Não vale a pena queixarmo-nos de que as pessoas vêm muito à urgência. Elas não são masoquistas. Vêm à urgência porque acham que têm necessidade de uma observação médica e, se entenderem que essa observação só pode ser feita no serviço de urgência, é lá que vão. E vão porque é lá que vão sempre. Se não existe a prática de recorrer ao centro de saúde ou ao seu médico assistente (independentemente das razões porque isto acontece), não é nas situações de crise que vão recorrer.

Em épocas de grande afluência, as instituições têm de ter respostas preparadas, independentemente das questões de fundo. E as respostas podem ter a ver com o reforço de recursos humanos (onde tal for possível), ou com a criação de alternativas de assistência que não passem pelo serviço de urgência propriamente dito. No CHJS, estamos a tentar manter um serviço de urgência a funcionar normalmente e uma consulta permanente que permita dar resposta a todas as situações de doença aguda que não entrem nos critérios de urgência, em colaboração muito estreita com os centros de saúde da nossa área de referência. A esta consulta de agudos as pessoas poderão recorrer por sua própria iniciativa ou através da referência dos médicos dos cuidados primários. Esta comunicação com os médicos de Medicina Geral e Familiar é absolutamente vital para o sucesso da iniciativa. Para além da consulta presencial, existirão canais de comunicação dedicados que permitirão uma consultadoria rápida.

JN – Como considera que deve ser feita a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados

de saúde hospitalares no que se refere à gestão dos meios complementares de diagnóstico?

AOS – Vamos falar outra vez de comunicação, articulação de cuidados e continuidade assistencial. Há doentes que “partilhamos” na área da consulta externa e em que fica muitas vezes a sensação de que seguimos percursos paralelos, sem se tocarem, com consultas e pedidos de exames redundantes e repetidos, sem qualquer benefício para o doente e com o óbvio desperdício de recursos. Por vezes, ainda se notam resquícios de alguma sobrançeria dos médicos do meio hospitalar em relação aos dos cuidados de saúde primários. Não é aceitável nem há nada que o justifique! Temos de manter uma boa relação e estabelecer uma comunicação fácil e fisiológica com os centros de saúde. Isto passa por dar acesso completo à nossa carteira de serviços, informação periódica sobre os doentes partilhados, facilidade de contactos e por aí fora...

Iniciámos também no CHSJ uma experiência-piloto na área de patologia clínica, de modo a tentarmos internalizar os exames solicitados pelos ACES da nossa área de referência. Penso que estas iniciativas, com os ACES Maia/Valongo e Porto Oriental, têm resultado. Os intervenientes no processo estão satisfeitos e são certamente experiências que vamos incentivar. O desenvolvimento e o alargamento destas experiências a outras áreas de meios complementares de diagnóstico vai obrigar-nos certamente a uma modificação organizativa, de modo a podermos responder ao desafio da internalização e da utilização partilhada de recursos.



“TEMOS DE MANTER UMA BOA
RELAÇÃO E ESTABELECEM UMA
COMUNICAÇÃO FÁCIL
E FISIOLÓGICA COM OS CENTROS
DE SAÚDE.”

“O internista tem capacidade de se adaptar a novas realidades”

JN – Quando decidiu que queria ser médico?

AOS – Quando tinha cerca de seis anos queria ser bombeiro... Passada esta fase, acho que sempre me via como médico. A vivência familiar teve certamente muito peso na minha escolha. O meu bisavô era médico, tal como o meu avô, o meu pai, os meus tios e o meu irmão. Curiosamente, os meus dois filhos optaram pela área da Engenharia.

JN – E a opção pela Medicina Interna?

AOS – A resposta que surge de imediato é porque gosto de ser médico. Nunca tive apetência especial por especialidades cirúrgicas ou laboratoriais. Gostava das especialidades médicas, mas era-me difícil elege-la uma acima de todas as outras. Daí a Medicina Interna... Gosto das especialidades generalistas, onde predomina o domínio cognitivo acima da técnica. Gosto desta nossa capacidade de adaptação, que nos permite exercer nos mais variados cenários e contextos.

JN – Como tem sido não vestir a bata branca?

AOS – Não é fácil! Faz-me falta o contacto com os doentes e a discussão clínica. Só continuo a ler revistas médicas.

JN – Foi fácil aceitar o desafio?

AOS – Não foi fácil porque gostava bastante do serviço e do hospital.

JN – A maior parte do seu percurso foi feita no Centro Hospitalar de São João...

AOS – Sim, desde o Internato Geral até 2014, quase sempre trabalhei no Hospital de São João, descontando o período de dois anos em que estive em Braga.

JN – Reside no Porto, mas nasceu em Oliveira de Azeméis (5 de março de 1960). Quando é que surgiu a sua ligação ao Porto?

AOS – Estudei no Porto e depois fiquei por aqui. Fiz a licenciatura no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto, depois o Internato Geral no Hospital de Santo António e o Internato da Especialidade no Hospital de São João. O Porto tem tido uma dinâmica de crescimento impressionante nos últimos anos. E é muito agradável viver nesta cidade. Contudo, apesar de residir aqui, continuo a ser oliveirense...

JN – Imagino que, enquanto presidente do CA de um centro hospitalar como o de São João, o tempo livre não seja muito. O que gosta de fazer quando o tem?

AOS – Gosto de não fazer nada, de cinema, de música, de jogar basquetebol, um desporto que pratico desde a época de liceu e que me ajuda a descontraír. Jogava já em Oliveira de Azeméis e fiquei fã. Praticar um desporto coletivo ajuda-nos a entender melhor o trabalho em equipa e a valorizar o esforço de cada um. Não adianta sermos os melhores se não trabalharmos em equipa. Perdemos o jogo!

JN – Quais as suas expectativas para os próximos anos, tendo em conta que o seu mandato como presidente do CA é de três anos?

AOS – O nosso mandato pode acabar a qualquer momento, quer por decisão nossa, quer da tutela. Eu aprendi a não fazer muitos planos para o futuro, porque as coisas que me aconteceram e os cargos que fui ocupando ao longo da vida foram sempre inesperados. Mas começo a estar demasiado longe da clínica e isso faz-me falta. No futuro, vejo-me principalmente a fazer clínica, não com funções exclusivas de gestão. Mas não sei... As coisas na vida podem alterar-se a qualquer momento e nunca sabemos o que vamos fazer a seguir...

JN – Por último, que imagem gostaria que guardassem daqui a uns anos do tempo em que foi presidente do CA?

AOS – Gostava que a imagem refletisse um tempo de afirmação, de alteração profunda das estruturas e infraestruturas hospitalares, de valorização e reconhecimento profissionais, de cumprimento de missão.

JN – O seu dia-a-dia mudou completamente desde fevereiro de 2016...

AOS – Sim. Na altura, era diretor do Serviço de Medicina do Hospital de Braga. Foi um hospital e um serviço que me marcaram bastante, onde eu gostei muito de estar.

JN – Nessa altura, morava em Braga?

AOS – Não, ia e vinha todos os dias.



PUBLICIDADE

65.º ANIVERSÁRIO DA SPMI

Medicina Interna portuguesa soube prese

Passaram-se 65 anos desde que foi criada a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Para assinalar o aniversário, teve lugar uma sessão solene na qual o seu presidente, Luís Campos, destacou que a Medicina Interna em Portugal está numa situação privilegiada no contexto europeu, dado que “soube preservar o carácter generalista” da especialidade. Ao contrário dos países da Europa Central e do Norte, que optaram pela dupla titulação e onde a maior parte dos internistas tem uma subespecialidade médica, Portugal não o fez.



Anteriores presidentes da SPMI (Barros Veloso, Faustino Ferreira, António Martins Baptista e Manuel Teixeira Veríssimo) com Luís Campos

O evento decorreu na Sala de Atos da Faculdade de Ciências Médicas, em Lisboa, e teve como anfitrião Miguel Xavier, seu subdiretor. Foi neste mesmo local que se realizou a histórica sessão inaugural da SPMI, quando foi eleita a primeira lista para a Direção da Sociedade. O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, foi um dos convidados da sessão, tendo manifestado o seu desejo de que “os próximos anos sejam de grande crescimento para a MI no nosso país, para o bem de todos, para o bem do nosso sistema de saúde, seja qual for o modelo de gestão e, sobretudo, para o bem dos doentes”.

Coube ao secretário de Estado da Saúde, Manuel Delgado, representar o ministro da Saúde no evento. Dirigindo-se à audiência, onde estavam alguns dos antigos presidentes da SPMI, aquele responsável destacou que a MI, pela sua perspectiva holística, e em termos de gestão de organização médica dos hospitais, tem uma capacidade de se relacionar com a componente que está do outro lado da “porta”: a Medicina Geral e Familiar. Esta é, na sua opinião, uma posição privilegiada, porque possibilita entender melhor “o que está do outro lado do hospital”.

Seguiu-se, depois, uma conferência intitulada “O maestro e a orquestra”, proferida por Rui Massena, na qual foi feito um paralelismo entre o trabalho do maestro na orquestra e o do internista no hospital.

Portugal precisa de mais internistas

Segundo Luís Campos, “Portugal é o segundo país da OCDE com melhor *ratio* entre as especialidades generalistas e as outras, sendo a MI a mais numerosa nos hospitais do SNS”. Na sua opinião, “os internistas, em Portugal, têm capacidade para abordar todas as doenças

médicas dos adultos, seja nos serviços de urgência, nas enfermarias ou no ambulatório, podem tratar a maioria destas doenças, decidir quando necessitam da cooperação de outras especialidades ou em que circunstâncias devem referenciar os doentes para diferentes áreas médicas». Além disso, acrescenta, «têm capacidade para abordar os doentes sem diagnóstico e tratar as doenças sistémicas e os doentes com multimorbilidade». Mas, de acordo com aquele responsável, não bastam os 1000 internos que em Portugal estão em formação. “A necessidade da MI tem crescido de forma mais acelerada do que a formação de internistas. Trata-se da especialidade mais carenciada no SNS, como o provou o recente mapa de vagas para carenciados que os hospitais enviaram”, justificou.

SPMI quer investir fortemente na formação

Luís Campos salientou que uma das principais funções da SPMI é “ajudar os decisores a tomar boas decisões”. Neste campo, a SPMI pretende investir fortemente na formação dos internos, através de cursos presenciais, *webinars* e *e-learning*. “Estamos a criar condições para alavancar esta atividade, com a possibilidade mesmo de a expandirmos



varcar caráter generalista da especialidade

aos oito países de língua oficial portuguesa, o que se traduz num universo de 250 milhões de pessoas”, adiantou.

O presidente da SPMI considera que é também necessário adaptar o internato, “tornando-o mais flexível, para permitir um equilíbrio entre a manutenção da nossa capacidade generalista, que é a nossa grande mais-valia, com o desenvolvimento de competências”. Na sua ótica, é ainda preciso diversificar os critérios de progressão na carreira para não prejudicar a diversidade dos perfis de internistas que a MI tem de estimular para fazer face à diversidade de modelos de cuidados e de ambientes onde está envolvida.

Por outro lado, “o papel dos diretores de serviço é fundamental, para saberem integrar nos seus serviços estas diferentes expressões fenotípicas de ser internista, para mobilizarem as equipas para estes novos desafios e para convencerem as administrações das suas vantagens e da necessidade de reforçar a capacidade dos serviços com o recrutamento de mais internistas”.

A SPMI está também empenhada na promoção da saúde, na prevenção da doença e na capacitação dos doentes para tomarem cada vez mais conta da sua saúde. “É sabido que os cuidados de saúde determinam 10% da saúde das pessoas e os comportamentos de risco cerca de 40%”, apontou.





PUBLICIDADE



PUBLICIDADE

Balanço das III Jornadas de Medicina Interna e V de Infeciologia do Serviço de Medicina Interna do SESARAM – EPE



Maria da Luz Brazão

Presidente das III Jornadas de Medicina Interna e V Jornadas de Infeciologia do Serviço de Medicina Interna do SESARAM - EPE

Os serviços de Medicina Interna e de Infeciologia do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM – EPE), organizaram as III Jornadas de Medicina Interna e V de Infeciologia do Hospital Central do Funchal, que decorreram entre os dias 28 e 29 de outubro de 2016.

A realização deste evento, que teve lugar no Centro de Congressos do Hotel Vida Mar no Funchal, revelou a preocupação deste Serviço em acompanhar a evolução do conhecimento médico numa época em que a Medicina Interna se assume como especialidade nuclear dos sistemas de saúde e o Internista como pilar cada vez mais determinante das unidades hospitalares. Constituiu também mais um passo na atividade científica de um Serviço que, ciente dos desafios do tempo, compreende a importância da formação, investigação, atualização e da partilha do conhecimento médico.

As expectativas por nós colocadas no início destas Jornadas foram largamente superadas não só pela qualidade da discussão técnica e científica que se estabeleceu, mas também pelo entusiasmo dos congressistas presentes que participaram ativamente nas sessões de debate, nas mesas-redondas e conferências, nos cursos e nos eventos sociais.

Somos contemporâneos de profundas mudanças sociais, consequência de estrangimentos económicos sem igual na nossa história. Deste contexto resultam profundas mudanças na área assistencial relacionadas com a saúde, com enormes limitações orçamentais. Coloca-se agora mais do que nunca a necessidade de repensar a metodologia de formação médica, que tem de ser adequada às novas perspetivas de prestação de cuidados de saúde, e refletir sobre o perfil do médico que queremos ter no futuro, para termos mais e melhor assistência na doença, pelo menos sem mais custos. Penso que uma sólida e adequada formação médica, obrigatoriamente associada a básicas noções de gestão trarão uma redução de custos na prestação de cuidados de saúde, mantendo a necessária e exigida qualidade.

Todos estes desafios para a Medicina Interna, influenciaram a escolha do programa científico que selecionamos para estas Jornadas, o qual contribuiu com toda a certeza para o nosso enriquecimento científico e intelectual e vai influenciar seguramente a nossa prática clínica.

Destaco a conferência sobre o papel crucial do internista no Serviço de Urgência, nomeadamente as decisões de internamento na urgência, as mesas-redondas, onde foram debatidos, o estado da arte na área cardiovascular, a quimioprofilaxia antiinfeciosa e a infeção VIH e ainda as sessões de debate sobre a problemática da anticoagulação no século XXI, as infeções víricas emergentes como o grande desafio do mundo globalizado e a atualização na abordagem do AVC na fase aguda

Privilegiamos os nossos internos com uma diversidade de cursos a eles dirigidos, nomeadamente o curso de ventilação não invasiva, curso de terapêutica da Dor, curso de doenças lisossomais de sobrecarga e curso de alergia a medicamentos e anafilaxia, que se realizaram no dia 27 de outubro.

Estamos seguros de que o conjunto de preletores nacionais de excelência que participaram nestas Jornadas, bem como os participantes de todo o país, fizeram deste evento um fórum de discussão e consenso em torno de patologias e boas práticas médicas. De facto, a participação viva e intensa de todos os internistas e infeciologistas que nos honraram com a sua presença, fez destas Jornadas um ponto alto na formação médica, tornando-as um ponto de encontro de todos os profissionais interessados na troca de conhecimentos e experiências e na actualização de competências e saberes técnicos e científicos.

A dificuldade acrescida de estarmos rodeados por mar foi facilmente contornada por uma equipa de trabalho coesa e amiga que constitui o Serviço de Medicina Interna do SESARAM do qual me orgulho de ser Directora. Para eles o meu sincero agradecimento.

Agradeço aos colegas congressistas e aos convidados terem aceitado o desafio para discutir, mais do que isso, para ajudar a construir o futuro da Medicina Interna e com a esperança renovada na capacidade dos internistas fazerem face aos desafios de uma Medicina Moderna.

ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE

Médicas, enfermeiras e administrativas dançaram contra a diabetes

Para assinalar o último Dia Mundial da Diabetes, dezenas de profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha (CHO-UCR) dançaram num *flash mob* em pleno centro comercial daquela cidade. A médica Manuela Ricciulli, coordenadora da Unidade Integrada da Diabetes do CHO-UCR, foi uma das "bailarinas" que estiveram "em palco".

A iniciativa, organizada no âmbito da Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes do ACES Oeste Norte/CHO-UCR, contou com a participação de um grupo de 30 médicas, dietistas, enfermeiras e administrativas, que atuaram para a população das Caldas da Rainha. O objetivo era deixar uma mensagem importante: "Toca a Mexer, porque a vida sedentária é um dos fatores de risco da diabetes tipo 2, além de o exercício físico melhorar a qualidade de vida de quem já tem diabetes, seja de tipo 2 ou 1." Manuela Ricciulli, especialista de Medicina Interna, afirmou à *Just News* que este tipo de iniciativas é uma forma



de alertar para uma doença que tem características de epidemia. E adiantou: "Nas *t-shirts* que usamos, na parte de trás, fazemos também um apelo a uma alimentação saudável, pedra basilar

na prevenção da doença e das suas complicações."

Além do momento de dança, preparado com a ajuda da Escola Vocacional de Dança de Caldas da Rainha, o *flash*



mob incluiu a atuação de um grupo da região: Fátima Farra. Para Manuela Ricciulli, o evento não podia ter corrido melhor: "Foi muito bom, valeram bem a pena as horas de ensaio."

Para dar apoio à equipa esteve também presente Patrícia Camarinha – aluna daquela escola com diabetes tipo 1 e que usa uma bomba infusora de insulina – e António Curado, diretor clínico do CHO, que ainda chegou a tempo de dar uns passos de dança.

Questionada sobre a temática central do Dia Mundial da Diabetes deste ano,

"Olhos na Diabetes", Manuela Ricciulli considera que ainda é preciso apostar mais na prevenção da retinopatia diabética, embora já se notem diferenças face a anos anteriores. "Têm-se verificado melhorias a nível nacional, com mais rastreios", disse.

Especificamente nas Caldas da Rainha, a médica considera que já tiveram momentos piores: "Chegámos a ficar sem oftalmologistas... Hoje em dia, temos dois, que têm de percorrer as unidades de Caldas da Rainha, Peniche e Torres Vedras do CHO".

Apesar de não ser o ideal, "já se consegue dar resposta aos casos de retinopatia diabética que vão surgindo". Exemplo disso é a parceria que o ACES Oeste Norte tem com a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) para a realização de rastreios e o protocolo que o CHO vai estabelecer com o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, em Lisboa.

2.º CONGRESSO NACIONAL DE URGÊNCIA

Integração dos cuidados hospitalares com os CSP “é inevitável”

“A Medicina Interna é a especialidade mais bem posicionada para fazer a ponte com os CSP na gestão do doente crónico.” Esta foi uma das principais mensagens que o presidente da SPMI deixou na sessão de abertura do 2.º Congresso Nacional de Urgência. O evento, que teve lugar no auditório da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, foi organizado pelo Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI) da SPMI.

Luís Campos frisou que “o que se passa nas Urgências é o espelho da realidade do sistema de saúde”. E continuou: “A montante, somos o país onde mais pessoas recorrem aos serviços de urgência e a jusante temos uma dificuldade crescente em dar resposta a este afluxo, logo, é inevitável a integração dos cuidados hospitalares com os CSP nos casos de doença crónica.”



José Mariz, Maria da Luz Brazão e Luís Campos

A nível hospitalar, “é preciso também reforçar a presença da MI, quer nos serviços de Medicina como na Cirurgia, pois, apenas a abnegação, a dedicação, a flexibilidade e o sentido ético dos internistas têm evitado a rutura do SNS.” Outra preocupação demonstrada pelo presidente da SPMI prende-se com o facto de se estar a substituir os internis-

tas nas Urgências por “profissionais menos preparados para dar resposta a uma população cada vez mais envelhecida e com multimorbilidades”.

Entretanto, Maria da Luz Brazão, presidente do Congresso e coordenadora do NEUrgMI, realçou a importância do evento para se abordarem os problemas que se fazem sentir nos vários



serviços de Urgência do país, como a sobrelotação ou a organização das equipas.

“Não basta dar formação em competências técnicas e de outra índole, mas também discutir a gestão das Urgências, uma situação que nos preocupa bastante”, disse aquela médica, que é diretora do Serviço de MI da Madeira.

Esta discussão deve realizar-se, como salientou José Mariz, internista do Serviço de Urgência do Hospital de Braga e secretário-geral do Congresso, “de forma honesta, séria e útil”.

O evento, que decorreu nos primeiros dias de outubro, contou com a presença de cerca de 200 participantes. Em 2017, realizar-se-á em Coimbra.

FIBRILHAÇÃO AURICULAR, COMO E QUANDO ANTICOAGULAR

O que posso esperar de rivaroxabano: dos ensaios clínicos à vida real

**Cândida Fonseca**

Coordenadora da Unidade de Insuficiência Cardíaca do H. São Francisco Xavier. Coordenadora do Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia mais prevalente no adulto, atinge cerca de seis milhões de indivíduos na Europa e aumenta com a idade. A prevalência da FA em Portugal é de 2,5% na população adulta com 40 anos ou mais, 6,6% nos indivíduos entre os 70 e 79 anos e 10,2% dos com idade superior ou igual a 80 anos – estudo FAMA. Multiplica por cinco o risco de acidente vascular cerebral (AVC) estando associada a uma carga social e económica substancial para o país, pelo que a hipocoagulação é a primeira preocupação terapêutica para com o doente com FA.

Os dados relativos ao padrão de utilização da terapêutica anticoagulante para prevenção do AVC embólico no contexto da FA não valvular são preocupantes em todo o mundo, já que existe uma subutilização acentuada desta terapêutica. Os estudos mostram que apenas metade dos candidatos a anticoagulação oral estariam sob anticoagulante – antagonistas da vitamina K (AVK) era a regra até há poucos anos atrás – que, em metade dos casos apenas, estaria em nível terapêutico. O difícil manejo dos AVK devido à sua estreita margem terapêutica, interações medicamentosas e alimentares, bem como o receio das complicações hemorrágicas, têm sido apontados como as principais causas para a subutilização da terapêutica anticoagulante.

Nos últimos anos, a investigação científica na área da ACO brindou doentes e clínicos com novos fármacos. Não menos eficazes e seguros que os AVK e de mais fácil manejo, os chamados novos anticoagulantes (NOAC) ou, mais corretamente, anticoagulantes diretos (ACD), nos quais se inclui o rivaroxabano, um antagonista direto do fator Xa, deram provas em ensaios clínicos aleatorizados de fase III. Os ACD posicionaram-se assim como fármacos

de primeira linha nas recomendações internacionais para a prevenção do AVC no contexto da FANV.

Considerando que o AVC é a principal causa de morte em Portugal e que o AVC embólico é prevenível, urge estimular o papel das instituições e dos profissionais de saúde na Educação para Saúde, na melhoria das estratégias diagnósticas e no melhor controlo, monitorização e acompanhamento do doente com FA, aos vários níveis dos cuidados de saúde.

Com exceção do papel cada vez mais importante do rastreio sistemático da FA, é às Urgências Hospitalares que frequentemente recorrem os doentes com FA sintomática. Os Serviços de Urgência e as suas equipas clínicas dedicadas são, pois, fundamentais nesta matéria.

A par dos grandes ensaios clínicos aleatorizados, indispensáveis em termos clínicos, e até das autoridades reguladoras em Saúde, os dados científicos provenientes da prática clínica, designados de Dados de Vida Real (DVR), revestem-se de especial importância nos dias de hoje e complementam de forma importante a era da Medicina Baseada na Evidência. Não só pretendem responder acerca da universalidade clínica da utilização de novos medicamentos quando comercializados como também reforçam a confiança do clínico e do doente na sua utilização.

Cada vez mais os Sistemas de Saúde baseiam as suas decisões de viabilidade e investimento económico com base nesta nova dimensão de evidência, sendo, pois, de salientar a importância de avaliar criteriosamente a validade das várias análises ao nosso dispor. Por conseguinte, e no contexto dos NOAC, o rivaroxabano tem hoje um conjunto único e consistente de dados, num amplo espectro de nosologias.

Em contraciclo com os dados dos restantes NOAC, o estudo ROCKET-AF avaliou a eficácia e segurança do rivaroxabano na prevenção do AVC e embolismo sistémico em doentes com FANV em comparação com a varfarina, numa população de doentes de elevado risco tromboembólico, tendo incluído doentes com CHADS2 médio de 3.5, sendo que 87% dos doentes incluídos tinham CHADS2 entre 3 e 6.

Numa população tão desafiante, o rivaroxabano mostrou ser não inferior à varfarina na prevenção do AVC e ES e até superior, com uma redução adicional de 21% na população em tratamento (95% CI 0.66–0.96; p=0.02 para superioridade), reduzindo significativamente as hemorragias mais graves e mais preocupantes para o clínico – RRR de 31% das hemorragias em órgão crítico, RRR de 33% das hemorragias intracranianas e de 50% das hemorragias fatais.

Já o estudo XANTUS demonstrou a efetividade e segurança do rivaroxabano na vida real, com taxas muito baixas de hemorragia major (cerca de 2%/ano) e de AVC e embolismo sistémico (cerca de 1%/ano). Cerca de 96% dos doentes não sofreram qualquer evento adverso relacionado com o tratamento.

Com a publicação do estudo XANTUS, o rivaroxabano torna-se o primeiro NOAC com evidência robusta por todo o espectro da escala de CHADS2 – de 1 a 6. Este é, sem dúvida, um aspeto diferenciador, já que na escolha de um NOAC é importante que seja considerada a evolução da patologia ao longo da vida do doente.

Os resultados destes estudos da vida real vêm reforçar a robustez e consistência dos dados do rivaroxabano e os estudos ROCKET AF, XANTUS, TAMAYO, REVISIT-US, RELIEF/REASSESS reafirmam a efetividade do fármaco na prevenção do AVC em doentes em todo o espectro da escala CHADS₂.

A consistência destes dados deve contribuir seguramente para a confiança na sua utilização e dar ao clínico a visão mais clara e de suporte à tomada de decisão no dia-a-dia. O arsenal terapêutico de que hoje dispomos tem permitido que, como clínicos, possamos tratar mais e melhor os doentes com FANR, assim melhoraremos os processos, os protocolos de tratamento e a coordenação entre instituições de saúde, e assumamos cada um de nós o papel fundamental que devemos desempenhar.

Bibliografia:

- Patel M.R. et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365(10):883-891.
- Camm A.J. et al. XANTUS: a real-world, prospective, observational study of patients treated with rivaroxaban for stroke prevention in atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2016 Apr 7;37(14):1145-53.
- Tamayo S. et al. Characterizing major bleeding in patients with nonvalvular atrial fibrillation: a pharmacovigilance study of 27 467 patients taking rivaroxaban. *Clin Cardiol.* 2015;38(2):63-68.
- Coleman C.I. et al. Real-world evidence of stroke prevention in patients with nonvalvular atrial fibrillation in the United States: the REVISIT-US study. *Curr Med Res Opin.* 2016 Sep 20:1-7.
- Coleman C.I. et al. REal-World Evidence of stroke prevention in patients with atrial Fibrillation-The RELIEF study. *Int J Cardiol.* 2016 Jan 15;203:882-4.
- Coleman C.I. et al. REal-World Evidence with apixaban for stroke prevention in Patients with non-valvular Atrial Fibrillation in Germany. Presented at ESC 2016.
- Kirchhof P. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016 doi:10.1093/eurheartj/ehw210.

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do 2.º Congresso Nacional de Urgência, em outubro 2016.

Microangiopatia trombótica



Diogo Cruz

Serviço de Medicina 1-D, Hospital de Santa Maria, CHLN

A microangiopatia trombótica (MAT) descreve um grupo heterogêneo de patologias, que se caracterizam por rigidez e inflamação da parede arterial e consequente formação de trombos nos territórios arteriais. Este fenómeno encontra-se associado a mortalidade e a morbilidade consideráveis.

Tipicamente, podemos classificar a MAT em dois subtipos: a púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) e a síndrome hemolítica urémica (SHU). Apesar de, clínica e laboratorialmente, estas entidades serem semelhantes, o mecanismo agressor é totalmente diferente. Se, no caso da PTT, os eventos trombóticos são originados pelo défice de uma metaloprotease, a ADAMTS 13, responsável pela fragmentação dos multímeros do fator de Von Willebrand; no caso da SHU, os eventos trombóticos são causados por lesão endotelial direta de uma toxina (shiga), situação mais frequente na idade pediátrica.

No entanto, em cerca de 10% dos casos, esta síndrome é originada por uma desregulação do complemento, sem qualquer relação com a toxina shiga, denominando-se SHU atípica (aSHU). Este último é um diagnóstico de exclusão, requerendo uma pesquisa negativa de toxina shiga e um doseamento do ADAMTS 13 normal.

Tal como na maioria das patologias raras, os dados epidemiológicos disponíveis do aSHU são escassos, estando estimada uma incidência de 1-2 casos/milhão de habitante nos EUA. A aSHU pode ser congénita ou adquirida, estando associada a mutações genéticas, com implicações prognósticas. No entanto, estas mutações apenas se conseguem identificar em cerca de 60% dos casos. Desta forma, e pelo tempo necessário à sua realização, os testes genéticos não devem ser utilizados para se estabelecer o diagnóstico.

O complemento é composto por uma cascata de proteínas plasmáticas, sendo essencial para a imunidade inata e para as defesas do organismo. Esta cascata está virtualmente sempre ativada, necessitando de um rigoroso controlo para não lesar o próprio organismo. Na aSHU, o mecanismo fisiopatológico é variado, mas como ponto comum existe uma desregulação deste mecanismo com inadequada ativação da via alternativa do complemento e consequente lesão endotelial generalizada.

O início da doença é, na maioria dos casos, súbito e caracteriza-se habitualmente pela tríade de insuficiência renal aguda, anemia hemolítica microangiopática não imune (LDH elevada, haptoglobulina baixa, presença de esquizócitos no sangue periférico e teste Coombs negativo) e trombocitopenia (ou queda de 25% do valor basal do plaquetograma).

De notar que cerca de 44% dos doentes, numa fase inicial, podem não apresentar trombocitopenia, o que não deve atrasar o diagnóstico. A insuficiência renal é consequência dos fenómenos trombóticos, que afetam, predominantemente, a vasculatura arterial renal, mas podem afetar virtualmente qualquer outro território, o que explica os sintomas extra renais (confusão, convulsões, diarreia, náuseas/vómitos, dor abdominal...). Felizmente, apenas 3% dos doentes apresentam isquemia miocárdica, mas, quando presente, está intimamente relacionada com morte súbita.

O diagnóstico diferencial entre SHUa, SHU e PTT é difícil, uma vez que compartilham as mesmas alterações laboratoriais. Apesar de haver achados clínicos que nos possam apontar para um deles, estes não são específicos. Perante o quadro clínico descrito, deve ser sempre doseado o ADAMTS 13 e a toxina shiga, para a realização de diagnóstico diferencial. Na marcha diagnóstica, a biópsia renal pode e deve ser considerada, não sendo imprescindível e não devendo atrasar a instituição de terapêutica.

O diagnóstico diferencial, com outras entidades, também não deve ser olvidado, sendo de extrema importância quando em relação à coagulação intravascular disseminada, que compartilha muitas manifestações clínicas e achados laboratoriais.

O prognóstico é difícil de estabelecer, uma vez que a resposta à terapêutica é muito variável. Estima-se que a mortalidade se aproxime dos 10% e que cerca de 50% dos doentes fiquem com lesão renal permanente, mesmo após terapêutica. Assim, o diagnóstico deve ser realizado nas primeiras 24-48h desde o início dos sintomas e instituída, de imediato, terapêutica dirigida.

O tratamento imediato passa pelo suporte de órgão com rápida correção das manifestações clínicas e desequilíbrios mais frequentes e pela instituição de plasmáfereze. A plasmáfereze deve ser instituída de imediato, existindo alguma evidência na redução da mortalidade, sendo, por isso, o pilar terapêutico neste grupo de patologias. Existe, no entanto, uma resposta muito variável, dependente da etiologia da desregulação do complemento, estando descrita pouca eficácia em algumas situações de mutações isoladas.

O eculizumab é um anticorpo monoclonal que se une à proteína C5 e impede a formação do complexo final da ativação do complemento C5b-9. Apesar dos ensaios clínicos com poucos doentes, os resultados são promissores, com respostas de 80% e mantidas no tempo. Nestes ensaios, tem sido bem tolerado, no entanto, não ausente de riscos, verificando-se aumento significativo do risco de infeções por agentes capsulados. Assim, é aconselhável a vacinação dos doentes, com particular ênfase na *Neisseria meningitidis*. Novos ensaios estão, neste momento, em curso, pelo que aguardamos, com expectativa, os respetivos resultados.

Assim, as recomendações aconselham o início precoce de eculizumab (i.e. assim que o diagnóstico esteja confirmado), sem prejuízo de se realizar plasmáfereze até à sua instituição. De momento, persistem dúvidas sobre a duração do tratamento, uma vez que a doença cursa com recorrências frequentes. As recomendações sugerem a sua utilização indefinida, devendo a suspensão ser pontual e individualizada em doentes de baixo risco. Nos doentes que iniciam hemodiálise, é recomendada terapêutica por 3 meses e na ausência de MAT sistémica a posterior suspensão da mesma.



PUBLICIDADE

DE ACORDO COM LUÍS CAMPOS, MEMBRO DO GRUPO DE TRABALHO PARA AS REFORMAS DE PROXIMIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Integração de cuidados no SNS reduz idas às urgências e episódios de internamento

O presidente da SPMI considera que uma forma do Ministério da Saúde demonstrar o empenhamento nas reformas de proximidade, particularmente na integração de cuidados, “é começar por apoiar, em termos políticos e de angariação de recursos, os projetos de cuidados integrados que começam a surgir no terreno, em várias regiões do país”.

Luís Campos falava numa mesa-redonda sobre “Integração de cuidados no SNS”, no evento “Percurso de vida, Literacia em saúde, integração de cuidados – reformas de proximidade”, que decorreu na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, em outubro.

Luís Campos, que integra o Grupo de Trabalho para as Reformas de Proximidade do Ministério da Saúde, destacou o exemplo dos projetos de integração de cuidados na ULS de Matosinhos, na ULS do Litoral Alentejano, no Hospital Garcia da Orta e no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental / ACES Oeiras.

“Estes projetos poderão ajudar a diminuir as idas às urgências e os episódios de internamento”, garantiu, lembrando como tem aumentado o número de patologias crónicas e, particularmente, “a emergência de um grupo de doentes idosos, frágeis e com multimorbilidades que invadiu os hospitais, sendo os grandes consumidores dos recursos da saúde”.

No seu entender, têm sido tratados “de forma reativa, fragmentada, episódica, através das urgências, com uma intervenção centrada na doença e em que o doente é considerado um sujeito passivo”. Defendeu, assim, ser necessário mudar este paradigma e garantir a estes doentes “cuidados proativos, com continuidade, integrados e centrados no doente e não na doença”.

E continuou: “É essencial, ainda, investir no seu empoderamento e na promoção dos autocuidados, não esquecendo que a integração envolve todos os níveis, desde a prevenção e promoção da saúde, passando pelos cuidados primários e pelos hospitais, até aos cuidados continuados e paliativos.” Todas estas alterações devem também envolver um novo modelo de contratualização, “que estimule mais a integração de cuidados, e não como o atual, em que os hospitais recebem pelo número

de doentes admitidos nas urgências ou pelo número de internamentos”.

Considerou também inadequado o modelo atual de organização hospitalar, “espartilhado por órgãos ou sistemas”. “Os doentes devem ser admitidos em departamentos geridos pela Medicina Interna, que coordenará a intervenção das outras especialidades”, indicou.

Outro dos aspetos sublinhados por Luís Campos passa pela necessidade de integrar a saúde com a assistência social: “Os hospitais e, principalmente, os serviços de Medicina estão transformados em centros de resolução dos problemas sociais dos doentes e a insuficiência da resposta, neste domínio, prolonga os internamentos, aumentando a morbilidade e a mortalidade.” Deixou também algumas recomendações para se implementarem programas de cuidados integrados. “Devem-se diversificar as experiências, monitorizar, avaliar e disseminar as boas práticas; educar os profissionais e os cuidadores e promover a literacia; estimular e apoiar as lideranças clínicas; garantir a utilização plena das potencialidades das tecnologias de informação e comunica-



Luís Campos: integrar a saúde com a assistência social

ção e optar por mudar a contratualização para tornar esta mudança sustentável e não por experiências-piloto com financiamento autolimitado”, afirmou.

Luís Campos finalizou a sua intervenção acrescentando que, “apesar de termos um sistema um pouco esquizofrénico, onde temos os centros de saúde fundidos com os hospitais nas ULS ou completamente separados, existe um conjunto de profissionais muito competentes e duas especiali-

dades médicas generalistas, como o são a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna, fortes, alinhadas e disponíveis para se empenharem nesta mudança”.

A mesa-redonda em que participou o presidente da SPMI contou ainda com o contributo de Rui Santana, investigador na Escola Nacional de Saúde Pública; António Gabriel Martins, coordenador da UCC Mateus – ACES Douro Norte; Henrique Botelho, coordenador nacional para a reforma do SNS na área dos CSP; Jaime Branco, diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz, CHLO; e Neusa Festas, da Segurança Social. A moderação esteve a cargo de Rosa Valente de Matos, presidente da ARS Lisboa e Vale do Tejo. Além de Luís Campos (área hospitalar), o Grupo de Trabalho para as Reformas de Proximidade do Ministério da Saúde é constituído por Rui Santana (políticas e gestão em saúde), Humberto Martins (farmacêutico), José Luís Biscaia (cuidados primários), André Peralta-Santos (saúde pública), Patrícia Barbosa (segurança social) e Manuel Lopes (cuidados continuados). A coordenação está a cargo de Constantino Sakellarides, ex-diretor da Escola Nacional de Saúde Pública.





PUBLICIDADE

ASSINADO PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO COM A SOCIEDADE DE MI DE BUENOS AIRES

SPMI reforça ligações à América Latina

A realidade da Medicina Interna em Portugal e a formação dos internistas no nosso país, bem como o sistema de saúde português, estiveram em foco no 2.º Congresso Internacional Ibero-Americano de Medicina Interna, realizado entre 1 e 4 de novembro, em Buenos Aires.

Durante o evento, que reuniu nos auditórios da Universidade Católica Argentina representantes de cerca de 60 sociedades científicas, nacionais e internacionais, universidades e hospitais, a delegação da SPMI, liderada pelo seu presidente, teve a oportunidade de estreitar laços com as sociedades congêneres da América Latina e de divulgar a experiência portuguesa, onde a MI ocupa uma posição nuclear nos hospitais.

A participação e as intervenções da SPMI suscitaram enorme interesse entre as delegações e os participantes do congresso (cerca de seis mil), na medida em que a

realidade da MI “é muito diversa entre os vários países da América Latina», explicou à *Just News* Luís Campos. No decurso da reunião, foi ainda assinado um protocolo de colaboração entre a SPMI e a Sociedade de MI de Buenos Aires.

Organizado pela Sociedade Argentina de Medicina e a Sociedade de MI de Buenos Aires, este congresso internacional constitui o maior evento científico e académico da especialidade. Através da participação de profissionais de Portugal, de Espanha e da maioria dos países da América Latina, tem o firme objetivo de fortalecer conhecimentos, melhorar o desenvolvimento científico, fomentar a investigação clínica e permitir o intercâmbio de experiências. Foram abordados 126 temas principais por cerca de 380 profissionais do âmbito académico e da investigação clínica.

Para o presidente da SPMI, que moderou também uma mesa-redonda sobre erro



João Araújo Correia, Luís Campos, Manuel Teixeira Veríssimo e Jorge Crespo



Manuel Teixeira Veríssimo, Lèlita Santos, Luís Campos, António Martins Baptista e António Oliveira e Silva

médico, “esta é uma ligação interessante e complementar àquela que temos com a Europa porque, de facto, lança uma ponte para 330 milhões de pessoas de língua espanhola e 250 milhões que falam português. Permite-nos pensar este universo em conjunto, com o qual podemos desenvolver projetos comuns”.

Luís Campos sublinhou ainda “a força que tem esta colaboração entre os países ibéricos e a América Latina” e a mais-valia resultante da “troca de experiências e de formas diferentes de organização” dos sistemas de saúde.

Para a SPMI, “este é o início de um caminho”, na medida em que a cooperação com os países da América Latina “era um universo que estava fora do nosso alcance e que só atingimos graças à boa colaboração que temos com a Sociedade Espanhola de Medicina Interna (SEMI)”.

PUBLICIDADE



X JORNADAS DO NEDF

Hepatologia reconhecida como subespecialidade da MI

O Conselho Nacional Executivo da OM deu "luz verde" ao processo de criação formal da competência de Hepatologia no seio da Medicina Interna. O anúncio foi feito por Armando Carvalho na sessão de abertura das X Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) da SPMI, dias 7 e 8 de outubro, em Coimbra.

O estudo do fígado tem sido desenvolvido com o empenho de muitos internistas, mas o facto é que, hoje, a Hepatologia ainda não é reconhecida enquanto subespecialidade da MI. Essa é uma luta que, como recordou Armando Carvalho, presidente da reunião, "começou formalmente há cerca de 10/11 anos". Esbarrou, contudo, na "incompatibilidade de objetivos" das sucessivas direções do Colégio de MI da OM, que "não concordavam com o reconhecimento de qualquer diferenciação" no seio da especialidade. Atualmente, a situação é diferente. Apesar de não pretender "ser juiz em causa própria", Armando Carvalho, que também preside ao Colégio, esclareceu: «Já temos 'luz verde' do Conselho Nacional

Executivo da OM no sentido de podermos criar algo semelhante ao que existe na Gastroenterologia». Idealmente, «a mesma coisa, o mesmo âmbito, com uma comissão coordenadora conjunta.»

Esta questão vai ser debatida pelo Colégio da Especialidade de Gastroenterologia da OM, existindo a convicção de que «no próximo ano conversaremos em conjunto» e

que «podemos vir a ter algum reconhecimento que não só nos defenda, enquanto internistas com diferenciação nesta área, mas, sobretudo, que defenda os doentes». Esta mensagem de esperança de Armando Carvalho «para todos aqueles que se interessam pela Hepatologia agora e no futuro» foi secundada por Maria de Jesus Banza. A coordenadora do NEDF, numa

breve intervenção muito dirigida aos médicos mais jovens reunidos em Coimbra, assinalou que «a MI tem sido a especialidade que talvez mais tenha seguido doentes do foro da Hepatologia».

A sessão de abertura das X Jornadas do NEDF contou ainda com a presença de Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da OM, de Pedro Figueiredo, diretor clínico do CHUC, e de Luís Campos. O presidente da SPMI reforçou a importância e a dinâmica dos núcleos da Sociedade que, no seu conjunto, exprimem a grande diversidade da especialidade.

«Todos temos uma componente generalista, que soubemos preservar, a bem dos nossos doentes, mas muitos de nós desenvolvemos uma área de diferenciação», explicou, acrescentando: «Seremos capazes de acomodar esses diferentes perfis de internista dentro da MI é o desafio mais importante da especialidade nos próximos anos.» Entretanto, no decorrer da reunião de Coimbra, foi eleito o novo coordenador do NEDF, Arsénio Santos, do Serviço de Medicina Interna A do CHUC.



Armando Carvalho, Maria de Jesus Banza, Luís Campos e Arsénio Santos

SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS E DO HOSPITAL DR. JOSÉ

Internistas apostam no desenvolvimento de co

O Departamento de Especialidades Médicas da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), que inclui os serviços de Medicina Interna do Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSLE) e do Hospital Dr. José Maria Grande (HDJMG), é, desde outubro de 2015, dirigido por Vera Escoto. Por serem serviços localizados no interior do país, onde a falta de médicos desta e de outras especialidades é uma realidade, o papel dos internistas torna-se ainda mais importante e a aquisição de competências noutras áreas da Medicina Interna faz ainda mais sentido. A curto prazo, será implementado em Elvas um projeto-piloto na área da hospitalização ao domicílio, uma das grandes apostas do Departamento, que é dificultada pela já referida falta de recursos humanos.

Com a saída do anterior diretor do Departamento, Vera Escoto aceitou o desafio que lhe foi colocado para assumir o cargo. Conhecia bem o Serviço de Medicina Interna do HSLE, do qual era, na época, diretora adjunta. Também já tinha tido ligação ao Serviço de Medicina Interna do HDJMG, em Portalegre, dado que foi neste local que realizou o seu Internato Complementar de Medicina Interna e foi assistente

eventual de Medicina Interna na década de 90.

Com o propósito de melhorar as suas competências na gestão do Serviço, realizou uma pós-graduação nesta área.

Desde logo, Vera Escoto definiu que não podia comparar serviços. O foco devia ser fazê-los “crescer” de forma autónoma e complementar, com a única missão de “tornar o Departamento forte e



VERA ESCOTO:

"Sempre fui médica!"

Filha de um engenheiro e de uma técnica de patologia clínica, com dois irmãos, Vera Maria Sargo Escoto nasceu nos EUA, em outubro de 1954, tendo vindo para Portugal com três anos de idade. Viveu em Sintra, onde estudou até ingressar na Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa, no Campo de Santana.

Fez o Internato Geral no Hospital Divino Espírito Santo, em Évora, e o Internato Específico de Medicina Interna no Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre (1991-1996), onde esteve como assistente eventual de Medicina Interna até maio de 1998.

Está no HSLE desde 1998, onde tem vindo a desempenhar vários cargos, entre os quais o de diretora do Serviço de Urgência, o de adjunta da Direção Clínica do Hospital e o de adjunta da Direção do Serviço de Medicina Interna. Desde outubro de 2015 que assumiu a direção do Departamento de Especialidades Médicas da ULSNA e dos serviços de Medicina Interna do HSLE e do HDJMG.

Questionada sobre quando decidiu que a Medicina seria o seu caminho, Vera Escoto afirma: “Sempre fui médica!” “Desde criança que, sempre que podia, ficava no hospital com a minha mãe,

porque gostava do ambiente hospitalar. As minhas bonecas acabavam cheias de mercurocromo e era eu que fazia os curativos aos meus amigos”, recorda.

“Costumo dizer que a minha vida sempre esteve ligada à Medicina e à Cultura. Sintra, Évora e Elvas são todas cidades Património da Humanidade.”

Apesar de os seus pais terem possibilidades económicas, Vera Escoto fez questão de custear os seus estudos, tendo iniciado a sua atividade laboral, com 18 anos, na empresa Verbo Editora, não se arrependendo desta decisão, porque esta opção de vida ensinou-lhe a “ver o mundo com outra complexidade”. “Sem dúvida que a tarefa foi mais árdua, mas valeu o esforço!”

Na sua opinião, ser médica não se pode resumir a um “somatório de conhe-

cimentos”. “Hoje em dia, num mundo tecnocrata, que se diz humanizado, vive-se, na realidade, virado para a ciência, e esquecemo-nos da vertente humana. Vejamos, nos hospitais, a nível dos serviços, não existem locais destinados a receber os familiares dos doentes, com os inconvenientes que daí advêm.”

Vera Escoto considera que, nos nossos dias, o espírito de equipa e interajuda foi-se desvanecendo e foi fomentada uma filosofia cada vez mais competitiva. “É necessário fazer ressurgir a vertente humana que se foi perdendo, numa política de saúde virada para ‘demoras médias’, ‘taxas’, ‘percentagens’, onde se encaixam seres humanos perdidos, que não têm para onde ir, onde terminar os seus dias, rodeados por tecnocratas de bata branca, que têm que mostrar resul-

MARIA GRANDE, PORTALEGRE

Competências noutras áreas da Medicina Interna



de referência, com um serviço de excelência”.

Relativamente a Elvas, a médica sabia que o Serviço funcionava sem problemas, excetuando a impossibilidade de rentabilizar um espaço físico já existente e destinado a uma unidade de cuidados intermédios que nunca funcionou por falta de recursos humanos. Era necessário manter o espírito de equipa existente, um dos seus pontos fortes, assim como continuar a fomentar as boas práticas, no sentido de alcançar a excelência deste Serviço.

Já em relação a Portalegre, como não conhecia tão bem o Serviço, entendeu que era importante efetuar uma análise mais profunda, avaliando os pontos fracos e as ameaças que podiam dificultar a execução de um plano estratégico para a sua melhoria. Uma ameaça ao

seu regular funcionamento era, sem dúvida, a carência de recursos humanos e uma falta de regulamentação interna que disciplinasse o funcionamento do Serviço e que motivasse a equipa. Por outro lado, o Serviço estava muito ligado ao SO do Serviço de Urgência, havendo uma dificuldade em “separar as águas”, com toda a problemática de gestão. Vera Escoto congregou esforços em conjugação com todos os elementos do Serviço, expôs o seu plano, envolvendo todos os elementos, ouvindo sugestões, com o propósito de o tornar um serviço “robusto” e “participativo”.

Um dos pontos fracos do Serviço de Medicina Interna do HDJMG é o facto de se localizar ainda mais distante dos grandes centros urbanos do que o Serviço de Elvas, dificultando ainda mais a fixação dos jovens internistas que ali se formam,

o que “é bastante frustrante para todo o empenho do corpo clínico” e para a manutenção de um corpo clínico carente de recursos humanos. “Teremos de, a breve trecho, pensar em aliciantes para fixar os jovens que ali terminam os seus internatos e atrair outros, para poder expandir o Serviço”, refere.

Na atividade clínica e na gestão, a médica faz questão de ser rigorosa. Com esse propósito, em conjunto com os internistas dos serviços, a gestora do Departamento criou um suporte documental com normas de funcionamento e delegou competências consoante o perfil dos internistas, para que houvesse um maior envolvimento responsável e participativo dos diferentes colegas.

De referir que, pelo facto de ser um Departamento, o esforço para o tornar forte obrigou a que as diferentes classes profissionais estivessem envolvidas, tendo por isso reunido com todas, a fim de identificar os pontos problemáticos e melhorá-los.

Apesar de ter feito o seu percurso em Elvas, Vera Escoto assume que tem sido um prazer trabalhar em Portalegre.

Como ULS, apesar de os dois serviços serem independentes, complemen-



Vera Escoto

assim como ter formação nas áreas sensíveis da comunicação de más notícias, de gestão de conflitos e da empatia, dada a necessidade de ir ‘beber’ à família as informações que o doente

não consegue transmitir, em consonância com a população geriátrica”.

Os dias de Vera Escoto são muito preenchidos. Duas vezes por semana desloca-se ao Serviço de Medicina

Interna do HDJMG, que correspondem aos dias da visita clínica e outras atividades formativas; nos restantes dias está no HSLE, onde, além das atividades formativas, tem a sua Consulta de Tiroide, presencial, e presta consultadoria na mesma área aos médicos de Medicina Geral e Familiar dos centros de saúde de Alandroal e Vila Viçosa, via teleconferência.

É também auditora interna da Codificação Clínica na ULSNA e formadora e codificadora clínica da ACSS.

Mãe de uma filha veterinária, Vera Escoto é apaixonada por música e leitura (autores nacionais, como Eça de Queirós, Florbela Espanca, Fernando Pessoa e Saramago, e internacionais, como Hemingway, Gabriel Garcia Marques ou Sepúlveda). Gosta de cinema e de viajar.

tados de acordo com planos desenhados, fora de um país real. Estas políticas obrigam a um esforço brutal, para que nós não nos tornemos em profissionais de saúde gestores... por exigência do sistema, e pouco humanos!”

“Não nos podemos esquecer que quando o doente entra numa instituição de saúde ele está débil, fragilizado, ansioso e aguarda por uma mão amiga que o ouça e o socorra. Não escolhe o médico que o seguirá, por isso, temos a obrigação de ‘tratá-lo’ com o maior respeito e toda a nossa arte, nunca esquecendo que estamos perante alguém que deposita a sua vida nas nossas mãos.”

A médica defende ainda que “será necessário criar competências em outras áreas do conhecimento, tal como a medicina geriátrica ou a gestão hospitalar,

tam-se. A equipa do Serviço de Medicina Interna do HSLE é, atualmente, constituída por oito especialistas e oito internos de formação específica, enquanto em Portalegre há oito especialistas e cinco internos de formação específica.

Em Elvas, a enfermaria tem 44 camas, sendo quatro da Unidade Funcional da Diabetes. No inverno, nomeadamente, nas épocas de gripe, podem ser 54, para apoiar o Serviço de Medicina Interna do HDJMG. Em Portalegre, existem 42 camas de internamento.

Quanto às consultas externas, existem consultas realizadas por internistas com competências em diferentes áreas para além da Medicina Interna, como Diabetes, Doenças Autoimunes, Doenças da Tiroide e Hipertensão. Em Elvas, existe ainda a Consulta de AVC realizadas pelos internistas e consultas de Cardiologia, Infeciologia e Imunoalergologia realizadas por especialistas da área. Em Portalegre, existem também as consultas de Cardiologia, Pneumologia, Nefrologia e Infeciologia realizadas por especialistas da área.

No Departamento de Especialidades Médicas da ULSNA estão ainda integra-

das as unidades funcionais de Cardiologia, de Diabetes, de Nefrologia e de Pneumologia.

Internos são o “motor” de um serviço

Vera Escoto considera que a formação é fundamental para a evolução de qualquer serviço. Tanto o HSLE como o HDJMG têm uma tradição formativa.

“Até à data, nunca tivemos qualquer interno que tivesse reprovado no exame final do Internato Médico de Medicina Interna”, destaca, desenvolvendo que os dois serviços têm, atualmente, catorze internos de formação específica (seis no HDJMG e oito no HSLE).

Foi seu intuito manter e fomentar a formação dos internos e, nesse sentido, dada a sua localização geográfica, estes podem fazer o seu doutoramento quer na Universidade de Badajoz, quer na Universidade da Beira Interior. Assim, há seis internos a fazer doutoramento, cinco dos quais na Universidade de Badajoz e um na Universidade da Beira Interior.

De salientar que dois dos internistas do HSLE são doutorados, sendo Juan



Equipa do Serviço de Medicina Interna do HSLE

ISABEL SOLES, ADJUNTA DA DIREÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE-PORTALEGRE:

“A Medicina Interna num hospital como o de Portalegre é muito desafiante”

Isabel Soles é adjunta da Direção do Serviço de Medicina Interna do Hospital Dr. José Maria Grande, além de ser responsável pela Unidade Funcional de Diabetes do mesmo hospital.

Em entrevista, a assistente graduada de Medicina Interna afirma que um dos maiores desafios que o Serviço enfrenta é a escassez de recursos humanos. “Somos um hospital periférico e muitas vezes não conseguimos cativar um número de pessoas suficiente para podermos funcionar como gostaríamos”, indica. Tendo em conta o volume de trabalho assistencial, muitas vezes não é fácil conseguir ter o tempo que é necessário para a vertente do ensino.

No entanto, “a Medicina Interna num hospital como o de Portalegre é muito desafiante, porque não existem as várias especialidades em urgência”. Ou seja, “um

interno em formação consegue ver patologias com as quais no hospital central, se calhar, não consegue contactar tanto”. Mas existe também o “reverso da medalha”, que acontece quando são mesmo necessárias especialidades para determinadas



Isabel Soles

técnicas de ponta que não existem no hospital, sendo necessário referenciar a uma unidade central para que sejam feitas.

Além de ser responsável pela Unidade Funcional da Diabetes, Isabel Soles foi sua impulsionadora. “É importante que haja uma Consulta de Diabetes, onde seja feita a triagem, para tentar evitar as complicações, conseguir um bom equilíbrio metabólico e despistar os sinais de alarme da patologia.”

A Unidade não tem internamento próprio, recorrendo às camas da enfermaria do Serviço quando há necessidade. Na sua opinião, a área da diabetes deve ser primordialmente ambulatoria. “Para um indivíduo que não consegue compensar-se bem, que não percebe que tipo de alimentação deve fazer, eu privilegiaria um hospital de dia onde pudesse fazer o ensino”, menciona.

Manuel Urbano orientador de tese de três dos internos. No HDJMG uma das internista está a fazer o doutoramento.

A atividade científica desenvolvida em ambos os serviços é intensa. Em Elvas, por exemplo, as sessões clínicas têm início às 8.30 h, de segunda a quinta-feira. Assim, às segundas-feiras é feita a leitura de notas de alta e histórias clínicas; às terças-feiras decorre o *Journal Club*, seguido da visita clínica; às quartas-feiras é apresentado um tema teórico; e as quintas-feiras são dias de *Case Report*. Em Portalegre, estas atividades desenvolvem-se às segundas e quartas-feiras.

Os internos participam ainda na organização de congressos e jornadas dos serviços. Além disso, como é habitual, os internos têm a obrigatoriedade de participar com trabalhos em jornadas nacionais e internacionais. Também são incentivados a enviar trabalhos para publicação, quer de casos clínicos, quer de estudos epidemiológicos do Serviço.

Vera Escoto indica que a toda esta tarefa científica se associa “o ensino básico e fulcral da MI, o rigor na recolha



dos dados anamnésicos para realização de uma história clínica e o prazer pela discussão diagnóstica”. Adicionalmente, “cuida-se do ensinamento das relações interpares, do respeito pela dignidade humana e da postura particular de um internista”.

As noções de gestão e as discussões dos dados estatísticos do Serviço e sobre objetivos são sempre participadas pelos internos.

“No decorrer do internato, a formação de internista generalista é fundamental, contudo, deveremos, sempre que possível, ajudá-los a adquirir competências específicas, que farão que se tornem elementos imprescindíveis para a instituição e, por outro lado, a serem fatores de ancoragem ao Serviço. Esta tem sido uma das chaves de fixação dos jovens especialistas, nomeadamente em Elvas, e que já se verifica atualmente no Serviço do HDJMG”, realça.

Para que tudo flua regularmente, os internos têm em cada hospital um internista responsável pelo plano de formação, com as diferentes atividades, e que coordena as datas de avaliação anual dos internos de cada ano. Neste capítulo, refere, “todo o interno de for-

mação específica tem um manual onde estão descritas todas as suas atividades a nível dos diferentes serviços, assim como as datas de avaliação anual, para que possa, desde o início, planear a sua atividade”.

Os serviços recebem ainda internos do Ano Comum e de Medicina Geral e Familiar (MGF), o que também o dinamiza, devendo ser referido que estes internos têm de apresentar um traba-



MARIA DEL MAR, RESPONSÁVEL PELA UNIDADE FUNCIONAL DA DIABETES DO HSLE:

“Diabetes assume uma grande importância nesta região”

Maria del Mar é assistente hospitalar do HSLE e responsável pela Unidade Funcional de Diabetes. Está ligada ao hospital desde que iniciou o Internato, em 2005.

A Unidade Funcional de Diabetes, que é composta por quatro camas de internamento e por uma consulta externa multidisciplinar, foi criada em 2009, tendo como primeiro responsável Pintão Antunes, que entretanto se reformou e que foi o tutor de formação de Maria del Mar nesta área.

De acordo com a médica, “a diabetes assume nesta região uma grande importância”. Os doentes são maioritariamente idosos que vivem em aldeias distantes do hospital e muitas vezes estão sozinhos. Desde que o apoio ao transporte foi retirado, tudo se tornou ainda mais difícil.

“O controlo, muitas vezes, tem de ser assegurado mensal ou trimestralmente. Quando percebemos que é complicado fazer o ensino na consulta ou existem riscos derivados do facto de a insulino-terapia estar longe do hospital, internamos os doentes descompensados e de difícil controlo em ambulatório, assim como aqueles que acorrem ao serviço de urgência com diabetes descompensada e ainda os que estão internados em outros

serviços e que necessitam de um controlo mais apertado”, aponta.

A nossa interlocutora considera que o principal ponto forte desta Unidade é o facto de a equipa ser multidisciplinar, incluindo, além dos médicos, enfer-



Maria del Mar

meiros, auxiliares, psicólogo, assistente social e cirurgião. Adicionalmente, conta com o apoio de um nefrologista de Portalegre.

Além de Maria del Mar, a consulta é feita por Pintão Antunes, que continua a colaborar, embora esteja reformado.



Equipa do Serviço de Medicina Interna do HDJMG

lho numa das reuniões, assim como apresentar doentes durante a visita semanal.

De destacar que o Serviço de Medicina Interna do HSLE tem um acordo com a Faculdade de Medicina de Badajoz, pelo que os alunos dos 5.º e 6.º anos fazem parte das suas aulas práticas das cadeiras de Medicina de ambos os serviços, o

que também envolve os internos de Formação Específica de Medicina na vertente do ensino.

Medicina Interna tem de ser referência numa instituição

“O internista generalista é o pilar de qualquer hospital, uma realidade ainda

mais marcante no interior, longe das grandes urbes, por isso, ele é, sem dúvida, o garante de todas as outras especialidades”, afirma Vera Escoto.

A médica realça que, no contexto atual e com o aumento da esperança de vida, os doentes das instituições são cada vez mais pluripatológicos e envelhecidos. A Medicina debate-se com um in-

ternamento cada vez maior de doentes geriátricos e com uma complexidade crescente.

Segundo refere, os serviços das especialidades cirúrgicas internam doentes do referido foro que maioritariamente apresentam comorbilidades que necessitam do apoio sistemático da MI, de tal modo que se vai tornando impres-

Projeto-piloto de hospitalização ao domicílio em Elvas

Segundo Vera Escoto, a procura crescente de cuidados de saúde hospitalares que se observa atualmente, assim como o envelhecimento progressivo da população, e o facto de no Serviço de Medicina Interna do HSLE existir uma dinâmica virada para a hospitalização ao domicílio (HAD), conduziram a que avançasse para um projeto-piloto nesta área, que se prevê que arranque ainda no primeiro trimestre de 2017, estando pendente por falta de recursos humanos médicos.

Este seu projeto foi discutido com dois enfermeiros do Serviço e um gestor, tendo-se tornado, atualmente, um projeto conjunto, o que, na sua opinião, “sem dúvida, melhorou a sua dinâmica e ajudará à sua implementação”. O projeto tem como centro a humaniza-

ção dos cuidados médicos de doentes com patologia aguda, que passam a ser tratados no lar do doente, onde tudo é familiar, e o doente terá a mesma qualidade de cuidados de saúde, mas em casa. O hospital ficará para os doentes cujo estado de saúde obrigue ao internamento.

De acordo com a médica, este modelo traz algumas vantagens, tais como melhorar a demora média, a taxa de ocupação através das altas precoces, evitando as infeções nosocomiais, que sabemos que surgem nos internamentos mais prolongados e, obviamente, levam a uma redução dos custos do internamento.

“É um projeto inovador, pois, vai tornar possível a integração dos médicos de MGF com os internistas, iniciando um processo de cooperação desde o hospital até ao domicílio. Os médicos de MGF

terão contacto com o doente ainda durante o internamento. Este é, sem dúvida, um dos pontos fortes”, destaca.

Outra inovação é a extensão deste projeto a toda a população da área abrangida, não excluindo aqueles que residem em lares ou outras unidades de internamento.

A HDA irá funcionar diariamente, em regime de presença física, entre as 8.00 e as 20.00 horas, dividido em dois turnos. O regime de cobertura da urgência no domicílio é assegurado durante este período. No restante período será disponibilizado um número telefónico de um dos médicos e/ou enfermeiros da HAD, para qualquer urgência ou dúvida que o utente/familiar possa ter, podendo, caso seja necessário, ocorrer a transferência do utente para o Hospital.

Pretende-se implementar a HAD no Serviço de Medicina Interna do HSLE, abrangendo os utentes da sua área de influência e de atração, num raio máximo de 30 km no início, passando posteriormente a um raio máximo de 60 km. Mais tarde, o objetivo é alargar o projeto a Campo Maior e Portalegre.

Cerca de 30% da população residente na área de influência do HSLE é idosa, sendo a maioria dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna deste Hospital pertencente a este grupo etário.

Vera Escoto considera que se trata de um projeto inovador, sobretudo porque inclui os doentes institucionalizados em lares e cuidados continuados, não havendo, como nos outros tipos de hospitalização domiciliária, a exclusão desta população.



cindível para os referidos serviços a existência de consultores de Medicina Interna para seguir muitos dos doentes internados.

“Do mesmo modo que o internista generalista existe, também foi necessário surgir a diferenciação em diferentes áreas da Medicina Interna. Desta forma, o aparecimento das competências na MI fez-se de forma espontânea, com grande trabalho e responsabilidade do internista desde há décadas. A interioridade pouco atrativa, a falta de recursos humanos e as grandes distâncias dos centros urbanos, onde se encontravam os especialistas, fez com que surgissem os embriões das competências em MI”, aponta Vera Escoto.

De acordo com a nossa entrevistada, foi o respeito pelos doentes, no sentido de solucionar os problemas, numa política de proximidade (há 15 anos não havia a rede viária que há hoje), não mencionando toda a logística que obrigava a mover os custos, que fez emergir a diferenciação nas áreas mais carentes, nomeadamente, Cuidados Intensivos, Diabetes, Cardiologia e Doenças Autoimunes. Atualmente, as áreas da Diabetes e das Doenças Autoimunes são duas das que já têm a sua emancipação.

“No nosso hospital, a Neurologia, a Cardiologia, a Patologia Tiroideia, a Diabetes, a Oncologia e as Doenças Autoimunes são responsabilidade do internista,

por isso, teremos de lutar para alargar a competência a todas estas áreas. Devemos também inovar e, nesse, sentido a teleconferência é uma ferramenta que reduz distâncias e faz pontes entre hospitais e entre hospitais e centros de saúde. Nesta área, o nosso hospital, nomeadamente, o Departamento de Especialidades Médicas da ULSNA, é pioneiro a nível nacional”, refere.

A médica entende que a Medicina também deve privilegiar o ambulatório, alargando as valências dos hospitais de dia, como na Diabetes, necessitando, para isso, de recursos humanos (o projeto do Hospital de Dia da Diabetes no HDJMG encontra-se em fase de planeamento).

Na sua opinião, outro modo de encarar a Medicina é levá-la para fora de portas, ao domicílio dos doentes, tornando-a mais humana, evitando as infeções hospitalares e envolvendo de forma biunívoca a Medicina e a Enfermagem Hospitalar com a MGF e a Enfermagem Comunitária. “Assim como o envolvimento comunitário; nesta área, as políticas de saúde e a legislação terão de ser adaptadas. Será uma nova especialidade, uma nova competência, a Medicina Interna Domiciliária”, refere.

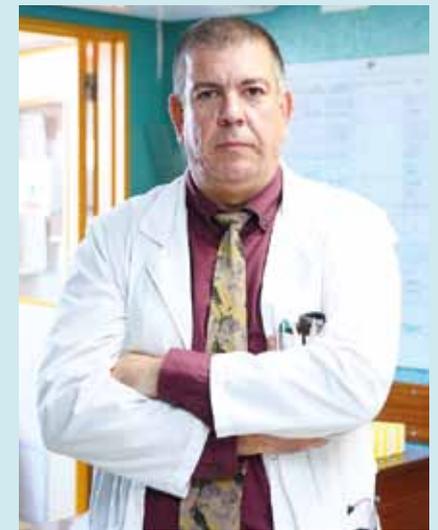
“Empenho, vontade, energia, dinamismo, tudo isso faz parte do nosso universo, de uma especialidade tão pouco valorizada, mas imprescindível no universo da Medicina”, indica.

Serviço de Medicina Interna do HSLE organiza Jornadas Transfronteiriças de Medicina Interna

Juan Manuel Urbano é diretor adjunto do Serviço de Medicina Interna do HSLE. Doutorado pela Universidad de Extremadura. Orientador de tese de doutoramento de três internos do Serviço, cujo doutoramento está a ser realizado na Universidad de Extremadura. Desde 2004 que o Serviço tem um protocolo com a Universidad de Extremadura e desde 2002 que organizam, com a Sociedad Extremeña de Medicina Interna, as Jornadas Transfronteiriças de Medicina Interna, que reúnem internistas portugueses e espanhóis (a organização alterna, anualmente, entre Portugal e Espanha).

Em 2017, Juan Manuel Urbano preside à Comissão Organizadora do Congresso Regional Extremeño de Medicina Interna, que se realizará em simultâneo com as XII Jornadas Transfronteiriças. O evento, que terá Vera Escoto como presidente da Comissão Científica, terá lugar nos dias 24 e 25 de março, em Badajoz. O médico espanhol é também responsável pela Consulta de Hipertensão, uma patologia que afirma ser muito prevalente nesta região do país, es-

timando-se que cerca de 40-45% da população sofre deste problema. Contudo, segundo Juan Manuel Urbano, “desde que a Consulta teve início que o número de pessoas com crises de hipertensão arterial que recorrem à ur-



Juan Manuel Urbano

gência tem vindo a diminuir e são muitos os doentes com hipertensão que estão sob controlo com a medicação”.

Departamento em números (período de janeiro a novembro de 2016)

N.º doentes internados na Medicina Interna e na Unidade Funcional de Diabetes do Hospital de Santa Luzia de Elvas: 1594

Diabetes:
Hospital de Santa Luzia de Elvas: 4
Demora média de internamento:
Total do Departamento: 11,44

N.º doentes internados na Medicina Interna do Hospital Dr. José Maria Grande: 999

N.º de assistentes hospitalares / / assistentes graduados

N.º doentes internados na Unidade Funcional da Diabetes do Hospital de Santa Luzia de Elvas: 121

Medicina Interna
Hospital de Santa Luzia de Elvas: 8
Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre: 8

N.º de camas fixas de internamento:

Medicina Interna:
Hospital de Santa Luzia de Elvas: 44
Épocas de crise: 54
Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre: 42

XXIII Reunião do NEDAI / V Congresso Nacional de Autoimunidade na cidade de Lisboa



Maria Francisca Moraes Fontes

Presidente da Comissão Organizadora da XXIII Reunião do NEDAI/V Congresso Nacional de Autoimunidade

É com o maior prazer que os convidamos a participar na XXIII Reunião do NEDAI/V Congresso Nacional de Autoimunidade na cidade de Lisboa, no auditório da Fundação Champalimaud, nos dias

Dedicamos esta reunião ao lúpus eritematoso sistémico, uma doença multifacetada, cuja etiologia permanece desconhecida, mas com avanços significativos no que diz respeito ao seu tratamento. Consideramos que a atualização em ciência básica e tecnologias de informação se torna cada vez mais importante para uma tradução significativa dos novos conhecimentos numa melhoria de cuidados clínicos e que estes aspetos são transversais às doenças autoimunes sistémicas. Por outro lado, a terapêutica personalizada é ainda fruto da opinião de peritos, cuja participação na reunião do NEDAI pretende reunir cientistas e clínicos para unificar conceitos, permitir interações e estabelecer novas parcerias.

Este ano, introduzimos algumas novidades que esperamos sejam do vosso agrado, com a internacionalização da reunião, as apresentações de *posters* e comunicações na língua inglesa, a constituição de júris internacionais para as diversas bolsas e a publicação de um livro de *abstracts* num suplemento dedicado. O Curso Pré-congresso é inteiramente dedicado ao treino do registo RIDAI, de modo a torná-lo um instrumento visível do trabalho por nós realizado. Permitirá ainda estabelecer parcerias e gerar conhecimento.

Temos uma Comissão Científica constituída por grandes nomes da Imunologia portuguesa, nomeadamente, António Coutinho, Nuno Riso, Carlos Vasconcelos, Luís Campos, José Delgado Alves, Lèlita Santos, Carlos Dias, João Correia Araújo e Jorge Crespo, e uma Comissão de Honra onde incluímos o presidente do Departamento da Qualidade da Direção-Geral da Saúde, o bastonário da Ordem dos Médicos, o presidente da Fundação Champalimaud, professor António Coutinho, o presidente da SPMI e o presidente do NEDAI.

Esperamos por todos vós!

Membros da Comissão Organizadora

Maria Francisca Moraes Fontes (presidente), António Marinho, Sofia Pinheiro, Melissa Fernandes, Margarida Antunes, Vera Bernardino, Ana Lladó, Heidi Gruner e Pedro Vita

Continuar a construir pontes



António Marinho

Coordenador do NEDAI - Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes

O XXIII NEDAI Annual Meeting / V National Congress on Autoimmunity é um investimento do NEDAI na área do lúpus eritematoso sistémico. Depois do enorme sucesso do *Madeira Lupus Clinic*, que reuniu os maiores especialistas a nível mundial num evento de elevado valor académico, pretendemos que este congresso nacional afirme definitivamente a Medicina Interna como a especialidade dos doentes com patologia autoimune sistémica.

Neste congresso teremos temas desafiantes, convidados internacionais de prestígio, o apoio da Fundação Champalimaud e, mais do que tudo, contamos com uma participação de relevo dos médicos internistas. Voltamos a envolver todo o espectro de atividades, desde a formação para internos até aos "up to date" mais exclusivos e entregaremos cerca de 30.000€ entre bolsas e prémios.

A Medicina Interna e o NEDAI querem continuar a construir pontes, agora também a nível internacional. Assim, pretendemos incentivar a criação em Portugal de centros de referência europeus em lúpus eritematoso sistémico, promovendo a boa prática, a custo-efetividade, o registo adequado, a investigação básica e as terapêuticas inovadoras.

Por esse motivo, este evento é "monotemático", mas sempre respeitando e explorando as diversas visões das especialidades perante o tema; incluímos genética, imunologia básica e uma diversidade de temas clínicos, com visões de diferentes realidades geográficas.

Assim, perante o magnífico cenário do Tejo e da cidade de Lisboa, aguardamos a maior participação de sempre e demonstraremos a união e vitalidade do nosso Núcleo de Estudo.

Até Lisboa!



PUBLICIDADE

Os novos fármacos para a hepatite C na Consulta de Hepatologia do CHBM



Fátima Campante

Diretora do Serviço de Medicina Interna do CH Barreiro/Montijo (CHBM)

É um lugar-comum iniciar-se qualquer palestra, conferência ou artigo sobre hepatite C com a frase “A hepatite C constitui, atualmente, um grave problema de saúde pública em todo o mundo”.

Continuando a ser ainda uma afirmação correta, a descoberta, nos últimos anos, de fármacos potentes e eficazes contra a doença permite-nos acreditar que, num futuro próximo, a frase se torne obsoleta e desatualizada. Assim as decisões políticas o permitam.

Efetivamente, quando até há bem pouco tempo o tratamento da doença não ia além de curas um pouco acima de 50% dos casos, atualmente, dispomos de fármacos que permitem a cura da infeção vírica em mais de 90% das situações crónicas, continuando a surgir, a um ritmo quase alucinante, novos fármacos ainda mais potentes e de eficácia superior, levando a comunidade científica a sonhar com a erradicação da doença, perspetivando-a num futuro não muito longínquo.

Portugal tornou-se um exemplo a nível europeu quando, no início de 2015, permitiu o acesso global ao tratamento da doença com um dos novos fármacos de ação direta, de eficácia comprovada, proporcionando, deste modo, o tratamento a mais de 15 mil doentes, até ao momento presente.

O CHBM dispõe de uma Consulta de Hepatologia desde 1989, realizada maioritariamente por internistas. Dados de um trabalho de casuística pessoal da consulta, apresentado em 2010, no 3.º Congresso Português de Hepatologia, apontavam para um resultado positivo – resposta virológica sustentada (RVS) – em cerca de 70% na globalidade dos doentes (todos os genótipos e todos os estádios de fibrose), tratados até então com a combinação interferão peguilado/ribavirina.

A partir de março de 2015, integrado no plano de acesso global ao tratamento da hepatite C, com os novos fármacos de ação direta (DAA), instituído a nível nacional, o CHBM já proporcionou o início de tratamento a mais de 250 doentes.

Para além dos seis médicos que avaliam e seguem estes doentes em regime de consulta externa – Fátima Campante, Anton Formigo, António Cardoso e Maria João Vieira, do Serviço de Medicina Interna, Catarina Lima Vieira, da valência de Gastroenterologia, e Luís Tavares, da valência de Infeciologia –, temos, desde o início, a colaboração de duas técnicas superiores de Farmácia (Dras. Ana Gaspar e Vânia Barradas) que, de forma empenhada e entusiasta, organizaram uma consulta paralela, com o objetivo de monitorizar a adesão ao tratamento e interações medicamentosas, o que, sem dúvida, constitui uma mais-valia e um apoio importante à consulta médica.

Até ao final de 2015 iniciaram tratamento 136 doentes, provenientes das consultas de Hepatologia (105 doentes) e de Infeciologia (31 doentes). Registou-se um número superior de submissões ao Infarmed, mas, por motivos vários, apenas estes 136 doentes iniciaram tratamento. Infelizmente, perderam-se dados relativos a um deles, pelo que o tratamento de dados se refere apenas a 135 doentes.

A média de idades foi de 50 anos, sendo 73,3% dos doentes do sexo masculino; eram todos caucasianos. A maioria, como expectável, pertencia ao genótipo 1 (74%), sendo o G1a preponderante (65%); 17 doentes (13%) eram do genótipo 3 e 12% do genótipo 4.

Mais de 40% dos doentes tinham estádios avançados de fibrose (F3, F4), avaliada por elastografia transitória, sendo o valor médio em 125 doentes avaliados por este método de 13,7 kPa. Havia 44 doentes já com cirrose e hipertensão portal comprovada.

Nove doentes eram coinfectados com o VIH, havendo 4 cirróticos neste grupo. Quarenta e nove por cento dos doentes já tinham sido submetidos a tratamentos prévios, sendo os restantes “naíves”. Os regimes terapêuticos foram variados, de acordo com o genótipo e a gravidade, mas, à exceção de um doente, que fez tratamento com a combinação ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir, todos os outros incluíram sofosbuvir no tratamento, sendo a combinação sofosbuvir/ledipasvir a mais utilizada – 104 doentes.

Vinte e nove doentes incluíram ribavirina no regime terapêutico e ainda houve 7 doentes que fizeram a associação com peginterferão/ribavirina + sofosbuvir. Nove e três doentes fizeram o tratamento durante 12 semanas, 40 prolongaram até às 24 semanas e apenas dois foram elegíveis para um regime de 8 semanas.

Todos toleraram bem o tratamento, com referência a cefaleias ocasionais, em casos esporádicos. Num doente houve necessidade de suspender o tratamento à 5.ª semana, por quadro grave de insuficiência hepática, em contexto de cirrose descompensada, anteriormente conhecida.

Quanto aos resultados, dos 135 doentes, 5 abandonaram a consulta imediatamente após o tratamento, inviabilizando o conhecimento da resposta ao mesmo. Apenas se apurou que estes 5 indivíduos apresentavam uma carga viral indetetável no final do tratamento. Dos 129 doentes que completaram a avaliação, 119 apresentaram CV indetetável à 12.ª ou 24.ª semana pós término, o que se traduz numa taxa de 92,2% de RVS na globalidade dos doentes avaliados. Dos 10 doentes não respondedores, 8 eram cirróticos. A RVS foi semelhante nos genótipos 1 e 3 (94% em ambos), sendo de 81% no genótipo 4. Só houve 2 doentes com genótipo 2 e um deles inclui-se no grupo dos que abandonaram a consulta, tendo o outro obtido RVS.

Estes resultados permitem-nos acreditar que o objetivo da erradicação desta infeção é perfeitamente tangível. Se num hospital periférico do grupo C, com as características do CHBM, pudemos proporcionar tratamento e cura a um grupo importante da população local, nos primeiros nove meses do programa em vigor, não é difícil imaginar o que pode ser feito a nível global.

Ao tratarmos um doente, não estamos apenas a curá-lo, mas também a impedir a propagação da infeção, pelo que se houver estratégias e políticas de saúde adequadas para todos, incluindo, naturalmente, os países menos desenvolvidos, a erradicação pode efetivamente ser possível.

O regresso das Jornadas de Medicina Interna do CHBM



As Jornadas do Serviço de MI do CH Barreiro Montijo voltaram com uma oitava edição, tendo as últimas ocorrido em 2010. Intervindo na sessão de abertura, Fátima Campante agradeceu o entusiasmo de Ana Sofia Serafim na organização das conferências e mostrou-se satisfeita por ter "um serviço jovem e dinâmico". A reunião teve lugar na Escola Superior de Tecnologia do Barreiro, de 3 a 5 de novembro.



Elementos da Comissão Organizadora: Rúben Reis, Catarina de Sousa, Fátima Campante, Ana Sofia Serafim e Francelino Ferreira



PUBLICIDADE

11.ª REUNIÃO ANUAL DO NEDM

Diabetes “desvalorizada” pela população e pelos profissionais de saúde

Uma doença desvalorizada pela população e pela comunidade dos profissionais de saúde é como o ex-diretor do Programa Nacional para a Diabetes da DGS vê a realidade da diabetes em Portugal. “É uma doença silenciosa e silenciada”, diz José Manuel Boavida.

O médico, que agora voltou a tempo inteiro à APDP, foi convidado para proferir a conferência de abertura da 11.ª Reunião Anual do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) da SPMI e não poupou nas palavras. Começou por afirmar que estamos perante uma doença “que não merece uma grande relevância” por parte da sociedade, até por haver a ideia de que “as pessoas vão vivendo com ela...”

Essa desvalorização estende-se, no seu entender, ao campo da investigação científica, onde a diabetes “é claramente discriminada, apesar do seu impacto social”, o que se traduzirá em menor financiamento para investigar. O dirigente da APDP não hesitou em afirmar que a diabetes “é desvalorizada pelos decisores políticos”, que transmitem a ideia de que “ela deve reduzir-se à sua insignificância”. Perguntou mesmo: “Estará alguém a prestar atenção àquilo que se passa com a diabetes?”

“Estatísticas temos, sabemos onde estamos, temos consciência do seu impacto brutal em todo o mundo, mas, apesar disso, a diabetes continua essencialmente invisível à vista dos governos mundiais”, lamentou José Manuel Boavida, que se mostrou muito pessimista quanto à realidade da diabetes: “Ganhámos batalhas, mas estamos a perder a guerra.”

Diabetologia: “pelo menos como competência”

Entretanto, Carlos Godinho, que é coordenador Regional da Diabetes da ARS Algarve e foi o responsável pela 11.ª Reunião Anual do NEDM, defendeu, em declarações à *Just News*, que a Diabe-



tologia “devia ser reconhecida, pelo menos, como competência pela OM”. E frisou: “Não se compreende que isso ainda não tenha acontecido, tendo em conta o flagelo desta doença a nível mundial, quando até áreas mais recentes já são especialidade.”

Para além do presidente da Câmara Municipal de Olhão, António Pina, que saudou os congressistas, também interveio na sessão de abertura o presidente da SPMI. Luís Campos haveria de

subscriver a posição de Carlos Godinho, esclarecendo que a SPMI e o Colégio da Especialidade de MI da OM “apoiam o aparecimento de competências”.

“Todos os internistas têm uma vocação generalista, mas, de facto, muitos de nós temos uma diferenciação em alguma das áreas e os núcleos de estudos da SPMI são esta expressão de diversidade fenotípica que a MI tem, na diabetes, na autoimunidade, na insuficiência cardíaca, no VIH...”, afirmou.



A DIABETES “É UMA DOENÇA SILENCIOSA E SILENCIADA”, DIZ JOSÉ MANUEL BOAVIDA.



Comissão Organizadora da 11.ª Reunião Anual do NEDM: Ricardo Louro, Nuno Bernardino Vieira, Carlos Godinho, Luísa Arez, Estela Ferrão, Andreia Cruz, Sofia Amálio, Ana Baptista e Joana Pestana (ausente na foto)



PUBLICIDADE

O PRESIDENTE DA SPMI ABORDOU O TEMA EM REUNIÃO DOS DIRETORES DE SERVIÇO DE MI E ORIENT

Situações crónicas têm de ter “uma resp contínua, integrada, preventiva, centrada

Para o presidente da SPMI, Luís Campos, a forma mais eficaz de dar resposta aos doentes que os hospitais têm de cuidar, que são “cada vez mais idosos, com multimorbilidades e problemas sociais”, é através da criação de “grandes departamentos” geridos pelos internistas, que articulem a intervenção das outras especialidades.

Em Portugal, este modelo assistencial está apenas implementado no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, e, mais recentemente, no Hospital CUF Porto, onde é uma aposta forte do grupo José de Mello.

Luís Campos falava no âmbito da reunião “Inovação na prestação de cuidados pela Medicina Interna, a formação e as competências”. O evento, que decorreu a 12 de novembro, juntou a Direção da SPMI, a Direção do Colégio da Especialidade de MI da Ordem dos Médicos, os diretores dos serviços de MI e orientadores de formação, tendo contado com a colaboração da Sociedade Espanhola de MI.

A reunião teve como objetivo mostrar experiências de sucesso em Portugal e Espanha de novos modelos de cuidados hospitalares, mais adequados aos doentes que hoje frequentam os hospitais, e refletir sobre as mudanças que a MI tem de promover na sua formação para melhor poder assumir estes novos modelos de cuidados.

Debruçando-se sobre o tema “Que desafios para a MI no Hospital e fora do Hospital”, Luís Campos defendeu que os internistas devem estar presentes nos serviços cirúrgicos, numa lógica de cogestão. Na sua opinião, os doentes que ali entram devem ser acompanhados desde o início pela MI para otimizar a sua condição pré-cirúrgica e prevenir as complicações, evitando as situações em que o internista é chamado tarde de mais.

No que respeita ao ambulatório hospitalar, afirmou que o futuro deveria passar

por um maior investimento nos hospitais de dia, “os quais evitam muitos internamentos e permitem altas mais precoces”; pela implementação da hospitalização domiciliária, cuja única experiência, atualmente, é a do Hospital Garcia de Orta, “mas que possibilita que se mantenham em casa uma percentagem de doentes que hoje ingressam nas enfermarias”.

Destacou ainda a necessidade de equipas e de unidades de cuidados paliativos para melhorar a assistência a estes doentes; e pela disseminação de outras unidades diferenciadas, como as de AVC, de Cuidados Intermédios e de Insuficiência Cardíaca, “que possibilitam o tratamento destes doentes por equipas mais diferenciadas, num ambiente protocolado, melhorando a qualidade assistencial, a formação e investigação”.

Encarar o doente crónico como “um parceiro nos cuidados”

Outra das prioridades é “mudar o paradigma da resposta aos doentes crónicos, que tem sido fragmentada, reativa, episódica, através das urgências, centrada nas doenças e em que o doente é encarado como um sujeito passivo”. Luís Campos defendeu a existência de “uma resposta contínua, integrada, preventiva, centrada no doente, em que este é encarado como um parceiro nos cuidados”, que resulte “na redução das admissões nas urgências e dos internamentos hospitalares”. Conforme disse, “não há uma fórmula mágica, mas todas as soluções têm de passar por equipas multidisciplinares, que envolvam hospitais e cuidados primários, onde os internistas e os médicos de MGF têm um papel fundamental, e pelo aumento da literacia dos doentes e da sua capacidade para autocuidados”. Na sua ótica, a integração de cuidados deve envolver não só os cuidados de saúde primários e hospitalares, mas a prevenção da doença, os cuidados continua-



Armando Carvalho, Luís Campos e João Araújo Correia

dos e os paliativos. “Só desta forma é garantida a continuidade de cuidados ao longo de todo o sistema”, referiu.

Luís Campos considera que as “reformas de proximidade” que esta equipa ministerial lançou, e nas quais o próprio está envolvido, e a introdução de incentivos à integração de cuidados na contractualização com os hospitais do SNS em 2017, o que sucede pela primeira vez, poderá ser um estímulo para o aparecimento de programas de cuidados integrados.

Neste contexto, apontou, “a SPMI tudo fará para incentivar os internistas a envolverem-se nestes programas e, nesse capítulo, está alinhada com a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar”.

Salienta também que os cuidados sociais não devem ser esquecidos: “Os serviços de Medicina estão transformados em centros de resolução dos problemas sociais e inundados de doentes com alta clínica, que permanecem nos hospitais por motivos sociais. Os decisores políticos não têm dado suficiente atenção a este grave problema, que irá avolumar-se de ano para ano”, indicou, desenvolvendo que é fundamental uma maior integração entre a saúde e a assistência social.

Outra das situações que, no seu entender, deve mudar prende-se com o facto de as normas de orientação clínica (NOC) em Portugal serem habitualmente elaboradas por especialistas de uma única especialidade, ignorando, muitas vezes a

ADORES DE FORMAÇÃO

Costa no doente”



O presidente da SPMI com Emilio Casariego Vales e Antonio Zapaterio Gaviria

Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar. Além disso, é urgente elaborar NOC para a multimorbilidade, como fez o NICE em setembro deste ano, na medida em que “as NOC centradas numa patologia são muitas vezes inadequadas para estes doentes”.

O envolvimento na prevenção das doenças e na promoção da saúde é um objetivo que deveria ser também assumido pela Medicina Interna. “Os comportamentos de risco determinam 40% da saúde das pessoas, enquanto os cuidados de saúde apenas 10%. Esta é uma tarefa tão impactante e tão difícil que não deve ser apenas deixada às pessoas da Saúde Pública, mas também por quem trata dos doentes crónicos”, destacou Luís Campos.

Os internistas devem ainda ter ainda um papel ativo na consciencialização dos médicos e dos doentes da dimensão e dos problemas levantados pelo sobrediagnóstico, a sobreprescrição e o sobrerastreio, com tudo o que isso acarreta em termos económicos, da realização de procedimentos desnecessários e de complicações evitáveis.

Ameaças e oportunidades na MI

Luís Campos destacou outras características da MI, como a flexibilidade, a multipotencialidade e a eficiência, e disse que a elevada competência e dedicação dos internistas portugueses, dando resposta à variabilidade da pressão sobre os hospitais nas urgências e no internamento, tem evitado ruturas no SNS.

No entanto, este esforço a que os internistas estão sujeitos, com impacto relevante sobre a sua vida pessoal e familiar, aliado à diminuição do rendimento mensal e do preço das horas extraordinárias, tem lançado muitos na procura do duplo emprego e tem provocado um crescente *burnout* entre internos e assistentes. Este é um problema a que urge fazer frente, através de uma discriminação positiva da MI e de outras medidas que atenuem este problema e tornem o exercício da MI mais compensador e atrativo. O presidente da SPMI defendeu ainda que os internistas têm de apostar na formação, na publicação, na investigação e nos registos de doentes. Além disso, têm de fazer um esforço no sentido de adaptar o internato e a progressão na

carreira à diversidade dos perfis de internistas que a MI tem de estimular para fazer face à diversidade de modelos de cuidados onde está envolvida.

“O papel dos diretores de serviço é fundamental, para saberem integrar nos seus serviços estas diferentes expressões fenotípicas de ser internista, para mobilizarem as equipas para estes novos desafios e para convencerem as administrações das suas vantagens e da necessidade de reforçar a capacidade dos serviços com o recrutamento de mais internistas”, destacou.

No seu entender, a MI tem muito a ganhar se aprofundar a relação e criar sinergias com a MGF e se fomentar o intercâmbio com Espanha, país que tem muitas semelhanças com Portugal no modelo de MI e onde existem muitas experiências com as quais podemos aprender. Esta aliança poderá ser poderosa a nível internacional: “O castelhano é a língua materna de 330 milhões de pessoas e a língua oficial de 21 países e o português é a língua materna de 250 milhões e é a língua oficial de 8 países. Isto dá-nos uma dimensão do nosso potencial universo de influência e intervenção.”

A palestra proferida por Luís Campos foi moderada por Manuel Teixeira Veríssimo, responsável pela Consulta de Geriatria e pela Enfermaria A do Serviço de Medicina A do CHUC, e teve lugar imediatamente a seguir à sessão de abertura, na qual, além do presidente da SPMI, participaram João Araújo Correia, secretário-geral da SPMI, e Armando Carvalho, presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da OM. A 3.ª edição desta reunião contou com cerca de uma centena de participantes. Estiveram presentes o presidente e o 1.º vice-presidente da Sociedade Espanhola de MI, respetivamente, Emilio Casariego Vales e Antonio Zapaterio Gaviria. Este último assumiria, alguns dias depois, a presidência da SEMI.

Inovação na prestação de cuidados pela MI, a formação e as competências



João Araújo Correia
Secretário-geral da SPMI

FICOU NO AR A HIPÓTESE DE OS NÚCLEOS DE ESTUDO DEFINIREM CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NAS SUAS ÁREAS RESPECTIVAS. DEPOIS, PODERIA HAVER CANDIDATURAS DAQUELES QUE CUMPRISSEM ESSES CRITÉRIOS, SENDO ATRIBUÍDO UM "CERTIFICADO" PELO COORDENADOR DO NÚCLEO DE ESTUDOS E PELO PRESIDENTE DA SPMI.

Realizou-se a 12 de novembro de 2016, no Hotel Tivoli Oriente, em Lisboa, uma reunião dirigida aos diretores de serviço e orientadores de formação, que teve um êxito assinalável, pelo número de participantes (mais de 100) e pela discussão de alto nível que teve lugar.

Foram dadas a conhecer muitas experiências inovadoras do exercício da Medicina Interna, algumas já em Portugal e outras que já têm uma experiência de largos anos em Espanha, com resultados notáveis!

As vantagens inerentes à organização departamental da Medicina Interna no hospital foram bem explicadas pelo Dr. Vasco Barreto, diretor do Serviço de Medicina do Hospital Pedro Hispano. É um modelo centrado no doente, muito mais eficaz do que a estrutura clínica dos serviços, em que todos os doentes médicos são geridos pelo internista, sendo reservado às outras especialidades o papel de consultadoria ou de execução de técnicas.

O Dr. Eduardo Ruiz (Madrid) trouxe-nos a experiência do Hospital Universitário Príncipe de Astúrias, que tem cerca de 400 camas e no qual há oito internistas em dedicação exclusiva à Medicina Perioperatória. De facto, cada doente internado no Serviço Cirúrgico tem dois médicos responsáveis, o cirurgião e o internista. Foi possível demonstrar à Administração do hospital que este sistema é custo/eficaz, com redução da demora média em 10%, da taxa de mortalidade em 20% e quase total desaparecimento das reclamações.

O Dr. Emílio Casariego (SEMI) veio revelar-nos a forma como foi possível em Lugo criar uma forte ligação com os médicos de clínica geral. Tal foi possível com a ida, uma por mês, de um internista a cada centro de saúde na influência do hospital, para tirar dúvidas ou observar casos concretos, para além de ter sido disponibilizado contacto telefónico e eletrónico. O resultado foi a redução em 8% dos pedidos de consulta de especialidade no hospital, para além da retirada da lista de espera de casos mais graves a necessitarem de observação urgente.

A Dr.ª Francisca Delerue (Hospital Garcia da Orta, Almada) mostrou-nos a resposta que o seu hospital encontrou para reduzir o número de doentes na urgência à espera de vaga no internamento. A 16 de novembro de 2015 iniciou o Programa de Hospitalização Domiciliária, com uma equipa dedicada de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que tem cumprido com sucesso todos os objetivos.

A Dr.ª Maria Céu Rocha, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, veio demonstrar o quanto é importante esta forma de organização de cuidados de saúde, que lhe permitiu montar a sua Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos, já com provas dadas desde 2010. Agora, está entusiasmada com o início do funcionamento da sua Equipa Domiciliária de Doentes Complexos Crónicos, que auguramos vir a ser outro marco de excelência dos cuidados prestados aos doentes.

A Medicina Major Ambulatória foi o conceito que nos trouxe Xavier Corbella (SEMI), que foi implementado no Hospital Bellvitge (Barcelona). Trata-se de um processo similar à Cirurgia de Ambulatório, no qual há um conjunto de respostas tendentes a reduzir a necessidade de internamento hospitalar. São elas a Unidade de Diagnóstico Rápido, a Unidade de Internamento de Curta Duração e a Hospitalização Domiciliária.

À tarde, foi discutida a formação em Medicina Interna e a atribuição de idoneidade aos serviços de Medicina. Tendo por base uma proposta de alteração do Colégio de Especialidade de Medicina Interna, ao documento de atribuição de idoneidades e capacidades formativas, agora em discussão pública, eu e o Prof. Armando Carvalho trocámos argumentos, nas perspetivas de diretor de serviço e de presidente do Colégio. A discussão teve ampla participação de todos os presentes.

O Dr. Carlos Monteverde veio, mais uma vez, reiterar a necessidade de instituir algumas competências atribuídas pela Ordem dos Médicos, que é a única forma de evitar que os internistas com trabalho durante anos em algumas áreas não venham a ser impedidos de ver esses doentes ou inibidos na prescrição de determinados medicamentos.

O Dr. Javier Alegria (SEMI) veio dar o testemunho de que em Espanha as competências são atribuídas pelas sociedades de cada região autónoma e que a sua atribuição implica a recertificação, que está plenamente instituída.

Ficou no ar a hipótese de os núcleos de estudo definirem critérios para atribuição de competências nas suas áreas respetivas. Depois, poderia haver candidaturas daqueles que cumprissem esses critérios, sendo atribuído um "certificado" pelo coordenador do núcleo de estudos e pelo presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Este "certificado", embora careça de valor legal, dado que a atribuição de competências é pertença exclusiva da Ordem dos Médicos em Portugal, seria uma forma de dar alguma segurança aos internistas, pois, o processo de criação das competências é lento e repleto de dificuldades.

TEMA EM DEBATE NO PAM 2016

A importância de prevenir as infeções nas doenças autoimunes

Com o avanço das terapêuticas biológicas, é essencial dar-se mais atenção à prevenção das infeções nas doenças autoimunes, advertiu Carlos Vasconcelos, presidente do PAM – Porto's Autoimmune Meeting 2016, evento que se realizou nos dias 20, 21 e 22 de outubro, na Fundação Eng.º António de Almeida.

O ex-diretor e atual colaborador da Unidade de Imunologia Clínica do Hospital de Santo António, CHUP, falou da importância dos rastreios às infeções latentes e das profilaxias antes de se submeter os doentes a terapêuticas imunossupressoras.

À *Just News* referiu que “é necessário alertar o doente para os riscos das terapêuticas a nível do sistema

que gerou uma discussão mais acesa, foi o impacto das vacinas no sistema imunitário. A esse respeito, Carlos Vasconcelos afirmou que “é fundamental que as pessoas se vacinem, mas também têm de ser informadas sobre os riscos associados, nos quais se incluem a nova síndrome ASIA (*autoimmune/autoinflammatory syndrome induced by adjuvants*)”.



Comissão Organizadora: António Marinho, Mariana Brandão, Carlos Vasconcelos, Pedro Vita e Isabel Almeida (ausente na foto)

imunológico, informando sobre os sintomas que o devem levar a pedir ajuda o quanto antes”. Nesse sentido, torna-se necessário facilitar o contacto entre utente e médico, “nem que seja por *e-mail*”.

Outro aspeto em debate no evento, e

No caso das vacinas, um dos adjuvantes é o alumínio, que deveria ser substituído: “O objetivo da discussão foi alertar para os riscos que existem – apesar de afetarem muito poucas pessoas – e pressionar a investigação farmacêutica para que este composto possa ser



substituído.” Contudo, sublinhou o especialista, “a vacinação é extremamente importante para toda a população, não deve ser evitada”.

Carlos Vasconcelos destacou também a presença, neste evento, de profissionais de saúde de diversas especialidades,

que apontaram “como muito útil e pertinente” o facto de na reunião se terem abordado as “autoimunodeficiências, um conceito que não existe na Medicina, mas que pode ajudar a chamar mais a atenção para a problemática das doenças autoimunes e sua inter-relação com as imunodeficiências primárias e iatrogénicas”.

O Curso de Imunodeficiências Primárias para Internistas, que decorreu no terceiro dia do encontro, contou também com “uma elevada participação, o que é muito positivo, pois, quer as imunodeficiências primárias, quer as adquiridas são doenças em que os internistas têm grande responsabilidade no seu acompanhamento”.

Face à importância da temática e do impacto que a Imunologia Clínica tem na saúde da população, Carlos Vasconcelos defendeu que esta área devia ser reconhecida como uma competência pela Ordem dos Médicos. “Não acho que deva ser uma especialidade, como acontece noutros países, mas como uma competência transversal a diversas especialidades. E transitória, ou seja, duradoura apenas enquanto o profissional trabalhar ativamente na área.”

23.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

Aplicação informática permite aos particip

Nas duas últimas edições da LIVE Medicina Interna demos a conhecer alguns dos elementos da Comissão Organizadora do 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna, que terá lugar entre os dias 25 e 28 de maio de 2017, no Centro de Congressos da Alfândega do Porto, e que será presidido por João Araújo Correia. É agora altura de apresentar os elementos que faltavam: Raquel Calisto, Rute Ferreira e Vasco Barreto. Em entrevista, os três internistas do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, destacam algumas das inovações deste ano, entre as quais a criação de uma aplicação informática que, entre outras vantagens, além de permitir o voto dos participantes em sessões interativas de discussão de casos clínicos, possibilita que estes possam escolher o seu próprio programa, de acordo com o seu perfil.

Para Raquel Calisto, assistente hospitalar de Medicina Interna da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente do Hospital Pedro Hispano, que integra a Comissão Organizadora do CNMI pela primeira vez, nesta edição, a grande mais-valia reside no novo formato de sessões que serão apresentadas no programa final. Do ponto de vista profissional e pessoal, a médica considera que participar na Comissão Organizadora de um Congresso com esta envergadura tem sido um desafio.

Em entrevista, a internista começa por salientar que o presidente do Congresso, João Araújo Correia, é "muito organizado". E continua: "Iniciámos cedo as primeiras reuniões da Comissão Organizadora, em dezembro de 2015. Um ano depois, mantemo-nos a fazer reuniões regulares, quando ainda faltam meses para o Congresso. Numa fase inicial, cheguei a pensar que era precoce reunirmos mais de um ano antes, agora percebo que foi no tempo certo. Conciliar as nossas vidas profissionais e pessoais com uma atividade desta natureza exige rigor e tempo."

É também a primeira vez que Rute Ferreira integra a Comissão Organizadora de um CNMI. E reconhece que está a ser "um desafio fantástico". "É muito entusiasmante estar envolvida na organização de um Congresso desta dimensão e importância, ainda mais com este

grupo de trabalho já muito experiente e que tem sido exemplar. É ter a oportunidade de contribuir para o crescimento da Medicina Interna em Portugal. E isso faz desta 'viagem' uma experiência inesquecível e extremamente cativante", realça.



Rute Ferreira, Vasco Barreto e Raquel Calisto

Para Vasco Barreto, diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano e membro da Comissão Organizadora do CNMI 2017, a experiência já não é inédita, dado que, tal como três outros elementos (João Araújo Correia, Helena Sarmiento e Olga Gonçalves), pertenceu à Comissão Organizadora do Congresso realizado em 2011, no Porto. Ainda as-

sim, considera que a experiência representa um grande desafio e responsabilidade, além de ser "muito estimulante". "Estamos a falar do grande encontro científico da Medicina Interna em Portugal. Em 2011 contou com mais de 1500 participantes, mas já temos tido mais de 2000. Envolve um número semelhante de trabalhos a avaliar e a concurso para os prémios de melhor trabalho. Abrange, ainda, cerca de 1000 internos, muita Indústria Farmacêutica, os 17 núcleos de estudos da SPMI e muitas áreas do conhecimento", justifica.

Programa é inovador, mas a tradição do Congresso mantém-se

Na opinião de Raquel Calisto, o programa será "abrangente, arrojado e jovem", sobretudo no formato, com novos modelos de sessões que pretendem cativar todos os internistas e promover uma cultura de formação científica mais dinâmica, menos expositiva, de maior proximidade.

conteúdos surgiram de um *brainstorming* da Comissão Organizadora, que se fez regularmente nas reuniões que se têm vindo a realizar.

A médica espera que esta edição seja muito vivida pelos internistas. "Que sejam dias em que vão rever colegas, trocar ideias, aprender, discutir, socializar, tendo como pano de fundo a nossa lindíssima e renovada cidade do Porto. Que seja um evento científico de elevada qualidade. Que no final levem para os seus locais de trabalho novas práticas, novas posturas, novas formas de pensar e fazer Medicina", menciona.

Por seu lado, Rute Ferreira tem expectativas de que este seja um Congresso "inesquecível e inovador" e que o Porto seja o cenário de partilha, de aprendizagem, de crescimento e de renovação da prática clínica. "Nos últimos anos, tem-se assistido a um nível científico já muito elevado, mas espero que seja possível ainda melhorar. Que as inovações sirvam para o crescimento do evento, para acrescentar dinamismo e rigor e chegar mais perto de todos os participantes", refere.

Vasco Barreto acredita que esta edição será inovadora e marcante nalgumas áreas, sem que a continuidade e a identidade do evento sejam postas em causa.

Sessões plenárias interativas de discussão de casos clínicos

Uma das inovações do 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna é a realização de sessões plenárias interativas de discussão de casos clínicos. Um modelo que foi testado no passado dia 4 de novembro, no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, numa sessão-piloto.

No Congresso serão realizadas três sessões plenárias interativas de discussão de casos clínicos, sendo um deles da responsabilidade dos elementos do Hospital Pedro Hispano, outro de um grupo do Centro Hospitalar e Universitário do Porto e, por fim, um a cargo de médicos do Hospital de Guimarães.

Relativamente ao caso que estará a cargo dos elementos do Hospital Pedro Hispano, Rute Ferreira adianta que será escolhida uma situação clínica real que

São disso exemplo as sessões de "encontros com o perito", os "hot topics" e os "casos clínicos interativos".

"Tentámos, em simultâneo, manter alguns modelos convencionais e seguros de sessões em congresso, como o são as 'mesas-redondas' e as 'lições magistrais'", aponta.

Os novos modelos de sessões e os seus

antes escolher o seu próprio “programa”

se adequem ao modelo pretendido e serão convidados peritos das áreas envolvidas. O caso será apresentado pela própria e por Raquel Calisto e terá como moderador Vasco Barreto.

Segundo Vasco Barreto, o objetivo da sessão-piloto foi testar a nova aplicação informática desenhada especificamente para estas sessões interativas e que ficou disponível para *smartphones*. Pretendeu-se também avaliar a própria dinâmica deste tipo de sessões e a articulação entre a apresentação do caso clínico, as intervenções dos peritos e a assistência.

Seguindo a mesma dinâmica das sessões plenárias interativas que terão lugar no Congresso, foi apresentado um caso clínico discutido por um painel de peritos. A participação da assistência foi feita através de televoto em perguntas estratégicas, utilizando a aplicação informática criada para o efeito.

Esta sessão-piloto foi moderada por Vasco Barreto, cabendo a Raquel Calisto e Rute Ferreira a apresentação do caso clínico. O painel de peritos foi consti-

tuído por dois internistas que também pertencem à Comissão Organizadora do Congresso, Júlio Oliveira (Hospital de Santo António, Porto) e Carlos Fernandes (Hospital Nossa Senhora da Oliveira, em Guimarães) e pela cardiologista Cristina Gavina (Hospital Pedro Hispano). Coube ao diretor clínico do hospital que acolheu esta sessão, Taveira Gomes, fazer uma pequena introdução.

De acordo com o diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano, a aplicação permite também lançar perguntas a que o moderador tem acesso”. Adicionalmente, “o próprio público pode intervir sem recorrer à utilização de microfones e, com o filtro do moderador, algumas das perguntas oriundas da assistência podem ser discutidas pelo painel de peritos”.

Segundo o internista, a aplicação “está a funcionar bem” e disponibiliza, também, informações relevantes sobre o Congresso, que irão sendo atualizadas à medida que o evento se aproxima. Serão necessários, apenas, pequenos ajustes, como, por exemplo, a inserção de um controlo de tempo nas respostas.

Na ótica de Raquel Calisto, “num mundo de novas tecnologias, faz sentido usufruir ao máximo destas aplicações para fomentar uma cultura de proximidade entre o internista que vai e o Congresso que o recebe”.

“A meu ver, uma das maiores vantagens será o facto de a aplicação auxiliar o internista a construir o seu próprio programa ideal do Congresso, de acordo com o seu perfil. Temos internistas generalistas, internistas dedicados a doença aguda, internistas dedicados ao risco vascular, outros a patologia autoimune... queremos que todos tenham um lugar neste Congresso e queremos que a aplicação os auxilie a delinear ‘o seu’ percurso em particular pelas várias ses-

sões, de acordo com o seu perfil”, realça a médica.

Rute Ferreira, por seu turno, considera que esta aplicação informática traz claramente uma série de vantagens, para além de acompanhar a “tendência informática” da sociedade atual, tirando o melhor partido disso. “Hoje em dia, quase toda a gente tem e usa o seu *smartphone*. A aplicação está muito bem desenhada, sendo prática e fácil de usar”, indica.

Vasco Barreto admite estar com grandes expectativas em relação a estas sessões de casos clínicos interativos que terão lugar na Sala do Arquivo do Centro de Congressos da Alfândega do Porto, nas quais são esperados cerca de 1000 participantes.

Sistema de avaliação/classificação dos trabalhos foi revisto

Os três elementos da Comissão Organizadora do Hospital Pedro Hispano – Raquel Calisto, Rute Ferreira e Vasco Barreto – estão envolvidos também na revisão do sistema de avaliação/classificação dos trabalhos enviados para o Congresso.

Segundo Raquel Calisto, anualmente, internos e especialistas de todo o país submetem mais de 2000 resumos para avaliação no CNMI. “Repensámos o modelo e os critérios de classificação de trabalhos, tornámos-os mais aprofundados, objetivos e uniformes”, adianta. E acrescenta:

“Todos passamos pelo processo de submeter trabalhos neste Congresso no passado, pretendemos que quem os submete tenha a sensação de que o seu trabalho foi adequadamente valorado e mereceu a nossa melhor atenção e pretendemos também que cada vez mais este Congresso se destaque pela qualidade científica dos trabalhos. Esperamos ter criado um método de avaliação ‘justo e reproduzível’.”

Nas duas últimas edições, demos a conhecer os seguintes elementos da Comissão Organizadora do 23.º CNMI:

João Araújo Correia (presidente) - H. Geral de Santo António, CHUP
Olga Gonçalves (secretária-geral) - CH de Vila Nova de Gaia
João Neves (tesoureiro) - H. Geral de Santo António, CHUP
Júlio R. Oliveira - H. Geral de Santo António, CHUP
Margarida França - H. Geral de Santo António, CHUP
Sara Rocha - H. Geral de Santo António, CHUP
Carlos Fernandes - H. Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães
Helena Sarmento - H. Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães



XXIII Reunião Nacional do Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais



Abílio Gonçalves
Presidente do NMIHD

O Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais (NMIHD) é uma associação de médicos especialistas em Medicina Interna que trabalham em hospitais distritais. O NMIHD tem desempenhado um importante papel na defesa da prática da Medicina nos hospitais não universitários. Os “hospitais distritais”, na nova nomenclatura, englobados nos grupos hospitalares B e C, mantêm as assimetrias para com os hospitais do grupo D e E, que existiam entre os hospitais centrais, os hospitais universitários, polivalentes, e os hospitais distritais, mais periféricos, de menor dimensão e com menor número de valências médicas.

Estas assimetrias refletem-se na organização hospitalar, no nível de exigências feitas aos internistas, responsáveis pelo tratamento de doentes de múltiplas patologias, muitas vezes os únicos especialistas da área médica a exercer funções permanentes nos serviços de urgência, na formação dos internos da Formação Específica, em variadas comissões hospitalares, entre outras funções. O NMIHD tem tido, ao longo dos anos, um papel importante na representação e defesa destes médicos internistas e internos da especialidade destas instituições. E essa continua a ser a razão da existência do NMIHD.

A 1.ª Reunião Nacional do Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais foi realizada no dia 16 de outubro de 1993, no Auditório do Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre. Ao longo dos anos, este Núcleo tem vindo a realizar várias reuniões nacionais, tendo a última decorrido na Covilhã, nos dias 4 e 5 de novembro de 2016, com a presença de centenas de participantes, provenientes de cerca de 30 hospitais nacionais.

A Reunião Anual do NMIHD tem hoje um importante papel na formação tanto dos internistas como dos internos de formação específica, discutindo diversos temas de atualização científica, bem como temas organizativos. Tem também um significativo espaço dedicado à apresentação de trabalhos por eles apresentados, que discute profundamente para que não sejam “apenas” mais um trabalho para o currículo.

A XXIII Reunião iniciou-se nos dias 2 e 3 de novembro, com os cursos prévios à própria Reunião, sendo o Curso de Ventilação Não Invasiva o mais disputado. No dia 4, a primeira conferência foi proferida pela Dr.ª Maria do Carmo Macário, que conseguiu deliciar a assistência com a temática das “Doenças Raras”, abordando de forma magistral este tema tão complexo, fazendo realçar a importância da suspeita diagnóstica e sua

abordagem terapêutica. Seguiu-se uma mesa-redonda sobre outras perspetivas da diabetes, nomeadamente as suas formas secundárias e a sua associação às doenças autoimunes, temas da predileção da presidente da mesa, a Dr.ª Rosa Silva, da ULS de Castelo Branco.

“O Risco Associado ao Internamento em Medicina Interna” foi o tema da tarde, com a abordagem dos riscos infecciosos por micro-organismos multirresistentes, o grave risco de desnutrição e algumas estratégias para a sua prevenção, assim como o risco nos cuidados continuados e nos cuidados paliativos. Numa época em que parece estarmos cada vez mais dependentes dos exames complementares e das terapêuticas extremamente onerosas, houve ainda a oportunidade de ouvir o Dr. Borges Alexandrino abordar um tema de semiologia clínica, sem necessidade de exames complementares para estabelecer o diagnóstico, cuja terapêutica não farmacológica poderá ser efetuada por qualquer médico: a síndrome costovertebral.

No segundo dia da Reunião foi abordada a “Informatização e a Medicina”, tema este que não poderia ter sido mais debatido, limitado pelas condicionantes do tempo. O programa SClínico e os outros registos clínicos informatizados têm condicionado sobremaneira o trabalho médico, que obriga a passar mais tempo a fazer vários “cliques” no computador do que a auscultar os doentes. Apesar da mais-valia da informatização, a sua aplicação sem a adequada participação dos utilizadores na sua elaboração tem transtornado a medicina e, em particular, os internistas. Foi ainda discutida a validade da Telemedicina e a sua implementação, particularmente na Via Verde do AVC.

A “Conferência Demografia e Saúde”, apresentada pela Prof.ª Ana Alexandre, foi o último tema da Reunião, mesmo antes da entrega dos prémios para os melhores pósteres, os melhores casos clínicos e as melhores casuísticas, o já famoso prémio Dr. António Marcelino.

Em 2017, será tempo de regressar a Portalegre, onde irá decorrer a XXIV Reunião do NMIHD, no início de novembro, onde serão discutidos mais temas prementes da Medicina Interna.

DIABETES MELLITUS

Evolução do tratamento e importância de fármacos cada vez mais dirigidos



Lúcia Guedes

CH Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira

A diabetes *mellitus* é uma patologia muito prevalente no nosso país (afetando, em 2015, 13,1% da população) e no mundo, apresentando incidência crescente ao longo das últimas décadas. É uma doença crónica e indolente, com complicações micro e macrovasculares importantes, que condicionam atingimento significativo de múltiplos órgãos e consequente aumento da morbidade e mortalidade. Em Portugal, a glicemia plasmática em jejum aumentada é um dos fatores de risco que mais contribui para o total de anos de vida saudável perdidos (DALY - *Disability-Adjusted Life Years*).

No início do século XX, aquando da descoberta da insulina, hormona produzida pelo pâncreas como causa da diabetes, iniciaram-se os trabalhos para obtenção dessa secreção. Finalmente, em 1922, após o seu isolamento por Banting e Best, a insulina foi aplicada pela primeira vez em humanos. Desde então, a indústria farmacêutica interessou-se pela produção de insulina. Inicialmente, insulinas de origem animal, que conti-

nham muitas impurezas que, por sua vez, originavam efeitos adversos importantes, como reações alérgicas e formação de abscessos. Além disso, uma das questões mais difíceis de resolver era a necessidade de múltiplas aplicações, dado o tempo de duração de ação curto.

Com todo o interesse gerado nesta área e o desenvolvimento de técnicas laboratoriais, foi sendo possível produzir insulinas que mimetizassem o mais próximo possível o perfil fisiológico da insulina humana endógena: na década de 70 as insulinas animais purificadas, na década de 80 as insulinas humanas recombinantes e na década de 90 os análogos de ação rápida (das quais a lispro foi a primeira a ser lançada em 1996). Já no século XXI surgiram os análogos de ação longa, nomeadamente a insulina glargina e a detemir.

A perceção da existência de casos menos graves de diabetes motivou, após a descoberta da insulina e a par da sua evolução, a procura de fármacos que pudessem ser utilizados por via oral. A partir da constatação, em 1944, por Loubatières, da presença de hipoglicemia prolongada nos doentes tratados para febre tifoide com o derivado sulfonamídico isopropiltiadiazol, iniciou-se a pesquisa nesse campo. Dessa resultou o lançamento, em 1955, da primeira sulfonilureia, a carbutamida.

De forma a tentar resolver alguns problemas de segurança metabólica e cardiovascular identificados, foram posteriormente desenvolvidos outros compostos com mecanismo de ação semelhante: as sulfonilureias de segunda geração (glibenclamida, gliclazida, glipirida e gliquidona) e terceira geração (glimiperida). Também nessa década apareceram as biguanidas, resultado do estudo dos efeitos da planta *Galega officinalis*, amplamente usada na Europa desde a Idade Média como um tratamento popular para a poliúria da diabetes.

Contudo, devido a efeitos adversos dos outros compostos, deste grupo, permanece em utilização apenas a metformina, sendo considerada a 1.ª linha de todos os protocolos de tratamento de diabetes tipo 2. Na década de 1980 surgiu a acarbose e na década seguinte as tiazolidinedionas e as glinidas. No entanto, dado os efeitos deletérios, destas permanecem em utilização pouco frequente apenas a acarbose, a pioglitazona e a nateglinida.

A constatação da perda de eficácia da monoterapia, dos problemas de adesão e a definição frequente de objetivos cada vez mais ambiciosos justificou a contínua investigação de novos alvos terapêuticos, motivada pelos avanços no conhecimento dos mecanismos patofisiológicos da doença.

Assim, já no século XXI surgiram os inibidores da dipeptidilpeptidase-4 (DPP4), os análogos do *Glucagon-like peptide-1* (GLP-1) e os inibidores do transportador sódio-glicose tipo 2 (SGLT2), que associam eficácia terapêutica com comodidade de administração (1 toma diária e, no caso dos análogos, a possibilidade de 1 toma semanal) e poucos efeitos secundários. Mantêm-se em investigação novos fármacos, com modalidades posológicas cada vez mais cómodas, por exemplo, mecanismos de libertação prolongada, e a procura de alternativas cada vez mais próximas da fisiologia, nomeadamente, a “insulina inteligente”.

Nesta patologia, atualmente, além da procura constante de fármacos que permitam obter mais eficientemente a hemoglobina glicada alvo, o principal desafio é o de encontrar medicamentos que atuem também nas comorbilidades intimamente relacionadas com a diabetes, nomeadamente, na obesidade, na aterosclerose e na insuficiência cardíaca, promovendo uma melhoria global do estado de saúde do doente.

SERVIÇO DE DOENÇAS AUTOIMUNES DO HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA, ESPANHA

Estágio de doenças autoimunes



Gilberto Pires da Rosa

IFE 3.º ano Medicina Interna, CH de São João, Porto

A realização de estágios constitui um dos momentos mais cruciais do nosso internato. É nestes períodos que nos debruçamos sobre um domínio que nos interessa particularmente, que tentamos preencher uma lacuna na nossa formação ou simplesmente queremos contacto com uma área que desconhecemos. O meu estágio de três meses em Barcelona pretendia precisamente constituir uma imersão nesta área pela qual nutro especial predileção: a patologia autoimune.

Considero que um estágio pleno deve contemplar três vertentes: a clínica, a formação e a investigação. Adicionalmente, a estrutura do serviço em questão deve estar devidamente organizada e preparada para nos receber. Em todos estes pontos, este estágio superou positivamente as expectativas.

Barcelona em si é uma cidade incrível, que favorece um período curto de adaptação, e a proximidade da língua (embora o catalão abunde, prontamente é feita a transição para o castelhano se demonstrarmos essa vontade) permite rapidamente transpor o domínio do observacional e trabalhar praticamente como se em Portugal nos encontrássemos. Considero sim que ter já previamente algumas bases na área permite tornar o estágio bem mais profícuo, aproveitando o contacto quotidiano com figuras de referência da área para “limar arestas” e retirar dúvidas que temos na nossa prática diária.

No domínio da clínica, a atividade assistencial divide-se por três áreas: internamento, hospital de dia e consulta (um ou dois meses em cada, consoante se trate de um estágio de 3 ou 6 meses). Em todos estes campos temos um papel ativo atribuído (somos os “internos” do serviço) e trabalhamos autonomamente sob supervisão de um sénior.

O internamento funciona de forma semelhante a uma enfermaria de Medicina Interna, sendo que todos os doentes com patologia do foro autoimune admitidos por uma causa médica são internados ao cuidado do Serviço de Doenças Autoimunes (mesmo que o motivo de admissão não esteja diretamente relacionado com a patologia de base).

O hospital de dia funciona como um serviço de urgência para os doentes do serviço, que podem recorrer a ele sem marcação prévia, servindo também para a administração de tratamentos. Acaba assim por ser formativo em duas vertentes: na interação com o doente autoimune agudo e no manuseio de fármacos imunossupressores (doses, formas de administração, efeitos adversos...).

A consulta permite contactar com um grande volume de doentes, com consultas específicas devotadas às diferentes patologias (LES, SAF, esclerose sistémica, vasculites, sjögren, behçet, sarcoidose...) e, inclusivamente, frequentar consultas efetuadas conjuntamente com outras especialidades (Obstetrícia e Oftalmologia).

Queremos cuidados paliativos, já!



Ana Raquel Ramos

CH de Vila Nova de Gaia-Espinho

Com os inúmeros avanços científicos e tecnológicos a que temos assistido, associados à melhoria das condições de vida, a longevidade das populações aumentou, aliada ao prosperar das doenças crónicas. Porém, esse aumento de quantidade de vida nem sempre se iguala à qualidade, tendo sido negligenciadas as intervenções na saúde que fomentassem a dignidade no aproximar da morte. Como tal, surgiu a filosofia dos cuidados paliativos, com vista a alterar a tendência desumanizante da medicina moderna.

Os cuidados paliativos são, ainda, uma área recente, mas, felizmente, os avanços têm sido exponenciais, despertando aquelas consciências que ainda estavam adormecidas relativamente às necessidades do doente e das suas famílias, defendendo uma visão integral do doente, abordando todas as suas dimensões: física, social, psicológica e espiritual. Essa desvalorização prende-se, muitas vezes, com a dificuldade de aceitação por parte dos próprios profissionais, pois, quando a morte é

inevitável a sensação é de fragilidade, causando a sensação de fracasso profissional. Diante desta dificuldade em lidar com a finitude humana, muitos médicos distanciam-se e tratam o doente não como uma pessoa, mas como algo que necessita da sua intervenção.

Assim, é emergente acabar com os mitos sobre o termo *cuidados paliativos*, pois, infelizmente, tanto a sociedade como muitos dos profissionais de saúde encaram os cuidados paliativos como uma situação em que não há mais nada a fazer, quando na realidade pretendemos ajudar o doente e a sua família a atravessar um processo que é naturalmente doloroso, com o menor sofrimento possível.

O médico tem a sua formação toda voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças, logo, o currículo médico carece de disciplinas que tratem desta temática. O internato médico é pouco preocupado com a formação humana dos seus internos, valorizando mais a parte técnica, ou

Ser interno de Medicina Interna no...

CH do Médio Ave, Unidade de Famalicão



Sara Pereira

IFE de Medicina Interna, CH do Médio Ave,
Unidade de Famalicão

Na vertente formativa, são frequentes ao longo da semana sessões clínicas com revisão de temas/artigos/apresentações de casos clínicos e reuniões de grupo multidisciplinares dedicadas a áreas específicas (doenças do interstício pulmonar, observação de biópsias renais e musculares). Além destes momentos inseridos no dia-a-dia, existe, de forma mais formal, o Mestrado em Doenças Autoimunes da Universidade de Barcelona que, não sendo obrigatório, somos estimulados a frequentar. As aulas decorrem entre outubro e fevereiro, ocupando todo o dia de sexta-feira, com disciplinas mais genéricas, que cobrem as principais patologias autoimunes, e disciplinas que se debruçam sobre o atingimento de certos sistemas por parte dessas mesmas patologias (renal, hematológico, cardiopulmonar, ocular, cutâneo, entre outros).

O mestrado constitui uma revisão exaustiva de praticamente todas as áreas da autoimunidade, com aulas fantásticas, lecionadas por oradores de renome. Agregada ao mestrado surge a componente de investigação, com a apresentação de um trabalho de investigação como tese final.

Agglomerando os argumentos supracitados, considero este estágio extremamente completo e sinto que, efetivamente, me permitiu dar um "salto" colossal no conhecimento e no à vontade no manejo destas patologias.

seja, não ensina o médico a lidar com o doente no seu processo de morte de uma maneira humanizada e ativa.

É necessária uma reformulação do currículo que permita ao médico encontrar maior segurança quando este se deparar com a temática da morte. Assim, todos os médicos devem estar aptos a prestar este tipo de cuidados, ou, no mínimo, a promover a abordagem paliativa da pessoa com doença limitante ou ameaçadora da vida. Todavia, existe ainda um longo caminho a percorrer no nosso país e, assim sendo, faço um apelo para a promoção de formação pré-graduada e graduada na abordagem paliativa.

Deste modo, desejo que a tendência seja de entusiasmo, valorização e visão pela necessidade crescente dos cuidados paliativos na formação médica, pois, para mim, como interna de Medicina Interna, desde cedo me entusiasmei com a absoluta necessidade de integração entre os cuidados potencialmente curativos e os cuidados paliativos.

O Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE tem dois serviços de Medicina – a Medicina I, na Unidade de Famalicão, e a Medicina II, na Unidade de Santo Tirso, com diretores de serviço próprios e organização independente. Como interna da Unidade de Famalicão, passo a descrever a atividade desenvolvida no Serviço de Medicina I.

O Serviço de Medicina I é composto por duas unidades, Medicina Mulheres e Medicina Homens, num total de 52 camas. Cada unidade é constituída por enfermarias de 3 camas, sendo que a Unidade de Medicina Homens acolhe também no seu espaço físico a Unidade de AVC, de nível C, com 6 camas monitorizadas e com regulamento de admissão próprio. A atividade assistencial das enfermarias organiza-se em grupos, sendo cada um chefiado por dois especialistas, responsáveis por um conjunto de quatro enfermarias, duas em cada uma das unidades supracitadas.

O interno, como parte integrante do trabalho de enfermaria, participa ativamente nas várias reuniões semanais promovidas pelo Serviço, nomeadamente no *Journal Club*, com apresentação sucinta e crítica de artigos científicos, visita geral com discussão conjunta dos doentes internados, reuniões de Serviço com apresentação de casos clínicos de interesse, estatísticas do Serviço, revisão de temas teóricos ou de *Guidelines* publicadas recentemente.

Tratando-se de um hospital secundário, o Serviço incentiva à realização de estágios opcionais e também ao estágio obrigatório de Medicina Intensiva fora do CHMA, permitindo a realização dos mesmos

em centros de referência nacionais e internacionais. O Serviço estimula a participação dos internos na Consulta de Medicina e nas Consultas Temáticas organizadas, como Doenças Hepáticas, Diabetologia, Hipertensão e Risco Vascular, Medicina/AVC, acompanhando o especialista responsável. Após a conclusão dos estágios, o interno assegura com autonomia um período semanal de Consulta de Medicina, de caráter prioritário para seguimento pós-alta, e ainda de doentes triados pelo diretor de Serviço especificamente para essa consulta.

Os internos asseguram também um período semanal de Residência/Urgência Interna, prestando apoio aos doentes internados no Serviço de Medicina I, assim como aos diversos serviços da Unidade de Famalicão, sempre que solicitado. Garantem urgência semanal no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, observando os doentes médicos triados com cor "Vermelha" e "Laranja" pelos critérios de Manchester, assim como todas as "Vias Verdes", doentes referenciados ao Serviço de Urgência para observação por Medicina Interna e aos pedidos de colaboração de outras especialidades e da triagem médica. Também realizam consultadoria interna, sempre que necessário, que é organizada em escala rotativa.

Relativamente a outras atividades de interesse curricular, os internos colaboram na formação de alunos do Mestrado Integrado de Medicina Interna, ao abrigo de protocolos com faculdades de Medicina, de alunos que participam em Estágios médicos em férias, de internos do Ano Comum e de internos de Medicina Geral e Familiar, fomentando o trabalho em equipa e contribuindo para o crescimento profissionalizante dos mesmos. A investigação clínica é estimulada, assim como a publicação de artigos científicos. A organização de eventos científicos ocorre pontualmente. Destaca-se também a realização de atividades direcionadas para a comunidade, em articulação com os cuidados de saúde primários.

Portanto, é um Serviço acolhedor e dinâmico, que promove a construção de um raciocínio clínico estruturado, apoiado numa base teórica sólida, concomitantemente com a aquisição de uma experiência prática variada. Apesar da existência atual de constrangimentos ao nível de infraestruturas e de espaços físicos, há uma preocupação constante do Serviço na melhoria das condições de trabalho do corpo clínico e da prestação de cuidados aos doentes.

Prescrição racional no doente geriátrico: um desafio reconhecido?



Paulo Almeida

IFE de Medicina Interna, CH do Baixo Vouga, Aveiro

A prescrição medicamentosa resulta do raciocínio gerado aquando da observação médica e representa um ato de incontestável responsabilidade. No que respeita ao doente geriátrico, a prescrição assume um dos maiores e mais frequentes desafios do quotidiano de qualquer médico. De facto, as peculiaridades clínicas e fisiopatológicas dos doentes geriátricos justificam uma reflexão minuciosa aquando da prescrição.

Para além da habitual variação genética interindividual, que implica diferentes respostas aos fármacos, reconhece-se um conjunto de alterações anatomofisiológicas características do envelhecimento que podem afetar a farmacocinética. Apesar da absorção poder ocorrer de forma mais lenta devido a múltiplos mecanismos (em particular, a redução da motilidade gastrointestinal), considera-se que a distribuição, a metabolização e a eliminação dos fármacos poderão ser mais influenciadas pelo envelhecimento. Na verdade, a alteração da composição corporal (designadamente, diminuição da massa magra e da água corporal e aumento da massa gorda), que acarreta diferentes volumes de distribuição, e a redução da albumina sérica afetam a distribuição e pressupõem adaptação da posologia farmacológica.

Por outro lado, as alterações orgânicas e a diminuição da reserva funcional, nomeadamente, do fígado e do rim, implicam variações na metabolização hepática (fundamentalmente, nas reações enzimáticas de oxidação, redução ou hidrólise) e na eliminação renal (devido-se, nomeadamente, proceder ao cálculo da taxa de filtração glomerular, tendo em consideração a idade).

No entanto, no que diz respeito à farmacodinâmica, sabe-se menos, uma vez que a maioria dos ensaios clínicos exclui doentes com mais de 65 anos, ficando por esclarecer alguns efeitos dos fármacos no organismo do doente geriátrico. Para além das alterações da senescência, há ainda a considerar o impacto da senilidade, ou seja, da maior incidência e gravidade de comorbilidades e, subsequentemente, da polifarmácia, aumentando significativamente o risco de efeitos adversos, interações farmacológicas e subsequente de iatrogenia medicamentosa, justificando frequentemente o internamento.

Acrescem ainda os problemas nutricionais e sensoriais, a possível deterioração cognitiva, o frequente isolamento social e os escassos recursos financeiros, que podem comprometer a adesão terapêutica. Durante o raciocínio diagnóstico, há ainda que ter em conta a menor expressão semiológica e a apresentação inespecífica, complexa e atípica da doença nestes doentes que podem promover prescrições erróneas.

Tendo em consideração as particularidades do doente geriátrico, antes da prescrição medicamentosa, o clínico deverá realizar uma avaliação holística (através da realização da avaliação geriátrica global, a fim de abordar o estado físico, mental, funcional, nutricional e situação social), dedicando especial atenção a uma história medicamentosa exaustiva (inclusivamente, sobre produtos de ervanária e de fármacos de venda livre). Para além de explorar previamente abordagens não farmacológicas, que possuem uma importância crucial em medicina geriátrica, dada a menor iatrogenia associada, o prescritor deverá ainda incluir na sua lista de diagnósticos diferenciais a possibilidade de um novo sintoma ou sinal ser um efeito adverso de um medicamento (evitando o fenómeno da cascata de prescrição).

No momento da prescrição racional, depois de ponderadas a eficácia, efetividade e segurança do fármaco, dever-se-á adaptar a dose (preferindo iniciar com doses reduzidas e titular a resposta posteriormente), esquema posológico, formulação (tendo em conta, por exemplo dificuldades de deglutição) e custo do fármaco ao doente em particular. A utilização de instrumentos como os *Crítérios de Beers* poderá auxiliar na escolha dos fármacos mais apropriados nestes doentes. Será depois indispensável uma explicação do esquema terapêutico clara, objetiva e provavelmente redigida e envolvendo familiares e cuidadores.

Após a prescrição, é crucial uma vigilância periódica dos possíveis efeitos adversos ou interações farmacológicas. Por fim, a revisão terapêutica é preponderante no seguimento do doente geriátrico, presumindo simplificações terapêuticas e reavaliação de doses e da possibilidade de suspensão de fármacos.

Concluindo, a prescrição no doente geriátrico é um desafio complexo, que implica o reconhecimento dos aspetos supracitados. Na ausência de uma equipa geriátrica interdisciplinar, o médico internista, caracterizado pela sua abordagem holística, poderá ter um papel fundamental, assumindo-se como o gestor do plano terapêutico do doente geriátrico. Para além disso, e em particular nestes doentes, a comunicação clínica, a individualização e a hierarquização terapêutica são cruciais. Com efeito, a terapêutica no idoso deverá ter como objetivo primordial a melhoria da sua qualidade de vida e a manutenção do seu estado funcional (se não possível o tratamento etiológico) e ser sustentada no respeito das preferências de cada doente.

XXXVII CONGRESSO DA SOCIEDADE ESPANHOLA DE MEDICINA INTERNA

Reforçar os laços entre a SPMI e a SEMI

O Palácio de Congressos de Saragoça acolheu, entre os dias 23 e 25 de novembro, o XXXVII Congresso da Sociedade Espanhola de Medicina Interna (SEMI), que se realizou em simultâneo com o XII Congresso da Sociedade de Medicina Interna de Aragão, Navarra, La Rioja e País Basco (SOMIVRAN). Lèlita Santos, vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), que marcou presença, afirma que o evento foi mais uma forma de reforçar os laços entre a SPMI e a SEMI.

Lèlita Santos considera que o Congresso da Sociedade Espanhola de Medicina Interna é sempre um acontecimento importante, que reúne sobretudo médicos especialistas ou internos de Medicina Interna não só espanhóis, mas também da Europa do Sul e da América do Sul, sobretudo os falantes de espanhol, mas igualmente alguns brasileiros.

“Para Portugal, é sempre importante haver a possibilidade de os nossos profissionais completarem a sua formação continuada e os seus conhecimentos através dos contactos internacionais para conhecerem as novidades científicas e comunicarem com outras realidades, discutindo problemas e soluções”, menciona a assistente graduada sénior de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

De acordo com Lèlita Santos, para a SPMI, através dos seus representantes, “o evento foi mais uma forma de reforçar os laços entre as sociedades, de discutir os projetos que têm em comum e de organizar outros em conjunto, incluindo cursos de formação, sobretudo na área do *e-learning*, que é um dos objetivos da Direção”.

Segundo a vice-presidente da SPMI, as direções da SPMI e da SEMI têm estratégias e uma visão da Medicina Interna muito semelhantes, o que permitirá projetar a especialidade para as outras sociedades europeias e reforçá-la nos dois países como a especialidade basilar que já é. Neste sentido, considera, “é fundamental estimular o intercâmbio institucional e científico entre estas e outras sociedades de Medicina Interna”.

“A relação entre as duas sociedades é muito forte, tendo-se reforçado durante as anteriores direções da SPMI e da SEMI, esta sob a presidência do Dr.

Emilio Casariego, e continuado com a liderança atual da SPMI e, seguramente, com a nova Direção da SEMI, liderada pelo Dr. Antonio Zapatero Gaviria e eleita durante o Congresso”, frisa.

E acrescenta: “As boas relações e os projetos em comum vão manter-se e estão a elaborar-se cursos e até normas orientadoras, com a colaboração dos núcleos de estudo de ambas as organizações.”

Lèlita Santos afirma que foi muito proveitoso para todos fazer o caminho para consolidar ainda mais a colaboração que iniciada recentemente com diversos países da América Latina. A médica refere, aliás, que no Congresso foi realizada uma reunião entre os representantes das diversas sociedades de Medicina Interna presentes, sendo este um dos propósitos.

Programa abrangente

A vice-presidente da SPMI menciona que foram diversos os temas abordados



Lèlita Santos: As boas relações e os projetos em comum com a SEMI vão manter-se

durante o evento. Na sua opinião, o programa pretendeu abranger todo o vasto leque de competências e tendências dos diversos internistas, “não deixando de abordar sempre o doente no seu global e o doente no centro da atividade do médico”.

Lèlita Santos destaca a realização de *workshops* e cursos com temas práticos muito importantes, sobretudo dirigidos aos mais jovens, abordando, por exemplo, a ecocardiografia básica para internistas, a ecografia de intervenção, a ventilação mecânica não invasiva ou outros, como a comunicação com doentes difíceis ou a chamada interconsulta em medicina.

Realça, também, um tema que “saiu um pouco do que é, por vezes, habitual nestes congressos” e que foi apresentado por Miguel Vilardell, autor de um livro recentemente publicado, *Confissões de um Médico*, que fez uma palestra sobre a sua experiência clínica da sua vida como médico e como professor e onde se notam refletidos todos os sentimentos e a prática dos médicos dedicados.

Também muito relevante, na sua opinião, foi a abordagem de assuntos como as urgências médicas, as doenças infecciosas as emergentes ou as alternativas à hospitalização convencional, “temas muito atuais e sobre os quais houve uma discussão muito viva”.

A participação portuguesa no Congresso

De acordo com a nossa interlocutora, apesar de se tratar de um Congresso Nacional Espanhol e de em setembro se ter realizado o Congresso da EFIM (Federação Europeia de Medicina Interna), estiveram no evento cerca de 20 a 30 médicos portugueses, alguns deles apresentando comunicações orais e cartazes.

Por outro lado, indica, “a SEMI convidou membros dos corpos

sociais da SPMI para participar ativamente no Congresso, sendo que o seu presidente (Luís Campos) integrou uma mesa-redonda sobre o Internato de Medicina Interna (a chamada Medicina Residência) no Mundo e outros elementos moderaram mesas-redondas nas áreas da formação em Medicina Interna, diabetes, doença crónica e doenças respiratórias”.



Luís Campos com Antonio Zapatero Gaviria

SIMPÓSIO “DISLIPIDEMIA ATEROGÉNICA – UM PROBLEMA CRESCENTE QUE AGRAVA O RISCO VASCULAR”

E quando as estatinas não são suficientes?

No âmbito do XXII Congresso Nacional de Medicina Interna, realizado em Viana do Castelo, realizou-se o simpósio “Dislipidemia Aterogénica – um problema crescente que agrava o risco vascular”.

A sessão contou com a moderação de Alberto Mello e Silva, diretor do Serviço de Medicina do Hospital de Egas Moniz (CHLO) e presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, que também abordou o tema “Tríade aterogénica e risco vascular”. Pedro Marques da Silva, coordenador do Núcleo de Investigação Arterial do Hospital de Santa Marta (CHLC), partilhou com os colegas a apresentação “Não-HDL-C poderá ser o melhor marcador de risco CV?”, enquanto a Carlos Aguiar, consultor de Cardiologia do Hospital de Santa Cruz (CHLO), coube a missão de dissecar os “Benefícios da terapêutica combinada pravastatina/fenofibrato”. No final dos trabalhos, vingou a ideia de que, para muitos doentes, o tratamento com estatinas pode não ser suficiente e que, para intervir na tríade aterogénica (partículas pequenas e densas de LDL e triglicéridos aumentados e níveis baixos de HDL-C), pode ser necessária uma aliança terapêutica entre uma estatina e um fibrato, como a combinação pravastatina/fenofibrato.

Na perspetiva de Alberto Mello e Silva, “a terapêutica com estatinas é, indiscutivelmente, a pedra fundamental para o tratamento da dislipidemia, reduzindo o risco de eventos cardiovasculares em cerca de 30%, por via da redução do colesterol LDL (LDL-C). Contudo, os doentes com triglicéridos elevados (> 150 mg/dl), mesmo quando tratados com estatinas e detentores de valores de LDL-C abaixo dos 100 mg/dl ou dos 70 mg/dl, surgem associados a um risco *major* de eventos cardiovasculares e morte. Assim, o subtratamento ou tratamento inadequado da hipertrigliceridemia nos doentes medicados com estatinas deve merecer mais atenção por parte dos clínicos”.

Por outro lado, investigações realizadas nos últimos anos provam que as lipoproteínas remanescentes devem ser encaradas como um alvo terapêutico da

máxima relevância e que a classe médica necessita de se preocupar não apenas com o controlo do LDL-C, como fez durante décadas, mas sim com a gestão integral da tríade lipídica aterogénica: incremento das partículas pequenas e densas de LDL e dos triglicéridos e baixos valores de HDL-C.

Pravastatina/fenofibrato: associação terapêutica adequada para lidar com a dislipidemia aterogénica

“Temos de possuir uma ideia do metabolismo integrado das lipoproteínas, reconhecendo que em cada lipoproteína há uma enorme variedade das apoproteínas e do conteúdo relativo de colesterol e triglicéridos, que faz modificar em muito a sua funcionalidade e a sua potencial relação com a doença aterosclerótica”, começou por lembrar, em Viana do Castelo, Pedro Marques da Silva. Do mesmo modo, garantiu que as “lipoproteínas ricas em triglicéridos transportam cinco a vinte vezes mais colesterol do que as partículas de LDL, algo que afirma de forma crítica a determinância destas lipoproteínas no risco cardiovascular”.

Em paralelo, o médico assegura que, “quando avaliamos os triglicéridos não estamos mais do que a determinar um *proxy* do colesterol das lipoproteínas remanescentes. À medida que aumentam os triglicéridos – mesmo não sendo em jejum – aumenta de forma significativa o valor do colesterol das lipoproteínas remanescentes. E quando olhamos para estudos epidemiológicos recentes, realizados na população de Copenhaga, verificamos uma relação muito consistente entre o colesterol das lipoproteínas remanescentes, o enfarte do miocárdio e a mortalidade total”.

Numa revisão das principais orientações internacionais, Pedro Marques da Silva frisou ainda que “as *guidelines* têm vindo

a sustentar o superior poder preditivo do cálculo do valor do colesterol não-HDL (não-HDL-C), face ao cálculo do valor do LDL-C”, e que se tem vindo a assistir a uma reclassificação do risco no que respeita aos “indivíduos com valores mais baixos de LDL-C, mas que mantêm valores elevados de triglicéridos”.

E porque, num leque alargado de doentes, o recurso a monoterapia com estatina apenas permite reduzir os valores de LDL-C, não interferindo positivamente sobre outras frações do colesterol aterogénico, torna-se fundamental pensar em soluções alternativas.

De acordo com Carlos Aguiar, este novo paradigma (olhar com atenção para os

das HDL e uma redução das partículas pequenas e densas de LDL”, sublinhou, no simpósio, o cardiologista do Hospital de Santa Cruz.

Ainda segundo Carlos Aguiar, esta associação terapêutica (pravastatina/fenofibrato) apresenta um perfil de segurança favorável, uma vez que “a pravastatina não é metabolizada pelo CYP P450 e, por isso, origina menos interações medicamentosas”. Em relação à evidência clínica da sua eficácia, destacou um estudo (Farnier, M. et al) realizado com diabéticos de tipo II e com dislipidemia mista. O estudo em causa demonstrou que os doentes que passaram a tomar a associação pravastatina (40 mg) e fenofibrato



Pedro Marques da Silva, Alberto Mello e Silva e Carlos Aguiar

doentes cujo problema das LDL foi contornado, mas que são lesados pelo impacto do colesterol aterogénico transportado pelas lipoproteínas de muito baixa densidade – VLDL – para dentro da parede endotelial, processo sobre o qual as estatinas têm efeito nulo) exige consequências em termos de abordagem terapêutica.

Se a pravastatina tem dado provas, ao longo dos anos, de redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais por via do controlo do LDL-C, em indivíduos com baixos níveis de triglicéridos, sendo bem tolerada e segura, com metabolização independente do sistema do citocromo p450 e, portanto, com baixo potencial de interações medicamentosas, o fenofibrato permite “uma redução dos níveis de triglicéridos, um aumento

(160 mg) registaram – após 12 semanas – reduções mais significativas de colesterol não-HDL, aumentos significativos do HDL-C e maiores reduções de níveis de triglicéridos, em comparação com os doentes que mantiveram tratamento com sinvastatina (20 mg) em monoterapia.

“Combinar o fenofibrato com a pravastatina resulta numa modificação mais abrangente dos lípidos, sendo esta associação tão bem tolerada como a monoterapia com estatina. Registam-se também benefícios macrovasculares no subgrupo de doentes que têm evidência de dislipidemia aterogénica”, concluiu o especialista.

Nota: Texto originalmente publicado na LIVE Medicina Interna de julho 2016, republicado agora com o texto revisto.



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE