

MEDICINAINTERNA Publicações

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
TRIMESTRAL | ABR./MAI./JUN. 2015
ANO 1 | NÚMERO 2 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT



Luís Campos, presidente do XXI Congresso Nacional de Medicina Interna:

"SOU UM SINTETIZADOR E ESSA CAPACIDADE É FUNDAMENTAL PARA OS INTERNISTAS" A propósito do Congresso, cuja data se aproxima, o também vice-presidente da SPMl revela que "o desafio maior é tentar fazer algumas coisas diferentes para o tornar mais atrativo", mas deixa clara uma coisa: "Tenho uma ótima Comissão Organizadora."









sumário

Entrevista

08 Luís Campos

Ser sintetizador é capacidade fundamental para os internistas

Reportagem

32 Serviço de Medicina 1 do Hospital do Espírito Santo de Évora

Opiniões

16 João Sequeira Carlos

Coordenação de cuidados na interligação entre os CSP e os hospitais

18 Manuel Delgado

Avaliação dos hospitais: das intenções à realidade

21 Telo Faria

A doença VIH e a sua articulação com os CSP

22 Edite Nascimento / António Monteiro

"A diabetes para além da glicemia" é o tema da 10.ª Reunião Anual do NEDM

24 Vítor Oliveira

AVC é, em grande medida, prevenível

26 Belmiro Rocha

A Enfermagem no contexto da Medicina Interna

31 Filipe Nery

Acute on Chronic Liver Failure Monothematic Conference

38 Manuel Teixeira Veríssimo

Problemas nutricionais no idoso

38 Rafael Efraim Alves

Humanitude, uma necessidade nos cuidados geriátricos portugueses

39 Eduardo Haghighi

Fragilidade – diagnóstico

39 Sofia Duque

Défice auditivo: o ponto de vista do geriatra

40 Carlos Ferreira

Associação de Doentes com Lúpus protege os utentes desde 1992

42 Carlos Dias

"New Avenues in Autoimmunity"

44 Yehuda Shoenfeld

Using parasites to fight autoimmune diseases

45 José Delgado Alves

lmunogenicidade e terapêutica biológica

46 Anisur Rahman

New biologics in lupus

50 Eduardo Infante de Oliveira

Encerramento do apêndice auricular esquerdo

Notícias

20 6.º Curso de Introdução à Geriatria

Forte adesão revela maior necessidade de resposta a doentes idosos

23 Conselho Administrativo da EFIM reuniu em Chipre António Martins Baptista fala sobre os assuntos discutidos

36 1.ª Reunião do GERMI

João Gorjão Clara: " MI e Geriatria são afins e não antagónicas"

48 New Fontiers in Cardiology – Focus on LAA Closure

Experts debateram a técnica de encerramento do apêndice auricular esquerdo

52 Saúde Para Todos

Um livro diferente, com centenas de autores

Espaço Internos

27 10.º ENIMI

Medicina Interna e sexualidade em debate

28 Ana Luísa Broa

O exame da especialidade...

28 Ricardo Louro

Mais um dia na vida do internista...

29 J. Vasco Barreto

O exame é uma celebração

30 Andreia Vilas-Boas

O burburinho em volta dos Young Internists

Especial XXI Congresso Nacional de Medicina Interna

56 António Vaz Carneiro

A especialidade afirma-se quando compreende a complexidade do padecimento do doente $\$

57 Faustino Ferreira

Os hospitalistas nos EUA

58 Alda Jordão

A abordagem da diabetes em internamento hospitalar

59 Rui Nogueira

A esperança de vida saudável e o doente crónico merecem uma reflexão

60 Francisco George

É preciso mais disciplina no que diz respeito aos antibióticos

61 António Rendas

Medicina Interna deve ser a trave mestra da formação médica

62 Henrique Martins

Sistemas (de informação e mutação) no futuro da saúde













APANHADOS A "CONJURAR"?

Nas "vésperas" da XXI Reunião Anual do NEDAI, a sua presidente, Lèlita Santos, e o coordenador do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes, José Delgado Alves, foram "apanhados" num intervalo da 13.th Medinterna, no átrio da Fundação Cupertino de Miranda (Porto), em meados de fevereiro.



Dulce Brito não resistiu...

"Acabei por não resistir a escolher inicialmente Medicina Interna. Sentia que tinha que compreender o doente no seu todo. Depois, poderia então dedicar-me à Cardiologia. Não tinha pressa."

Nota: Confissão da presidente do XXXV Congresso Português de Cardiologia, em entrevista à *Just News*.



José Luís Medina defende que endocrinologistas tenham mais anos de formação em Medicina Interna

Os endocrinologistas deveriam ter mais anos de formação em Medicina Interna. Quem o defende é José Luís Medina, presidente da Associação Luso Galaica de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (ALGEDM), que realizou o seu 5.º Congresso no Porto.

O especialista salientou, à margem do evento, "o pa-



pel importante da sua formação inicial em Medicina Interna, quando optou pela Endocrinologia, por permitir ter uma visão mais holística do doente".

Reyes Luna Cano, a presidente do Congresso, concordou e deu um exemplo: "A diabetes é uma doença que acaba por afetar diferentes órgãos, por isso, é essencial essa formação."



Tomada de posse da Direção da APIFARMA

Tomou posse a nova Direção da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, que continua a ter como presidente João Almeida Lopes (Medinfar). Na foto, Luís Campos, que representou a SPMI na cerimónia, com a diretoraqueral da Novartis Farma, Cristina

Campos, que partilha a vice-presidência da APIFARMA com Eduardo Pinto Leite (GlaxoSmithKline) e António Leão (Lilly Portugal). O diretor tesoureiro é António Chaves Costa (Tecnifar) e João Gomes Esteves continua como presidente da Mesa da Assembleia-Geral.



LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares (jas@justnews.pt) Redação: Maria João Garcia (mariajoaogarcia@justnews.pt), Sílvia Malheiro (silviamalheiro@justnews.pt), Susana Catarino Mendes (susanamendes@justnews.pt) Fotografia: Joana Jesus (joanajesus@justnews.pt), Nuno Branco - Editor (nunobranco@justnews.pt) Departamento Comercial: Carla Prazeres (carlaprazeres@justnews.pt), Marco Rodrigues (marcorodrigues@justnews.pt) Assistente da Redação e de Publicidade: Cláudia Nogueira (claudianogueira@justnews.pt) Diretor de Produção Interna: João Carvalho (joaccarvalho@justnews.pt) Diretor de Produção Gráfica: José Manuel Soares (juss@justnews.pt) Diretor de Multimédia: Luís Soares (luissoares@justnews.pt) Morada: Alameda dos Oceanos, 3.15.02.D, Nº 3, 1990-197 Lisboa LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News, de periodicidade trimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A Tiragem: So00 exemplares Preço: 3 euros Depósito Legal: 386025/14 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 publicado nesta revista está identificado como "Informação".

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







Partilhar informação, Mais informação, Melhor informação, em Saúde.





MENSAL - Publicação de referência na área dos CSP, especialmente dirigida à Medicina Geral e Familiar.



TRIMESTRAL - Revista de Medicina Cardiovascular, com entrevistas e notícias de eventos, para cardiologistas.







TRIMESTRAL - Projeto desenvolvido em parceria com a SPMI, tendo como alvo os internistas portugueses.



EVENTO — Jornal com distribuição exclusiva aos participantes de reuniões de maior ou menor dimensão.







EVENTO DE MI – Projeto criado a pensar nas reuniões realizadas na área da Medicina Interna.

WOMEN'S MEDICINE

TRIMESTRAL – Revista editada com o apoio da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia.







SITE – Espaço de agenda/notícias exclusivas da Just News, associado a uma newsletter enviada 7 dias por semana.

www.justnews.pt





LUÍS CAMPOS, VICE-PRESIDENTE DA SPMI E PRESIDENTE DO XXI CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA:

"Sou um sintetizador e essa capacidade é fundamental para os internistas"

Luís Campos acumula várias funções, entre as quais as de diretor do Serviço de Medicina do Hospital S. Francisco Xavier/Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, consultor da Direção-Geral da Saúde e presidente do Conselho Nacional para a Qualidade em Saúde, para além de se dedicar à fotografia e ao vídeo. O internista, que preside ao XXI Congresso Nacional de Medicina Interna, que se realiza em maio, recebeu a Just News em sua casa, no Bairro Alto, em Lisboa, e falou sobre o seu percurso pessoal e profissional, afirmando-se na Medicina Interna como um "sintetizador", ou seja, uma pessoa que tem vocação para um "olhar mais global sobre os problemas e as pessoas".

Just News (JN) – Lisboa foi a cidade que o viu nascer, em 1955. Como foi a sua infância e juventude?

Luís Campos (LC) – Eu diria que a infância foi feliz e a juventude agitada. Nasci em Lisboa, mas as minhas raízes estão na Beira Baixa, mais especificamente em Aldeia do Bispo, donde são originários os meus pais. Apesar de contestar alguns dos valores mais tradicionais associados à Beira Baixa, herdei a maneira beirã de o fazer. Passei os meus primeiros anos em São Domingos de Benfica, mas as memórias mais marcantes de infân-

cia são do Porto Santo, para onde fui aos cinco anos: lembro-me da descida do cargueiro Carvalho Araújo por uma escada de cordas, da viagem a remos até ao pontão de madeira, da pesca da baleia frente à praia, do mar tingido de vermelho, dos enormes cachalotes que jaziam de manhã sobre a areia, de ter a praia só para mim, lembro-me muito bem da filha do cabo do mar, da Dona Mariazinha, do som cadenciado das ondas durante a noite, do gosto das tâmaras no largo da Vila Baleira, dos búzios gigantes que davam a meu pai,

a cozer numa panela grande, de ver os filmes do Joselito e Marisol no cinema em frente à pensão Baltazar. Um dia qualquer acordei com as notícias de um assalto a um barco: um tal de Santa Maria!

Aos sete anos, retornei a São Domingos de Benfica, escola n.º 110, e as memórias são as das crianças que viviam na rua, experiência hoje desaparecida: andar à pendura nos elétricos, fugindo aos cobradores, jogar futebol na rua, fugindo aos polícias, apanhar piriscas do chão, explorar as pedreiras ou as minas da mata, fugindo ao nosso medo.





Aos nove anos, fui para Luanda com a minha família, acompanhando sempre o meu pai, mas nessa altura já a infância tinha passado.

JN - Por que diz que a sua juventude foi agitada?

LC – Entre os nove e os 14 anos (de 1964 a 1969), vivi em Luanda, no bairro Sarmento Rodrigues, no fim da rua, no limite da cidade, perto de uma cerca de arame farpado com projetores que varriam o capim. Quando cheguei, fui colocado no posto n.º 3, no musseque do

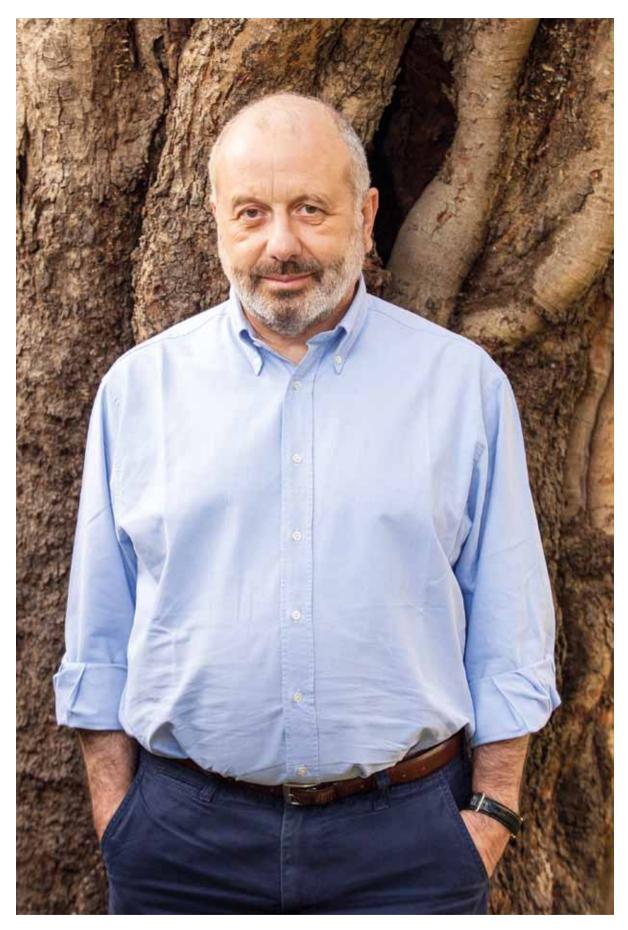
Bairro Novo, com poucos brancos e muitos negros... De início, naturalmente, sentia medo, pouco tempo depois era já um Tarzan, a saltar de ramo em ramo, num cajueiro gigante, esgueirava-me com desenvoltura no labirinto das cubatas de barro e bordão e iniciava-me na luta da kapanga. Depois... foi tanta coisa que não dá para contar: bailes ao fim de semana com merengues que aprendi graças à generosidade de tutoras gentis, a praia do Mussulo, os churrascos no Baleizão, os sustos com os sardões a cruzarem as picadas, as armadilhas

de visco para apanhar januários, celestes ou marracachões, os filmes "Hércules contra Sansão" ou "Uma leoa chamada Elsa", no Cine São João.

Os primeiros anos de liceu foram passados no Salvador Correia de Sá. Claro que a presença da guerra fazia-se notar com frequência no meio desta normalidade: nas vigílias armadas nas ruas, durante as passagens de ano, nos comboios sem fim de berliets ou unimogues com tropas, ou nas notícias esporádicas da guerra no mato, como no Natal de 1966, quando a UNITA assaltou Teixeira de Sousa.







A MEDICINA INTERNA É UMA ESPECIALIDADE QUE RESPONDE À EVOLUÇÃO

DAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DOS DOENTES E SE ADEQUA AOS

PRINCIPAIS DESAFIOS DO FUTURO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.

Aos 12 anos, iniciei a minha atividade associativa no núcleo do Bairro Popular da Juventude Operária Católica. Aos 14 anos, regressei ao continente, contra vontade. Passei um período de luto com a saudade de África, mas depois comecei a envolver-me em atividades culturais e políticas, muito ligado aos chamados católicos de esquerda, que gravitavam à volta da comunidade dominicana do Calhariz de Benfica.

Foi um período muito fervilhante, onde se misturaram momentos felizes de vida em grupo, de namoros, de encontro com pessoas fantásticas, como o Frei Bento Domingues, o Carlos Paredes, com quem conversava longamente na Riviera, com o Mário Viegas, com momentos de angústia e medo, angústia por não querer ir lutar numa guerra em que não acreditava, pelos conflitos familiares induzidos pela minha militância política - pertenci à célula da CDE de São Domingos de Benfica, onde também estavam o Carlos Carvalhas, o Domingos Lopes e o Muradali Mamadhussen, diretor do Notícias da Amadora, e medo de ser preso pela PIDE. Esta experiência de viver em sobressalto, quando se tem 17 ou 18 anos, foi muito intensa e confrontou-me precocemente com desafios de superação que têm pouco de romântico, mas que me fizeram crescer. Pelo meio, em 1972, entrei para a Faculdade de Medicina de Lisboa.

JN - Voltou, naturalmente, ao Porto Santo e a Angola...

LC – Voltei, mas estes regressos têm um custo, porque o tempo vai mitificando as memórias boas e fazendo esquecer as más (num tempo ainda sem telemóveis para fotografar ou filmar tudo), o que é bom, e o retorno provoca um *rewind* nas nossas lembranças e nunca mais conseguimos recordar sem sobrepor as duas imagens.

JN – Estas constantes mudanças tiveram algum efeito na sua maneira de ser?

LC – Naturalmente. Todas estas mudanças são sentidas como mortes: amigos que nunca mais vemos, sons, cheiros, paisagens que ficam para trás. Isso torna-nos árvores de raízes curtas que necessitam de áreas mais vastas de enraizamento.

JN - Na sequência do que disse, tem lógica uma pergunta clássica: onde estava no 25 de abril? Calculo que tenha ficado feliz...

LC – O 25 de abril apanhou-me em Lisboa, já com 19 anos, e no segundo ano da faculdade. Naturalmente, senti uma alegria imensa e, ao mesmo tempo, um enorme alívio. No dia 27 ou 28 de abril, já não me recordo, inscrevi-me no Partido Socialista, pela mão do Vitorino Magalhães Godinho. Fui delegado ao primeiro congresso, mas foi sol de pouca dura, porque saí em dissidência com Mário Soares, para formar com o Manuel Serra e outros a Frente Socialista Popular, que foi um *flop.* Depois, trabalhei dois anos no apoio a comissões de moradores e em alfabetização de adultos em bairros de lata, nomeadamente, no Alto dos Moinhos, mas tive que interromper para me dedicar a acabar o curso.

JN – Quando decidiu que queria ser médico? Teve a influência de algum familiar?

LC - Não, não fui influenciado, embora tivesse apoio nessa opção porque, naquele tempo, era uma profissão prestigiada. Depois juntava dois mundos que me atraí-





am: as pessoas e a ciência. A opção pela Medicina não foi muito anterior ao momento da decisão.

JN - Onde fez o Serviço Médico à Periferia? Foi uma experiência marcante?

LC - Fiz em Lagos, em 1981, e, sim, foi uma experiência marcante, porque me obrigou a responsabilidades precoces, hoje inimagináveis para os jovens médicos. É preciso lembrar que isto passava-se dois anos depois da licenciatura. Lembro-me, por exemplo, de estar na urgência de Lagos, com outros dois colegas na mesma condição, e ter de atender 250 doentes num dia, dos quais cerca de 80 eram crianças, incluindo politraumatizados, afogados, vítimas de enfartes e tudo o que calhava, e ainda ter de resolver as urgências internas do hospital, incluindo as obstétricas. A meio do ano, tive que tomar conta do serviço de Medicina, com 28 camas, porque os colegas mais velhos pediram a reforma. Creio que o Serviço Médico à Periferia representou a fundação operacional do Servico Nacional de Saúde. Mas este período foi também rico sob o ponto de vista cultural, tendo fundado o cineclube de Lagos, com o João Cutileiro, e conhecido vários artistas plásticos, como o Joaquim Bravo, o Pedro Cabrita Reis, o Xana, o José Miranda Justo, o Álvaro Lapa, o Palolo, o João Vieira, artistas de quem me tornei amigo, tendo alguns já morrido. O Joaquim Bravo convidou-me a fazer a minha primeira exposição de fotografia na Galeria Mercado de Escravos e tornou-se o meu melhor amigo até à sua morte. Foi a morte dele que me fez retomar a atividade artística, que eu tinha parado em 1986, após ter ido para Inglaterra, e foi a pessoa que mais me influenciou na forma de olhar para a arte, pelo seu inconformismo na busca constante de novos caminhos e pela sua aversão aos que ele apelidava ilustradores de si próprio.

JN – Especializou-se em Medicina Interna em 1988. O que o levou a optar por esta área?

LC – Existem pessoas que gostam de saber muito sobre muito pouco, existem outras que têm vocação para um olhar mais global sobre os problemas e as pessoas, esses são os sintetizadores. Eu sou um sintetizador e essa capacidade é fundamental para os internistas. A Medicina Interna caracteriza-se por ser uma especialidade que tem um olhar global sobre a pessoa humana, possibilitando o desenvolvimento de áreas de diferenciação, com uma vocação particular para fazer a ponte com outras zonas do conhecimento. Eu inscrevo-me nessa matriz. Por outro lado, fui também influenciado por uma pessoa que tinha sido meu professor e foi o diretor do serviço onde fiz o Internato: o Prof. Armando Sales Luís. Foi um modelo de internista e o seu legado persiste no serviço que agora dirijo.

JN – As doenças autoimunes constituem uma das suas áreas de eleição, tendo mesmo sido coordenador nacional do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI) da SPMI durante oito anos. O que o atrai nestas doenças?

LC – Acho que são das doenças mais desafiantes para um internista, porque são patologias sistémicas, pelo pleomorfismo das suas formas de apresentação, pela amplitude do seu espetro de gravidade, por ser uma das áreas em que tem havido mais inovações terapêuticas e porque exigem cada vez mais um conhecimento da sua imunopatologia para o seu correto manejamento.

LUÍS CAMPOS:

"O desafio maior é tentar fazer algumas coisas diferentes para tornar o Congresso mais atrativo"

JN - Preside a um dos maiores congressos a nível nacional. Foi para si um desafio organizar um evento desta dimensão?

LC – Sem dúvida que é um desafio interessante, embora já tenha bastante experiência em organizar ou colaborar na organização de múltiplas reuniões nacionais e internacionais. Por outro lado, tenho uma ótima Comissão Organizadora, baseada no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. O desafio maior é tentar fazer algumas coisas diferentes para tornar o Congresso mais atrativo, cumprindo os seus objetivos: ser um espaço de formação e de atualização científica, de reflexão sobre os principais desafios da especialidade, um encontro de pessoas e ainda o principal sustentáculo económico da SPMI.

JN - Tem sido difícil gerir o seu tempo neste último ano?

LC – Gerir o tempo da melhor forma possível é uma constante da minha vida. O pior período vai ser antes do Congresso, onde, para além da sua preparação e da minha atividade regular, vou ter que avaliar 30 internos, presidir a um júri de avaliação final de Internato e a outro para o grau de consultor. Mas lido bem com o stress e tudo se fará a tempo.



JN – "Os elos da Medicina Interna" é o tema deste Congresso. Como surgiu a ideia?

LC - A ideia dos elos veio da perce-

ção da importância atual de uma das capacidades principais da Medicina Interna que é liderar equipas multidisciplinares, coordenar a intervenção das subespecialidades e fazer a ponte com outras áreas do conhecimento. O Congresso surge assim como uma oportunidade de pensarmos em conjunto essa articulação que fazermos na nossa prática quotidiana. Por outro lado, lembra-nos também os elos que precisamos reforçar: com os especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF), com as associações de doentes, com os internistas em outras partes do mundo, particularmente na Europa, nos países da CPLP e com o movimento hospitalista dos EUA.

JN - Quais os temas que destaca?

LC – Tentamos criar no participante a angústia de ter de escolher, mantendo sempre temas interessantes em todas as salas, e vamos ter mais uma em paralelo do que é habitual. Uma das salas vai funcionar com os subtemas relacionados com o tema do Congresso. Para além dos que já referi na resposta anterior, destaco a resposta aos doentes crónicos, a educação médica, a investigação e os centros de referência. Depois teremos as patologias a que a Medicina Interna mais se dedica, como o AVC, a insuficiência cardíaca, as doenças autoimunes, os cuidados geriátricos, a diabetes, a hepatologia, os cuidados paliativos, a comorbilidade, a emergência e a infeção hospitalar, entre outros. Queria destacar as conferências de abertura e encerramento, proferidas por dois líderes mundiais na área da Saúde: Donald Berwick e Nigel Crisp.

JN - A estrutura do programa mantém-se idêntica à dos últimos anos?

LC – Não é idêntica: procuramos diversificar o tipo de sessões e vamos introduzir sessões interativas. Por outro lado, tentamos que seja um Congresso de escolha para a MGF e, como tal, vamos ter palestrantes e moderadores desta especialidade e garantir que estes colegas tenham pelo menos um tema em uma das salas que seja do seu interesse.

JN - Quantos participantes são esperados?

LC - O ano passado tivemos cerca de 1100, este ano, gostávamos de chegar aos 1500. É a pensar neste aumento de adesão que vamos iniciar o Congresso à sexta-feira e não à quinta, como era habitual.









Com Ângela Ferreira Julião Sarmento, Noé Sendas, Pedro Calapez e Pedro Cabrita Reis

Luís Campos, por João Cutileiro, em 1982

Com Ângela Ferreira, Julião Sarmento, Noé Sendas, Pedro Calapez e Pedro Cabrita Reis, na exposição Tage der Dunkelheit und des Lichts, Zeitgenossische Kunst aus Portugal, no KunstMuseum de Bona, em 1999





Luís Campos, por Maria José Palla, em 2000

> Com Carlos Vasconcelos, Yehuda Schoenfeld, Ricard Cervera e Alessandro Mathieu, durante o IX Workshop of the European Working Party on SLE, no Porto, em 2006





JN - Atualmente, é vice-presidente da SPMI, o que significa que tem responsabilidades acrescidas em relação à especialidade. 27 anos depois, como vê o futuro da Medicina Interna?

LC - Esse foi o tópico que abordei na recente inauguração da sede renovada da SPMI e do centro de formação e será publicado, em forma de artigo, na próxima revista Medicina Interna, pelo que remeto para esse artigo a resposta à sua pergunta, que é complexa. Mas, em síntese, poderei dizer que a Medicina Interna é uma especialidade que responde à evolução das necessidades e expectativas dos doentes e se adequa aos principais desafios do futuro na prestação de cuidados de saúde. O crescimento do conhecimento em Medicina tem induzido uma acelerada hiperespecialização, que atualmente acontece também no seio das subespecialidades, mas os doentes evoluem ao contrário, são cada vez mais velhos, com mais doenças crónicas, com mais multimorbilidades, mais complexos, e têm que ser abordados de forma global por quem tem essa capacidade, assim como a de coordenar a intervenção dos subespecialistas, quando esta traz benefícios para o doente. A existência de uma especialidade generalista no hospital, mas também fora dele, será cada vez mais necessária, não só para tratar estes doentes nos serviços de Medicina, mas também para assisti-los quando estão internados noutros serviços. Por outro lado, os internistas continuam a ser essenciais para tratar os doentes com patologias sistémicas e para abordar aqueles que apresentam diagnósticos difíceis.

Além disso, os internistas têm capacidades valorizadas num contexto de mudanças aceleradas e recursos escassos: são flexíveis, multipotenciais em termos de diferenciação e eficientes. Estas são, sinteticamente, as razões por que eu acho que a Medicina Interna é uma especialidade essencial para dar resposta aos principais desafios do futuro dos cuidados de saúde.

JN - E, na sua opinião, quais são os principais desafios na especialidade?

LC - Um dos principais desafios consiste em manter a sua capacidade generalista, mas acomodar no seu seio competências em áreas específicas, sem que a especialidade se torne uma manta de retalhos. Depois, penso que a Medicina Interna deve ter um papel fundamental numa resposta integrada aos doentes crónicos que promova uma gestão proativa destes doentes, mesmo fora do hospital. Entre eles, existe um grupo particular que é o dos doentes idosos, com multimorbilidades, complexos, polimedicados, muitas vezes com algum grau de incapacidade, que são os high-users do sistema e grandes consumidores de recursos, que não têm merecido a atenção dos decisores, mas para os quais urge uma resposta específica. Não há uma solução mágica, mas, qualquer que ela seja, a Medicina Interna é novamente a especialidade mais indicada para a liderar. Neste contexto de crise económica, em que sabemos que a boa qualidade dos cuidados reduz a despesa na saúde e em que a má qualidade, geralmente, sai muito cara, o envolvimento da Medicina Interna na melhoria dos cuidados de saúde deverá ser um compromisso ético e nós sabemos que subsistem áreas em que temos resultados deficientes a nível nacional.

Os internistas têm também que encarar algumas necessidades emergentes, como seja na cogestão de doentes cirúrgicos, nos cuidados paliativos, nos cuidados continuados, na hospitalização domiciliária e outras, não como uma sobrecarga, mas como novas oportunidades no mercado de trabalho. Da mesma forma, a capacidade de fazer a ponte com outras áreas do conhecimento como a ética, a gestão, a qualidade, os sistemas de informação, a comunicação ou outros, tornam os internistas parceiros preferenciais ou mesmo líderes nestas áreas. Na área académica, os internistas têm perdido importância, no entanto, é uma carreira diferente, que cria novas oportunidades, prestigia a Medicina Interna, é importante para a formação dos alunos e, por isso, tem de ser também uma área de investimento. Da mesma forma, temos que melhorar a investigação feita pelos internistas. Existem nichos de excelência, mas temos que valorizar esta área e torná-la normal no portefólio das suas atividades. Finalmente, penso que os internistas têm de evidenciar algumas das vantagens que sabemos ter, enquanto especialidade, afirmar a sua imagem, melhorar o conhecimento dos cidadãos em relação à sua identidade e manter um lobbying constante, proativo na defesa dos seus direitos e pela exigência de uma discriminação positiva, que torne a









Luís Campos com a Direção do Hospital Kiang Wu e Carlos Costa, em Macau, em 1997



especialidade mais atrativa para os jovens licenciados. Poderia citar outros, mas creio que estes são, talvez, os principais desafios que a Medicina Interna enfrenta e não tenhamos dúvidas de que o sucesso não é garantido, mas depende do envolvimento de todos e de cada um de nós. Como dizia Peter Drucker: "A melhor maneira de predizer o futuro é criá-lo".

JN – Considera que a Medicina Interna está ameaçada pelo aparecimento de novas especialidades?

LC - É seguramente uma ameaça e penso que, a suceder, tornará o sistema mais rígido e não beneficiará os doentes. A especialização e a hiperespecialização são inexoráveis frente ao crescimento do conhecimento e há áreas dentro da Medicina Interna que alguns internistas têm de aprofundar, mas a formalização de novas especialidades significa segmentar ainda mais o sistema de saúde e diminuir a flexibilidade da gestão dos recursos médicos. A Medicina Interna, assim como outras especialidades, tem de desenvolver estas competências no seu seio, ou, em áreas transversais, competirá à Ordem dos Médicos criar novas competências. A resposta que a Medicina Interna tem de dar aos doentes é de natureza global, mas isso é compatível com o desenvolvimento de diferentes tipos de perfis de internistas dentro de cada serviço ou equipa: desde um perfil generalista puro, passando por internistas que desenvolvem uma área de diferenciação, ou mesmo internistas que se dedicam quase em exclusivo a uma determinada área de cuidados.

JN – Ao longo da sua carreira, sempre se dedicou às áreas da gestão e da qualidade, tendo, entre outras funções, sido consultor dos governos dos Açores e de Macau, responsável pela Qualidade na ARSLVT e coordenador nacional do Registo Clínico Eletrónico. Colaborou também no relatório da Fundação Gulbenkian *Health for the Future*, é membro da Comissão de Acompanhamento da Reforma Hospitalar e, desde há seis anos, é igualmente presidente do Conselho Nacional para a Qualidade em Saúde... Porquê o seu interesse por estas áreas?

LC - Acho que sou movido por um espírito de missão, tentando dar o meu contributo para que a vida das pessoas seja um pouco melhor. Por outro lado, ganhei consciência, desde muito cedo, que os resultados que obtemos com os nossos doentes não estão apenas dependentes da forma como os tratamos, mas também de guem planeia os recursos humanos, quem decide sobre financiamento, quem desenha os hospitais, quem organiza os serviços de saúde, quem estabelece prioridades, quem licencia fármacos, quem desenvolve sistemas de informação e, a um nível mais superior, das políticas de saúde e da regulação. As asneiras dos políticos matam gente e as reformas bem feitas podem salvar muitas pessoas. Este empenhamento em intervir a um nível superior da tomada de decisão resulta da convicção de assim poder contribuir para melhorar a saúde de mais gente.

JN – A propósito do que disse sobre a responsabilidade de quem desenha hospitais, sei que, durante seis anos, pertenceu ao núcleo que coordenou o desenho de novos hospitais, que fizeram parte do concurso dos hospitais em regime de Parceria-Público-Privada, para um grupo privado da saúde. Como avalia essa experiência?

LC – Imaginar um hospital para funcionar nos próximos 50 anos é uma experiência fascinante porque implica uma visão para o futuro dos cuidados de saúde hospitalares, em cruzamento com a contemporaneidade arquitetónica. Implica, também, respeitar princípios de flexibilidade, expansibilidade, eficiência, segurança e uma preocupação com todas as questões do ambiente que melhoram a recuperação dos doentes, o chamado Healing Environment, que se pode traduzir para portuquês como o ambiente para a cura.

Na realidade, dos cinco hospitais que desenhámos só estão construídos dois: o de Braga e o de Vila Franca de Xira. A equipa base era constituída por um médico, um gestor, um arquiteto e um engenheiro e a conceção do hospital era baseada no modelo de governação clínico. É, provavelmente, dos poucos exemplos em que os arquitetos ouvem realmente quem sabe sobre a utilização dos espaços, mas as fronteiras são indefinidas, dando-me a oportunidade de interferir mesmo no modelo arquitetónico.

O que posso garantir é que são hospitais edificados sobre modelos originais, inspirados um pouco no modelo *shopping-centre*, com uma grande nave central que separa o internamento do ambulatório e com algumas ideias muito interessantes, como a das enfermarias em H para diminuir os percursos, os quartos com camas



frente a frente para permitir equidade no acesso à vista do exterior e a adjacência horizontal para os profissionais e vertical para os doentes, tal como está no Hospital de Braga. O Hospital de Vila Franca foi mais difícil porque foi construído sobre a encosta. Em qualquer dos casos, os profissionais parecem estar satisfeitos com o resultado.

JN – Vem daí o seu empenho em transformar o Hospital São Francisco Xavier em Hospital das Artes?

LC - A consciência da importância do ambiente para a cura vem dessa altura, mas ela foi facilitada pela existência de um invulgar conjunto de azulejaria contemporânea que, desde a sua construção, o Hospital São Francisco Xavier tem no seu exterior e interior, com destague para os notáveis painéis de Querubim Lapa e de belíssimas obras de Pedro Calapez e Suzanne Themlitz, instaladas quando foi construído o edifício maternoinfantil. O hospital acumulou também um notável espólio artístico na iniciativa "Arte na Urgência", quando eu era diretor do Servico de Urgência, e de mais algumas obras que conseguimos em 2013, gracas à generosidade de alguns artistas plásticos. A ideia de transformar o Hospital São Francisco Xavier em Hospital das Artes teve como objetivo principal chamar a atenção para a importância da arte na humanização dos hospitais.

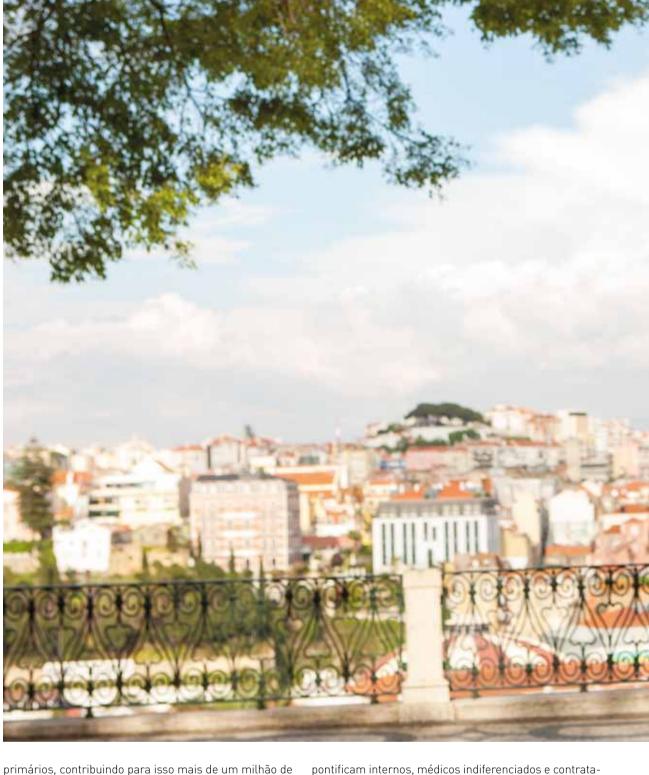
JN – As urgências têm também um foco da sua dedicação, tendo sido diretor do Serviço de Urgência do Hospital S. Francisco Xavier, pertenceu à Comissão de Reforma das Urgências promovida pelo ministro Correia de Campos, faz parte do conselho científico do INEM e está a coordenar o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua extensão para 2020, na área das Urgências. Atendendo ao que aconteceu este ano nas urgências dos hospitais, o que correu mal na reforma em que participou?

LC – Cada uma das suas perguntas poderia ser tema para uma entrevista específica, mas vou tentar ser sintético. Nada correu mal na reforma de 2008, exceto a forma como foi gerida politicamente, o que levou à demissão do ministro da Saúde.

Essa reforma permitiu definir uma rede de urgências que aumentou a acessibilidade e a equidade no acesso, garantindo que cada serviço de urgência estava preparado para dar resposta adequada ao seu nível de urgência. Para além disso, foi determinante na atual configuração da rede dos hospitais de agudos, tendo induzido uma acelerada e desejável redução do seu número e um aumento de escala. Em 2007, tínhamos 73 hospitais de agudos, dos quais mais de 50% tinha menos de 200 camas, um número que se considera mínimo para um hospital de agudos. Aatualmente, temos 41, dos quais apenas três têm menos de 200 camas. Esta concentração não tem paralelo a nível europeu.

JN - Mas, se a culpa não foi da reforma, de quem é a culpa?

LC – O problema das urgências não é o problema das urgências, mas é o do sistema de saúde, porque as urgências são a confluência dos problemas de saúde e sociais das pessoas com todas as disfunções do sistema de saúde. A situação atual representa o arrastar de uma situação antiga, cíclica, complexa, que exige uma resposta sistémica, agravada por alguns fatores mais recentes. Por um lado, temos a falta de alternativas nos cuidados



primarios, contribuindo para isso mais de um milhao de pessoas sem médico de família, maior dificuldade de acesso ao médico nos centros de saúde que não foram abrangidos pela reforma hospitalar, ausência de outros especialistas ou acesso a exames complementares nos centros de saúde. Mas também existe falta de alternativas nos próprios hospitais, que não estipulam vagas nas consultas para doentes não programados, nem fazem um aproveitamento pleno dos hospitais de dia. A falta de uma resposta integrada aos doentes crónicos é também uma causa importante, assim como uma procura excessiva por razões de conveniência.

Em relação aos fatores que se agravaram nos últimos anos, destacaria o impacto da crise e do envelhecimento da população, que faz com que estejamos a receber doentes mais graves nas urgências, com que haja maior dificuldade na drenagem dos doentes para os serviços, restrições na contratação de profissionais e falta de autonomia dos hospitais, que lhes retirou flexibilidade para responder a esta variabilidade sazonal. Penso, também, que houve uma diminuição da capacidade de decisão na linha da frente, onde escasseiam médicos experientes e

pontificam internos, médicos indiferenciados e contratados que caem nas equipas de "paraquedas".

JN - Além das funções que citei, é ainda diretor do Serviço de Medicina do Hospital S. Francisco Xavier/ Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, professor auxiliar convidado da Faculdade de Ciências Médicas, colabora com a Escola Nacional de Saúde Pública e ainda desenvolve atividade artística regular. Como é que consegue conciliar tantas atividades?

LC – Não é nada fácil, mas é justo dizer que isso só é possível porque tenho uma família que me apoia muito, particularmente a minha mulher que, tendo também uma atividade profissional intensa, ainda consegue gerir as coisas da casa. Para além disso, tenho uma fantástica equipa multiprofissional de cerca de 160 profissionais no serviço de Medicina em quem confio e em quem delego muitas funções. Por outro lado, em todos os outros projetos em que tenho estado envolvido, ao longo da vida, tive a sorte de ter encontrado equipas competentes, dedicadas e entusiastas, mesmo no campo artístico. Nesta área, trabalho um pouco à tarefa, ou seja, de forma mais concentrada,





quando faço exposições. Cada exposição é a concretização de uma das múltiplas ideias que tenho em carteira.

JN – Além da Medicina, as artes plásticas, nomeadamente, o vídeo e a fotografia, constituem outra das suas grandes paixões, tendo feito muitas exposições a nível nacional e internacional. Como surgiu este interesse?

LC – Mais do que um interesse, é uma necessidade, ou talvez um impulso vital, que surge numa altura da vida e que não se despega de nós. Uma necessidade de traduzir em objetos estéticos uma compreensão sensível que temos da realidade que nos rodeia, ou da nossa própria natureza interior, de forma a tocar as pessoas. É um ímpeto para comunicar, mas de uma forma que está para além do dizível. A fotografia e o vídeo são ferramentas para essa expressão e são, eventualmente, dos meios mais compagináveis com alguma intermitência de atividade, que é inerente a quem exerce uma profissão tão exigente como a Medicina.

JN - Qual foi a sua última exposição?

LC - A última exposição individual foi em 2011, no Mu-

seu da Eletricidade, Fundação EDP, em Lisboa, e chamou-se Vestígios. Foi uma recuperação de um trabalho que tinha feito em 2000, a convite da Fundação, que consistiu em fotografar a antiga carpintaria da EDP, antes de ser desmontada. São imagens das máquinas, dos escritos, de objetos, de papéis colados nas paredes, que restaram como memória da atividade de muita gente que ali trabalhou duramente longos anos. São também dois filmes que evocam essa memória do sítio e das pessoas que o habitaram. Depois disso, tenho participado em algumas exposições coletivas. Quem tiver curiosidade pode visitar o *site* luiscampos.pt.

JN – É um médico artista ou um artista médico?

LC – Acho que é um ego e um alter-ego, duas personalidades diferentes, duas maneiras de estar, duas formas de olhar, dois tipos de limites, coexistindo na mesma pessoa.

JN - Acha que são atividades que se completam ou antagonizam?

LC – Em primeiro lugar, são realmente atividades distin-

tas, embora tenham, ao nível da motivação, no interesse pelas pessoas, pela natureza humana, alguns pontos de contacto, particularmente das artes que mais lidam com a realidade. como a fotografia e a literatura. Não pode ser por acaso que tantos escritores são ou foram médicos. Por outro lado, a Medicina fornece um fantástico observatório sobre a evolução da realidade sociológica, uma vez que os médicos são confrontados, no seu quotidiano, com situações em que a natureza humana é forçada ao seu limite. Apesar de não ser um caminho nada fácil, de muitas maneiras, esta prática paralela na Medicina e nas artes ajuda-me a manter campos de interesse diversos, horizontes mais largos e uma capacidade de entendimento da realidade mais abrangente.

JN - Além disso, o que gosta de fazer nos seus tempos livres?

LC – Os tempos livres são muito dedicados a preparar coisas para os tempos que não são livres, mas, sempre que possível, gosto de partilhar uma refeição com a minha mulher, com os meus filhos e também com amigos, preparar viagens para um grupo de amigos mais chegados com quem viajo há muitos anos. Gosto muito de conhecer novos países ou cidades, de ver exposições de amigos ou artistas que admiro, de ouvir jazz ou *world music*, de ir ao cinema, de praticar algum desporto, sem exagero, ou de ir ver o meu Benfica com os meus filhos.

JN – Sei que é casado e que tem filhos. Quantos? É difícil conciliar a sua vida profissional com a vida familiar?

LC – Tenho três filhos, um de 30 anos, um de 19 e outro de 17 anos. Era mais difícil quando fazia urgências, como é a realidade de muitos internistas. Agora, acho que consigo encontrar um equilíbrio, embora haja picos de atividade ou saídas frequentes em que estamos menos presentes.

JN – Algum dos seus filhos também se interessa pela Medicina?

LC – Dois, definitivamente, não. O mais novo vamos ver...

JN - Na vida, sempre fez tudo o que queria?

LC – Quase tudo, embora sem a certeza de terem sido as coisas certas. Cada decisão é uma perda, a perda de um caminho alternativo, e eu sinto alguma nostalgia e curiosidade por todas essas vidas que não vivi...

JN - Numa frase, como define Luís Campos?

LC – Pergunta difícil para um fim de entrevista, ainda para mais numa frase. As definições são sempre redutoras, mas a ideia de sintetizador acho que cola bem à minha personalidade, assim como a ideia de uma pessoa em paz consigo e com os outros. Por outro lado, tenho a consciência de ter pertencido a uma geração privilegiada, porventura aquela que assistiu e foi agente das mais fantásticas transformações de toda a História da Humanidade, quer sob o ponto de vista político, mas também sociológico e tecnológico. Apesar disso, sinto-me insatisfeito com muito do que vejo à minha volta e triste por deixar aos meus filhos um mundo em pior estado do que aquele que os meus pais me deixaram. Continuarei a fazer tudo o que me for possível para minorar essa sensação.





Coordenação de cuidados na interligação entre os CSP e os hospitais



João Sequeira Carlos

Médico de família. Coordenador do Departamento de

Medicina Geral e Familiar do Hospital da Luz

O tema é pertinente e provavelmente será um dos fatores mais importantes para o sucesso e para a sustentabilidade de um sistema de saúde moderno. Decorrente deste pressuposto, o assunto já foi objeto de diversos estudos, relatórios, artigos, conferências e há até congressos temáticos dedicados à coordenação de cuidados entre diferentes prestadores. A importância do tema foi também identificada pelo Ministério da Saúde que, em 2013, constituiu um grupo de trabalho para definir uma proposta de metodologia para a integração de cuidados.

Independentemente da terminologia e do enquadramento conceptual a aplicar, é prioritário que um sistema de saúde moderno crie as condições para responder às necessidades e expectativas da população com a qualidade máxima. E entre os alicerces da qualidade devem estar a continuidade de cuidados, a eficiência do sistema e a segurança do paciente. A coordenação de cuidados na interligação de cuidados entre as unidades dos cuidados de saúde primários (CSP) e os hospitais é a melhor garantia para fortalecer esses alicerces e reforçar consequentemente a qualidade global do sistema de saúde, com satisfação para os seus utilizadores e profissionais.

Um dos princípios nucleares da Medicina Geral e Familiar (MGF) é a coordenação de cuidados, que se afigura

para o médico de família como uma função a desempenhar no sistema de saúde e como um instrumento de trabalho na sua prática clínica. É um papel do qual não se pode demitir porquanto nos cuidados de proximidade constitui um dos principais recursos para garantir os melhores resultados em saúde para o paciente, para as famílias e para a população.

Ao nível dos CSP, com a gestão integrada de saúde centrada no paciente e baseada numa equipa liderada pelo médico de família, devem ser utilizadas diversas estratégias para a coordenação de cuidados. Uma estratégia primordial e da qual dependem outras é a continuidade e proximidade de cuidados, fatores de sucesso no vínculo estabelecido entre pacientes e equipa de saúde nos CSP. É nesta estratégia que deve estar assente uma coordenação de cuidados robusta e promotora da segurança do paciente.

Na garantia da continuidade e proximidade é salvaguardado que nas transições do paciente no sistema de saúde não há fragmentação no seu processo de gestão integrada. Em estreita ligação a esta estratégia podemos apontar a comunicação entre profissionais de saúde e entidades envolvidas na prestação de cuidados. A comunicação implica conhecimento interpessoal e interinstitucional, pressuposto sem o qual os canais utilizados não funcionam. A tecnologia é inoperante se as relações humanas não existirem. Este é um fator crítico que determina fortemente os resultados na gestão da doença e configura o instrumento que torna mais robusto o processo de referenciação em ciclo completo.

As relações interpessoais e a comunicação entre equipas de saúde nos diferentes pontos do sistema são certamente estratégias de aproximação entre profissionais que otimizam os cuidados prestados ao paciente. Contudo, existem outras formas de uma interligação adequada entre as unidades de CSP e os hospitais. Muitas já foram testadas no âmbito das unidades coordenadoras funcionais (UCF), estruturas criadas em 1991 com o objetivo de assegurar a coordenação de cuidados nas áreas da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente

Para além de permitir a comunicação permanente e a articulação direta entre profissionais de saúde, este modelo de coordenação de cuidados permitiu implementar normas de orientação clínica e desenvolver programas de formação conjuntos, aspetos que foram determinantes para aproximar entidades e profissionais, subtraindo quaisquer fatores de discriminação e anulando conflitos de interesse.

Noutras áreas da saúde, e em linha com este modelo, surgiram iniciativas em diversos pontos do país com as quais, mesmo sem o formalismo regulamentar das UCF, foram alcançados resultados muito positivos. São exemplos interessantes a Saúde Mental e a Cardiologia, áreas em que reuniões de coordenação de cuidados permitem diminuir a referenciação para os hospitais e gerir, em conjunto, o conhecimento e a prática clínica. Estes modelos de interligação ultrapassam o plano processual e constituem-se como paradigma de cooperação profissional e de formação entre pares, com satisfação dos colegas envolvidos e dos pacientes que beneficiam da coordenação de cuidados.

Como matriz operacional para uma adequada coordenação de cuidados devem estar sistemas de informação com tecnologia robusta e de utilização fácil. O processo clínico eletrónico (PCE) deve ser único e centrado no cidadão. Independentemente da aplicação utilizada, tem de estar assegurada a interoperabilidade e acessibilidade em todos os pontos de contacto com o sistema de saúde. Os sistemas de informação devem incorporar módulos que permitam gerir a coordenação de cuidados, aproximando em tempo real todas as unidades do sistema de saúde. É um contributo fundamental para a eficiência e segurança do sistema, evitando erros, redundâncias e dispersão de recursos.

A coordenação de cuidados na interligação entre CSP e hospitais não poderá ser reduzida à gestão única de unidades com culturas distintas, nem tão pouco ser sujeita à mera transferência de procedimentos e atos entre níveis de saúde. Na atualidade, é crescente a publicação de estudos e relatos de experiências inovadoras à escala global. Uma dimensão pertinente descrita nestes documentos está relacionada com os recursos humanos, sendo cada vez mais defendida a integração de novas profissões da saúde nas equipas prestadoras de cuidados com dedicação exclusiva à gestão do doente e à coordenação da interligação entre CSP e hospitais.

Como noutras áreas da Medicina, temos de estar abertos à inovação, na certeza de que os modelos de coordenação de cuidados têm de ser coerentes com as especificidades de cada sistema de saúde e adequados à realidade sociodemográfica de cada país. Enquanto profissionais de saúde, temos o dever de dar o nosso contributo para encontrar as melhores estratégias para definir um modelo robusto de coordenação de cuidados, na firme convicção de que dele dependerá a sustentabilidade do sistema e os ganhos de saúde para os nossos pacientes.







Avaliação dos hospitais: das intenções à realidade



Manuel Delgado

Diretor-geral da IASIST Portugal

O impacto que os hospitais têm hoje nas sociedades modernas releva de múltiplos fatores que lhes estão direta ou indiretamente associados: o sucesso com que cuidam da vida humana, a multiplicidade de profissões e de postos de trabalho que comportam, o seu peso crescente nas despesas públicas e privadas, o seu contributo para o desenvolvimento da formação profissional e do conhecimento científico e tecnológico e, como corolário de tudo isto, o efeito multiplicador no tecido social e empresarial que os rodeia.

A importância social dos hospitais, assumindo hoje uma relevância sem precedentes, justifica, pois, a atenção com que os diferentes agentes sociais e políticos os observam e os valorizam.

É, pois, natural, que o escrutínio público do que se passa nos hospitais (o seu funcionamento, os seu custos e os seus sucessos ou insucessos) esteja cada vez mais presente na sociedade e ocupe parte importante do debate político e das preocupações dos "media".

Todavia, a análise técnica e racional dos hospitais exige instrumentos de medida que permitam, com objetividade e rigor, avaliar o seu desempenho. Muitas das

"evidências" que frequentemente surgem na opinião pública e no debate político sobre os hospitais não passam de opiniões estribadas em epifenómenos sem representatividade ou então em estudos pouco consistentes, como, por exemplo, os inquéritos sobre a satisfação dos doentes.

Importa, portanto, dar prioridade a modelos de avaliação cientificamente robustos e com provas dadas noutras latitudes.

Em Portugal, e ao contrário do que, por vezes, se diz, os hospitais dispõem já de dados suficientes para gerar informação relevante que permita proceder a avaliações úteis e objetivas em múltiplos domínios. A questão está em saber utilizá-los convenientemente, o que nem sempre acontece.

Por outro lado, há já um histórico relevante na avaliação dos hospitais que importa justamente mencionar: a) nos anos 90, a ENSP coordenou um estudo pioneiro, desenvolvido em simultâneo em vários países europeus e patrocinado pela EU, de avaliação do desempenho em áreas clínicas precisas e que contou com a participação de mais de uma dezena de hospitais portugueses; b) foram vários os hospitais que entraram, nas últimas duas décadas, em processo de acreditação, ou pelo Kings Fund, ou pela Joint Comission; c) mais recentemente, a ERS desenvolveu o modelo SINAS, para avaliar o rigor nos procedimentos clínicos; d) a maioria dos hospitais públicos e privados trabalha hoje com uma ferramenta de benchmarking clínico; e) já dispomos de rankings referentes aos hospitais públicos e às especialidades; f) a ACSS publica no seu *microsite* sobre os hospitais informação em que os classifica num conjunto diversificado de indicadores.

Ou seja, é bom não esquecer, entre outras, este acervo de iniciativas em matéria de avaliação, seguindo metodologias diferentes e, o que pode gerar perplexidades, chegando, por vezes, a resultados ou conclusões contraditórias ou, pelo menos, não sobreponíveis. Valerá a pena esclarecer aqui algumas questões de natureza metodológica.

Os hospitais, como qualquer organização ou empresa, podem ser avaliados segundo três óticas que Donabedian consagrou: a) a estrutural; b) a de processos; c) a de resultados. A primeira avalia, no essencial, as condições para a prestação de cuidados; a segunda, o cumprimento de normas técnicas e de segurança no momento em que os cuidados são prestados; a terceira avalia os resultados do processo terapêutico no mo-

mento em que termina o ciclo de cuidados prestados ao doente.

Como se percebe, estamos perante formas de abordagem diferentes que se devem complementar, mas que isoladamente podem não estar alinhadas. Nada nos garante que um excelente hospital, na perspetiva de instalações e de equipamentos, possua normas procedimentais seguras e efetivas para os doentes, nem que o cumprimento destas signifique um desempenho final bem sucedido. Clarifique-se, contudo, que, habitualmente, cada uma destas abordagens potencia os resultados das restantes, num processo sistémico de criação de valor para os doentes.

Outra questão metodológica que deve ser esclarecida prende-se com as dimensões e, dentro de cada uma destas, com os indicadores utilizados. Um exemplo: na dimensão da qualidade dos resultados podemos incluir, ou não, indicadores sobre a satisfação dos doentes. Isso pode naturalmente alterar resultados globais. Outro exemplo: a dimensão "acesso", embora relevante, pode não retratar com justiça o desempenho de um hospital (basta que a procura de uma determinada especialidade seja muito superior à sua capacidade instalada para que possa ser injustamente prejudicado nessa dimensão). Mas a dimensão "acesso", traduzida em tempos de espera para consulta, cirurgia, exames, etc. é muitas vezes considerada sem qualquer ponderação face à capacidade instalada.

Abordemos agora a questão central em matéria de avaliação: a confiança e a importância que os diferentes agentes lhe atribuem. Ainda há quem refira que em cuidados de saúde não é possível introduzir elementos de apreciação objetiva. E mais: que não é eticamente legítimo que se interfira na liberdade médica de diagnosticar e definir planos terapêuticos, pelo que padronizar tendencialmente procedimentos médicos é uma excentricidade supérflua.

Pensar e agir deste modo retira qualquer espaço de manobra a processos de *benchmarking*, pois, não há qualquer interesse em medir e comparar resultados, quando depois nada se pode corrigir ou modificar.

Há aqui um pressuposto de natureza cultural que tem que ser previamente ultrapassado pelas corporações profissionais, para que no futuro consigamos atribuir à avaliação dos hospitais a relevância e a imprescindibilidade que deve ter. Sem isso, continuarão alguns a promover esta área do conhecimento e outros a marginalizá-la, sem outras soluções alternativas, para que tudo continue na mesma.







Adesão a Curso de Geriatria revela maior necessidade de resposta a doentes idosos

As 60 vagas existentes foram insuficientes para os interessados em participar no 6.º Curso de Introdução à Geriatria, que teve lugar dia 17 de janeiro, na renovada sede da SPMI. Além de internistas, participaram médicos de MGF e dois farmacêuticos. "Um sucesso", nas palavras dos organizadores, João Gorjão Clara, especialista em Geriatria, e Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da SPMI.

"Como só existiam 60 vagas, foi necessário fechar o curso, mas está-se a ponderar realizar outros, ainda este ano, para que mais profissionais de saúde possam participar e otimizar os seus conhecimentos na área da Geriatria", referiu, em declarações à *Just News*, Manuel Teixeira Veríssimo.

João Gorjão Clara concorda e destacou as inscrições de profissionais de outras especialidades médicas, como MGF. "Estes médicos são o pilar mais importante da assistência médica em Portugal e recebem, em grande número, doentes idosos, muitos deles geriátricos. Logo, é essencial ter-se formação contínua em Geriatria, para se conseguir dar resposta às necessidades destes utentes", sublinhou.

O 6.º Curso do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI (GERMI) focou-se na temática "Bases da Clínica Geriátrica", como forma de se abordar diver-







Manuel Teixeira Veríssimo e João Gorjão Clara

sos aspetos que afetam "os mais velhos, sempre mais suscetíveis a várias doenças, sendo regra geral polimedicados", como salientou João Gorjão Clara.

Manuel Teixeira Veríssimo realçou o facto de o curso ter sido procurado por jovens e médicos com mais anos de prática clínica, "o que revela que a temática é cada vez mais do interesse das várias especialidades médicas".

João Gorjão Clara acrescentou que esta adesão a uma formação em Geriatria também demonstrou "a necessidade que se sente na prática médica de mais conhecimentos sobre os idosos, na medida em que o envelhecimento da população tem elevado, inevitavelmente, a idade de quem se encontra internado ou se desloca aos serviços de saúde".





XVI JORNADAS NACIONAIS DE VIH

A doença VIH e a sua articulação com os CSP



Telo FariaCoordenador do Núcleo de Estudos
da Doença VIH da SPMI.
Presidente das XVI Jornadas Nacionais de VIH

O ENFOQUE DADO AOS CSP

NAS NOSSAS JORNADAS

PRENDE-SE COM DOIS VETORES

PRINCIPAIS. PRIMEIRO, NA ÁREA

DA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO

PRECOCE DA INFEÇÃO VIH.

EM SEGUNDO LUGAR, NUMA

SUA MAIOR PARTICIPAÇÃO NO

SEGUIMENTO PARTILHADO DOS

NOSSOS DOENTES.

As XVI Jornadas do Núcleo de Estudos da Doença VIH da SPMI realizam-se este ano em Elvas, a 26 e 27 de junho, e são subordinadas à temática da doença VIH e a sua articulação com os cuidados de saúde primários.

O enfoque dado aos CSP nas nossas Jornadas prende-se com dois vetores principais. Primeiro, na área da prevenção e diagnóstico precoce da infeção VIH. Em segundo lugar, numa sua maior participação no seguimento partilhado dos nossos doentes.

Relativamente ao primeiro ponto, além da área da prevenção, e de acordo com o atual Programa Nacional para a Infeção VIH 2012-2016 e respetivos programas regionais, é de realçar o papel fulcral dos CSP, juntamente com os CAD, CDP e DICAD, na implementação e reorganização de uma rede de deteção precoce da infeção, com a realização de testes rápidos.

Isto num contexto nacional, em que a infeção por VIH tem valores elevados, quer em termos de prevalência, quer de incidência. Na prevalência, temos uma percentagem de 0,7% (1 infetado - 140 pessoas), valor francamente alto, só ultrapassado pela Estónia e pela Letónia. Em termos de incidência, apesar de um decréscimo progressivo do número de casos notificados de infeção VIH, e igualmente de SIDA, que é de realçar, a incidência é de 13.1 por 100.000, o que constitui ainda o 3.º maior da EU, também a seguir à Estónia e à Letónia.

Além disso, a epidemia em Portugal é do tipo concentrado, afetando as populações com comportamentos particularmente vulneráveis, designadamente utilizadores de drogas endovenosas, trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, reclusos e imigrantes. Neste contexto, a percentagem ultrapassa os 5%. Por outro lado, a percentagem de diagnósticos tardios chega a ser superior a 60%, o que constitui o dobro da média europeia. Por tudo isto, justifica-se a importância dada aos CSP na prevenção e diagnóstico precoce da infeção VIH.

Relativamente ao segundo ponto, nomeadamente no que se refere ao seguimento dos doentes infetados com o vírus da imunodeficiência humana, há que ter em conta que, atualmente, a doença VIH tem características de cronicidade, como a diabetes *mellitus* e a HTA. A terapêutica antirretrovírica de que dispomos é eficaz, potente, com reduzidos efeitos secundários e com um número mínimo de tomas diárias. Estes dois últimos itens são, juntamente com a intervenção das equipas multidisciplinares, as principais causas de uma boa

adesão à terapêutica da maior parte dos nossos doentes, a rondar os 96%. Daí que a sua esmagadora maioria seja vista de 6 em 6 meses.

Assim, neste contexto, além da gestão desta patologia, como doença crónica, e de alguns dos seus efeitos secundários, nomeadamente metabólicos, irão, naturalmente, também surgir, mais cedo ou mais tarde, as comorbilidades, inerentes ao processo natural de envelhecimento. É nesta perspetiva que tem sentido uma progressiva maior gestão partilhada dos nossos doentes pela Medicina Geral e Familiar.

São precisamente estes dois itens, a prevenção e a deteção precoce, por um lado, e o caráter de doenças crónica, por outro, que constituem os dois pilares de uma maior intervenção dos CSP nesta problemática da doença VIH.

As Jornadas começam na manhã de 26, com os habituais casos clínicos e "posters". Segue-se, à tarde, depois da Sessão da Abertura, uma mesa-redonda, em que iremos debater o Programa Nacional da Infeção VIH//SIDA e a experiência da Região Alentejo, com a presença, do coordenador nacional, Dr. António Diniz, e de um elemento da equipa da Coordenação Regional. Como comentadores, teremos colegas das regiões Norte, Centro e Sul do país.

Depois do *coffee break*, temos um espaço de debate subordinado ao tema "Cuidados de saúde primários e doença VIH". Contamos, como palestrantes e comentadores, com colegas da Medicina Geral e Familiar, da Saúde Pública e internistas que seguem doentes seropositivos para o VIH. Os temas abordados serão: "Diagnóstico precoce e integração nos cuidados de saúde hospitalares", "Equipa de saúde e adesão ao plano terapêutico" e "A perspetiva da MGF na doença VIH".

No dia seguinte, as Jornadas continuam, no plano científico, com a mesa-redonda "A mulher e a doença VIH". Os temas abordados serão "Adolescência", "Gravidez" e "Menopausa", com palestrantes de referência nestas áreas. O último espaço do dia debruça-se sobre "Doença VIH e sexualidade" com a presença de uma sexóloga, de uma socióloga, de um elemento clínico e de um sacerdote da Igreja Católica Apostólica Romana.

Por fim, será prestada uma homenagem a uma referência nacional no campo da Medicina Interna, da Imunologia e do vírus da imunodeficiência humana, o Professor Doutor Carlos Vasconcelos.





"A diabetes para além da glicemia" é o tema base da 10.ª Reunião Anual do NEDM



Edite Nascimento

Membro da Comissão Organizadora
da 10.ª Reunião Anual do NEDM



António Monteiro
Diretor do Serviço de MI do CHTV.
Presidente da Comissão Organizadora
da 10.ª Reunião Anual do NEDM

Em 2015, a Reunião Anual do NEDM vai decorrer na cidade de Viseu, nos dias 9 e 10 de outubro. Escolhemos a Pousada de Viseu como local privilegiado para receber o evento uma vez que ocupa as instalações, totalmente remodeladas, do antigo Hospital de S. Teotónio de Viseu.

A Comissão Organizadora é constituída por elementos do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV). Este serviço tem uma longa tradição (mais de 30 anos) no tratamento das pessoas com diabetes.

O Dr. Pedro Henriques, atualmente aposentado, aceitou o nosso convite para Presidente de Honra desta reunião. Foi um dos fundadores do NEDM, em 1995, em parceria com o atual presidente, Dr. Álvaro Coelho, e também com a Dr.ª Margarida Bigotte, Prof.ª Lélita Santos, Dr. António Isidoro e Dr. Fernando Reis. A todos agradecemos a iniciativa, o empenho e a dedicação ao NEDM ao longo de todos estes anos.

O Dr. Pedro Henriques iniciou, em março de 1984, uma Consulta de Diabetes *Mellitus* individualizada e organizada no então Hospital S. Teotónio de Viseu. Ao longo dos anos, dedicou uma parte significativa da sua atividade clínica a esta área, mesmo durante o período em que exerceu as funções de diretor do serviço. Muito nos honrará a todos com a sua presença.

Esta 10.ª Reunião Anual tem como tema base "A diabetes para além da glicemia", refletindo a visão holística que a Medicina Interna, em geral, e os internistas, em particular, têm desta patologia.

Sabemos que, em Portugal (segundo os últimos dados disponíveis do Observatório Nacional da Diabetes), existem mais de 1 milhão de pessoas com diabetes *mellitus*, entre os 18 e os 80 anos de idade. Nesta faixa etária, a prevalência da doença atinge os 13% sendo que destes apenas 7,3% estão diagnosticados.

A redução das complicações microvasculares (retino, nefro e neuropatia) e macrovasculares (doença cárdio//cerebrovascular e doença arterial periférica) constituiu uma prioridade na abordagem deste grupo populacional. Não podemos esquecer que a primeira causa de morte nestes doentes é a doença vascular nas suas diversas manifestações.

Esta realidade faz com que consideremos os cuidados de saúde primários como parceiros fundamentais em todo o processo de identificação, acompanhamento e referenciação secundária atempada das pessoas com diabetes.

O programa da reunião será bastante abrangente, voltando a focar a importância da alimentação saudável e do exercício físico na prevenção e no tratamento da doença, a diabetes nos serviços de urgência e de internamento; e o que nos reserva o futuro nesta área.

Saliento ainda o tema da diabetes e gravidez, pois, por todo o país existem múltiplas destas consultas, com internistas como pilar fundamental do seu funcionamento, integrados em equipas multidisciplinares.

Terá também papel de destaque no programa "O Cantinho do Interno", que este ano será ampliado, dada a aceitação e interesse que no ano passado despertou, aquando da realização da 9.ª Reunião Anual do NEDM, na cidade da Horta. Este espaço, organizado exclusivamente por internos do Internato Complementar de Medicina Interna, irá trazer, com toda a certeza, uma nova dinâmica à reunião de 2015.

Iremos realizar quatro cursos pré-reunião (na tarde do dia 8 outubro), com avaliação final e sobre as seguintes temáticas:

- Pé diabético: o que é preciso saber para começar;
- Insulinoterapia funcional na diabetes tipo 1: a importância da contagem de hidratos de carbono e da monitorização da glicemia capilar;
- A diabetes mellitus no Serviço de Urgência;
- Hiperglicemia no internamento.

Gostaria de apelar também a todos os internos de Medicina Interna e de outras especialidades interessadas nesta temática a enviar trabalhos na forma de comunicação livre ou *poster*. Após apreciação do júri, serão premiados os melhores.

A Comissão Organizadora pensa estarem reunidos todos os ingredientes para que os colegas venham a Viseu em outubro. Para além da reunião científica, poderão também desfrutar dos encantos gastronómicos e culturais desta região, na cidade considerada como a melhor do país para se viver.





Conselho Administrativo da EFIM reuniu em Chipre

O Chipre foi o palco da última reunião do Conselho Administrativo da Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM), que decorreu de 12 a 14 de março. António Martins Baptista, coordenador de Medicina Interna no Hospital Beatriz Ângelo e tesoureiro da EFIM desde setembro de 2014, fala sobre os assuntos discutidos no evento e das principais atividades desenvolvidas por este organismo, bem como dos seus projetos.

António Martins Baptista adianta que o Comité Executivo reúne-se com frequência, quer presencialmente, quer por teleconferência. Duas vezes por ano (uma delas no congresso anual), transmite ao Conselho Administrativo o trabalho que tem vindo a desenvolver, sendo nestas reuniões que são tomadas decisões importantes por votação, como aconteceu agora no Chipre.

Entre outros assuntos, na última reunião, foi discutido o estado atual das atividades EFIM, a organização dos congressos e da Escola Europeia de Medicina Interna, a situação financeira e a estrutura atual da EFIM.

Ficou ainda assente que, a 19 de junho, terá lugar uma reunião em Bruxelas, na qual irão estar presentes os presidentes das várias sociedades europeias. O objetivo é "trazê-los para a luta comum a todas as sociedades nacionais e mantê-los a par do que se vai fazendo". Depois deste encontro, o Congresso Europeu de Medicina Interna, que decorre de 14 a 16 de outubro, em Moscovo, será o próximo evento.

São várias as atividades levadas a cabo pela EFIM. Destaca-se o Congresso Europeu de Medicina Interna, que decorre todos os anos, a publicação da *Revista Europeia de Medicina Interna*, a organização da Escola Europeia de Medicina Interna, que teve lugar em Portugal durante três anos e da qual António Martins Baptista foi diretor (agora dividida numa Escola de Verão e numa Escola de Inverno).

O grupo dos Jovens Internistas (EFIM Young Internists) é outro dos elementos chave da federação. Trata-se de uma rede de internos em formação e de jovens especialistas que se desenvolveu por toda a Europa e que promove a formação de alta qualidade em MI, ofere-

cendo a possibilidade de cooperar em projetos de investigação europeus, bem como facilitando a troca de ideias e experiências entre os *Young Internists* por toda a Europa.

Neste momento, adianta, "há um grupo de trabalho que está a definir o Currículo Europeu, no sentido de harmonizar a formação de Medicina Interna ao longo de toda a Europa", uma vez que, frisa,



António Martins Baptista

António Martins Baptista distingue, ainda, o *Exchange Programme*, através do qual os internos de Medicina Interna mudam de país durante um a dois meses. A finalidade é conhecer outras realidades, assim como produzir artigos a definir o que é a MI, qual o seu âmbito e para onde deve crescer. "Tentamos, junto dos poderes políticos instituídos na Europa, projetar a Medicina Interna para um futuro que a dignifique", adianta António Martins Baptista.

"a MI não é igual em todos os países". "Enquanto no Sul tem um papel muito forte dentro dos hospitais, no Norte não é assim tão forte e as subespecialidades médicas estão muito mais presentes."

Segundo António Martins Baptista, atualmente, uma das grandes dificuldades da EFIM é conseguir que um médico de um país possa ir para outro "mantendo as suas competências intactas".

A SPMI na EFIM

A EFIM foi fundada em 1996, com o objetivo de congregar as sociedades nacionais de MI existentes em cada um dos países europeus. Integra, atualmente, 34 membros, que representam mais de 30 mil internistas europeus e, segundo António Martins Baptista, "luta pela afirmação da especialidade de Medicina Interna a nível europeu".

A SPMI é um dos seus membros mais ativos, tendo desempenhado um importante papel na própria fundação da federação.

António Martins Baptista é o segundo português a integrar o órgão executivo da EFIM (o primeiro foi Faustino Ferreira). Para o coordenador de Medicina Interna no Hospital Beatriz Ângelo, é "muito importante" ter alguém da SPMI no órgão executivo da federação.

NA ÚLTIMA REUNIÃO, FOI
DISCUTIDO O ESTADO
ATUAL DAS ATIVIDADES
EFIM, A ORGANIZAÇÃO
DOS CONGRESSOS E DA
ESCOLA EUROPEIA DE
MEDICINA INTERNA,
A SITUAÇÃO FINANCEIRA
E A ESTRUTURA ATUAL
DA EFIM.





AVC é, em grande medida, prevenível



Vítor Oliveira
Presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia

OS NÚMEROS MAIS RECENTES

PUBLICADOS PELA

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

MOSTRAM UMA REDUÇÃO DO

NÚMERO DE AVC EM PORTUGAL:

ENTE 2008 E 2012,

VERIFICOU-SE UMA REDUÇÃO

DE 19,1% E O NÚMERO DE

ÓBITOS TAMBÉM DIMINUIU,

NO MESMO PERÍODO, EM 6,96%.

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são a primeira causa de morte e incapacidade permanente em Portugal. Estes valores contrastam com os da maioria dos países europeus, onde o AVC é a 3.ª causa a seguir às doenças neoplásicas e respiratórias. As causas destes factos prendem-se com vários componentes: o consumo exagerado de sal, um hábito tradicional em Portugal, e da consequente hipertensão arterial, tantas vezes ignorada ou mal tratada. A consequência desta situação é a percentagem elevada de AVC hemorrágicos que, entre nós, se situa pelos 15% de todos os AVC. São estes os mais mortais e incapacitantes, apresentando, pois, consequências devastadoras.

O tabaco é outro fator de risco importante para o desenvolvimento de aterosclerose e não só, lembremonos das doenças respiratórias e das neoplasias do trato respiratório. Embora largamente conhecidos os seus malefícios e das sucessivas campanhas anti-tabágicas, a guerra está longe de vencida.

A observância de estilos de vida saudáveis, entre as quais a promoção da dieta mediterrânica, a moderação nas bebidas alcoólicas, o controlo do peso e a prática de atividade física, que podem prevenir as dislipidemias e a diabetes, são componentes importantes na prevenção do AVC.

Assim, os AVC são, em grande medida, preveníveis. É essa a grande luta e também a atitude mais rentável (prevenção primária), dadas as consequências não só económicas para a sociedade e das famílias em particular como também o sofrimento do próprio e suas famílias.

Na prevenção do AVC é importante também a identificação da fibrilhação auricular, cuja incidência aumenta com a idade e é a principal patologia cardioembólica.

Sabe-se que a melhor atitude terapêutica é a anticoagulação, mas sabe-se também que grande parte dos doentes não está anticoagulado e, do número dos que estão, apenas alguns se encontram dentro da janela terapêutica se estiverem sob terapêutica com antivitamínicos K. Os novos anticoagulantes, pese embora os encargos económicos diretos que acarretam, são rentáveis, porque facilitam a adesão sem receios das complicações e dispensam controlos laboratoriais, o que se traduz numa maior cobertura da população e, assim, um maior número de doentes se encontrará protegido e em segurança.

Depois de ocorrer um AVC, é necessário o transporte urgente para uma unidade de saúde com unidade de AVC. É esta boa prática recomendada pelas *guidelines* internacionais, quer europeias (ESO – European Stroke Organisation), quer americanas.

Assim, a boa prática recomenda que todo o doente com AVC agudo deve ser internado numa unidade de AVC. Infelizmente, não é essa a realidade em Portugal, mas muito já se tem feito e o percurso para esse objetivo continua a ser feito.

Mas, antes de chegar a um hospital com unidade de AVC, é necessário que todo o percurso seja o mais rápido possível, pois, o AVC é uma emergência, dada a possibilidade de o doente ser submetido a terapêutica fibrinolítica.

Assim, é necessário um percurso agilizado, sem demoras, denominado Via Verde do AVC.

A Via Verde tem duas componentes: a extra-hospitalar, que se inicia onde o doente estiver, com o contacto pelo número nacional de emergência 112, e termina com a entrega do suspeito de AVC à porta da unidade hospitalar onde se inicia a Via Verde Intra-Hospitalar, que visa estudar o doente sem demoras, incluindo observação geral e neurológica, obtenção de análises, eletrocardiograma e exame de imagem cerebral. Caso tenha critérios para terapêutica fibrinolítica, deverá iniciá-la de imediato, pois, a janela terapêutica de 4h30m é apenas o limite máximo, pois, sabe-se que os melhores resultados se obtêm quanto mais rapidamente se iniciar a terapêutica. Por isso se diz que tempo é cérebro. Em cada minuto de isquemia podem perder-se milhões de neurónios.

Os números mais recentes publicados pela Direção-Geral da Saúde mostram uma redução do número de AVC em Portugal: ente 2008 e 2012, verificou-se uma redução de 19,1% e o número de óbitos também diminuiu, no mesmo período, em 6,96%.

Não nos devemos esquecer da prevenção secundária, que se torna fundamental para se prevenirem as recorrências. A vigilância dos doentes e a correção permanente dos parâmetros suscetíveis de serem corrigidos são os pontos capitais para minorar as consequências.

O AVC é, assim, em grande medida, prevenível. Esta é uma luta que deve mobilizar não só os profissionais de saúde como também a população.







A Enfermagem no contexto da Medicina Interna



Belmiro Rocha Enf.º diretor do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

Quem trabalha na área da saúde, nomeadamente na área hospitalar, sabe que a Medicina Interna é a especialidade médica, por excelência, das parcerias clínicas entre outros especialistas e entre médicos e outras profissões da saúde. É a especialidade que promove a visão integradora das características fisiológicas e patológicas do doente.

É também a especialidade médica com um papel incontornável no custo-efetividade das intervenções em saúde porque é a especialidade que está em todos os hospitais do país e está diretamente relacionada, nomeadamente, com grande parte dos dias de internamentos, reinternamentos e ganhos em saúde.

Também estaremos de acordo que, para um Serviço de Medicina Interna, é fundamental:

- Assegurar a prestação de cuidados de qualidade;
- Melhorar a articulação e comunicação entre o Serviço de Medicina e os centros de saúde, unidades de saúde familiares e restante comunidade;
- Otimizar o planeamento de alta, articulado com a EGA;
- Gerir os recursos afetos ao servico de forma eficaz:
- Dar continuidade ao desenvolvimento dos projetos direcionados para o doente dependente e família;
- Continuar a desenvolver a formação em serviço, entre outros aspetos.

Ora, é neste âmbito e nesta "missão" que o enfermeiro deve ser entendido como um elemento estruturante da equipa de saúde, pelo conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes que detém.

Hoje em dia, a generalidade dos enfermeiros detêm formação e experiência que os devem fazer parceiros no tratamento dos doentes, bem como na dinâmica de todo o serviço. E podem e devem ser responsabilizados por isso.

Os enfermeiros, enquanto elementos desta equipa multidisciplinar de tratamento, têm papel primordial a desempenhar, qualquer que seja o modelo de cuidados utilizado.

São prestadores e gestores de cuidados e, para além dos cuidados diretos a prestar, desenvolvem, junto do doente/família, atitudes que envolvem a prevenção da doença e a promoção da saúde, através de estratégias de educação para a saúde, visando a minimização da dependência para as atividades de vida diária que decorrem da situação de doença vivenciada por cada indivíduo.

Os enfermeiros, hoje em dia, detêm conhecimentos avançados na área das patologias, das dependências, dos diagnósticos, dos procedimentos técnicos, da farmacologia, etc... Para além disso, os enfermeiros são técnicos com formação acrescida, por ex., na área da gestão do risco, controlo da infeção, formação, gestão de recursos, gestão de sistemas de informação e gestão da doença crónica, tão relevante para a organização de um Serviço de Medicina Interna.

O médico deve saber que o enfermeiro, por lei e pelo saber, pode e deve participar nesta equipa de saúde a dois níveis de intervenção:

- As intervenções interdependentes que são iniciadas por outro profissional de saúde no âmbito das suas competências e funções (por ex., a prescrição de um antibiótico feita pelo médico) e depois continuadas pelo enfermeiro;
- As intervenções autónomas decorrentes da sua própria avaliação e diagnóstico e que dão origem a procedimentos que concorrem, também, para a resolução de necessidades da pessoa doente (por ex, prescrição e prestação de cuidados relacionados com a dependência no autocuidado, na gestão do regime terapêutico ou no ensino do cuidador informal).

O médico também deve saber que existem enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas em diversas áreas e que uma correta gestão dos recursos deve estar centrada na rentabilização das suas competências.

Compete à chefia de enfermagem saber que papel pode desempenhar um enfermeiro (especialista), que mais-valia pode ele introduzir no processo de cuidar e criar as condições organizativas para que ele, efetivamente, o possa fazer.

Por ex., num doente com um AVC ou com sérias dificuldades respiratórias, faz todo o sentido que seja alvo de

cuidados de posicionamento corretos, treino e exercício do autocuidado, cinesiterapia, etc. Para isso, devem existir (e ser aproveitados) os enfermeiros especialistas de reabilitação que o possam fazer.

Numa perspetiva de trabalho interdisciplinar, em equipa, que pretende rentabilizar as diferentes competências de cada um, o enfermeiro deve participar ativamente no plano de tratamento e intervenções junto ao doente e família. Afinal, é o enfermeiro que assegura a prestação de cuidados 24 horas por dia.

E cada vez mais as condições organizativas e os instrumentos disponíveis favorecem este desiderato. Por exemplo:

- Os sistemas de informação normalizados e interoperativos permitem o acesso a registos de enfermagem e informação clínica credível e relevante e que, por isso mesmo, deve ser considerada na prática médica para não haver duplicação de trabalho;
- O conhecimento científico do enfermeiro permite que a sua capacidade de intervenção na implementação das prescrições seja credível e relevante, pelo que o médico pode concentrar o seu esforço clínico na investigação, diagnóstico e gestão eficaz da prescrição medicamentosa e MCDT.

A detenção de outras competências não clínicas já aqui referidas permite que a intervenção do enfermeiro possa ser rentabilizada em processos credíveis e relevantes de organização da equipa e processos de qualidade, libertando o médico para a agilização dos procedimentos da alta clínica e a diminuição dos tempos de demora média de internamento.

Como sabemos, num Serviço de Medicina Interna, a quantidade e a complexidade dos diagnósticos multicausais, das comorbilidades, das várias e intrincadas dependências físicas e sociofamiliares exigem uma permanente atenção, no sentido de se conseguirem os melhores resultados clínicos, com os menores custos possíveis.

Isso só será possível se e quando se puder rentabilizar ao máximo todas as competências, se respeitar a área de influência e se responsabilizar cada um dos diferentes profissionais da equipa.

E temos de aprender a fazer isso porque as necessidades não param de aumentar e os recursos são limitados. Temos de aprender a fazer isto logo nos bancos da faculdade. É aí que se inicia um processo de crescimento e de adoção de boas práticas.

Assim, no futuro, faremos e seremos ainda melhores.





ESPAÇO





Medicina Interna e sexualidade em debate no 10.º ENIMI

Depois de ter acolhido o 1.º Encontro Nacional de Internos de Medicina Interna (ENIMI), organizado pelo Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI), a cidade da Figueira da Foz será este ano o palco da 10.ª edição do evento, que se realiza de 18 a 20 de junho de 2015.

A presidente do encontro, Rosa Ferreira, adianta que, este ano, se optou por manter alguns dos aspetos dos encontros anteriores e por inovar, introduzindo um tema condutor ao longo do congresso: "Medicina Interna e sexualidade – abordagem integrada do doente".

"Os temas em debate irão ao encontro das necessidades do internista nesta área, entre os quais devo realçar a abordagem da disfunção sexual como marcador de risco cardiovascular, a iatrogenia medicamentosa na sexualidade e as infeções sexualmente transmissíveis", indica.

A responsável destaca, também, que será feita uma pequena introdução à sexologia clínica e sua importância na prática clínica, bem como à comunicação clínica nesta área, temas que serão desenvolvidos por especialistas "de renome na Sexologia em Portugal".

Rosa Ferreira refere que, como tem acontecido nos anos anteriores, os dois primeiros dias serão dedicados aos cursos, sendo prometidas "surpresas" em 2015. "Além do curso de FADE e SAV, teremos o de *speed*



Rosa Ferreira

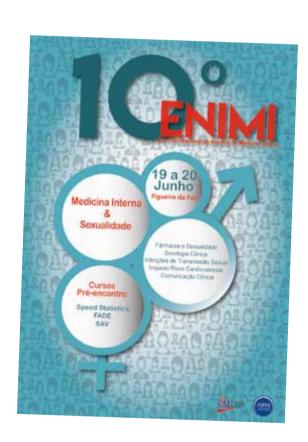
statistics, que consiste num curso de noções básicas em estatística orientado para médicos", adianta, acrescentando que o jantar do congresso será temático (tema mistério por agora) e decorrerá na noite de 19 de junho.

Ao longo do dia 20, as apresentações do encontro serão subordinadas ao tema da sexualidade clínica e a sua abordagem no doente pelo internista. Além disso, foi ainda mantido um espaço para os internos "brilharem", com o ginásio clínico e as apresentações de *posters*. Os melhores *posters* em investigação clínica e em casos clínicos serão galardoados com o Prémio William Osler.

Atendendo à temática e à falta de formação dos internos de Medicina na área, Rosa Ferreira considera que serão muitos os pontos altos da reunião, quer pelos temas abordados, quer pela forma como essa abordagem será feita, primando sempre pela sua aplicabilidade na prática clínica. "Será uma mais-valia para todos os que participarem no evento", afirma.

Até agora, o encontro tem contado com cerca de 100-150 participantes, um número que Rosa Ferreira espera que seja superado este ano. "Sendo o ENIMI realizado por internos para todos os internos de MI do país, gostaria que viesse o máximo de colegas possível", menciona.

Aqui fica, portanto, o convite a todos os internos para se juntarem ao 10.º ENIMI.



SEGUNDO A PRESIDENTE

DO 10.º ENIMI,

"OS TEMAS EM DEBATE

IRÃO AO ENCONTRO

DAS NECESSIDADES DO

INTERNISTA NESTA ÁREA".





Exame final da especialidade: onde est

Em mês de avaliações e reflexões sobre o percurso de tantos internos de Medicina Interna, o NIMI quis perceber o que pensam

O exame da especialidade...



Ana Luísa Broa Interna do 5.º ano de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta

Enquanto médica do último ano do Internato de Formação Específica, foi-me lançado o desafio de expressar a minha opinião acerca do exame final da especialidade. Admito que em boa hora o fizeram, pois, as várias solicitações que marcam o dia-a-dia limitam o tempo e a disponibilidade para os exercícios de reflexão e análise crítica e isso fomenta o estado de passividade em que, de uma forma geral, nos encontramos. Ao pensar no conceito de exame final, recordo todo o percurso académico que foi necessário superar, até chegar a esta fase.

À medida que vamos progredindo na imensa hierarquia de avaliações, a etapa seguinte é sempre considerada como a mais importante e tendemos a desvalorizar o esforço realizado até então. Neste sentido, o "exame" tem de ser perspetivado de forma diferente: não é definitivo e, claramente, todo o empenho e dedicação despendidos não podem, jamais, ser subvalorizados.

Em termos formais, a existência de um exame final, num país como Portugal, onde ainda é possível aspirar a um acesso (mais ou menos) justo a um concurso de colocação em hospitais públicos, deveria esbater diferenças e premiar o mérito. Chegados a este ponto, coloca-se a verdadeira questão: será mesmo assim? Qual o objetivo do exame: ser mera prova de seriação ou identificar bons médicos? É sabido que o programa de formação é abrangente e pouco específico e que o percurso formativo é condicionado pela diferenciação e características específicas dos serviços onde é realizado.

Neste sentido, seria importante primar por garantir critérios nacionais concretizáveis de uniformidade e equidade na avaliação final de Internato. À medida que fui assistindo a exames de candidatos de anos anteriores e ao trocar impressões com outros colegas, pude constatar que a realidade é bem diferente.

Na última edição da tarde do jovem internista, no âmbito do XXXVII Congresso Nacional de Medicina Interna, esta questão foi debatida e foi sugerida a realização de um encontro nacional de presidentes de júri de exames, a fim de esclarecer dúvidas, esbater diferenças, estabelecer consensos e, sobretudo, fomentar a tomada de consciência que os exames são de âmbito nacional.

Retomando a analogia com o percurso escolar, estamos longe do primeiro dia de aulas, pois, encontramonos numa fase da vida fulcral, onde a capacidade de trabalho é máxima. É necessário ter presente que somos médicos gestores impelidos a realizar escolhas difíceis, que adaptamos a nossa inteligência social às necessidades dos confrontos diários, que somos líderes e formadores e, sobretudo, que somos adultos com consciência cívica.

Ainda que alguns aspetos inerentes ao exame nos possam colocar reservas quanto à sua natureza, o mínimo que nos é exigido é que o abordemos da melhor forma possível: com a segurança do nosso percurso, com o mérito do nosso esforço, com a assertividade da nossa confiança. Se assim for, triunfaremos.

Mais um dia na vida



Ricardo Louro Internista, Hospital Particular do Algarve, Alvor

O exame da especialidade é um marco na vida profissional dos médicos. Trata-se de um momento onde se define a classificação de seis anos de trabalho árduo, suor, alegrias e tristezas. Sentamo-nos à frente de um júri constituído por cinco pessoas onde apenas o tutor conhece verdadeiramente o nosso trabalho, enquanto as restantes leram os últimos anos da nossa vida profissional em centenas de páginas repletas de palavras, gráficos e tabelas que tentam expressar o trabalho e o crescimento profissional ao longo do Internato. Trata--se de chegar a um hospital novo e em três dias provar o nosso valor em cada uma das três provas distintas. As palavras que vos posso deixar são que, apesar de se tratar de um momento importante, não é o final nem o início de nada, e só e apenas mais um episódio da nossa vida como médicos. Muito menos importante do que todos os doentes que tratamos e ajudamos ao longo dos anos, de todas as vidas que salvamos, de todos os atos médicos que praticamos e que mudaram o curso da doenca.

A discussão do *curriculum vitae* baseia-se na tão "famosa" grelha de classificação onde são discutidas as atividades do médico, serve para trocar experiências e entender ao que vem o candidato, qual as suas áreas de









amos, para onde vamos...

internos e (recém) especialistas sobre o momento em que somos avaliados.

do internista...

interesse e de que maneira desenvolveu o seu trabalho. Segue-se o momento de que o internista mais gosta, a entrevista clínica e o desenvolvimento do raciocínio médico diagnóstico e terapêutico.

A discussão da história clínica é o momento chave da prova, o momento onde o verdadeiro internista se separa dos demais, onde explana toda a sua ciência do doente como um todo, onde incorpora cada sintoma, cada sinal em complexos síndromes, tentando atingir o mais acertado diagnóstico e partir daí para uma terapêutica correta.

Com dois terços da prova concluída, apenas fica em falta a derradeira prova, as perguntas teóricas, muitas vezes orientadas para as áreas de escolha preferenciais do candidato, o explanar de temas, relatando-os o mais pormenorizadamente possível, mostrando ao júri toda a nossa capacidade teórica e intelectual. Assim terminam, num instante, três dias de pressão com a leitura e afixação da nota final dos candidatos. Segue-se o encher os pulmões de ar fresco ao sabor do sol de final de tarde, os sorrisos, as lágrimas, os parabéns, os telefonemas e mensagens de familiares e amigos e um sentimento misto de exaustão e satisfação.

Foi finalmente consequido o título de especialista em Medicina Interna. Segue-se a comemoração, com o sentimento de dever cumprido. Porém, no dia seguinte vem o momento chave do internista, entrar na enfermaria, na consulta ou no Serviço de Urgência e fazer aquilo que melhor sabe e que, profissionalmente, mais prazer lhe dá... diagnosticar, tratar, ajudar de modo a que o dia de amanhã seja melhor para os doentes do que foi o dia de hoje!

O exame é uma celebração



I. Vasco Barreto Internista, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Oito anos depois de ter feito o meu exame final da especialidade, pedem-me um artigo de opinião sobre "o exame". E pedem-me um olhar "da perspectiva de quem já tem alguns anos de experiência". Vou até um espelho, faço uma careta, encolho os ombros. Volto para o computador e ponho-me a pensar. Está bem, pronto. Alguns anos de experiência... Apesar de ainda me lembrar muito bem de longas passagens do meu exame, a verdade é que nestes anos já estive em vários júris de exame final, além de todos os exames anuais que o meu serviço, onde coordeno a formação, fez desde 2008.

Está certo, portanto. Alguma experiência. Que dizer então, em 3000 caracteres, sobre o exame final? Antes de mais, aviso já que vou fugir à discussão sobre se deveria ou não haver um exame final. Nalguns países, não há exames nem classificações quantitativas na especialidade. Apenas um certificado com o carimbo de qualidade e de credibilidade do serviço. Em Portugal não é assim e não vou entrar por essa discussão. Não vou também tecer considerações relativas a como a nota final de especialidade voltou a ter importância prática, porque isso obrigar-me-ia a dizer palavras impublicáveis acerca dos concursos fechados que têm sido o pesadelo dos internos e dos serviços nos últimos anos. De que vou então falar?

Devo dizer que o exame final, para mim, tem sempre um vago sabor de celebração. É verdade. Tanto como interno (debaixo de fogo, cheio de adrenalina) como na qualidade de elemento do júri (com um sentimento de responsabilidade talvez maior ainda), senti-me sempre um privilegiado. Poder passar horas à volta de uma mesa a discutir impressões sobre um doente ou sobre uma experiência curricular é uma oportunidade de ouro. Alquém ter lido em detalhe o meu CVe ter-se disposto a discuti-lo comigo foi um enorme privilégio. Assim como, mais tarde, ter sido colocado na posição de avaliar os pares.

Porquê uma celebração? Partamos do princípio (nem sempre assegurado) de que nenhum serviço propõe a exame final um candidato que não esteja em condições e este princípio é muito importante, sob pena de estar em causa a própria idoneidade do serviço. Se partirmos desse princípio, e da ideia geral de que é um privilégio, tanto para o candidato como para o júri, estar em volta de uma mesa a trocar impressões sobre a especialidade, teremos de olhar para o momento do exame como para uma festa. (Alguns pensarão: é aqui que entram os violinos. Por que não? A esses, lamento, tenho que dizer: em Medicina está-se melhor em espírito de tertúlia; e uma geração não tem que ser castigada pelas más memórias que assombram a geração anterior, nem pela rigidez teimosa de um ou outro júri anacrónico).

Insisto: uma festa. Para um candidato amadurecido e bem preparado: uma festa. Para um júri amadurecido e bem preparado: uma festa. É bom não esquecer que, quando chega o dia do exame, o trabalho importante já está feito. Ninguém passa a ser especialista em meia dúzia de horas. E, assegurado o princípio de que nenhum candidato é proposto a exame sem ter condições, ninguém varre pelas escadas abaixo o trabalho de cinco anos de um interno e de um serviço.

Para terminar, três dicas: um curriculum de 300 páginas não é necessariamente melhor do que um de 100; a quem for fazer exame, que se prepare bem e que se divirta; a quem for nomeado para um júri, que saiba ser digno do privilégio.

Nota: Artigo escrito segundo o antigo Acordo Ortográfico.







O burburinho em volta dos *Young Internists...*



Andreia Vilas-Boas
Coordenadora do NIMI

Já se perguntaram se estamos sozinhos na Europa?! Se haverá Medicina Interna e sociedades nacionais de Medicina Interna por esses países fora?!

Não, não estamos sozinhos!

Europa fora há Medicina Interna em praticamente todos os países, ainda que em alguns deles em moldes bem diferentes daqueles que temos em Portugal. A Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM) surge da necessidade de unir as diferentes formas de Medicina Interna na Europa e de aprender o melhor de cada uma das realidades.

Com o mesmo propósito surgem os *Young Internists* (YI). Trata-se do grupo mais jovem da EFIM, que reúne internos e jovens especialistas em Medicina Interna dos 34 países membros. Os YI surgem do reconhecimento dos jovens internistas como o futuro da Medicina Interna e como elos fundamentais para o crescimento da nossa especialidade em toda a Europa.

À semelhança do NIMI, os YI têm um subcomité (equiparado ao nosso secretariado), atualmente, composto pela Dr.ª Frauke Weidanz (Reino Unido, presidente), Dr.ª Carla Araújo (Portugal, presidente cessante), Dr.ª leva Ruza (Letónia, secretária), Dr. Pablo Demelo Rodríguez (Espanha), Dr. Alberto Marra (Itália), Dr.ª Ewelina Biskup (Suíça) e Dr. Mikko Parry (Finlândia). No entanto, todos os países membros da EFIM são convidados a ter um representante nas reuniões dos YI, estando sempre Portugal representado, pela coordenadora do NIMI ou outro elemento do secretariado.

Através dos YI, pretende-se que os internos de diversas nacionalidades possam aprender e crescer em conjunto, pretende-se promover o desenvolvimento da carreira e a mobilidade na Europa e ainda tirar partido das redes de contactos para a realização de estudos multicêntricos internacionais – como o recente estudo sobre as condições de trabalho dos internos dos vários países. Neste ponto, estamos de parabéns por termos sido o país com maior taxa de resposta!

Em parceria com os restantes grupos da EFIM, os YI promovem diversas oportunidades formativas que vale a pena não deixar escapar! Eventos como o Young Internists Day no Congresso Europeu de Medicina Interna; o Exchange Program, no qual temos a oportunidade de experimentar durante um mês a realidade de outro serviço de Medicina Interna da Europa; as Escolas Europeias de Verão e de Inverno que, à semelhança da Escola de Verão Portuguesa, constituem em programas intensivos de treino e discussão de assuntos médicos, com alguns dos nomes mais sonantes da Medicina Interna internacional, acrescidos do networking e troca de experiências característico destes eventos europeus; ou do Clinical Research Seminar, que se foca sobretudo no ensino de competências em investigação clínica.

Os YI são também auscultados na maioria das decisões do Conselho Administrativo da EFIM, dando voz à opinião dos mais jovens!

Mais informações sobre os YI em http://www.efim.org/ young-internists ou na página do Facebook®.

"Tarde do Jovem Internista" no XXI Congresso Nacional de MI

Vai realizar-se, no próximo Congresso Nacional de Medicina Interna, a 6.ª edição da "Tarde do Jovem Internista". Andreia Vilas-Boas refere que consiste num espaço dedicado ao NIMI e aos internos de Medicina Interna, no qual se pretende, "por um lado, dar a conhecer o núcleo e as suas atividades e, por outro, discutir

assuntos relevantes à 'sobrevivência' dos internos ao longo do seu percurso".

"Este ano, decidimos dar voz aos talentos que os internistas (jovens e um pouco menos jovens) desenvolvem em áreas distintas da Medicina Interna. Subordinada ao tema 'Internistas out of the box', a 'Tarde do Jovem Internista"

do próximo congresso contará com a presença de internos e especialistas que se distinguem na fotografia, na dança e no teatro, mas também de quem desenvolve projetos de investigação, seja clínica ou laboratorial", adianta a responsável.

Andreia Vilas-Boas refere que "a arte e a ciência, cada uma à sua maneira, enriquecem o internista como indivíduo e, por conseguinte, como médico", sendo a "Tarde do Jovem Internista", "por excelência, um espaço de partilha de conhecimentos e experiências com internos de diferentes pontos do país, em que temos a oportunidade de crescer em conjunto".

"Com este tema, esperamos inspirar-nos e inspirar os nossos colegas a alargar as áreas de conhecimento e de interesse ao mundo da investigação, mas também às diversas formas de arte, pois, como dizia o Prof. Joaquim Pinto Machado, 'nada do que é humano é estranho ao médico'", conclui.





2ND PORTO LIVER MEETING

Acute on Chronic Liver Failure Monothematic Conference



Filipe Nery
ACIM's President, Organizing Committee
of the 2nd Porto Liver Meeting

After the success of the first edition of Porto Liver Meeting in 2014, dedicated to the subject of "Acute Liver Failure", and together with UTHP (Unidade de Transplante Hepato-Pancreática do CHP/ Liver and Pancreatic Transplantation Unit of CHP) and ASCI (Associação de Cuidados Intensivos/ Intensive Care Association), we are going to reedit the 2nd Porto Liver Meeting, this time dedicated to the subject "Acute on Chronic Liver Failure – Monothematic Conference".

It is a subject of extreme actuality, for the first time approached in all the extension of a scientific meeting. Furthermore it is a subject that interests to a great number of medical specialities, like internal medicine, gastroenterology, hepatology, intensive and intermediate care medicine, emergency medicine, etc.

Being a monothematic conference, it will have some particularities, like the existence of only two moderators, co-chairmen's that will conduct the entire meeting. They are Prof. Helena Pessegueiro Miranda, medical chief of the liver transplantation program in Porto and Prof. Richard Moreau, researcher and consultant in

hepatology at Beaujon Hospital, Clichy, France, being also the first author of CANONIC study.

13 international and 8 national speakers are invited and will be present. They are experts in this field of knowledge. We will celebrate, in the 23rd June, not only science, with this 2nd Porto Liver Meeting, but also S.João. It is an iconic night of the city of Porto, bringing thousands and thousands of people to the streets, being a unique opportunity to bring together the utile to the leisure!

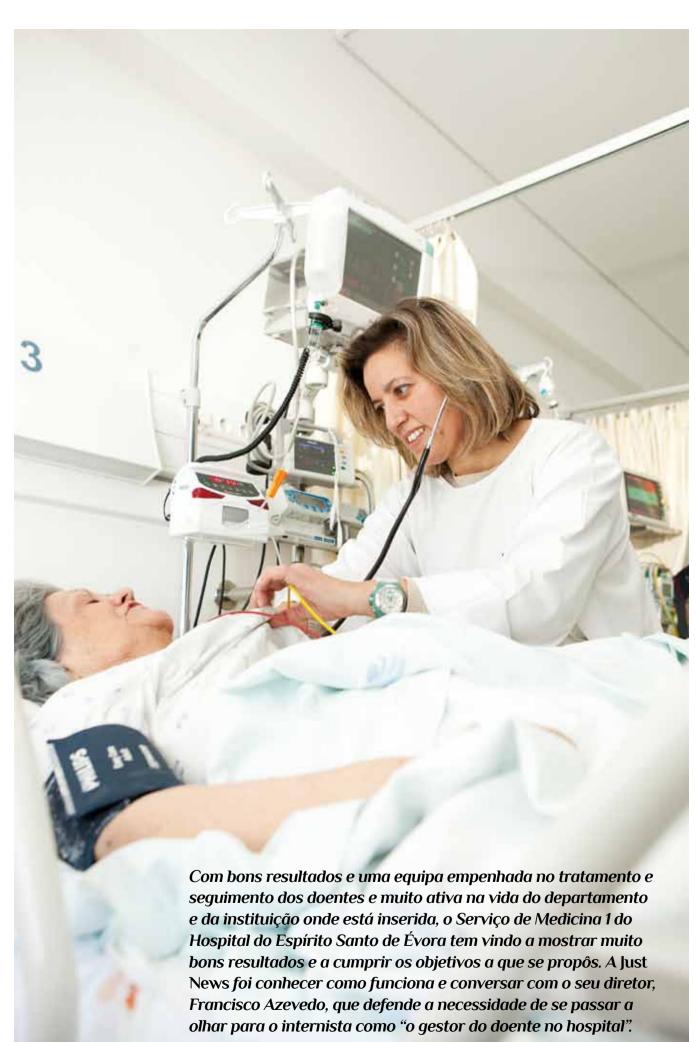
Be very welcome! We wait for you!











FRANCISCO AZEVEDO, DIRE

"Devíamos como o ge

Situado no Edifício do Patrocínio há cerca de 15 anos, e integrado no Departamento de Medicina, desde 2007, altura da constituição do mesmo, o Serviço de Medicina 1 do Hospital do Espírito Santo de Évora é dirigido por Francisco Azevedo e conta com uma equipa empenhada, que cumpre os objetivos de contratualização a que se propôs, preocupando-se com o doente e colocando-o sempre em primeiro lugar.

Como é sabido, a Medicina Interna desenvolve a sua atividade por todo o hospital e este caso não é exceção, tendo os internistas um papel muito ativo e essencial em toda a instituição, sobretudo na Urgência, no Internamento e na Consulta Externa, mas também nas unidades de AVC e de Cuidados Intensivos, entre outras.

Reconhecido como "o médico do doente", o internista é o único profissional que avalia o indivíduo adulto no seu todo. Francisco Azevedo afirma que, em Portugal, a Medicina Interna é forte e dinâmica na sua atuação, "daí ser considerada uma especialidade básica – tal como a Pediatria e a Cirurgia –, no sentido da integração global do trabalho do hospital". No entanto, o nosso interlocutor defende a necessidade de







TOR DO SERVIÇO DE MEDICINA 1 DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA EPE:

passar a olhar para o internista stor do doente no hospital"

uma reforma significativa do sistema de saúde, que passa por olhar para o internista como o "gestor do doente no hospital".

"Neste momento, a Medicina portuguesa é reconhecida como sendo de qualidade, com bons médicos e enfermeiros. Não podemos baixar este nível, temos de melhorar. Para isso, as reformas não podem ser pontuais, decisões tomadas para resolver problemas do momento. Têm de ser pensadas e estruturadas para uma década ou mais. Temos de pensar no futuro", observa.

Serviço mostra bons resultados

Sendo igualmente diretor do Departamento de Medicina, em que o Serviço de Medicina 1 se integra, Francisco Azevedo explica um pouco do funcionamento de ambos. Encontram-se instalados num edifício relativamente recente, com boas instalações e equipamentos. Constituído por várias especialidades médicas — Cardiologia, Dermatologia, Gastrenterologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia Médica, Pneumologia e outras unidades funcionais —, o trabalho deste departamento integra toda a área médica do hospital, dando, em algumas

especialidades, um apoio a toda a região do Alentejo.

"Temos dois serviços de Medicina, ambos com um diretor, três consultores, cinco assistentes e os internos, em número variável", explica Francisco Azevedo.

No que respeita aos recursos humanos, considera que deveriam ter mais médicos. "Se conseguíssemos uma espécie de contratualização, em que os internos, ao terminarem a especialidade, pudessem (sem obrigatoriedade) manter o vínculo ao hospital na altura em que vão começar a ter responsabilidades individuais sem tutorização, por um período de 2-3 anos, penso que seria útil para ambas as partes e que resolveria muitos dos nossos problemas", nota.

Na globalidade, por ano, os dois serviços fazem mais de 10 mil consultas. Dão mais de 2600 altas, têm uma demora média de internamento de 7,5 dias e uma taxa de ocupação de cerca de 95%. Este último é, segundo Francisco Azevedo, um valor elevado. Contudo, muitos serviços do país apresentam taxas de mais de 100%, o que revela falta de camas ou um "fluxo de doentes não organizado". "Temos números, empenho, participação e relevância na vida do hospital, que foi recentemente classificado no top 5", observa.

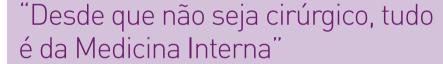
Possuem também boas instalações e os equipamentos de que necessitam para prestar o melhor acompanhamento aos seus doentes. De acordo com o diretor, cada Serviço de Medicina tem 11 monitores multiparâmetros e uma telemetria para seis monitores na sala de enfermeiros. "Isto fez com que pudéssemos diminuir a mortalidade, durante as horas de maior abrandamento de vigilância, perceber e corrigir algumas situações de descompensação mais precocemente e

ter uma monitorização contínua para os que dela necessitam."

Além disso, estão também disponíveis um ventilador *vision* e dois não *vision*, cardiodesfibrilhadores e um ecógrafo de cabeceira de "muita qualidade".

Urgência: é importante alterar mentalidades e fluxos

"Desde há cerca de 30 anos, com o reconhecimento das especialidades pela Ordem dos Médicos, o doente sente algum conforto no tratamento do órgão.



Francisco Azevedo nasceu em Vilar, Cadaval, há 63 anos. Apenas decidiu que queria seguir Medicina na altura do acesso à Universidade. "Aprendi a ser médico e a gostar quando comecei a praticar com os meus doentes." Licenciou-se em 1977, na FMUL. Escolheu especializar-se em Medicina Interna muito por influência do colega e tutor David Morais, internista, especialista em Ecologia Humana e Parasitologia e professor na Universidade de Évora.

"Tinha uma visão muito interessante dos doentes. Foi entusiasmante, porque fiquei com a perspetiva do indivíduo na sua globalidade, no meio em que vive, da sua vida cultural e profissional e da influência de tudo isto no aparecimento e desenvolvimento das doenças e da sua resolução."

Fez o Internato no Serviço que hoje dirige e dedicou-se à sua área de

preferência: risco cardiovascular e diabetes. É também subespecialista em Cuidados Intensivos.

É casado com uma professora e pai de dois filhos médicos. Viaja sempre que pode.











Há doentes com várias doenças graves, seguidos por diferentes especialidades, porém, sem que alguma delas tenha uma responsabilidade integradora global", refere.

Trata-se de doentes complexos que, quando descompensam, recorrem à Urgência, que assume assim, segundo Francisco Azevedo, um papel quase de serviço, na perspetiva de dar resposta a estas situações. Estes médicos acabam por exercer quase um "trabalho de enfermaria", com a permanência cada vez mais prolongada dos doentes.

"Muitas pessoas vão cerca de 20 vezes ou mais por ano à Urgência e têm múltiplos internamentos. São doentes graves, em crise, que necessitam de apoio, e este é o local preferencial de escolha ou de mais fácil acesso", menciona. E acrescenta: "É necessário arranjar uma solução para estes casos e, qualquer que seja a opção, os internistas devem estar presentes. É importante melhorar a Urgência. Como está, representa um problema para os profissionais e para os doentes", sublinha.

Medicina Interna é uma especialidade polivalente

Nas consultas externas do Hospital do Espírito Santo de Évora, os internistas atuam, para além da Medicina Interna em geral, nas áreas a que cada um se dedica – como a diabetes ou as doenças autoimunes

Dentro do Departamento, há um "número elevado" de consultas de Telemedicina, que dão apoio sobretudo à Medicina Geral e Familiar, em zonas como o Baixo Alentejo, com especial destaque para a Dermatologia.

Porque a Medicina Interna é "uma especialidade polivalente", estes médicos têm um papel de grande importância no que respeita ao Servico de Internamento, que conta com um total de 60 camas para as medicinas. No total, o Departamento tem 103 camas.



Serviço de Urgência: um espaço "muito difícil de gerir"

Luísa Rebocho é internista do Serviço de Medicina 1 e durante muito tempo manteve a sua atividade assistencial em enfermaria de Medicina e na Unidade de AVC, da qual é atualmente responsável.

Está, desde há alguns anos, a tempo inteiro na Unidade de AVC e assegura o acompanhamento destes doentes em Enfermaria de Medicina, quando necessário, após internamento na Unidade, para continuação de cuidados.

Continua, como não podia deixar de ser, na Urgência e, segundo indica, este é um "tema difícil": "É como se fosse a cara do hospital, uma porta aberta para tudo."

No seu entender, trata-se de "um espaço muito difícil de gerir", quer para os doentes, quer para os vários profissionais de saúde que tentam dar resposta aos múlti-

plos problemas que surgem, muito para além da emergência

"Passam pela urgência doentes agudos graves, idosos com várias morbilidades, que graças à Medicina atual vão sobrevivendo e a Medicina Interna tem aqui um papel muito importante, porque vê o doente como um todo", indica.

Além desta situação, Luísa Rebocho considera ainda que os recursos humanos não são suficientes, principalmente em dias de elevada afluência de doentes.

A urgência é composta pela sala de observação (SO), com oito camas com monitorização, pela sala de diretos, pelos balções de Medicina (homens, mulheres), pelo balcão de Cirurgia e de Ortopedia e, ainda, por um espaço intermédio - a denominada sala de monitorização (SM), também com oito camas, destinada a doentes que necessitam de maior vigilância, enquanto decorre a avaliação e decisão de internamento.

Internistas: a base da Unidade de AVC

A Unidade de AVC recebe uma média de 200 doentes/ano, isto é, cerca de 80% dos doentes que entram no hospital por AVC. Neste espaço trabalha uma equipa multidisciplinar centrada no doente, que conta com dois internistas a tempo inteiro e Luísa Rebocho com a colaboração da Neurologia, da Fisiatria, da Neurorradiologia e da Neuro-

Engloba ainda uma equipa de enfermagem, com enfermeiro de reabilitação, e o trabalho diário de uma equipa de reabilitação com Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala, bem como uma assistente social.

A unidade dispõe de seis camas de fase aguda, mas conta com as da enfermaria, no Serviço de Especialidades Médicas, para continuação de cuidados.

A Via Verde de AVC decorre no espaço do Serviço de Urgência, sendo assegurada pelos internistas. "O conhecimento da Neurologia é fundamental para o tratamento destes doentes, que são hipertensos, diabéticos e apresentam fibrilhação auricu-

> lar, doença cardíaca isquémica e dislipidemia, entre outras. Contudo, o papel do internista na avaliação global do doente como um todo é imperativo", menciona.

> Existe ainda uma Unidade de Convalescença que, apesar de estar fisicamente situada dentro do hospital, pertence à Rede de Cuidados Continuados. Doentes de qualquer hospital podem ser referenciados para este espaço, em função da incapacidade que têm e do tipo de reabilitação de que necessitam.

> Luísa Rebocho não pode deixar de fazer referência a algo de que muito se orgulha: um grupo de apoio a doentes com AVC e família/cuidador. Segundo indica, este tem efeitos muito positivos na reabilitação dos doentes, bem como no envolvimento das famílias no processo de reabilitação e reintegração.

> Para terminar, Luísa Rebocho afirma que a Medicina Interna é, cada vez mais, uma especialidade que "exige muito dos médicos". "Fico contente quando os jovens escolhem esta área como primeira opção."

> Acredita que, no futuro, a Medicina Interna irá ter um papel cada vez mais importante. "A Medicina tende a diferenciar-se em procedimentos muito específicos à medida que as técnicas avançam. Contudo, será sempre necessário haver um internista para entender o doente no seu conjunto e tratá-lo nas suas várias doenças", conclui.













"Os serviços de Medicina de praticamente todo o país sofrem uma pressão enorme da Urgência", afirma, referindo que cerca de 95% dos internamentos do espaço que dirige são feitos pela urgência.

Para Francisco Azevedo, esta situação é "inaceitável", por considerar que os hospitais não podem estar organizados desta forma. "A Urgência não pode ser o coração e o núcleo da estrutura hospitalar, em que tudo depende de si."

Outro aspeto que o diretor realça é a dificuldade na resolução dos casos de doentes internados com a necessidade de cuidados continuados ou paliativos, ou por questões sociais, em que as famílias não têm condições para os receber e acompanhar.

"Na última década, houve uma mudança significativa com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, em que passámos de zero para 7500 camas, nas várias valências", indica.

E desenvolve: "Isto dá-nos uma ajuda, mas temos de ter capacidade para apoiar os doentes no domicílio. Os cuidados primários têm um desenho de estrutura, com equipas para esta função, mas não têm pessoal suficiente."

O Internamento Domiciliário, já experimentado noutros países, partilhado por internistas e médicos de família, poderia – considera Francisco Azevedo – resolver muitos problemas e ajudaria à compreensão das dificuldades dos utentes, das famílias e dos profissionais.

Na sua opinião, as reformas na área da

Saúde são difíceis. No entanto, nos últimos anos, não têm sido objetivas e não vão ao encontro das populações e dos profissionais.

"A Medicina Interna tem de estar no centro, é uma especialidade *pivot*, há necessidade de valorizar mais estes especialistas e de melhorar a sua formação em áreas como a dos cuidados paliativos e a da Geriatria, para que possam desempenhar a sua atividade de modo ainda mais abrangente.

Ser médico é cuidar do doente

Os internistas do Serviço de Medicina 1 têm, também, um importante papel nas unidades de Cuidados Intensivos e de AVC, ambas dirigidas por médicos da especialidade.

Francisco Azevedo nota que o espaço conta, também, com diversos apoios: "Temos um laboratório de ecografia, para apoiar os dois serviços e a Unidade de AVC, e, ainda, um laboratório respiratório e um de sono, entre outros."

Para terminar, lembrando que fez o Internato da especialidade no Serviço que hoje dirige, Francisco Azevedo afirma que faz o seu trabalho com muito gosto e sem dificuldade.

"Sou um médico dos doentes e não das administrações. Sempre entendi que ser médico é cuidar dos doentes, respeitar o seu sofrimento e aliviá-lo com competência. É assim que me tenho dedicado totalmente à especialidade e sobretudo aos utentes", indica.

TIAGO TRIBOLET DE ABREU:

"Não concebo um bom intensivista que não tenha por base ser internista"

Internista no Departamento de Medicina 1, Tiago Tribolet de Abreu fala da Consulta Externa e da sua ligação com as restantes vertentes e, ainda, da Unidade de Cuidados Intensivos, onde presta também serviço.

Esta tem uma equipa permanente de três internistas com a subespecialidade de Cuidados Intensivos e conta com a colaboração de médicos de várias especialidades, que "fazem muito da Medicina Interna", algo que, na perspetiva de Tiago Tribolet de Abreu, "faz todo o sentido".

"Não concebo um bom intensivista que não tenha por base ser internista, apesar de se caminhar hoje no sentido do intensivista exclusivamente intensivista", observa.

Além disso, defende que os médicos que trabalham nesta área deveriam, por exemplo, a cada cinco anos, passar seis meses na enfermaria e vice--versa.

"Os Cuidados Intensivos recebem o fim de linha de doentes de muitos outros serviços e tudo funciona melhor se comunicarmos bem e percebermos o trabalho dos outros", justifica.

No que respeita às necessidades da unidade, Tiago Tribolet de Abreu destaca que o ideal seria ter mais uma cama, o que permitiria dar formação a internos de todas as especialida-

des. "Isto é algo que está pedido há muito tempo e não se resolve!"

Como foi já referido, os médicos do Serviço de Medicina 1 fazem as habituais consultas de Medicina Interna em geral e, ainda, de áreas específicas – diabetes, patologia da tiroide, doenças autoimunes e doenças cerebrovasculares.

"A consulta geral, onde tudo é avaliado, tem uma grande interação com o pós--internamento, que considero muito importante", refere Tiago Tribolet de Abreu, indicando que isto lhe permite dar altas mais precoces, quando assim se justifica, uma vez que tem a possibilidade de poder sequir o doente.

Para terminar, o entrevistado não deixa de falar "na menina dos seus olhos": um ecógrafo de cabeceira com sonda cardíaca, vascular e abdominal, que ajuda a avançar a avaliação física do doente.

"Isto auxilia os internistas, que podem assim ser mais autónomos em toda a sua atividade. Ajuda-os a fazer cada vez mais procedimentos e a gerir os doentes por eles próprios", conclui.

"SEMPRE ENTENDI QUE SER MÉDICO É CUIDAR DOS DOENTES, RESPEITAR O SEU SOFRIMENTO E ALIVIÁ-LO COM COMPETÊNCIA. É ASSIM QUE ME TENHO DEDICADO TOTALMENTE À ESPECIALIDADE E SOBRETUDO AOS UTENTES", INDICA FRANCISCO AZEVEDO.







JOÃO GORJÃO CLARA, PRESIDENTE DA 1.ª REUNIÃO DO GERMI:

"Medicina Interna e Geriatria são afins e não antagónicas"

Foi em novembro de 2009 que o Grupo de Estudos de Geriatria da SPMI (GERMI) deu os seus primeiros passos, no Hotel dos Templários, em Tomar. E foi precisamente no mesmo local que, nos dias 12 e 13 de março, teve lugar a 1.ª Reunião do GERMI. Com este evento, pretendeu-se otimizar os conhecimentos dos internistas e de outros especialistas na área da Geriatria, cada vez mais importante nas sociedades envelhecidas, como salienta João Gorjão Clara, responsável pelo evento e especialista em Geriatria.

"Um geriatra, antes de ter esta competência, é internista. É assim em quase todos os países da Europa, daí se tratar de duas áreas afins e não antagónicas", salienta João Gorjão Clara, especialista em Geriatria, professor de Geriatria na FMUL, coordenador da Unidade Universitária de Geriatria da FMUL/CHLN, coordenador do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI e responsável pela Consulta de Geriatria do Hospital Pulido Valente (HPV-CHLN).

João Gorjão Clara salienta a importância da formação para dar resposta às

necessidades geriátricas dos doentes, recordando que "esta 1.ª Reunião do GERMI pretendeu ser o mais abrangente em termos de temáticas, já que todos os profissionais, como os internistas, sentem cada vez mais necessidade de dar resposta aos casos de doentes idosos com problemas complexos".

"Face à elevada procura de formação em Geriatria, o que se verificou na forte adesão ao 6.º Curso de Geriatria do GERMI, realizado em janeiro, os internistas e outros profissionais tiveram a possibilida-





de de otimizar os seus conhecimentos", sublinha o coordenador do GERMI, lembrando os temas que estiveram em destaque, relacionados com quedas no serviço de urgência, a abordagem do défice auditivo, osteoartrose, problemas nutricionais no idoso, demência, fragilidade, inovações e controvérsias em Geriatria. João Gorjão Clara frisa que "a necessidade de formação em Geriatria não significa que os profissionais de saúde sejam incompetentes". Pelo contrário, "o que se pretendeu com esta reunião foi atualizar