Luís Campos: "23.º CNMI foi uma afirmação notável do dinamismo da MI Portuguesa"

LIVE

MEDICINA INTERNA

ESPECIAL

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
JULHO 2017 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicações
justNews

23.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

Porto de Confluências

Centro de Congressos da Alfândega do Porto
25 a 28 de maio de 2017

PUBLICIDADE

sumário

Discurso direto / Notícias

08 **Luís Campos**
O 23.º CNMI foi uma afirmação notável do dinamismo da MI Portuguesa

10 **João Araújo Correia**
"Porto de Confluências" – Um Congresso Memorável!

12 **Cerimónia de abertura**
Diretor-geral da Saúde lembrou que "muitas doenças crónicas podem ser evitadas"

14 **António Correia de Campos**
"O internista é, provavelmente, o especialista médico que melhor conhece o hospital"

15 **Joel Cleto proferiu Lição Magistral**
O Porto como "porto de confluências", na perspetiva de um historiador

15 **Prémio Jorge Caldeira**
Dois trabalhos partilharam distinção

16 **Guilherme Brauner Barcellos**
Carecemos de um sistema mais bem estruturado por trás das atuações profissionais

17 **Bolsa Helena Saldanha**
Entregue pela 1.ª vez

17 **Internistas da CPLP**
Assinado acordo de cooperação

18 **SPMI tem cinco novos sócios honorários**
Assembleia-Geral aprovou atribuição do estatuto

19 **Cerimónia de encerramento**
Sessões juntaram novos e velhos internistas

O Congresso visto por quem o organizou

22 **Olga Gonçalves**
Pórtico do Congresso: três momentos plenários

24 **Vasco Barreto**
Aprender com os erros – uma contribuição

24 **Carlos Fernandes**
"E o Porto aqui tão perto..."

25 **João Neves**
O CNMI na palma da mão

25 **João Neves**
A maior área de exposição de sempre

26 **Sara Rocha**
Um compromisso com a formação dos internistas

27 **Helena Sarmento**
Encontros com o perito

27 **Rute Ferreira**
O Congresso de todos e para todos

28 **Júlio Oliveira**
Do gosto por congressos e opções no programa do 23.º CNMI, por entre apostas e receios

29 **Margarida França**
Pamela Hartzban e Jerome Groopman

30 **Raquel Calisto**
Todos sabem a importância de um primeiro encontro

30 **Raquel Calisto**
A Lição Magistral do Prof. Alexandre Quintanilha

Núcleos de Estudos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

33 Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado
Arsénio Santos
O papel da MI na área das doenças do fígado

34 Núcleo de Estudos da Doença VIH
Telo Faria
MI é uma especialidade privilegiada no seguimento dos doentes com VIH

37 Núcleo de Estudos de Prevenção Cardiovascular
Pedro Marques da Silva / Francisco Pestana Araújo
Proposta de intenções

38 Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica
Inês Palma dos Reis
O NEMO e o papel da MI na Medicina Obstétrica

39 Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa
Elga Freire
Os cuidados paliativos

40 Núcleo de Estudos de Bioética Médica em Medicina Interna
António Carneiro
A Bioética na MI: a visão do NEBioMI

42 Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca
Paulo Bettencourt
A MI na insuficiência cardíaca

42 Núcleo de Estudos das Doenças Raras
Luís Brito Avô
Doenças raras no 23.º CNMI

44 Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias
Pedro Leuschner
A importância da MI para os doentes respiratórios

45 Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral
Maria Teresa Cardoso
Natureza multidisciplinar da abordagem do doente com AVC realça e valoriza a importante função da MI

46 Núcleo de Estudos de Geriatria
J. Gorjão Clara
O papel da Geriatria na MI

47 Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo
Maria da Luz Brazão
A Medicina Interna na urgência e na abordagem do doente agudo

48 Núcleo de Internos de Medicina Interna
Ricardo Fernandes
Rescaldos de um Nacional de MI, na visão de um interno...

49 Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes
António Marinho
Autoimunidade, passado, presente e futuro

50 Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus*
Álvaro Coelho
A Medicina Interna na Diabetes

Cada um dos elementos da CO subiu ao palco durante o Jantar do Congresso para receber um quadro que assinala o trabalho desenvolvido na organização do 23.º CNMI.

PUBLICIDADE

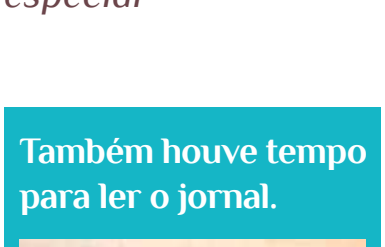
PUBLICIDADE

Também houve tempo para ler o jornal.

Uma companhia especial

João Araújo Correia com a sua mulher, que também é médica, mas de outra área: Obstetrícia.

Alexandre Quintanilha



O físico e deputado da AR apresentou a conferência "Ciência: fazer, comunicar e ensinar".

Foto da capa A Comissão Organizadora do 23.º CNMI fotografada no espaço da Alfândega do Porto.

Caras da EFIM

António Martins Baptista (tesoureiro), Runólfur Palsson (presidente), Nicola Montano (presidente-eleito) e Luís Campos (presidente da Comissão de Qualidade e Assuntos Profissionais).

Um Congresso do Mundo

Pela Alfândega do Porto passaram especialistas de MI de outras 13 nacionalidades.

24.º CNMI

Já começou a contagem decrescente para o Congresso 2018, que será presidido por Estevão Pape, do Hospital Garcia de Orta.

– Deixe cá ver essa obra d'arte!*

O DGS Francisco George, que representou o MS na cerimónia de abertura do 23.º CNMI, dirigindo-se ao agraciado com o Prémio Nacional de MI 2017, António Barros Veloso, com o objetivo de satisfazer a sua curiosidade. Recorde-se que a 1.ª edição do Prémio distinguiu, em 2016, o internista Carlos Vasconcelos (foto pequena).

LIVE Especial Medicina Interna
Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Goreti Reis **Redação:** Bruno Miguel Dias, Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarino Mendes **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade:** Ana Paula Reis, João Sala **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa ***LIVE Especial 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:** 399405/15 **Impressão e acabamento:** TYPIA – Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucia 28320 Pinto Madrid, España **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como "Informação".

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

Publicações justNews

PUBLICIDADE

O 23.º CNMI foi uma afirmação notável do dinamismo da MI Portuguesa

Luís Campos
Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

O 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna foi uma afirmação notável do dinamismo e da força da Medicina Interna Portuguesa, da capacidade de inovar, também no plano organizativo, e uma expressão perfeita do tema que escolheu: "Porto de Confluências".

Na realidade, tivemos um número recorde de participações em cursos pré-congresso, induzido pela deslocação dos cursos para o fim de semana anterior, pela pertinência dos temas, pelos métodos pedagógicos e pelo nível dos formadores.

Também o Congresso teve uma excelente participação, caracterizando-se pela elevada afluência a todas as sessões, com destaque para as de comunicações orais, que nunca tinham tido tanta assistência.

As conferências magistrais foram marcantes e inspiradoras e seriam revisitadas algumas das temáticas clínicas que mais dizem respeito à Medicina Interna, como as doenças autoimunes, a insuficiência cardíaca, a diabetes, a hipertensão, o AVC, as doenças infecciosas, o VIH, as doenças hepáticas, os cuidados paliativos, ou a geriatria, entre outras. Áreas de cuidados tão importantes para a Medicina Interna como a urgência e o ambulatório foram também abordadas. Creio que o 23.º CNMI cumpriu plenamente a sua missão de formação e atualização científica.

No entanto, gostaria de destacar os dois principais temas, que ilustram da melhor forma o lema do congresso.

Um é a ligação à Medicina Geral e Familiar, especialidade essencial para, em conjunto com a Medicina Interna, garantir continuidade de cuidados aos nossos doentes crónicos, que têm sido tratados de forma fragmentada, reativa, através das urgências. A integração de cuidados para mudar o paradigma da resposta a estes doentes necessita de uma aliança e de uma colaboração fortes entre estas duas especialidades.

O segundo tema é o da colaboração entre os internistas dos países lusófonos. A presença de internistas do Brasil, Cabo Verde, Angola e Moçambique, o diálogo ocorrido na mesa-redonda, o encontro das pessoas e o protocolo de colaboração assinado foram um marco histórico para a SPMI e a Medicina Interna nos países de expressão oficial portuguesa, que representa um universo de mais de 250 mil pessoas, universo que está em expansão.

O Congresso foi também uma oportunidade para recebermos a Direção da Sociedade Espanhola de Medicina Interna, com quem temos uma longa história de colaboração e amizade, de mostrarmos a nossa dinâmica à Direção da Federação Europeia de Medicina Interna e a alguns presidentes de sociedades de Medicina Interna da América Latina.

Creio que a Medicina Interna portuguesa está de parabéns por este Congresso, dos internos – que enviaram, novamente, muitos trabalhos, cada vez com mais qualidade – aos assistentes que os tutoram, aos preletores de todas as mesas, ao apoio excecional da indústria farmacêutica, às empresas que colaboraram na organização, mas, naturalmente, em nome da SPMI, é justo fazer um agradecimento especial ao presidente do Congresso, Dr. João Araújo Correia, sobre quem recaiu a responsabilidade de assumir os riscos, definir as prioridades e tomar decisões, às vezes difíceis, na gestão de um evento desta dimensão. O agradecimento estende-se, obviamente, aos restantes elementos da Comissão Organizadora, que seguramente investiram no Congresso muitas horas, para além da carga assistencial que diariamente suportam nos seus hospitais.

O espírito e o entusiasmo do Congresso têm que se prolongar por todo o ano, na formação, na investigação, na luta por novos espaços para a Medicina Interna e pelos nossos direitos e, sobretudo, por um maior reconhecimento concreto da dedicação, da competência e da necessidade crescente de uma Medicina Interna forte. A Direção da SPMI está comprometida com estes objetivos.

PUBLICIDADE

"Porto de Confluências" – Um Congr

João Araújo Correia
Presidente do 23.º CNMI. Diretor do Serviço de Medicina do CH e Universitário do Porto, Hospital de Santo António

É tempo de fazer o balanço do resultado do esforço desta Comissão Organizadora (CO), que foi mantido, de forma extraordinária, durante um ano e meio, até à realização do 23.º CNMI. A CO foi constituída por 11 internistas, oriundos de quatro hospitais vizinhos (HSA/ /CHUPorto, HPH/ULSMatosinhos, HSO/Guimarães e CHVNG/E), unidos pela amizade entre si, pelo amor à Medicina Interna e pelo querer profundo de uma SPMI cada vez mais forte e interventiva a nível nacional e internacional. Tenho que dizer, avalizado pela experiência que me advém do facto de ser o 3.º Congresso Nacional que ajudo a organizar, de que esta CO foi absolutamente excecional, na dedicação, na partilha de tarefas e na ânsia de superação. Talvez por isso é que tenho a sensação, muito rara em mim, de que o que aconteceu foi melhor do que alguma vez pude sonhar!

É preciso dizer também, sem tibiezas, que não é possível organizar um evento desta dimensão sem o patrocínio das empresas, desde o principal sponsor aos patrocinadores Platina, Ouro, Prata, Bronze e todos os outros que quiseram estar connosco. Muito obrigado a todos. Sem vós, nunca poderíamos continuar a crescer!

Também não esquecemos a ajuda que sempre tivemos do Secretariado da SPMI (Cristina, Adelina, Ana Pedreira e Ana Silva) e do diretor executivo (Eng. Nuno Neves). Desculpem-nos os nossos pedidos insistentes, tantas vezes em dias e horas impróprias!

Grande abraço também à *The House of Events*, corporizada pelo Pedro Cardoso e pela Liliana Mota. Mais uma vez, souberam ultrapassar o que lhes era pedido, interpretaram os nossos desejos, muitas vezes não verbalizados, e que ao profissionalismo inexcedível como empresa de congressos souberam juntar o bom gosto, em todos os momentos.

Tenho que vos confessar o orgulho que tive em liderar uma CO que não se contentou em repetir fórmulas organizativas de sucesso de congressos anteriores, em que alguns de nós já tínhamos participado, e arriscou a inovar, acreditando que ainda era possível fazer melhor!

A *App* do 23.º CNMI foi muito importante no período anterior e durante o Congresso: 1195 utilizadores, 2100 descargas do programa, 900 de trabalhos, avaliação média das sessões de 4,19 (em 5), 239 utilizações como televoto e 193 para questões à mesa! Acho que deixou de ser possível fazer um Congresso Nacional sem uma *App*...

Pela 1.ª vez, fizemos os Cursos Pré-Congresso no fim de semana anterior (20 e 21 de maio), para reduzir a perturbação na atividade assistencial dos serviços, e abrimos as inscrições a não congressistas e a outras especialidades. Os cursos foram frequentados por cerca de 423 médicos em formação, de 11 especialidades diferentes e 80 formadores.

Fizemos uma autêntica revolução no modelo de avaliação dos trabalhos, na lista dos Revisores e na constituição e funcionamento dos Júris de atribuição dos Prémios. Pela 1.ª vez, o prazo limite para o envio de trabalhos ao Congresso Nacional de Medicina não foi adiado. Recebemos 1915 trabalhos e aceitámos 1550 (taxa de rejeição de 25,5%).

Criámos novas tipologias de reuniões, tais como os Encontros com o Perito, os *Hot-Topics*, os Casos Clínicos Interativos e as sessões *Five Top Rated Abstrats e Best Works In Contest,* que deram relevância a alguns trabalhos científicos enviados ao Congresso!

Ninguém vai esquecer as quatro fantásticas Lições Magistrais a que pudemos assistir! O Dr. Joel Cleto, grande historiador e magnífico orador da cidade do Porto, deu-nos a sua visão do "Porto de Confluências". O Dr.

esso Memorável!

O Jantar do Presidente

A equipa da The House of Events

As empresas patrocinadoras deram o apoio necessário

O Secretariado da SPMI

Correia de Campos, antigo ministro da Saúde e a quem a Medicina Interna muito deve, pelo aumento substancial do número de entradas no Internato durante o seu exercício, deu-nos algumas das razões que sustentam a atual posição da MI como base do sistema de saúde no hospital.

O Professor Alexandre Quintanilha deslumbrou-nos com a sua conferência "Ciência: Fazer, Comunicar e Ensinar" e todos ficámos mais novos a ouvi-lo! Jeróme Groopman e Pamela Hartzband, na sua conversa magistral "How to Think to Decide Well", mostraram-nos, de uma forma original, aspetos comportamentais dos médicos e dos doentes, que influenciam a opção por determinados tratamentos e vão para além da ciência.

Quisemos passar duas mensagens e espero que o tenhamos conseguido:

1.ª - Ao escolher o mote de *"Porto de Confluências"*, reafirmar a Medicina Interna com a visão global do doente, que precisa sempre da *confluência* de muitos saberes, sem enjeitar o aprofundamento de conhecimentos em áreas específicas, na procura incessante da excelência.

2.ª - A absoluta necessidade da criação de canais de comunicação entre o médico de família e o internista, que permitam tornar o Sistema de Saúde menos centrado no Serviço de Urgência do Hospital, para o tratamento da doença aguda, e ainda mais no doente crónico, em que só podemos afirmar qualidade assistencial com cuidados integrados efetivos.

O reforço das relações entre a Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar (MGF) foi uma aposta assumida pela CO do 23.º CNMI. Não sei se o conseguimos tanto como queríamos, mas acho que foram dados passos muito importantes nesse sentido. Tivemos três mesas-redondas com a participação de palestrantes de MGF: "Cooperação entre a MI e a MGF -Fundamental para um Sistema de Saúde mais eficiente!"; "Respostas para reduzir o número de doentes na Urgência do Hospital"; "DPOC – Uma Abordagem Personalizada".

É difícil nomear algumas sessões em detrimento de outras, tão alto foi o nível científico atingido e a grande assistência em todas elas. Apenas refiro aquelas em que as salas foram pequenas e houve muitos a assistirem sentados no chão: "Insuficiência cardíaca: o que queremos saber?"; "*Surviving campaign sepsis versus sepsis 3*"; "Dor total e cuidado total – Os limites do sofrimento humano: o papel da equipa de saúde"; "Lidar com a ameaça dos microrganismos multirresistentes"; "Profilaxia VIH pré-exposição sexual" "Como escrever um artigo que seja aceite para publicação";

Tivemos 2221 inscritos no 23.º CNMI e podemos agora dizer que somos a maior Especialidade Hospitalar em Portugal, que tem também o maior Congresso Médico Português! Mas, para além dos números, acreditamos que será recordado como uma boa memória!

Diretor-geral da Saúde diz que "muitas doenças crónicas podem ser

Na cerimónia de abertura do 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI), o diretor-geral da Saúde, Francisco George, afirmou que "as doenças crónicas, como o cancro e as doenças cardiocerebrovasculares, são as que mais antecipam a morte antes dos 70 anos e que mais induzem deficiência e incapacidade".

Aquele responsável dirigia-se à assistência e a quem consigo partilhava a mesa de abertura, nomeadamente, Rui Moreira, presidente da Câmara Municipal do Porto; João Araújo Correia, presidente do 23.º CNMI; Luís Campos, presidente da SPMI; Ponciano Oliveira, vogal do Conselho Diretivo da ARS Norte; Ana Castro, membro da Ordem dos Médicos; e Runólfur Palsson, presidente da Federação Europeia de Medicina Interna.

"O problema das doenças crónicas está hoje por resolver, mas pelo menos sabe-se que muitas delas podem ser evitadas e que nós, em conjunto com os doentes, em regime de coprodução, podemos diferir o final da vida para depois dos 70 anos em cerca de 25% dessas doenças", disse.

Além do desafio das doenças crónicas, Francisco George afirmou que, nos próximos cinco anos, é necessário também resolver o problema das doenças de transmissão vetorial, das infeções associadas aos cuidados de saúde e das questões éticas.

Segundo referiu, as doenças de transmissão vetorial, como o dengue ou o Zika, "estão a invadir o território". De acordo com o diretor-geral da Saúde, estes problemas relacionados com o aquecimento global e com a transformação das zonas temperadas em subtropicais faz com que os locais onde se reproduzem os mosquitos vetores sejam mais e dificulta a luta antivetorial.

As infeções associadas aos cuidados de saúde, em especial a resistência das bactérias, dos vírus e dos parasitas aos medicamentos, são também um problema.

Quanto às questões da ética que tem de existir no seio do exercício da Medicina

evitadas"

Interna e de todas as especialidades, o diretor-geral da Saúde disse ser preciso exigir mais no plano da ética porque, conforme disse, "para além das questões que todos conhecem, há problemas de iniquidade e desigualdade em saúde".

NOS PRÓXIMOS CINCO ANOS, É NECESSÁRIO TAMBÉM RESOLVER O PROBLEMA DAS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETORIAL, DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E DAS QUESTÕES ÉTICAS.

ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS, PRESIDENTE DO CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL:

"O internista é, provavelmente, o especialista médico que melhor conhece o hospital"

"Há 50 anos, a urgência era a porta do trauma e da cirurgia geral. Hoje, é a porta dos doentes idosos, frágeis e portadores de doenças associadas, a quem o sistema tem dificuldade em facultar resposta integrada." A afirmação é de António Correia de Campos, presidente do Conselho Económico e Social (CES), e foi proferida na lição magistral intitulada "O lugar da Medicina Interna na organização do Hospital", que proferiu durante o 23.º CNMI.

"Se em 1970 os serviços eram silos, as profissões respeitavam fronteiras. Na vertigem da especialização e subespecialização, o internista manteve-se herói solitário, propondo uma especialização mais demorada, sem se atemorizar com a fratura disciplinar por órgãos ou patologias", mencionou.

De acordo com o palestrante, o internato de especialidade de Medicina Interna foi considerado, desde sempre, "o mais difícil e de grande prestígio, o que serviu, apesar de tudo, para aguentar o internista no seu início de vida na carreira profissional".

Por outro lado, disse, "havia uma qualidade normalmente muito elevada nos líderes profissionais e tutores da Medicina Interna, o que prestigiou muito o internato da especialidade".

Adicionalmente, referiu, "a 'urgencialização' dos hospitais, isto é, a sobrecarga que todos os hospitais sentiram com o aumento da procura de cuidados de urgência a partir dos anos 70, facultou notável terreno de aprendizagem através dos casos difíceis, formando gerações de qualificados especialistas de Medicina Interna".

No entanto, na escolha da especialidade pesava "a relativa modéstia tecnológica, até alguma penúria, normalmente deixando a inovação tecnológica beneficiar prioritariamente os especialistas não internistas" e a "incompreensão do papel do internista daqueles que fixavam quadros de pessoal e vagas de internato sempre mais permeáveis às lacunas das especialidades médicas mais tecnológicas".

Além disso, "a longa duração do internato afastava quem tivesse necessidade de estabilizar depressa a sua vida familiar, bem como a vastidão de conhecimentos a estudar e a demonstrar e a elevada exigência dos concursos".

Por outro lado, disse António Correia de Campos, "quando surgiu a onda cultural da medicina baseada na evidência, os internistas foram os seus primeiros paladinos".

Para o antigo ministro da Saúde, "o internista é, provavelmente, entre os especialistas médicos, aquele que melhor conhece o hospital". "É o primeiro a ser chamado pela administração para o reorganizar, é aquele cuja opinião é a mais escutada e é o primeiro a aceitar a departamentalização."

"O internista integra o conhecimento das patologias e insere-as, através da história clínica, no contexto da vida do doente", destacou.

"Em Portugal, nas últimas décadas, a MI resistiu e absorveu todas as inovações, muitas vezes ela própria aproveitando as mudanças, como, por exemplo, a Triagem de Manchester, a departamentalização, o controlo da infeção hospitalar, a reorganização da consulta externa em baterias de especialidades e meios de diagnóstico, as unidades de AVC, a entrada da reabilitação precoce nos serviços de Medicina ou os ensaios clínicos", acrescentou.

Contudo, a Medicina Interna é também a especialidade mais vulnerável ao envelhecimento da procura. "Idosos, frágeis e sofrendo de múltiplas patologias não têm se não um médico de família bem preparado e muito próximo e o internista hospitalar para lhe facultarem uma gestão criteriosa da sua doença", afirmou.

António Correia de Campos

O hospital do futuro

O presidente do Conselho Económico e Social acredita que o hospital do futuro diferirá muito do hospital atual: "Terá menos camas e mais hospitais de dia e serviço domiciliário."

Segundo António Correia de Campos, no futuro, os hospitais terão também menos território de especialidades e mais especialistas a partilhar território. Haverá mais consultas do que urgências e mais gestores de doentes.

Mas as mudanças não se ficam por aqui. De acordo com o palestrante, o hospital do futuro terá encontros mais frequentes dos especialistas entre si e com a Medicina Interna e irá ter porta aberta aos internistas na cirurgia, sobretudo antes da intervenção.

António Correia de Campos acredita que os hospitais terão também um contacto frequente com o médico de família, convidando-o a visitar os doentes comuns no hospital.

Haverá, também, uma articulação permanente com os cuidados de saúde primários, através de mecanismos de prevenção secundária que mantenham os doentes crónicos na comunidade referenciados e contactáveis após o seu primeiro episódio e hospitalização.

O responsável acredita, ainda, que, no futuro, os hospitais terão uma articulação direta com os cuidados continuados. "Este hospital do futuro é diferente do atual e, porventura, não tem exemplo à vista. Terá se ser construído por tentativa e erro. Programar este hospital pelo método convencional – da adição de áreas requeridas pelos líderes de serviços – é o caminho do fracasso", defendeu.

Na sua opinião, a programação tem de ser feita pelo percurso do doente. "Se o doente vem do exterior e tem no exterior quem dele cuida, devem os profissionais da comunidade ser chamados ao programa, tal como as unidades para onde o doente segue depois da alta hospitalar", apontou.

"Este desafio não será fácil e tem de vencer muitos obstáculos, muita cultura adversa, inúmeros poderes sacralizados, variados poderes explícitos e outros ocultos, mas ninguém melhor do que os especialistas em Medicina Interna para travar esta batalha. Não tenho dúvidas de que sobreviverão como até aqui o têm feito, com imenso capital de prestígio e o reconhecimento dos cidadãos", afirmou.

JOEL CLETO PROFERIU LIÇÃO MAGISTRAL

O Porto como "porto de confluências", na perspetiva de um historiador

Joel Cleto, ilustre historiador da cidade do Porto, foi um dos palestrantes convidados no 23.º CNMI, tendo proferido uma lição magistral com o mesmo título do lema do Congresso: "Porto de confluências".

O preletor recordou que a importância portuária da cidade invicta já é reconhecida há pelo menos 1800 anos. "Muitos objetos e conhecimentos (incluindo os da área da Medicina) que foram chegando à cidade alicerçaram-na como um 'porto de confluências'", disse.

Referindo-se particularmente à história da Medicina no Porto, Joel Cleto lembrou que já no século XII e XIII existia dentro da cidade um grande conjunto de hospitais, espaços reduzidos que, "excecionalmente, teriam uma dúzia de camas" e eram, simultaneamente, "hospedarias". Aliás, conforme referiu, a origem do nome "hospital" prende-se com a "função medieval" de hospitalidade.

Joel Cleto

Nos conventos franciscanos e dominicanos foram também sendo criados espaços hospitalares, como aconteceu, por exemplo, com o Mosteiro de Leça do Balio.

O início do século XVI marcou a chegada de uma "importante instituição" do Porto – a Santa Casa da Misericórdia –, que, conforme referiu, "passou a ter um papel muito importante nas questões da assistência médica".

Por sua vez, a construção da Torre dos Clérigos, no século XVIII, foi motivada pela edificação de uma enfermaria junto à mesma para internar os clérigos que não pertenciam a ordens religiosas que os pudessem acolher. Já no final deste século, foi construído o Hospital de Santo António, antigamente Hospital Real de Santo António, num edifício neoclássico.

De acordo com o historiador, na primeira metade do século XIX, multiplicaram-se na cidade os espaços hospitalares, como o que existia na Praça da Batalha, que veio a ser transformado num hospital de campanha militar.

João Cleto relatou que, ao visitar as instalações de um antigo convento, São João Novo, o rei D. Pedro V considerou as condições "terríveis" e deu ordens para ser construído de raiz um hospital militar, o primeiro do país, que viria a adquirir o nome de Hospital Militar D. Pedro V, embora tivesse sido o seu irmão, D. Luís I, a inaugurá-lo.

Ainda no século XIX, surgiram no Porto importantes unidades hospitalares, umas em grandes edifícios que se foram adaptando, outras em construções que foram erguidas para responder a um surto de cólera que se esperava e que não chegou (Hospital de Joaquim Urbano).

Outras unidades hospitalares foram criadas como resultado de grandes doações, como o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, e o atualmente designado por Hospital da Prelada, que, disse, " resulta do importante legado da Santa Casa da Misericórdia do Porto".

Segundo Joel Cleto, o Porto continuou a crescer ao longo do século XIX, não só no que respeita ao comércio, mas também à indústria, que "fez aportar à cidade gente do interior". "O Porto tornou-se, na segunda metade no século XIX, uma cidade industrial, tendo crescido de um modo significativo", referiu, acrescentando que a cidade continuou a crescer ao longo dos séculos XX e XXI, sendo, atualmente, feito por todas estas confluências e muitas outras.

Prémio Jorge Caldeira distinguiu dois trabalhos

O Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* (NEDM) da SPMI e a Merck SA entregaram, no segundo dia do Congresso, o Prémio Jorge Caldeira. No valor de 2500 euros, destina-se a distinguir o melhor trabalho clínico apresentado anualmente nas reuniões do NEDM – Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus*.

No entanto, este ano, a distinção foi atribuída *ex aequo* a dois projetos:

– "Diabetes e disfunção erétil", de Daniela Alves, do Serviço de Medicina Interna da ULS de Castelo Branco;

– "Performance das fórmulas Cockcroft-Gault, MDRD e CKD-EPI", de Diana Silva Fernandes, do Serviço de Medicina I do CH Médio Ave – Unidade de V. N. de Famalicão).

Estevão Pape, Daniela Alves, Álvaro Coelho, Diana Fernandes e Nuno Silva (Merck)

Carecemos de um sistema mais bem estruturado por trás das atuações profissionais

Guilherme Brauner Barcellos
Médico internista, pioneiro em promover o modelo hospitalista no Brasil. Membro honorário da Academia Brasileira de Medicina Hospitalar. Líder do capítulo brasileiro da Society of Hospital Medicine

Estive recentemente em Portugal, pela primeira vez, para o 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna. Confesso que fui achando que iria encontrar modelo semelhante ao de outros países da Europa: com hospitais representados por departamentos em silos, e uma Medicina Interna (MI) pedindo espaço como proposta integrativa, mas ainda sem muito ganho.

Para minha grata surpresa, encontrei uma MI forte e vibrante. Promissora eu sabia ser: ainda em 2008, obtive acesso a estudo de Pedro P. Barros em que demonstrou que aumento do número de generalistas nos hospitais portugueses era sinônimo de milhões poupados pelo SNS.

Em 2017, os congressos da SPMI estão entre os maiores eventos médicos do país. A MI representa a especialidade com maior número de profissionais nos hospitais. O entusiasmo da maioria das pessoas com quem conversei nos 4 dias de convívio no Centro de Congressos da Alfândega do Porto foi evidente. Retornei com uma certeza: a Medicina Interna portuguesa é exemplo a ser estudado.

Para a Europa, representa um norte a quem busca transição para modelo hospitalar mais integrado, centrado no generalismo, voltado ao paciente complexo multimórbido e à custo-efetividade.

Um paralelo com o Brasil é menos simples. Hoje nos falta uma simples linha de ação, independente de qual fosse. Dentro de um suposto mesmo projeto eleito, alternam-se maneiras de pensar a saúde quase na mesma proporção com que alternam-se ministros (de 2005 até hoje foram nada menos do que nove da saúde). Para qualquer planejamento, organização e previsibilidade são fundamentais. A própria MI brasileira sofre neste cenário então. Somos uma massa heterogênea demais, não raramente à deriva no sistema, com ilhas de excelência.

Tenho amigo atuando como generalista e arritmologista, quando, na verdade, está apenas esperando um lugar ao sol na subespecialidade, o que pode demorar alguns anos, ou mesmo não ocorrer. Enquanto aguarda, trabalha onde existirem oportunidades e acumulando funções nada pautadas por critérios de natureza sistêmica. "Vou fazer 15 anos de formado e não consigo ser mais do que 20% cardiologista", disse-me recentemente o colega, já considerando transferir-se para o interior do estado, atualmente em capital e atuando predominantemente em plantões de intercorrências em enfermarias (sem pacientes próprios como os internistas portugueses), salas de emergências e UTI's.

Conquistando seu objetivo, terá sido o internista/emergencista/intensivista que nosso sistema precisa? Será então o cardiologista ideal? Resta-me claro que carecemos de um sistema mais bem estruturado por trás das atuações profissionais. Somente existirá no Brasil a partir da melhor definição de modelos assistenciais e dos papéis profissionais, da melhor regulação das vagas de residência médica e do registro de especialidades, da definição de privilégios clínicos com base em critérios sistêmicos e de novos modelos de gestão de corpo clínico e de remuneração que desfavoreçam, entre outras coisas, o atual multiemprego. Percebi que muito disto ocorre em Portugal.

Em minha trajetória como internista de formação, mente e coração, em determinado momento, no início dos anos 2000, percebi a importância da MI brasileira abraçar alguns focos de atuação e escolhi um deles: o de internista hospitalar. Se o setor ambulatorial nos é ainda mais movediço, forças externas e mais fortes do que qualquer lobby profissional que internistas brasileiros considerassem fazer empurravam e empurram hospitais brasileiros para a exigência de eficiência e da melhor integração de ao menos parte do corpo clínico com qualidade e segurança do paciente. Atento a isto, impulsionei no Brasil o movimento hospitalista. E o que não é o trabalho de alguns internistas portugueses do que exemplo, e muito bom exemplo, deste movimento?

Contou-me Carlos Vasconcelos, em jantar no Centro de Congressos da Alfândega do Porto, que os internistas do Hospital Geral de Santo Antônio têm, na sua grande maioria, e ele próprio, dedicação exclusiva. Carlos tem esta dedicação voltada predominantemente para o trabalho em enfermaria, assumindo não somente atribuições clínicas, atuando forte em comissões hospitalares, ensino e pesquisa. Mas ele e outros, Portugal afora, preferem intitular-se "internistas hospitalares". E fazem isto com evidente orgulho, o que eu aplaudo.

Nomes à parte, e mantendo a SPMI outros braços de atuação para o internista português, fora do hospital inclusive, vejo organizações do trabalho médico desta natureza como importantes para combater a epidemia de burnout que assola os profissionais brasileiros – que muita vezes precisam estar em dois lugares quase ao mesmo tempo –, além de essencial para pacientes.

A parceria entre internistas e médicos de família portugueses foi outra coisa que chamou-me muito a atenção, e deve gerar reflexões sobre nossas competições disfuncionais. Sábia e positiva para os pacientes será a busca por colaboração global entre internistas, emergencistas, intensivistas, médicos de família e comunidade e subespecialistas das mais diversas áreas.

Desembarquei no Brasil cheio de inveja na bagagem! E bastante energizado!

Bolsa Helena Saldanha foi entregue pela 1.ª vez

Foi entregue no Congresso do Porto a primeira Bolsa Helena Saldanha, instituída pelo Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* (NEDM) da SPMI, com o apoio da Boehringer Ingelheim, que se destina a subsidiar um estágio de formação a um projeto de investigação na área da diabetes.

O galardão homenageia Helena Saldanha, professora catedrática jubilada da FMUC, doutorada em Medicina Interna, que sempre se dedicou à área da Nutrição, mas também da Diabetes.

No decorrer da cerimónia, a coordenadora da Bolsa, Margarida Bigotte, sublinhou que Helena Saldanha sempre deu o seu apoio ao NEDM e colaborou em algumas das reuniões anuais do Núcleo.

Lèlita Santos, Helena Saldanha, Margarida Bigotte, Carlos Freire de Oliveira e Manuel Teixeira Veríssimo

Helena Saldanha e Daniela Martins Mendes

A Bolsa foi entregue a Daniela Martins Mendes, do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, com o projeto de investigação "Neuropatia diabética autonómica: subdiagnóstico, subtratamento e impacto no desfecho clínico do contacto no contexto do pé diabético".

A BOLSA FOI ENTREGUE A DANIELA MARTINS MENDES, DO CH DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO.

Internistas da CPLP assinaram acordo de cooperação

A SPMI celebrou um acordo de cooperação com internistas dos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). O pacto foi assinado no último dia do 23.º CNMI. Segundo Luís Campos, "esta é a primeira tentativa de formalizar uma relação entre os internistas destes vários países no sentido de fortalecer os laços, apoiar a disseminação e o engrandecimento da MI no universo dos países de Língua Portuguesa e contribuir para mais e melhor formação e investigação nos nossos países na área da MI".

É também "uma forma de intensificar a partilha de notícias e o conhecimento mútuo da realidade e da evolução da especialidade em cada um dos países, criar sinergias e ganhar força ante os decisores dos nossos países em posições de defesa da MI e criar pontes entres os países lusófonos e a Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM)".

O acordo foi assinado no âmbito de uma mesa-redonda intitulada "A Medicina Interna nos países da lusofonia e formas de cooperação". Além de Luís Campos, em representação da SPMI, subscreveram o documento internistas do Brasil (Maria do Patrocínio Nunes, Henrique Grunspun e Guilherme Barcellos), de Angola (Fernanda Dias), de Moçambique (Sam Patel) e de Cabo Verde (José Sousa Santos).

Todos os internistas envolvidos passam a ser sócios correspondentes da SPMI, um título agora "ressuscitado", o que lhes permitirá ter acesso «a todas as iniciativas da SPMI».

Guilherme Barcellos, José Sousa Santos, Fernanda Dias, Luís Campos, Maria do Patrocínio Nunes, Sam Patel e Henrique Grunspun

SPMI tem cinco novos sócios honorários

A SPMI aprovou a atribuição do estatuto de sócio honorário a cinco internistas. A decisão, tomada em Assembleia-Geral, foi anunciada na cerimónia de encerramento do 23.º CNMI, tendo sido distinguidos com esse título António Soares Franco, Carlos Vasconcelos, Diana Guerra, Emílio Casariego e Manuel Teixeira Veríssimo.

Coube a Teresa Cardoso, coordenadora do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral (NEDVC) da SPMI, apresentar os motivos que levaram a propor António Soares Franco como sócio honorário. "Foi um dos primeiros coordenadores do NEDVC e teve uma intervenção fundamental no papel da MI na abordagem multidisciplinar do doente vascular cerebral", afirmou.

Manuel Teixeira Veríssimo

Carlos Vasconcelos, a quem foi atribuído, em 2016, o Prémio Nacional de Medicina Interna, foi o segundo a subir ao palco para receber o diploma, pelas mãos de António Marinho. O coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças Autoimunes (NEDAI) recordou a época, há 20 anos, em que conheceu o seu "amigo e mestre, uma personagem absolutamente emblemática no nosso Serviço [Medicina do Hospital de Santo António, no Porto]".

Diana Guerra

Carlos Vasconcelos

Diana Guerra, diretora do Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Luzia, ULS do Alto Minho, viu ser-lhe atribuído o título de sócia honorária da SPMI na sequência do Congresso de 2016, a que teve a responsabilidade de presidir. Segundo João Araújo Correia, "há momentos únicos que nunca esqueceremos e que nos trarão sempre Viana do Castelo ao pensamento".

Emilio Casariego, também distinguido, foi presidente da Sociedade Espanhola de Medicina Interna (SEMI) entre 2014 e 2016. Luís Campos recordou a "ligação estreita" entre as duas sociedades, tendo referido que "foi possível testemunhar a dinâmica num conjunto de iniciativas notáveis que implementou na SEMI, numa demonstração de energia e visão admiráveis".

Emílio Casariego

António Soares Franco

Coube a Lèlita Santos, vice-presidente da SPMI, apresentar Manuel Teixeira Veríssimo, especialista do CHUC, que integrou os corpos sociais da SPMI entre 2000 e 2016. Foi secretário adjunto, vogal da Mesa da AG, secretário-geral, vice-presidente, presidente da Mesa da AG e, por último, presidente da Direção (2014-2016). Frisou que se trata de "um excelente colega e um ótimo internista", que conhece e com quem trabalha desde há cerca de 30 anos.

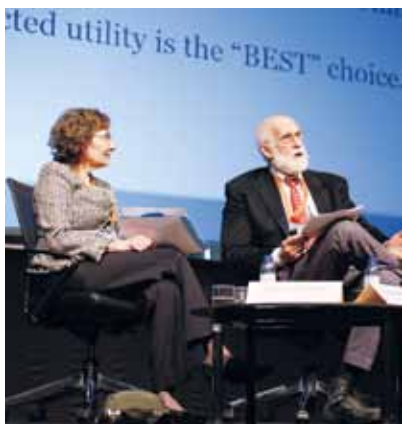
CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO DO 23.º CNMI

Sessões juntaram novos e velhos internistas

Ao intervir na sessão de encerramento do 23.º CNMI, o seu presidente, João Araújo Correia salientou que se conseguiu "juntar novos e velhos internistas em sessões abertas e divertidas sobre casos, patologias e caminhos para o futuro da especialidade e de todo o sistema da saúde em Portugal". Entre outros momentos, o diretor do Serviço de Medicina do CHUP - Hospital de Santo António destacou a participação de "figuras icónicas" do pensamento nas lições magistrais, nomeadamente Joel Cleto, Correia de Campos, Alexandre Quintanilha, Jerome Groopman e Pamela Harttzband.

Na sessão de encerramento foi também tempo de pensar no futuro, com a apresentação do 24.º CNMI, que vai ser presidido por Estevão Pape, diretor de serviço, que terá lugar no Centro de Congressos de Vilamoura, Hotel Tivoli Marina, de 31 de maio a 3 de junho de 2018, e cujos elementos da Comissão Organizadora pertencem ao Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta (HGO).

Ainda no decorrer da cerimónia, foram atribuídos os prémios aos trabalhos vencedores em cada uma das várias categorias – dos 1550 apresentados neste Congresso, seriam selecionados um total de 15.



JOÃO ARAÚJO CORREIA DESTACOU A PRESENÇA DE "FIGURAS ICÓNICAS" DO PENSAMENTO NAS LIÇÕES MAGISTRAIS.

Informação

Azilsartan + clorotalidona: novo tratamento para a HTA

A Tecnimede promoveu no passado dia 26 de maio, no âmbito do 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna, um simpósio satélite. Fernando Pinto, Jorge Polónia e José Nazaré, três dos mais reputados especialistas nacionais na área da hipertensão arterial (HTA), falaram sobre uma nova e única associação fixa de dois fármacos anti-hipertensores, azilsartan + clorotalidona, tendo abordado, entre outras questões, a importância das associações fixas no tratamento da HTA.

Segundo Jorge Polónia, professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e consultor para a área da Hipertensão do Hospital de Pedro Hispano, em Matosinhos, de acordo com o Processo Assistencial Integrado (PAI) do Risco Cardiovascular no Adulto da Direção-Geral da Saúde (DGS) e as *guidelines* da European Society of Hypertension (ESH) 2013, 70-85% dos doentes necessitam de associações medicamentosas de anti-hipertensores, uma vez que a monoterapia só consegue controlar 15-30% das situações. Em 85% dos casos, as *guidelines* recomendam a utilização de associações logo no início do tratamento, devendo as mesmas ser preferencialmente fixas, uma vez que isso facilita a adesão ao tratamento.

De acordo com o especialista, as *guidelines* sugerem duas opções de tratamento: associações de modeladores do sistema renina angiotensina (SRA) com diuréticos ou de modeladores do SRA com antagonistas do cálcio.

A associação azilsartan + clorotalidona integra-se no tratamento de uma destas propostas – associação de um antagonista do recetor de angiotensina II (ARA II), o azilsartan, com um diurético, a clorotalidona.

Segundo José Nazaré, assistente graduado sénior do Hospital Egas Moniz (Cardiologia Centro Hospitalar Lisboa Ocidental), existem comercializadas no mercado várias associações de ARA com diuréticos, pelo que já existe evidência clínica da sua utilidade no tratamento da HTA. O problema é, conforme referiu, que a hidroclorotiazida (presente nas citadas associações) demonstrou em análises comparativas (várias meta-análises publicadas nos últimos anos) que, em comparação com a clorotalidona, é um fármaco menos eficaz e com um tempo de semivida mais curto. Por esta lógica de evidência cientificamente adquirida, o especialista defende que "fará mais sentido a associação com um fármaco comprovadamente melhor, como é o caso da clorotalidona".

"Este novo medicamento é composto por uma associação de um ARA II (azilsartan) com maior capacidade de baixar a pressão arterial comparativamente com outros fármacos da mesma classe e de um diurético (clorotalidona) com efeito muito significativo sobre a PA e com uma semivida muito prolongada", disse. Para o especialista, "esta associação será, pois, o casamento perfeito para uma longa vida a dois no controlo da HTA".

De acordo com José Nazaré, outra mais-valia desta associação relativamente aos fármacos mais antigos tem a ver com a sinergia de funcionamento: "O diurético ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e torna o ARA mais eficaz e o ARA corrige a eventual hipokaliemia que pode estar presente sobretudo quando se utilizam doses maiores da clorotalidona".

As vantagens da clorotalidona nas associações fixas para o tratamento da HTA

Por seu lado, Fernando Pinto, cardiologista do Hospital de Santa Maria da Feira, salientou que, comparativamente à hidroclorotiazida, a clorotalidona, é um dos diuréticos francamente superiores na redução da pressão arterial, com uma maior semivida. "Só podemos ter uma associação de grande excelência quando juntamos dois medicamentos de referência", sublinha Fernando Pinto.

Para o especialista do Hospital de Santa Maria da Feira, esta nova associação junta "o melhor de dois mundos". "Já quando surgiu o azilsartan foi uma lufada de ar fresco na terapêutica anti-hipertensora que não tem tido grandes desenvolvimentos nos últimos anos", referiu. Na sua opinião, "foi um passo à frente na modelação do SRA e que agora é francamente melhorado, complementado com a possibilidade de associar no mesmo comprimido um dos melhores diuréticos quer em termos de eficácia, quer de duração de ação".

Jorge Polónia considera que "a grande novidade" desta nova associação está na clorotalidona, dado que, até agora, não existia nenhuma associação com este fármaco. "A clorotalidona é, dentro dos diuréticos tiazídicos, aquele que tem mais experiência em termos de redução de eventos cardiovasculares. É semelhante à indapamida neste perfil e muito superior à hidroclorotiazida", realça.

"A clorotalidona tem também um conjunto de ações pleiotrópicas, de proteção celular e cardiovascular, que a hidroclorotiazida não tem. É um medicamento com 58 anos de experiência, que tem vários estudos que demonstram que a vantagem da sua utilização em relação à hidroclorotiazida é uma mais-valia indiscutível", desenvolveu.

José Nazaré, Jorge Polónia e Fernando Pinto

O CONGRESSO VISTO POR QUEM O ORGANIZOU

As páginas seguintes reúnem um conjunto de artigos da autoria dos internistas que integraram a Comissão Organizadora do 23.º CNMI, pertencentes a quatro instituições hospitalares: Centro Hospitalar e Universitário do Porto - Hospital de Santo António, Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital de Pedro Hispano, Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães, e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Além de abordarem a experiência de pertencer à CO de um evento como este, os autores realçam as principais particularidades da edição de 2017, que ficou marcada por diversas inovações, e destacam alguns momentos do evento.

Pórtico do Congresso: três momentos plenários

Olga Gonçalves
Secretária-geral do 23.º CNMI. CH de Vila Nova de Gaia/Espinho

Algumas centenas de participantes ocupavam seu assento na imponente Sala do Arquivo. Muitos, na hora imediatamente anterior, haviam apresentado o seu trabalho sob forma de comunicação oral ou e-poster selecionado.

Ia decorrer a Sessão Solene de Abertura do Congresso, cerimónia protocolada que deixa margem estreitíssima para qualquer "novidade" no seu desenrolar. Oficializa, no entanto, a concretização do sonho da Sociedade Científica, da Comissão Organizadora e das entidades patrocinadoras.

Bem-vindos ao Porto! Bem-vindos ao 23.º CNMI!

Era o momento "zero", aquele em que o anúncio de "estar aberto o Congresso" marca o fim de dezoito meses de trabalho coordenado e entusiasta e assinala, também, o dealbar da aventura de, em conjunto, refletir, discutir e celebrar o ser-se internista.

Aos congressistas foi, depois, anunciada a conferência inaugural. Uma vez mais, o repto fora lançado a um não-médico, fazendo jus ao vasto espetro de curiosidade de conhecimentos que caracteriza estes clínicos e à sua recetividade a outras visões e saberes.

Surpreender, convidar à minuciosa observação e explicar as razões históricas e artísticas do Porto como burgo de Confluências foram tarefas que Joel Cleto escolheu para nos brindar e que desempenhou com empolgante mestria.

Pinceladas sábias, bem-humoradas e de intrigante encadeamento proporcionaram um périplo memorável pela História portuense, em que a Medicina e os seus praticantes não foram esquecidos. Viajou-se no tempo, preso ao lugar, de imaginação alerta e coração em escuta. No regresso à era atual, com os seus desafios e interrogações, todos se haviam deixado contagiar pelo interesse em explorar e descobrir toda a eloquência do passado!

O tríptico do primeiro tempo plenário do Congresso completou-se com a entrega do Prémio Nacional de Medicina Interna. Esta segunda edição distinguiu António Barros Veloso. Efetuada a apresentação curricular pelo presidente da SPMI, o homenageado usou da palavra, fiel a si mesmo, narrador por excelência, co-artífice que foi na "reanimação" de uma Sociedade que hibernava no início da década de 80.

Só uma vivência profunda, empenhada e inovadora consegue impor-se como credível, entusiasmando outros a idêntica trajetória. Quando a sede de saber e de atuar não se confina à profissão ou à especialidade, quando, culturalmente, os palcos se diversificam e completam, muito há a partilhar, rememorando factos e emoções e tecendo novos projetos. Entenderam-no bem os presentes ao ouvir Barros Veloso.

A Medicina Interna, longe, bem longe de tolher outros engenhos e artes, amplia o querer e a proficiência de quem a abraça. Prova-o a eloquente carreira deste internista, demonstram-no as suas facetas de escritor e músico, ilustram-no os constantes desafios a que dá resposta.

De uma geração a outra geração, de um modelo de internista a uma nova roupagem desta especialidade, permaneça intocável o que a distingue – a atenção a *todo* o doente, a paixão de ouvir, observar e refletir, discernindo a brevidade da atuação e o plano de um acompanhamento que trate, securize e proporcione o mais completo bem-estar do doente.

Nesta perspetiva se impôs a criação deste Prémio!

PUBLICIDADE

Aprender com os erros – uma contribuição

Vasco Barreto
Membro da CO do 23.º CNMI, ULS de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

Depois de já ter colaborado na organização do 17.º Congresso Nacional de Medicina Interna, tive o privilégio de poder voltar a estar envolvido neste grande evento, integrando a Comissão Organizadora do 23.º CNMI.

De um modo geral, sinto-me muito realizado com todo o trabalho que desenvolvemos e com o seu resultado final. E um dos aspetos mais gratificantes de "poder repetir" teve a ver com a possibilidade de corrigir os erros identificados da primeira vez.

De facto, logo nas primeiras reuniões da Comissão Organizadora, que aconteceram com um ano e meio de antecedência, tivemos a preocupação de reler os nossos apontamentos de 2011, discutir o que então tínhamos considerado ter corrido pior e planear as alterações necessárias.

O melhor exemplo deste exercício é tudo o que diz respeito ao circuito dos trabalhos submetidos a concurso. Em 2011, a avaliação que tínhamos feito deste aspeto era francamente negativa. Era agora nossa obrigação encontrar o caminho certo para que o fracasso de outros anos se convertesse em sucesso.

Começámos pela submissão e revisão dos Resumos. Definimos novas tipologias de trabalhos, contratámos uma nova empresa para a gestão da plataforma de submissão de Resumos, definimos novo corpo de Revisores e novas regras de classificação.

Depois, no próprio congresso, otimizámos as sessões de apresentação dos trabalhos: criámos duas sessões plenárias com grande destaque (*Top 5 Rated Abstracts* e *Best Works in Contest*); alocámos as sessões de Comunicações Orais a horários amigáveis e dedicados; dotámos as sessões de E-Posters de um sistema de som que melhorou muito a clareza das apresentações; assegurámos a presença de um elemento do Júri de atribuição de prémios em todas as sessões, para além dos Moderadores; reconstruímos a grelha de avaliação de trabalhos e a dinâmica da sua seleção (no final de cada sessão, os eventuais candidatos a prémio eram identificados entre os moderadores e o elemento do Júri).

Por fim, foram marcadas antecipadamente reuniões dos Júris das diferentes categorias, em que cada elemento partilhou com os restantes os melhores trabalhos a que tinha assistido, permitindo assim uma decisão final muito mais justa sobre os trabalhos premiados. O retorno que tivemos da parte dos moderadores e dos elementos dos Júris foi muito positivo.

Tal como na clínica, e na vida em geral, devemos sempre olhar os acontecimentos desfavoráveis como oportunidades de aprendizagem. Assim, estamos a preparar um documento que deixaremos às futuras Comissões Organizadoras e à Direção da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, em que refletimos sobre o que correu melhor e pior. O que desejo é que o CNMI seja melhor em cada ano que passa. Aqui fica uma pequena contribuição.

"E o Porto aqui tão perto..."

Carlos Fernandes
Membro da CO do 23.º CNMI. Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

"Não sei se já repararam, mas atrás da Alfândega passa um rio."

A frase surgiu no corre-corre da organização do Congresso, podia retratar a elevada afluência às sessões científicas, mas servirá de ponto de partida para um breve passeio numa pausa entre sessões.

Porque, atravessando a rua em frente à Alfândega, baixando às arcadas de Miragaia, encontravam-se petiscos servidos ao balcão, ao gosto dos fregueses do dia-a-dia. Muitos congressistas escolheram acabar ali as tardes de trabalhos.

Outros terão preferido descobrir ou revisitar a talha dourada da Igreja de S. Francisco, a meia dúzia de passos. Ou, mais à frente, a Ribeira Negra de Júlio Resende, à saída do túnel que qualquer bom automobilista portuense tem dificuldade em atravessar sem dar duas ou três buzinadelas.

Aos que decidiram ir esticar as pernas até à Foz, não terão passado despercebidos, entre a Arrábida e a Cantareira, os letreiros anunciando, assim mesmo, sem agá, "à bicha" - da que o pescador enfia no anzol para fisgar a tainha.

A realização do Congresso no Centro Histórico do Porto proporcionou a todos os participantes a possibilidade de conviver com a cidade. Mais do que um poster ou uma intervenção, serão estes momentos de partilha, intimidade ou introspeção que, com o Porto por fundo, cada um evocará quando mais tarde a conversa ou a revisão curricular passar pelo 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna. Naturalmente, a memória perdurará tanto quanto mais intensa, genuína e original tiver sido a vivência.

Por isso, depois de Viana do Castelo, depois do Porto, gostava de saborear o Alentejo, o Alto Douro, a Beira Interior... Ou, garante-me com saudade quem por lá passou, um congresso em Coimbra seria memorável. Fica o desafio.

O CNMI na palma da mão

Vivemos numa época em que os *smartphones* fazem parte do quotidiano, permitindo aos seus utilizadores que a informação seja fluida, atual e personalizada. O Congresso Nacional de Medicina Interna não poderia deixar de evoluir nesse sentido.

A *App* do 23.º CNMI reunia um leque de informações úteis, como o programa científico, súmula curricular dos palestrantes e planta do Centro de Congressos. A consulta dos resumos dos trabalhos aceites também era possível através da *App*, facilitando a sua consulta e seleção pelo utilizador. A "Minha Agenda" foi relevante para que, num evento desta dimensão, cada um não perdesse as sessões que mais lhe interessavam.

A comunicação entre a Comissão Organizadora e os congressistas foi otimizada. As notificações alertaram os participantes para as sessões mais relevantes, mas também para situações logísticas que requeriam uma rápida resolução. Por outro lado, ainda muito antes do início do 23.º CNMI, dúvidas e problemas levantados pelos utilizadores obtiveram resposta célere.

A *App* do 23.º CNMI permitia também a troca de mensagens entre todos os utilizadores, incentivando ao *networking*. Esta ferramenta ainda foi subaproveitada, mas poderá, no futuro, permitir que os utilizadores estabeleçam um primeiro contacto no sentido de desenvolver parcerias, eventualmente na construção de trabalhos multicêntricos. Se ainda tem a sua *App* instalada, por que não tentar contactar o autor do trabalho que gostaria de discutir ou desenvolver em conjunto?

Foi no Televoto e na possibilidade de colocação de questões aos moderadores que a *App* do 23.º CNMI foi verdadeiramente inovadora. O Televoto foi o alicerce das Sessões de Casos Clínicos Interativos, uma estreia nos eventos da SPMI. Permitiu construir sessões estimulantes e enquadráveis na melhor metodologia de aprendizagem do adulto. A possibilidade de colocar questões pela *App* aumentou significativamente o número de questões colocadas pela assistência. Em simultâneo, sendo apresentadas de forma anónima ao moderador, democratizou-as, pois, todos, do interno do primeiro ano ao diretor de serviço, tinham igual oportunidade de colocar as suas dúvidas ou comentários.

Por tudo isto a *App* do 23.º CNMI foi um sucesso que os futuros CNMI farão ainda crescer! Não posso terminar sem um agradecimento especial à Bayer pelo seu patrocínio da *App* e à Shake*IT* pelo profissionalismo e qualidade do seu trabalho.

João Neves
Tesoureiro da CO do 23.º CNMI. CH e Universitário do Porto, Hospital de Santo António

A maior área de exposição de sempre

A indústria da saúde é um elemento essencial na cadeia de cuidados que prestamos aos nossos doentes. A sua capacidade de inovação de fármacos ou dispositivos mais eficazes é determinante para que a Medicina possa continuar a somar sucessos. Por outro lado, apenas um médico bem informado e esclarecido poderá tomar as melhores decisões para o seu doente.

O Cais dos Núcleos

Os congressos são oportunidades particularmente interessantes de contacto entre a indústria de saúde e os médicos, sobretudo se amplamente participados, pois, permitem que diferentes médicos e empresas discutam os benefícios e qualidades de cada produto apresentado. Desde o primeiro dia, a Comissão Organizadora reconheceu este papel, assim como a necessidade de o valorizar adequadamente. Acreditamos que, para que esse contacto fomentasse uma divulgação informada e esclarecida dos médicos, seria preciso que existissem tempo e condições físicas adequadas.

Nesse sentido, criámos o maior espaço de exposição de um Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI) e desafiámos a indústria a construir expositores amplos, capazes de receber os congressistas nas melhores condições. O desafio foi bem recebido, como comprovam os mais de 500 m^2 de expositores. A colocação dos *E-Posters, lounge* e pontos de refeição na área de exposição também promoveu um maior tempo de contacto entre a indústria e os congressistas.

Por fim, o 23.º CNMI criou um espaço nobre para a SPMI e os seus Núcleos de Estudos. O Cais dos Núcleos, com 68 m^2, foi um ponto de encontro entre os congressistas e os órgãos da SPMI. Aqui os Núcleos de Estudos puderam promover atividades futuras, assim como expor parte da sua história ou eventos recentes.

João Neves
Tesoureiro da CO do 23.º CNMI. CH e Universitário do Porto, Hospital de Santo António

Um compromisso com a formação dos internistas

Sara Rocha
Membro da CO do 23.º CNMI. CH e Universitário do Porto, Hospital de Santo António

O Congresso Nacional de Medicina Interna constitui, desde sempre, uma oportunidade de formação para todos os internistas. Enquanto principiante na organização de um congresso, cedo pude perceber a seriedade e exigência com que este compromisso com a formação é honrado. A par da montagem do programa científico, com escolha de mesas apelativas, atuais e dinâmicas – algumas em formatos inovadores, e da seleção criteriosa dos trabalhos a apresentar no Congresso, também as decisões sobre os cursos pré-congresso não foram deixadas ao acaso.

Os cursos pré-congresso, centrados em pequenas áreas do vasto saber da Medicina Interna, são considerados uma mais-valia na formação, sobretudo dos jovens internistas. Partindo desta premissa, a Comissão Organizadora do 23.º CNMI estabeleceu a criação de um plano de cursos de qualidade como uma das suas prioridades.

"Que cursos vamos disponibilizar?" foi a primeira questão que se colocou. Sabendo de antemão que têm sempre muita procura, foi preocupação da CO disponibilizar um número razoável e diversificado de cursos capaz de satisfazer essa procura. Assim, selecionámos 13 cursos de um ou dois dias, alguns deles já com presença assídua nas edições anteriores, como o de *"Suporte Avançado de Vida"*, o de *"Sepsis e Infeção Grave"* ou o de *"Ventilação Não-Invasiva"*, e outros estreantes, como o *"Curso Básico de Ecografia na Avaliação do Doente Crítico"*, o *"Curso de Nefrologia para não-Nefrologistas"* e o de *"Estudos Funcionais Respiratórios"*. Também integraram a lista os cursos dos Núcleos de Estudos da SPMI, desde *"Cuidados Paliativos"*, *"Acidente Vascular Cerebral"* e *"Patologia Médica da Grávida"* às *"Vasculites"*, *"Doenças Lisossomais de Sobrecarga"* e *"Curso para Orientadores de Formação em Medicina Interna"*.

"Em que datas vamos realizar os cursos?" surgiu como segunda questão e talvez a mais debatida. A escolha do fim de semana anterior, em detrimento dos dias de terça e quarta-feira prévios ao Congresso foi ponderada e justificada pelo menor impacto na atividade assistencial dos serviços. Acreditámos que, ao realizar os cursos fora do horário laboral habitual, por um lado, a disponibilidade dos formandos seria maior, e, por outro, os serviços não ficariam despovoados durante toda a semana do Congresso, mantendo o seu normal funcionamento. Certos de que haveria um esforço acrescido dos interessados em se deslocar ao Porto em dois momentos, procurámos disponibilizar alojamento a baixo custo nesse fim de semana e desobrigar os inscritos da inscrição no Congresso.

A resposta à terceira questão "E onde vão decorrer os cursos?" surgiu naturalmente. Os cursos ministrados pela Reanima® decorreram nas instalações dos hotéis com que habitualmente trabalham e os demais nas salas do Seminário de Vilar e do auditório do Hospital de Santo António - CHUP, ambos no centro do Porto e próximos do Centro de Congressos.

A estas questões organizacionais seguiu-se a divulgação dos cursos no *site* e na *App*. O *"Porto de Confluências"* possibilitou a inscrição a todos os médicos interessados, inclusivamente de outras especialidades. Sem demora, as inscrições começaram a surgir e verificou-se lotação esgotada em quase todos os cursos.

Os cursos decorreram com tranquilidade, nas datas previstas, e foi deveras gratificante sentir o *feedback* positivo, tanto dos formandos como dos formadores. Aos primeiros gostava de os felicitar pela forma dedicada e profissional com que participaram nos cursos e aos segundos quero agradecer todo o empenho e colaboração para que este sucesso fosse alcançado. O nosso compromisso com a formação foi cumprido e esperamos que tenha sido proveitoso para todos.

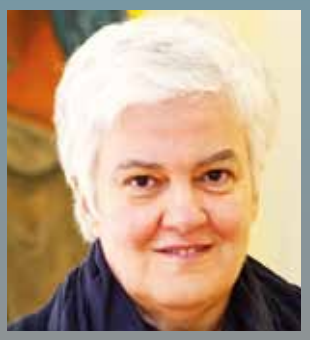
Encontros com o perito

Depois de ter integrado a Comissão Organizadora do 17.º Congresso Nacional de Medicina Interna, em 2011, foi para mim uma honra ter sido novamente convidada para a organização do 23.º Congresso Nacional de Medicina Interna. E desde logo percebi que haveria lugar à Inovação e à Criatividade, porque a equipa era constituída por pessoas que querem ver na Medicina Interna o " Porto de Confluências" não apenas de experiências, mas de novos saberes... E arriscámos! Foi nesse arriscar que criámos os "Encontros com os Peritos".

Se, à primeira vista, a hora (7h45) parecia ser um entrave à participação, a qualidade dos peritos e o interesse dos temas versados veio desfazer-nos essa dúvida. Qualquer um dos assuntos ("Doença vascular pulmonar: diagnóstico precoce, responsabilidade de todos"; "As minhas dúvidas na tuberculose: do diagnóstico ao tratamento"; "HTA: para além das *guidelines*"; "Como tratar um lúpus, um lupinho e um lupão") mereceu o entusiasmo e a atenção de todos os participantes.

Num ambiente informal, alimentados por um bom pequeno-almoço, houve partilha de ideias que conduziu a debates interessantes. Afinal os peritos, pessoas de reconhecido valor nacional e internacional, estão tão próximos de nós!

Na minha opinião, estes encontros são para manter nos próximos congressos, podendo-se rever a questão da hora e fazer maior divulgação para que haja ainda maior adesão.



Helena Sarmento
Membro da CO do 23.º CNMI. Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

O Congresso de todos e para todos

Fazer parte, pela primeira vez, da Comissão Organizadora do Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI) foi um desafio apaixonante desde cedo. A dimensão e o rigor deste evento exigiam que nos superássemos e o estímulo era fazer melhor. Escolhemos arriscar e dinamizar o Congresso com sessões que promovessem a interação e proximidade de todos os internistas. Queríamos um programa abrangente, jovem e inovador, sem com isso comprometer a identidade do evento.

Mantivemos alguns modelos convencionais, como as lições magistrais e as mesas-redondas, ao mesmo tempo que inovámos com novos formatos, como os casos clínicos interativos, em que era apresentado em sessão plenária um caso real desafiante que levava a uma discussão por um painel de peritos. A assistência tinha um papel ativo, através da participação pelo televoto em questões estratégicas, havendo também a possibilidade de tecer comentários ou questionar a mesa, tudo através da *App* do Congresso.

No CNMI tivemos três sessões plenárias de casos clínicos interativos, da responsabilidade de diferentes hospitais (Hospital Pedro Hispano, Centro Hospitalar e Universitário do Porto e Hospital de Guimarães), todos de diferentes áreas de interesse da Medicina Interna. A afluência e participação dos congressistas foi essencial para o sucesso deste novo formato, todos podiam ter voz ativa e participar na discussão, criando uma dinâmica muito estimulante, num ambiente didático e de partilha.

Estas sessões foram o que pretendíamos: casos (verdadeiramente) problema, peritos convictos com muita experiência e *know-how* e uma plateia curiosa, entusiasta e participativa, que aceitou o desafio de ser parte da sessão. Foram momentos de proximidade, dinamismo e rigor.

Foram sessões de todos para todos.

Rute Ferreira
Membro da CO do 23.º CNMI. ULS de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

Do gosto por congressos e opções no programa do 23.º CNMI, por entre apostas e receios

Júlio Oliveira
Membro da CO do 23.º CNMI. CH e Universitário do Porto, Hospital de Santo António

Gosto de congressos médicos, mas confesso não ser muito assíduo. Gosto da ideia de peregrinação e quando me disponho à viagem sou dos que tendem a manter-se até ao fim do culto, muitas vezes penosamente e desgostoso. Não gosto menos da romaria ou de conhecer as cidades dos congressos. E gosto muito do reencontro de amigos e da oportunidade de conhecer outros. E então, não sendo bem como plantar a árvore, deixar um livro ou descendência, dispus-me a ajudar a montar um congresso nacional da atividade que tomou parte da minha vida, a tal da Medicina Interna.

E tive a felicidade de integrar uma equipa de pessoas que gostam de Medicina Interna, gostam de congressos e de umas boas gargalhadas. E, gostando destas coisas, sabem que quem se desloca a congressos sofre cansaço pela jornada, pelo que teve de apressar antes da abalada, pelo preparar e desfrutar do Congresso e ainda pelo trabalho por fazer acumulado durante a ausência. Havia então que formular uma oferta dinâmica que prendesse o congressista ao evento de modo compensador.

Os elementos da equipa que provinham da Comissão do 17.º CNMI já tinham experimentado com sucesso o desenho, dentro do Programa do Congresso, de itinerários de perfis de internistas. Quem fosse mais atraído pela medicina de "urgência-a-intensiva" poderia ziguezaguear pela Alfândega ao longo do dia e do programa, sem risco de sobreposição de sessões afins. O mesmo poderia ser experimentado por quem mais estivesse interessado em organização e política de saúde, doenças sistémicas ou de órgão. A esta orientação faltava acrescentar marcos que referenciassem as escolhas do congressista. A ideia de sessões alternativas às tradicionais mesas-redondas foi desenvolvida. Sessões adaptadas de outras experiências, repetidas ao longo de 2 ou 3 dias, com fórmula similar e temas diversos, cimentariam modelos que cortariam a rotina da sucessão de sessões estereotipadas. Incluíram-se *Os Encontros com o Perito, Hot-topics* e *Casos Clínicos Interativos* que comportavam alguns riscos. A terceira força subjacente ao desenho do Programa foi a anulação de tempos mortos, limitando o tempo entre sessões ao mínimo necessário para deslocação tranquila entre as salas do Congresso. A rentabilização do tempo exigiria um escrupuloso cumprimento de horários, sob pena de hipotecar toda a organização, incluindo os compromissos com os simpósios contratados pelos patrocinadores.

Para o sucesso destas sessões, seria necessário que os congressistas tivessem delas conhecimento prévio. *Caso Clínico Interativo* na primeira tarde e *Encontros com o Perito* madrugadores eram os maiores riscos. O congressista como consumidor cria hábitos que, enraizados, traem a leitura atenta e antecipada do programa por entre a azáfama do dia-a-dia. Recorreu-se, durante as semanas próximas do evento, às redes sociais e *App* do Congresso com sucesso limitado na fase inicial. Os *Encontros com o Perito* obrigaram mesmo à divulgação direta no ato do *check-in* e passa-a-palavra. Ainda assim, obtiveram preenchimento entre 75 e 140% da lotação inicialmente programada, em sessões com início às 7:45 h.

A segunda ordem de risco relacionava-se com o desempenho dos oradores convidados para as novas sessões. Todos eles experimentados e reconhecidos, foram convocados para um tipo de participação menos convencional, menos previsível e, por isso, mais exposta. Receava-se que tivessem a tentação de se retrair para participações mais defensivas e confortáveis, mas tal não se verificou na quase totalidade das sessões. Corresponderam ao apelo da organização e isso reflete-se na avaliação das sessões pelos congressistas via *App* do 23.º CNMI: entre 0 e 5 valores, a cotação média foi 4,3 (mediana 4,4).

Por fim, o cumprimento quase absoluto dos horários, que me parece agora o feito mais impressionante. Habituados a que a acumulação de atrasos seja a regra em congressos nacionais, fez-se um apelo aos moderadores para que isso fosse evitado em cada sessão. Observou-se uma muito satisfatória adequação das comunicações aos tempos preconizados, desde as comunicações livres e posters, logo pela manhãzinha, até à participação dos diversos oradores e moderadores convidados.

A *App* do 23.º CNMI poderá ter contribuído muito significativamente para este resultado. Permitiu a formulação de questões às mesas em grande quantidade e qualidade, de modo ágil, sem as demoras inerentes às intervenções habituais, seja pela distância ao microfone, pelo formalismo dos cumprimentos ou pela falta de parcimónia de quem levanta questões.

Gosto de congressos médicos com salas preenchidas e participadas até ao fim da tarde, como se tem visto crescentemente no Congresso Nacional de Medicina Interna ao longo dos anos. Gosto de ver o empenho posto pelos internistas quando chamados para o seu Congresso, na avaliação de *abstracts*, na moderação de mesas, na constituição de júris, nos cursos pré-congresso, na presença e interação pela *App*. Gosto de ver os internistas juntos, a celebrar a sua reunião ao jantar. E assim foi um gosto participar na organização do 23.º CNMI. Até 2018!

SESSÃO MAGISTRAL, 28 DE MAIO DE 2018

Pamela Hartzban e Jerome Groopman

Exactly 10 years ago I was looking around one Barnes & Noble bookstore in Boston, when my attention got caught by one book. The name of the book was *How doctors think* and my curiosity and surprise begun when in the inside cover I read "On average, a physician will interrupt a patient describing her symptoms within eighteen seconds. In that short time, many doctors decide on the likely diagnosis and best treatment".

In this book, Dr. Jerome Groopman examined how a doctor decides on a course of action in diagnosis and treatment. Personally it changed me as an internal medicine physician, helping me in the search to be a good doctor. That´s why whenever I find it (which is not easy nowadays), I make an offer to my interns and dearest colleagues.

Dr. Groopman had his internship and residency in internal medicine at the Massachusetts General Hospital. This was followed by fellowships in hematology and oncology at the University of California Los Angeles and the Dana-Farber Cancer Institute in Boston.

He is the Dina and Raphael Recanati Professor of Medicine at Harvard Medical School, Chief of Experimental Medicine at Beth Israel Deaconess Medical Center. His research has focused on the basic mechanisms of cancer and AIDS. He has been a major participant in the development of many AIDS-related therapies, including protease inhibitors, and he is active in regional and national education activities in AIDS and cancer medicine, as well as in the training and education of young scientists in these fields. He has extended the research infrastructure in genetics and cell biology to studies in lymphoma, myelodysplasia, and leukemia. He is a member of the American Academy of Arts and Sciences and the Institute of Medicine of the National Academies.

He has served on many scientific editorial boards and has published more than a hundred and eighty research articles; his editorials on policy issues have appeared in the *Times*, *The New York Review of Books*, and the *Wall Street Journal*. He has written for *The New York Times*, *The Wall Street Journal*, *The Washington Post* and *The New Republic*. He is a staff writer for *The New Yorker* since 1998, writing primarily about medicine and biology.

The first book written in 1997 by Dr. Groopman was *The Measure of Our Days: new beginnings at life's end*. He also published *Second Opinions: stories of intuition and choice in a changing world of medicine*, in 2000, *Anatomy of Hope: how people prevail in the face of illness*, in 2004 and his best-seller *How Doctors Think*, in 2007.

In 2011, with his wife Dr Pamela Hartzband, they wrote the book *Your Medical Mind: how to decide what is best for you*.

Dr. Pamela Hartzband is an Assistant Professor at the Harvard Medical School and Attending Physician in the Division of Endocrinology at the Beth Israel Deaconess Medical Center in Boston. She specializes in disorders of the thyroid, adrenal and pituitary glands. A *magna cum laude* graduate of Radcliffe College, Harvard University, she received her M.D. from Harvard Medical School. She served her internship and residency in internal medicine at the Massachusetts General Hospital, and her specialty fellowships in endocrinology and metabolism at UCLA. She is regularly featured among America's Best Doctors. She has authored articles in the *New England Journal of Medicine* on the impact of electronic records, uniform practice guidelines, monetary incentives, and the Internet on the culture of clinical care.

Margarida França
Membro da CO do 23.º CNMI. CH e Universitário do Porto, Hospital de Santo António

In conjunction with Dr. Jerome Groopman, she is a bimonthly columnist for *"ACP Internist,"* the publication of the American College of Physicians read by 150,000 internal medicine physicians in the United States and Canada.

Your Medical Mind, the book they both wrote in 2011 is a kind of sequel to *How Doctors Think*. It´s about patient attitudes towards doctors and medicine, aims to empower patients to become active participants, indeed negotiators, in decisions about their health care. The couple say that patient beliefs are an important consideration when deciding how to treat an illness. They believe that the right treatment is different for each person and depends in part on the attitudes patients brings to their care.

Dr Hartzband and Dr Groopman, it is a great honour to have you both here. I´m sure that you are the best choice for the last Great Lesson of this National Congress.

Todos sabem a importância de um primeiro encontro

Raquel Calisto
Membro da CO do 23.º CNMI. ULS de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

O primeiro encontro que o interno de Medicina Interna tem com a SPMI acontece no Congresso Nacional e passa geralmente pela submissão de resumos. Faz parte do percurso de todo o jovem internista delinear o resumo, mostrá-lo e corrigi-lo junto dos coautores, submetê-lo, aguardar pela sua aprovação e, se bem-sucedido, preparar o dia em que, perante os seus pares, apresenta o resultado final do seu trabalho. Este ritual, aparentemente simples, envolve muitas horas de preparação, empenho e estudo. É neste percurso que o interno se apresenta em público aos internistas portugueses. Nós (CO) fizemos questão de que este primeiro encontro corresse bem.

Para o fazer, empenhámo-nos em escolher moderadores e júris com determinado perfil. Convidámos colegas com elevado conhecimento científico, mas que aliassem ao conhecimento outras competências fundamentais: disponibilidade, interesse, comunicação, pedagogia. Demos instruções claras aos moderadores e estes tiveram conhecimento prévio atempado de todos os trabalhos que moderaram. Pedimos que assumissem com brio a tarefa de moderador, o mesmo brio que esperávamos dos internos.

Nas sessões de comunicações orais e de E-posters em que estive presente, vi serem apresentados trabalhos de áreas diversas de interesse, de grandes hospitais centrais e de pequenos hospitais periféricos. Vi muitos colegas a assistir e a tentar participar na discussão. Vi moderadores que efetivamente estiveram presentes nas sessões (foram muito raros os faltosos e não houve nenhuma sessão em que não estivesse presente pelo menos 1 júri e um moderador). Vi moderadores a fazer considerações pertinentes e genuinamente interessadas nos trabalhos apresentados. Vi internos bem e mal preparados, alguns surpreendidos pela profundidade das questões colocadas.

Para os internos respeitarem e valorizarem a sua especialidade devem ver respeitado o seu trabalho, por menor que este seja aos olhos de alguns. Neste primeiro encontro, os melhores entre os melhores foram elogiados pelo seu bom desempenho e levaram para casa palavras de incentivo para se excederem. A questão maior foi a atitude a ter com os trabalhos de menor qualidade que foram aceites para apresentação. Não ouvi críticas destrutivas dadas a estes trabalhos, ouvi considerações pertinentes sobre como fazer melhor, o que corrigir ou onde trabalhar mais.

No final de um primeiro encontro, penso que os colegas mais novos foram recebidos com interesse e levaram para casa mensagens importantes para desenvolverem trabalho de maior qualidade numa próxima oportunidade. E isto é fundamental para a credibilidade e o futuro da nossa especialidade.

"CIÊNCIA: FAZER, COMUNICAR E ENSINAR"

A Lição Magistral do Prof. Alexandre Quintanilha

Raquel Calisto
Membro da CO do 23.º CNMI. ULS de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

O Prof. Alexandre Quintanilha protagonizou um dos melhores momentos do 23.º CNMI com a Lição Magistral que proferiu "Ciência: fazer, comunicar e ensinar".

Convidámo-lo para esta Lição Magistral precisamente para que nos mostrasse uma palestra "out of the box", uma apresentação para médicos que não sabem só de medicina. Foi de resto no ICBAS-UP que o conhecemos melhor, como professor de biofísica de mais de uma geração de médicos atualmente em exercício.

Coube-me a honra de o apresentar. Não posso deixar de reproduzir um excerto dessa apresentação:
"Aprendi nessas aulas outros conceitos que marcaram muito o meu percurso e forma de estar na Medicina, nomeadamente:
- (que) a ciência nasce da ousadia de fazer perguntas (e de nos pormos em causa);
- (que) é fundamental perseguir a verdade profunda das coisas (como seja um diagnóstico final que responde ao conjunto dos problemas de um doente);
- e (que) é enorme o ganho que nasce da interface entre as diferentes áreas do conhecimento.

Trouxe todas essas lições para a Medicina Interna, onde diariamente tento pôr em prática o exercício de fazer boas perguntas e a perseguição da verdade subjacente aos problemas do doente em ambiente interdisciplinar... não estou a ver melhor herança possível a deixar a uma estudante universitária."

A sua Lição Magistral evidenciou o que de melhor e mais surpreendente há hoje na ciência mundial em áreas de fusão. Reflete, de resto, a visão do Professor, um entusiasta das ideias novas, das que nascem de territórios tradicionalmente separados (tema tão querido à Medicina Interna, área sem fronteiras).

Fê-lo transmitindo a curiosidade e a alegria quase pueris que o caracterizam perante o desconhecido. Foram vários os colegas que nos parabenizaram pela escolha do orador e que pediram para rever a sua apresentação, o que disponibilizamos com o seu consentimento. Mostrou-se mais uma vez como é: um cientista, invulgar pedagogo e cidadão do mundo.

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE

NÚCLEO DE ESTUDOS DAS DOENÇAS DO FÍGADO

O papel da MI na área das doenças do fígado

As doenças hepáticas são muito frequentes na nossa população e, consequentemente, também na prática clínica dos internistas. A cirrose do fígado era, há alguns anos, a 10.ª causa de morte no nosso país e, segundo dados da DGS, era em 2013 a 8.ª causa mais importante de anos potenciais de vida perdidos. Além disso, as doenças hepáticas têm importantes implicações na qualidade de vida dos doentes, no absentismo e nos custos económicos para toda a sociedade.

O papel central do fígado no corpo humano, responsável por múltiplas funções e interagindo com a maioria dos outros órgãos e sistemas, e o consequente caráter sistémico de muitas das doenças que o afetam, condicionam que este seja campo propício à intervenção do internista. O conhecimento do fígado relativamente às suas funções, às suas patologias e ao seu envolvimento em doenças de outros órgãos é, assim, indispensável para a boa prática clínica por parte do internista.

A patologia hepática representa parte significativa da casuística nos internamentos e nas consultas de Medicina Interna. São também os internistas que habitualmente constituem, nos serviços de urgência, a primeira linha de atendimento dos doentes com situações agudas do foro hepático e com descompensação ou complicações da doença hepática crónica.

Tem sido muito relevante, entre nós, a atividade dos internistas no diagnóstico e tratamento das doenças hepáticas das diversas etiologias, tais como a alcoólica, ainda a mais frequente entre nós, as virais, as metabólicas e as autoimunes, entre muitas outras. Nos próximos anos, com o previsível crescimento do número de casos de esteatohepatite não alcoólica, os internistas serão chamados a avaliar e a tratar de forma global e integrada doentes que, concomitantemente, apresentarão situações tais como diabetes, dislipidemias, obesidade, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica ou doença cerebrovascular, entre outras.

Desde há cerca de quatro décadas, iniciando um percurso que teve como pioneiro mais distinto o Prof. Armando Porto, foi crescente o número de internistas que investiram fortemente no estudo aprofundado do fígado e das suas doenças e na prática clínica, na investigação e na atividade académica nesta área da Medicina.

Atualmente, existem em muitos hospitais do país internistas que dedicam particular atenção à patologia hepática, frequentemente organizando-se, nos respetivos serviços, em pequenos grupos que assumem o tratamento diferenciado dos doentes deste foro, a consultadoria interna e a dinamização de consultas de doenças hepáticas. De salientar ainda que vários internistas integram as equipas médicas dos três programas de transplantação hepática existentes no nosso país.

A investigação neste campo tem merecido a atenção de muitos internistas, tendo como resultado inúmeras apresentações em congressos, trabalhos académicos e publicações, sendo desejável que, no futuro, esta atividade aumente em quantidade e em qualidade.

No futuro, é fundamental que os internistas com particular interesse pela hepatologia continuem, tal como no passado, a apoiar-se nos seguintes pilares:

- Opção pela formação médica abrangente e diversificada que, não impedindo o estudo aprofundado nesta área específica do conhecimento, seja o suporte para uma abordagem global e completa de cada doente;

- Empenho no diálogo interdisciplinar com outras especialidades médicas com interesse nesta área – Gastrenterologia, Cirurgia, Infeciologia, Radiologia, Medicina Nuclear, Pediatria, Anatomia Patológica e outras – e com outras ciências não médicas, pois, a evolução do conhecimento científico exige uma atitude inclusiva e cooperativa, e não o seu oposto.

Arsénio Santos
Coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado da SPMI

NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VIH

MI é uma especialidade privilegiada no seguimento dos doentes com VIH

Telo Faria
Coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH da SPMI

No plano científico e tecnológico, o aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (VIH) nos princípios dos anos 80 veio demonstrar a enorme capacidade do Homem, nesta área do saber, de transformar, em três décadas, uma doença mortal, para a qual a Medicina não tinha qualquer capacidade de resposta, numa doença de características de cronicidade. Foi, assim, colocada no mesmo plano, em termos de morbilidade e mortalidade, de outras patologias tão frequentes no mundo ocidental, como a HTA e a diabetes *mellitus*. Isto é ímpar na história da Medicina e da Humanidade. Hoje, novos paradigmas e objetivos nos desafiam.

Assim, percecionamos alterações no perfil dos doentes, nas suas formas de seguimento, nas armas terapêuticas de que dispomos e, ainda, na redefinição de objetivos à escala global.

Relativamente ao perfil dos doentes, tem havido mudanças significativas. Os novos diagnósticos no nosso país deixaram de estar ligados maioritariamente à utilização de drogas endovenosas, face ao sucesso dos programas de substituição de drogas nas últimas décadas. Aparecem-nos sobretudo casos de transmissão sexual, sendo preocupante o aumento de transmissão em homens que têm sexo com outros homens (HSH), sobretudo em jovens, e a transmissão por relações heterossexuais em pessoas de idades mais avançadas, na 5.ª e 6.ª décadas de vida.

A isto soma-se a sobrevivência, praticamente igual à da população em geral, dos doentes em seguimento, conduzindo a um envelhecimento progressivo dos utentes das nossas consultas. Com a natural coexistência de outras doenças ligadas ao envelhecimento, o seguimento desta população é progressivamente mais complexo, levando a que a designação "Infeção VIH" seja progressivamente substituída por "Doença VIH".

Face a este novo quadro, impõe-se a adaptação das estruturas que seguem estes doentes em cada hospital e necessariamente também das estruturas extra-hospitalares, com equipas multidisciplinares, em que a Medicina Interna terá um papel central.

Em relação à medicação antirretrovírica, os avanços efetuados nestas últimas décadas têm sido enormes, com fármacos de alta eficácia, diminutos efeitos secundários e em coformulações que permitem uma terapêutica apenas com um comprimido diário, longe dos velhos tempos, com *cocktails* de dezenas de pílulas, de eficácia reduzida. Novas terapêuticas estão na forja, quer dentro das famílias já existentes, ou ainda, terapêuticas trimestrais ou semestrais.

O papel da Medicina Interna relativamente aos doentes portadores do VIH é de duas áreas complementares. Por um lado, a comum a todas as especialidades que seguem doentes infetados, e que se prende com a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento e o seguimento destes doentes.

Por outro lado, a MI é uma especialidade privilegiada neste seguimento, tendo em conta a sua perspetiva multiorgânica e holística de ver o doente. Esta postura da MI vai ao encontro da noção atual de doença VIH, enquanto doença crónica, isto é, no melhor manejo e seguimento das comorbilidades próprias do processo normal de envelhecimento e respetiva polimedicação, das repercussões em todos os sistemas orgânicos da infeção, e ainda, dos próprios efeitos secundários da medicação antirretrovírica.

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE

NÚCLEO DE ESTUDOS DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR

Proposta de intenções

A doença aterosclerótica vascular e as suas manifestações pliotrópicas clínicas – potencialmente preveníveis e com consequências de sobremaneira evitáveis – continuam a ser a principal causa de morbilidade e mortalidade entre nós. Em 2013, em Portugal, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 31.528 óbitos (29,5% da mortalidade no país). Nos homens, esta causa de morte foi responsável por um quarto dos óbitos (25,7%) e, ao contrário, do que é frequentemente presumido, a mortalidade cardiovascular na mulher foi ainda maior (79,7 óbitos masculinos por cada 100 femininos). Estes números correspondem a uma taxa bruta global de mortalidade de 301,6 por 100 mil habitantes (mais elevada nas mulheres [320,2] do que nos homens [281,0]).

O número de anos potenciais de vida perdidos por doença cardiovascular – maioritariamente de natureza aterotrombótica – foi de 40.956 anos, a taxa de anos potenciais de vida perdidos de 456,6 por 100 mil habitantes e o número médio de anos de vida perdidos de 10,6. Ora, a Medicina Interna – pela sua responsabilidade no sistema de saúde português, pelo caráter holístico do seu saber médico e pela sua maior dedicação à prevenção da doença e à melhoria da qualidade de vida – tem, neste contexto, uma dupla aptidão: de racionalizar o conhecimento e de implementar os esquemas de prevenção e tratamento que, em fases diversas e em momentos complementares, são tão indispensáveis.

Assim, o Núcleo de Estudos de Prevenção Cardiovascular da SPMI, ao constituir-se, pretende aquilatar e impulsionar os melhores cuidados de saúde dos indivíduos – de ambos os sexos e em todas as idades –, com ou em risco de doença aterotrombótica (de natureza multifatorial e integrativa). Esperamos que o internista com vocação para a prevenção e a medicina cardiovascular – em toda a sua abrangência – seja capaz de contribuir significativamente para o melhor tratamento e prevenção da doença cardiovascular, de modo a integrar na prática clínica a panóplia de conhecimentos básicos, moleculares, celulares, diagnósticos e terapêuticos que estão, hoje, ao seu alcance para acautelar eventos e contrariar as suas consequências.

Reconhecemos que, apesar de muitas das sequelas clínicas da doença aterosclerótica poderem ser precavidas com a promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis (comuns, aliás, a outras doenças crónicas) e ao seu atempado, adequado e estruturado uso de vários fármacos "cardiovasculoprotetores", a prática da prevenção e intervenção cardiovascular está longe de ser a ideal, ou, melhor dizendo, a possível, com consequências clínicas, económicas e sociais que todos reconhecemos. Temos também consciência que – apesar do muito que já foi feito – a prevenção efetiva cardiovascular está ainda arredada (ou, pelo menos, menorizada) no currículo médico da nossa especialidade. Tanto no contexto da prevenção primária como na prevenção secundária (sem olvidarmos o significado central da prevenção primordial), a prevenção cardiovascular (no seu sentido mais largo e incluso) tem de deixar de ser marginal, periférica, na prática do especialista de Medicina Interna (que é constantemente confrontado com as suas complicações mais tardias).

É este o desiderato e o sentir que preside à constituição deste Núcleo de Estudos, que está certo de integrar o cerne da nossa especialidade e que pretende – de forma ativa, aberta e esclarecida – colaborar com todos os outros Núcleos de Estudos já existentes – e que aproveitamos para saudar e agradecer o trabalho feito – que connosco partilham estas preocupações. Não pretendemos substituir ninguém, mas colaborar com todos, complementar o que for possível, com o fim último de melhorar a saúde cardiovascular dos nossos doentes e da população portuguesa.

Coordenação

Pedro Marques da Silva (Coordenador-geral)
Francisco Araújo (Coordenador-geral adjunto e responsável da Região Sul)
José Pereira Moura (Responsável da Região Centro)
Pedro Von Haffe (Responsável da Região Norte)
Vitória Cunha (Secretária da Coordenação)

Pedro Marques da Silva
Coordenador-geral do Núcleo de Estudos de Prevenção Cardiovascular da SPMI

Francisco Pestana Araújo
Coordenador-geral adjunto e responsável da Região Sul do Núcleo de Estudos de Prevenção Cardiovascular da SPMI

NÚCLEO DE ESTUDOS DE MEDICINA OBSTÉTRICA

O NEMO e o papel da MI na Medicina Obstétrica

Inês Palma dos Reis
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica da SPMI

A Medicina Obstétrica (MO) é uma área do conhecimento que abrange os problemas de foro médico que atingem a população obstétrica (grávidas e puérperas). Sejam as doenças crónicas, que se manifestam em mulheres de idade fértil e direta ou indiretamente condicionam a evolução da gravidez, sejam os problemas agudos, relacionados ou não com a gravidez, que justificam a atuação médica neste período.

Os médicos de família e os obstetras, pilares essenciais do acompanhamento da gestação, sentem muitas vezes a necessidade de referenciar a outros especialistas as grávidas ou puérperas com situações mais complicadas ou mal esclarecidas. O protelamento das gravidezes para idades mais avançadas e os avanços da Medicina, que permitem a mais mulheres-doentes sobreviver e engravidar, vão aumentando estas necessidades.

A Medicina Interna, como especialidade integradora de saberes, tem uma posição privilegiada para avaliar a grávida-doente como um todo e, quando necessário, escolher os exames complementares de diagnóstico e os tratamentos mais adequados, pesando o risco-benefício do binómio materno-fetal.

A atuação da MO pode ser crucial, desde o planeamento da gravidez, no seguimento da mesma e ainda depois do parto. Pode ser estruturada em consultas dedicadas ou quando necessário, nas urgências, nas enfermarias ou mesmo nos cuidados intensivos. O aconselhamento e ajuste de medicação das mulheres com doença crónica antes da gravidez, seguido de vigilância adequada (idealmente por uma equipa multidisciplinar), diminuem o risco de complicações materno-fetais e melhoram o prognóstico.

As grávidas e puérperas são muitas vezes incomodadas por sinais e sintomas que, na sua maioria, são benignos e autolimitados, mas que podem ser indicadores de situações graves e potencialmente catastróficas. O acompanhamento das mulheres com gravidezes complicadas deve manter-se após o parto, pois, estas têm risco acrescido de novas complicações médicas ao longo da vida.

O Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica (NEMO) da SPMI foi criado em 2016 e propõe-se apoiar a atuação adequada dos internistas perante esta população especial. Procura promover e facilitar a formação, a partilha de experiências e o levantamento de necessidades nesta área, sempre com vista à melhoria dos cuidados de saúde materno-fetais e da população em geral. O NEMO participou no Cais dos Núcleos do 23.º CNMI, Congresso em que se realizou também a sua primeira reunião formal. Tem organizado cursos nesta área, estabelecido parcerias com outros grupos e disponibilizado recomendações nacionais e internacionais através do espaço dedicado na página da Sociedade. São os novos membros e interessados que fazem crescer o NEMO, são o seu entusiasmo e ideias que o alimentam e guiam pelo "mar" de conhecimento, com muitas áreas por explorar, entre perigos e maravilhas.

A MO é uma área de diferenciação em crescimento rápido, seja em Portugal, como a nível global, ainda que com uma distribuição geográfica irregular e prioridades, objetivos e dimensões muito variáveis nos diferentes enquadramentos. Há cada vez mais interessados na área e cada vez mais internistas a ela dedicados, em parte ou na totalidade da sua atividade profissional. Estão já a ser dados os primeiros passos na formação nacional de internistas em MO, com estágios específicos durante o internato e vários cursos pós-graduados, orientados por internistas com experiência na área. Com este crescimento e aprendizagem, surgirão novos desafios e descobertas.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE MEDICINA PALIATIVA

Os cuidados paliativos

O Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPal) tem como objetivo dinamizar a implementação de cuidados em doenças graves e/ou avançadas e progressivas. São também estas situações as que ocorrem frequentemente no dia-a-dia dos internistas e também o alvo principal dos cuidados paliativos (CP).

É cada vez mais consensual que os cuidados paliativos devem ser prestados por equipas multidisciplinares, integrados precocemente no início da doença, em situações do foro oncológico e não oncológico, tanto em ambiente hospitalar como domiciliário.

De acordo com a *White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe* e com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), no documento que define o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos biénio 2017-2018, há que diferenciar vários níveis de prestação de CP, nomeadamente:

- Abordagem Paliativa, que integra procedimentos usados em CP, devendo estar presente em todo o sistema de saúde, pelo que todos os profissionais de saúde devem terminar o curso com formação básica em CP.

- Cuidados Paliativos Generalistas, prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como, por exemplo alguns serviços hospitalares (Oncologia, Medicina Interna, Hematologia...). Estes profissionais, embora não façam dos CP o foco principal da sua atividade profissional, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente, formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado.

- Cuidados Paliativos Especializados, prestados por recursos especializados de CP que acompanham doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade, prestam consultadoria a outros profissionais, articulam com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação... Estes profissionais devem ter formação avançada em CP, com estágio em unidades/ /equipas devidamente certificadas para o efeito.

Assim, todo o profissional de saúde que contacte com doentes crónicos e avançados, e particularmente o especialista em Medicina Interna, deve ter competências básicas sobre a avaliação de necessidades de doentes complexos e suas famílias, providenciar alívio de sintomas, saber comunicar eficazmente e trabalhar em equipa. Estes são os princípios básicos dos cuidados paliativos, que devem estar presentes em todas as áreas médicas e em todos os contextos (internamento, ambulatório, urgência, unidades de cuidados intensivos). Essas competências devem ser idealmente aprendidas e treinadas no internato de Medicina Interna.

Atualmente, um número significativo das equipas intra-hospitalares de suporte de cuidados paliativos e unidades de internamento é coordenado e/ou tem internistas na sua constituição. A Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) recomenda que estas equipas integrem e/ou se articulem com outras tipologias de cuidados, nomeadamente com as equipas comunitárias, sendo que já existem excelentes exemplos nesta área.

A formação é uma área de crucial importância para a dinamização dos cuidados paliativos. Tem sido uma prioridade não só para o NEMPal como também para a SPMI que, em 2015, considerou o Curso Básico de Cuidados Paliativos um dos cursos obrigatórios para os internos em formação.

Neste sentido, o NEMPal tem colaborado com o Centro de Formação da SPMI na implementação dos cursos e pretendemos desenvolver formação *e-learning*.

Estamos ainda a organizar as primeiras Jornadas do NEMPal, que se realizarão no Porto, no dia 16 de setembro, em que se vão debater temas sobre cuidados paliativos na doença não oncológica e falar da experiência em Medicina Paliativa durante o Internato.

Elga Freire
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa da SPMI

NÚCLEO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA MÉDICA EM MEDICINA INTERNA

A Bioética na MI: a visão do NEBioMI

António Carneiro
Coordenador do Núcleo de Estudos de Bioética Médica em Medicina Interna da SPMI

O NEBioMI foi constituído em 2016 com a intenção de reativar, dentro da SPMI, o debate de base bioética, pois, como sustentam M.ª do Céu Patrão Neves e Walter Oswald (in Bioética simples) *"... Os fenómenos da natureza, ... não estão sujeitos a qualquer apreciação ética. O escrutínio ético apenas recai sobre a ação humana. Quando a ação humana ganha o poder de alterar a vida tal como esta se nos dá naturalmente, então esta ação sobre a vida cai sob a alçada da ética ..."*. Mais sustentam que *"... do ponto de vista teórico, a fundamentação da bioética garante-lhe a sua coerência e... do ponto de vista prático, a dimensão normativa da bioética garante a sua capacidade de intervenção..."*

O NEBioMI tem consciência de que a prática clínica atual confronta os médicos com intervenções capazes de *"... alterar a vida tal como esta se nos dá naturalmente..."*, quer na dimensão pessoal (doenças graves potencialmente fatais que podem ser tratadas ou até curadas se reconhecidas em tempo oportuno), quer do ponto de vista social e comunitário, doenças preveníveis ou evitáveis por intervenção preventiva adequada, quer na melhor alocação de recursos (sempre finitos), numa permanente ponderação entre o que se pode e o que se deve fazer.

Os internistas têm um papel determinante na organização e funcionamento das urgências, das áreas de doentes críticos e das enfermarias hospitalares, pelo que estes desafios são uma constante. Os internistas têm um papel determinante no reconhecimento e tratamento de doenças graves e potencialmente fatais e nas circunstâncias ligadas ao fim de vida quer em contexto de doença aguda, quer em contexto de doença prolongada e fatal, que constituem por si só desafios bioéticos constantes.

A boa decisão no contexto concreto em que é assumida, em benefício de uma pessoa concreta afligida por doença limitante ou incapacitante, é um desafio bioético de todos os dias.

Na prática clínica cumpre corresponder ao doente que nos solicita, em condição vulnerável, com responsabilidade e profissionalismo que comportam três deveres: o do conhecimento (em permanente evolução), o da humildade exigível pelo reconhecimento da dimensão das tarefas que nos desafiam (e dos limites do que somos capazes de fazer) e pela necessidade de tomar decisões prudentes (que acautelem e antecipem consequências futuras), ajustadas às necessidades de cada doente concreto, num momento preciso, dos recursos disponíveis, do enquadramento organizacional e do prognóstico antecipável caso a caso.

O NEBioMI pretende ser parte do processo de reflexão sobre a dimensão ética do exercício da Medicina Interna, da sua continuada e dinâmica interação com os valores dos doentes e da sociedade em que estamos integrados, das condicionantes logísticas e organizacionais em que trabalhamos e dos valores da nossa sociedade e da nossa cultura.

A atividade do NEBioMI decorre em iniciativas a Norte, no Centro e a Sul, privilegia iniciativas em concertação com outras sociedades e organizações científicas, com a OM e com as organizações dedicadas ou interessadas na reflexão bioética. Os desafios colocados pela evolução tecnológica, pelo contínuo aumento da capacidade médica para alterar e modificar o curso da vida humana e pela evolução dos valores pelos quais se pauta a nossa sociedade exigem uma reflexão bioética muito desafiante e permanente.

O NEBioMI pretende ser parte desse processo.

PUBLICIDADE

NÚCLEO DE ESTUDOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A MI na insuficiência cardíaca

Paulo Bettencourt
Coordenador do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI

A insuficiência cardíaca (IC) é, hoje, reconhecida como uma condição sistémica que, tendo génese em lesão aguda ou crónica no coração, tem envolvimento multissistémico muito relevante. Estes aspetos fisiopatológicos de elevada complexidade, aliados à elevada frequência com que observamos doentes com IC nos nossos hospitais, fazem com que a Medicina Interna tenha que ter um papel relevante na sua abordagem.

A prevalência de IC é, em Portugal, de cerca de 3,5% na população geral, sendo uma condição mais frequente nos estratos etários mais avançados, onde a sua prevalência atinge os 10%. É espetável, por diversas razões, que a sua prevalência continue a aumentar nas próximas décadas, contribuindo para isso o aumento da longevidade esperada, a redução da morbimortalidade nas síndromes coronárias agudas e um maior tempo de vida dos doentes com IC. Dispomos, atualmente, de estratégias terapêuticas que têm possibilitado uma melhoria da qualidade de vida e longevidade destes doentes.

A terapêutica farmacológica dos doentes com IC implica um conhecimento fisiopatológico da condição e também o reconhecimento do seu impacto em diversos órgãos e sistemas. Estes aspetos, assim como a experiência acumulada dos internistas na abordagem destes doentes, são a razão maior para o papel que poderemos e deveremos ter nesta área do conhecimento. A nossa organização, no que respeita a área de conhecimento em parceria com a Cardiologia, é angular para o desenvolvimento de estruturas centradas no doente, com o objetivo de proporcionar valor acrescido em saúde para os nossos doentes.

O modelo organizacional que se impõe atualmente de equipas médicas de diversas áreas do conhecimento médico e multidisciplinares será, no futuro que começa hoje, a chave para a excelência clínica, que poderá proporcionar ganhos tangíveis em saúde para todos os doentes com insuficiência cardíaca.

NÚCLEO DE ESTUDOS DAS DOENÇAS RARAS

Doenças raras no 23.º CNMI

Luís Brito Avô
Coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças Raras da SPMI

Foi notório o interesse que as doenças raras despertaram na comunidade dos internistas portugueses durante o último CNMI, no Porto. Registámos cerca de 70 presenças na mesa-redonda "Raras, mas nem tanto: quando suspeitar de doença hereditária do metabolismo?". A participação da assistência foi bastante interativa, com a apresentação de várias questões colocadas à discussão, e a qualidade global das preleções foi bastante apreciada.

Foi objetivo principal nas apresentações realizadas a mostra de panoramas gerais de vários grupos de patologias, com indicação de fluxogramas de diagnóstico, gestão de exames complementares e das estratégias terapêuticas mais utilizadas para as entidades mais relevantes.

Abordaram-se as miopatias metabólicas, os quadros neurológicos de diversas doenças metabólicas mais comuns, as características globais das aminoacidúrias, doenças do ciclo da ureia e do metabolismo dos ácidos gordos e a importância de dislipidemias com risco de aterosclerose precoce e o seu envolvimento na doença hepática crónica.

Procurou-se alertar os clínicos para as "manifestações – chave" destas entidades para que, de facto, aquilo que é raro não passe desapercebido e que na abordagem destes doentes o diagnóstico precoce e a ativação do seu encaminhamento para os centros de referência "entre" na prática clínica corrente.

Foi um total sucesso a realização do curso pré-congresso sobre doenças lisossomais de sobrecarga, com 24 inscritos, aproveitamento de 100% dos formandos que realizaram a avaliação, sendo a classificação mínima de 14 valores e a máxima de 19. O *feedback* qualitativo que obtivemos foi muito satisfatório e esperamos que nos próximos congressos este curso seja novamente incluído.

Foram inúmeras as doenças raras apresentadas em comunicações livres ou posters, o que revela que o grau de alerta e capacidade de diagnóstico da nossa especialidade nesta área representa enorme mais-valia para o avanço do conhecimento destas patologias.

Realizou-se a reunião do Núcleo de Estudos das Doenças Raras que, apesar de participada por um pequeno número de membros, permitiu avançar em importantes decisões do Curso *E-Learning* que estamos a preparar, dar notícia dos registos em curso e adiantar sugestões para o próximo Simpósio, a efetivar em 2018.

Esperamos, sinceramente, que estas atividades tenham contribuído de forma determinante para a maior divulgação e expansão dos objetivos do NEDR, que se pretende afirmar cada vez mais como uma das áreas pujantes da SPMI.

PUBLICIDADE

NÚCLEO DE ESTUDOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

A importância da MI para os doentes respiratórios

Pedro Leuschner
Primeiro proponente do Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias da SPMI

A criação do Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias da SPMI, aprovada na Assembleia-Geral realizada no 23.º CNMI, representa um marco na relação entre os internistas e os doentes com problemas deste foro.

Como todos os outros NE da SPMI, o NE de Doenças Respiratórias resultou do reconhecimento da necessidade de melhorar a competência e o humanismo no nosso trabalho, mas também da perceção da mais-valia que os internistas podem trazer a estes doentes – desde o diagnóstico à fase avançada.

O papel do médico generalista no seguimento de doentes respiratórios tem ganho preponderância, através do reconhecimento do caráter sistémico de diversas patologias, da valorização da identificação e tratamento das comorbilidades no prognóstico, ou no desenho de programas integrados de cuidados, em que os internistas, enquanto principais mediadores dos cuidados de saúde secundários, devem participar ativamente.

Entre os proponentes do Núcleo encontram-se médicos de diversas regiões do país, que trabalham em realidades muito distintas. Este interesse transversal na Pneumologia reflete a sua preponderância no nosso trabalho, independentemente do contexto. Seja na consulta externa, na enfermaria médica ou cirúrgica, no serviço de urgência, ou em unidades intermédias e intensivas, de instituições públicas ou particulares, é raro o dia em que não temos que investigar, tratar ou ter em conta um problema respiratório.

Alguns cenários comuns aos diferentes contextos da prática da Medicina Interna são a investigação da dispneia, da tosse, da insuficiência respiratória ou do nódulo pulmonar; a prescrição e interpretação de estudos imagiológicos de tórax e de estudos funcionais respiratórios; o diagnóstico diferencial das síndromes obstrutivas e restritivas; a investigação etiológica das bronquiectasias ou das doenças difusas do parênquima; ou a prescrição de ventiloterapia não invasiva, quer no contexto agudo, quer no contexto crónico.

A produção de novo conhecimento em Pneumologia atingiu um ritmo avassalador, tornando virtualmente impossível acompanhar a inovação em todas as suas vertentes. Ainda assim, são enormes os hiatos da ciência, sendo premente colmatá-los para assegurar a oferta de uma medicina de precisão, personalizada e centrada no doente. A Medicina Interna pode (e deve) aproveitar melhor o enorme manancial de informação clínica que produz sobre estes doentes e desenvolver redes de trabalho que permitam reunir casuísticas multicêntricas de dimensão significativa.

Acreditamos que, criando uma rede de internistas que promova as boas práticas em Pneumologia, divulgando e oferecendo ações de atualização aos associados da SPMI, e promovendo a investigação colaborativa, estaremos a contribuir para a disseminação do interesse e da competência em Pneumologia no seio da comunidade de internistas e para o desenvolvimento científico.

Para alcançar estes objetivos, propomo-nos estabelecer parcerias com organizações nacionais e internacionais com fins semelhantes, como a European Respiratory Society, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia ou o Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Mas, desde já, necessitamos sobretudo do vosso apoio – que poderá ser demonstrado pela inscrição no Núcleo, e/ou pela participação nas ações que este vier a desenvolver.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

Natureza multidisciplinar da abordagem do doente com AVC realça e valoriza a importante função da MI

Avanços notáveis no controlo do acidente vascular cerebral (AVC) agudo têm sido feitos nos últimos 20 anos. Cinco intervenções com eficácia comprovada e nível de evidência 1 marcaram esta evolução: Unidades de AVC (Langhorne 1993), trombólise (NINDS 1995), aspirina (IST 1997), cirurgia descompressiva (Vahedi 2007) e, por último, a trombectomia (MCLEAN 2015).

Atualmente, o AVC é considerado uma emergência médica com prioridade no sistema de triagem, com campanhas para o reconhecimento público dos sinais de alerta. Os sistemas de saúde reconfiguraram-se para permitir o acesso rápido do doente com AVC a cuidados especializados.

Esta resposta dos sistemas de saúde é um fenómeno que se iniciou, em 1995, com o estudo NINDS e a demonstração da eficácia da trombólise no AVC isquémico agudo. Esta evolução terapêutica conduziu à priorização do AVC em sistemas e políticas de saúde, facilitando a implementação de unidades de AVC e de novas intervenções diagnósticas e de terapêuticas antitrombóticas e de reabilitação.

O mais recente avanço deu-se em 2015, com a demonstração da eficácia da intervenção endovascular no AVC agudo grave por oclusão proximal de grandes vasos, obrigando de novo os sistemas de saúde a uma readaptação e reorganização da rede de cuidados para o AVC.

Também muito se evoluiu na prevenção primária e secundária precoce e em cuidados dedicados no AVC. Conhecemos os fatores de risco associados a 90% do risco de AVC. Para a maioria dos fatores de risco, dispomos de terapêutica eficaz e, segundo a OMS, se aplicássemos todas as medidas conhecidas e disponíveis, podíamos reduzir em 80% a doença vascular cerebral.

No entanto, a população mundial está a envelhecer. Dados das Nações Unidas sugerem que o número de idosos triplicou nos últimos 50 anos e triplicará nos próximos 50. Tendo em conta que a prevalência dos principais fatores de risco vascular (hipertensão, fibrilação auricular) aumenta com a idade, os internistas deparam-se com doentes com AVC cada vez mais idosos e com uma elevada prevalência de combinação de fatores de risco e comorbilidades que afetam o prognóstico do AVC.

Contra o espectável, a intervenção aguda no AVC é muito eficaz no idoso e nas formas mais graves, embora haja muito menos estudos neste grupo etário.

Por toda a investigação nesta área, assiste-se a uma grande evolução do conhecimento. Há uma necessidade contínua de definição de estratégias diagnósticas e terapêuticas e de alocação de recursos para melhorar o prognóstico do doente com AVC, cada vez mais prevalente.

A natureza multidisciplinar da abordagem do doente com AVC realça e valoriza o importante papel da MI, com impacto na melhoria da prevenção, tratamento e prognóstico.

A abordagem do doente vascular cerebral, atravessando o Sistema de Saúde numa linha contínua de cuidados centrados no doente, desde a prevenção primária ao tratamento hospitalar na fase aguda do tratamento pós-hospitalar, com continuidade de reabilitação e prevenção secundária, é defendida pela MI.

A MI tem uma enorme responsabilidade na liderança da abordagem multidisciplinar do doente com AVC e no fortalecimento de inter-relações multidisciplinares e interespecialidades.

A MI é a única especialidade que, de uma forma transversal, aborda e trata o doente vascular cerebral ao longo de todo o seu percurso, desde a prevenção primária à secundária passando pelo tratamento da fase aguda. O Núcleo reforça este papel da MI, na medida em que constitui um garante da abordagem multidisciplinar indispensável no tratamento do doente com AVC.

O Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da SPMI foi fundado em dezembro de 1993, há 24 anos, e constitui, a nível nacional, o primeiro Núcleo de Estudos dedicado à doença vascular cerebral, sendo atualmente o grupo científico que há mais tempo se dedica ao AVC.

Maria Teresa Cardoso
Coordenadora do Núcleo de Estudos
da Doença Vascular Cerebral da SPMI

O Núcleo atribui anualmente, desde há 10 anos, três prémios, constituídos por estágios de 3 meses em unidades de AVC em centros de referência europeus, no sentido de estimular a investigação nesta área.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE GERIATRIA

O papel da Geriatria na MI

J. Gorjão Clara
Coordenador do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI

Há mais de um século que médicos e organizações científicas chamam a atenção para os doentes idosos, considerando-os um grupo particular dentro da população dos doentes que procuram assistência médica.

Considerações semelhantes fizeram emergir na Europa, no século XVIII, a assistência especializada às crianças, e o primeiro hospital de Pediatria nasceu na Grã-Bretanha, mais precisamente em Londres, em 1745: o London Foundling Hospital. Este, como outros da mesma especialidade, tornaram-se os principais centros de treino de Pediatria, que passou a ser ensinada nas escolas médicas, como disciplina autónoma, em meados do século XIX.

Quando doentes, a criança e o idoso são semelhantes nas suas particularidades, que os distinguem do doente adulto.

Ambos têm doenças próprias ou mais prevalentes, ambos têm manifestações especiais das suas doenças, ambos têm opções terapêuticas condicionadas pelas alterações da farmacocinética e da farmacodinâmica, ambos exigem aconselhamento na prevenção das doenças e no desenvolvimento harmonioso e saudável (a criança), no envelhecimento ativo e saudável (o idoso).

Ambos exigem atenções no internamento, minimizando o sofrimento da criança na separação da família, evitando o delirium e a perda de autonomia motora no idoso. Neste caso, acresce a simultaneidade de patologias e a frequente e nem sempre evitável polimedicação.

A Pediatria foi entendida como um aliado da Medicina Interna, um contributo importante para otimizar a assistência à criança.

A Medicina dos Idosos, a Geriatria, é também assim entendida em todos os países civilizados do Mundo. Aliada da Medicina Interna, enriquece-a e complementa-a. Nos países onde se desenvolveu a Geriatria, desde meados do século passado, não retirou importância à grande disciplina, base de todas as especialidades que é a Medicina Interna e, como todas as outras especialidades que dela emergiram, a sua existência tem a mesma justificação: melhorar a qualidade e a eficácia da assistência no exercício da medicina.

Nos nossos dias, a eficácia da medicina exige cada vez mais a assistência por uma equipa multidisciplinar. A Geriatria é uma das disciplinas que, como todas as outras, é imprescindível nessa equipa.

É urgente, à semelhança do que aconteceu no Mundo (p. ex: há mais de três dezenas de anos, em Espanha e nos EUA), que os grandes hospitais de Portugal criem unidades de internamento de Geriatria, não só para otimização dos cuidados aos idosos do tipo III[1], mas também para a formação dos internistas e dos médicos que pretendam obter a Competência em Geriatria.

Não será só de mais geriatras que precisamos, mas também de médicos cada vez melhor preparados, para otimizar a assistência aos doentes idosos.

Assim, seremos iguais aos outros países, daremos seguimento às diretrizes da Organização Mundial de Saúde e para mais, como escreveu em 1991, o Prof. Daniel Serrão: "É um imperativo moral e ético criar as condições científicas e técnicas que permitam formar médicos aptos a dar cumprimento aos princípios das Nações Unidas em favor das pessoas idosas."

Referência:

Gorjão Clara J. The older patient; the need for geriatric units. (Editorial). European Geriatric Medicine, 2015;6(4):295-296.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE URGÊNCIA E DO DOENTE AGUDO

A Medicina Interna na Urgência e na abordagem ao doente agudo

O Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI) da SPMI dedica-se ao estudo da patologia emergente, urgente e aguda e pretende ser, na área da urgência, um veículo de formação, investigação e desenvolvimento da Medicina Interna em Portugal.

Uma das suas principais missões é dotar a SPMI de suporte científico na área da patologia urgente e aguda, promover meios para a construção de uma formação sólida no âmbito da Medicina de Urgência, estimular a formação médica pós-graduada através da organização de congressos nacionais de Urgência, a realização de cursos certificados, o desenvolvimento de iniciativas de formação em Medicina de Urgência de forma autónoma e em articulação com o Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna da SPMI, tendo sempre por base a consultadoria à Direção da SPMI no âmbito da promoção e organização destes objetivos.

Os internistas despendem grande parte da sua atividade assistencial nas urgências dos hospitais portugueses, onde trabalham 24h por dia, 7 dias por semana, ao longo de todo o ano. Durante o seu plano de formação curricular, adquirem formação teórica e prática na área da urgência, desde a identificação e tratamento de situações de emergência/urgência, o estabelecimento de prioridades nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a abordagem de situações clínicas complexas.

Mas a adequada prestação de serviços de saúde em ambientes caóticos, como o que se vive diariamente nos SU por todo o mundo, necessita de equipas profissionais multidisciplinares bem treinadas. O NEUrgMI, com os seus objetivos já descritos e implementados no seu plano de ação, vem ao encontro desta necessidade.

Os cuidados de saúde prestados em ambiente de urgência são multidisciplinares, requerendo médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, administrativos e, por vezes, pessoas exteriores ao SU, trabalhando em conjunto. É reconhecido que a performance da equipa é crucial para a prestação de cuidados em segurança.

Para além da acessibilidade e das condições físicas, os determinantes mais significativos da qualidade do SU são a sua qualidade técnica, o nível de informação prestado, o conhecimento e experiência dos profissionais, a coordenação entre profissionais e serviços e a comunicação com os doentes e família.

As equipas dos SU trabalham num domínio dinâmico de cuidados de saúde, uma vez que funcionam em condições que mudam com frequência, estão sujeitas a mudança dinâmica dos seus elementos e têm de integrar diferentes culturas profissionais. O internista, pela sua capacidade de trabalho em equipas, perceção da relação custo/benefício e capacidade de liderança, é o seu gestor ideal.

A importância da sua presença nos recursos humanos da urgência é ainda mais evidente pelo facto da abordagem do doente em contexto de urgência exigir uma enorme destreza e sistematização de atitudes, deteção rápida e sequencial das disfunções que possam pôr em risco a vida e instituição de tratamento imediatamente após a sua identificação. O internista, pela sua capacidade de liderança, aliada a um edifício teórico sólido e destreza na execução de técnicas, é o especialista ideal para lidar com todas as exigências da prestação deste tipo de cuidados médicos.

Maria da Luz Brazão
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo da SPMI

Rescaldos de um Nacional de MI, na visão de um interno...

Ricardo Fernandes
Coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna da SPMI

O Mundo gira e nós com ele! Nós, Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, já temos uma larga experiência na organização de Nacionais, aqueles eventos que se assemelham a uma reunião de família e onde todos nos encontramos para enaltecer a nossa especialidade mãe, discutirmos ciência, jogar conversa fora e refletir sobre as peripécias e alguns dramas que temos no dia-a-dia. E isso faz sentido! Nós fazemos sentido! E a cada ano que passa, abrem-se os portões de um ponto estratégico do nosso país e todos somos convidados a participar. Se formos a pensar, em cada Nacional surgem novidades, não só em termos científicos, mas na própria organização dos eventos. Este ano contámos com uma aplicação que serviu de bússola durante o evento, assim como motor de participação nas várias sessões.

No que diz respeito ao NIMI (sigla já sobejamente conhecida para Núcleo de Internos de Medicina Interna), "o mais novo" núcleo da Sociedade Portuguesa, este ano, viu a sua tarde do jovem internista transformada numa tarde do jovem internista "like" e, ao contrário do que seria de esperar, surpreendeu tudo e todos, não só pela adesão à sessão (as cadeiras estavam quase todas ocupadas tanto por elementos seniores como juniores), mas pela dinâmica que se criou durante a sessão (tanto em perguntas diretas como em perguntas através da aplicação. E foram mais que muitas... Tivemos alguma dificuldade em respondê-las a todas, mas, por mais hercúleo que tenha sido, acho que a mesa portou-se bem). É, de facto, muito gratificante quando pela primeira vez nos sentamos no lado do palestrante em tão ilustre evento e vemos uma sala cheia. Entretanto, no meio do discurso, esqueci-me de mencionar o tema. Falámos de "Questões em Aberto na Formação".

Tivemos a presença de elementos tão ilustres como o presidente do Colégio de Especialidade (Prof. Armando Carvalho), o presidente da SPMI (Dr. Luís Campos) e vários elementos dos vários órgãos da Sociedade, como o Núcleo de Formação. Para além destes, tivemos a honra de poder contar com o Dr. Heli Hernandez Ayazo (presidente da Sociedade Latino-Americana de Medicina Interna), que logo no início do seu discurso indagou qual o papel do internista nos dias de hoje. E por mais curioso que pareça, mesmo com um oceano entre nós, as necessidades, as dificuldades e os anseios são os mesmos, daí que faça realmente sentido uma pareceria entre as diferentes sociedades, com intuito máximo de ajuda mútua, visto que as batalhas são as mesmas.

Tivemos a honra de ter na mesa elementos tão nobres do secretariado anterior do NIMI como Andreia Vilas Boas e Luísa Eça Guimarães, para além de Ana Vaz Cristino, pertencente ao atual secretariado.

Percorreram-se, com ajuda de Ana Vaz Cristino, temas como o internato na Europa e os estágios em hospitais distritais, avaliando quais as vantagens da sua implementação no atual currículo de Medicina Interna. Assim, foi unânime que nestes hospitais é possível um maior contacto com um diferente leque de patologias nos vários domínios da Medicina Interna (urgência, consulta, internamento), assim como a realização de um leque mais variado de técnicas invasivas, maior e melhor contacto interpessoal, menos internos por enfermaria/orientador. Por outro lado, existe maior carga assistencial e menor possibilidade de participação em atividades académicas, menor contacto com tecnologia avançada e necessidade de referenciação para outros centros, com necessidade de capacidade de gestão e transporte de doente crítico.

Ficaram algumas questões em aberto, como, por exemplo, se os internos dos hospitais centrais deveriam fazer estágio em hospitais distritais, se esse tempo deveria ser integrado no tempo de Medicina Interna, como selecionar esses internos (Vagas? Por seriação?) e, por fim, se os centros hospitalares deveriam suportar as ajudas de custo de deslocação e alojamento.

Outro tema foi a "Formação no Serviço de Urgência (SU)", apresentado por Luísa Eça Guimarães. Reviram-se aspetos organizacionais, assim como os objetivos em termos de ensino e aprendizagem, a nível da comunicação, clínica e técnicas. Referiu-se que "adotar um modelo baseado em equipa é associado a melhoria de perceção de qualidade assistencial e de ensino por parte do interno mais novo", permitindo que, à medida que progride no seu internato, seja cada vez mais eficiente, conseguindo gerir a sua área de trabalho, discutir os seus doentes e os doentes dos internos mais novos, ser capaz da realização autónoma de técnicas.

Foi discutido um documento da UC Davis Medical Center, no qual estavam definidas etapas na formação do jovem interno em cada ano. No primeiro ano, a formação deve assentar na qualidade da avaliação do paciente e do cuidado e na discussão dos pedidos auxiliares de diagnóstico, no segundo passa pelo ganho

de experiência e proficiência e discussão do tratamento inicial e pedido de exames complementares. Já a partir do 3.º ano, abordagem de doentes mais graves, gestão de tempo, recursos e otimização da eficiência e ainda decidir o destino final de cada um dos doentes. Foi, também, destacada a importância dos papéis e responsabilidades do interno, mas também feita a abordagem SWOT/FOFA de abordagem no SU. Ficaram em aberto questões como será que deverá ser criado um estágio de urgência e qual o papel de simulação de eventos nesta formação.

Por último, mas não menos importante, o tema das "Técnicas obrigatórias para o internista de hoje" exposto por Andreia Vilas Boas. Foi colocada a questão à plateia de quais as técnicas que deveriam ser obrigatórias e timidamente algumas técnicas foram surgindo, ficando também a dúvida de quantas deveriam ser feitas para se ter a proficiência e destreza e a sua obrigatoriedade, visto a heterogeneidade de formação.

Levantou-se também o papel da ecografia na Medicina de hoje, como uma extensão do estetoscópio e como uma excelente ferramenta de trabalho diária, seja para avaliações ou reavaliações, ou mesmo para auxiliar na realização de técnicas invasivas. Foram questionados os internos sobre formação em ecografia e que tinham ecógrafos disponíveis para praticarem aquilo que foi aprendido em formações e a grande maioria das respostas foram negativas. Dá que pensar...

Levantaram-se, ainda, outras questões tão pertinentes, como a recertificação e avaliação dos assistentes hospitalares, que é, sem dúvida, um tema que deverá estar em cima da mesa em reuniões e eventos futuros. E poderíamos ter feito um encontro só com esta temática...

Termino esta exposição referindo que é verdade que o modelo *roleplay*, no qual se encaixa o orientador de formação, é válido (e isto já foi publicado num artigo intitulado "Em busca do orientador de formação ideal"), mas não exclusivo, e que o interno é tão maior em termos globais quanto maior a sua capacidade de sonhar Medicina. E, se este Nacional foi bom, esperemos que o próximo seja ainda melhor. E que venha a "Medicina Interna 100 margens..."

NÚCLEO DE ESTUDOS DE DOENÇAS AUTOIMUNES

Autoimunidade, passado, presente e futuro

António Marinho
Coordenador do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes da SPMI

A autoimunidade, como todas as áreas da Medicina, tem vindo a sofrer profundas alterações. O termo autoimune, ele próprio com mais de 100 anos, deriva da ideia do dano provocado em nós próprios pelo sistema imune. É precisamente a esse conceito que os médicos com competências nessa área se agarraram durante muitos anos: à toxicidade e à necessidade de eliminação de um ou vários autoanticorpos patológicos.

Apesar desse conceito estar desatualizado há 50 anos, a ciência não produziu trabalho translacional suficiente para alterar o raciocínio do clínico e ainda menos os modelos terapêuticos baseados na citotoxicidade. Assim, é já no século XXI, com o advento de terapêuticas-alvo específicas, que o termo doenças imunomediadas começou a ganhar adeptos.

Os médicos passaram a centrar o seu raciocínio em alvos específicos e a entender em definitivo que os autoanticorpos são, na sua maioria, um epifenómeno de um sistema imune hiperestimulado e com falhas na sua regulação. O termo doenças autoimunes mantém-se como referência histórica, mas passa-se a olhar para as alterações da regulação do sistema imune. É já com base nesta visão que o tratamento global do doente, elemento ativo na sociedade, passou a ser visto como uma prioridade, as terapêuticas começam a ser desenhados para o indivíduo e para as suas circunstâncias.

Embora este ainda seja o presente, com um imenso percurso para percorrer, uma evolução já está a decorrer em paralelo. Afinal, as doenças de que falamos são doenças da "desregulação" do sistema imune. E as doenças autoinflamatórias? E as imunodeficiências primárias? Estas também o são e ainda são na Medicina de adultos doenças órfãs quer na sua incidência, quer de médicos que as cuidem.

Em 2017, no Congresso Nacional de Medicina Interna, pela primeira vez, tivemos uma mesa-redonda sobre imunodeficiências primárias em adultos. O tema escolhido reflete exatamente o que pensam os internistas da evolução da autoimunidade. Evoluiu da histórica autoimunidade para doenças da deficiente regulação imune, do simples autoanticorpo para uma rede de defeitos de sinalização, com um amplo e novo espetro de doenças.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA DIABETES *MELLITUS*

A Medicina Interna na Diabetes

Álvaro Coelho
Coordenador do Núcleo de Estudos
da Diabetes *Mellitus* da SPMI

Em nosso entender, o exercício multifacetado da Medicina Interna, não só mas também, na vertente clínica, implica uma permanente convivência profissional com pessoas portadoras de anomalias do metabolismo da glicose e, portanto, obriga à necessidade de constante atualização do saber em época de avultado e rápido aumento no conhecimento da fisiopatologia, do metabolismo e mesmo da farmacologia médicas.

A realização de um congresso evidencia-se como de grande utilidade para tal efeito, já que é a oportunidade de, em conjunto, partilharmos saberes e experiências, ouvir exposições, comentários e críticas de individualidades nacionais e estrangeiras, reconhecidas em competência e que valham a pena ter em conta no sentido de proporcionar "mais saber para melhor fazer".

Esse interesse plurifatorial e multidirecional faz do tema "diabetes" assunto de grande importância e que desafia a parcerias entre especialidades, sociedades científicas e mesmo entre estas e a indústria farmacêutica, valoriza significativamente o interesse do congresso.

Ora, o NEDM tem pretendido estar à altura de tais objetivos, dignificando e prestigiando a sociedade científica que integra, a SPMI, promovendo, patrocinando e desenvolvendo atividades de contributo para um cada vez melhor desempenho profissional, almejando a excelência. Querendo continuar esse percurso, para além das habituais participações e contributos para o congresso, tem já agendados programas para uma reunião nacional e para uma reunião temática extraordinária, ambas de demonstrado, consensual e expresso interesse.

O mundo está a mudar e porque somos essencialmente parte importante desse mundo, porque trabalhamos empenhadamente para um universo em que há muito para fazer por uma melhor saúde (em particular na área da diabetes), porque das muitas coisas que têm de ser feitas algumas passam por nós, não só estamos disponíveis como nos consideramos parte interessada em partilhar pareceres, preocupações e também compromissos para intervenção sobre a pandemia do século XXI, que acreditamos ser prevenível e passível de ser muito melhor tratada.

De salientar o quão é fundamental trabalhar em equipa (*mesmo retomando o antigo chavão: "Todos não somos demais"*); quão importante é atender e refletir sobre a cada vez maior realidade da multipatologia e da polimedicação que acompanham o aumento da esperança de vida; a importância de sinalizar e vigiar as populações em risco, de não deixar diagnósticos por fazer, de estar atento às inovações medicamentosas e tecnológicas que a evolução científica vai pondo ao dispor a cada momento e de também alertar para a importância de delas fazer bom uso e uso em tempo útil; havemos de considerar que será possível produzir significativa poupança financeira e obter mais-valias na saúde, melhorando a quantidade e qualidade de vida das pessoas afetadas, se alertando falarmos mais sobre o tema Diabetes.

Por nós, aceitamos estes desafios como missão...

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE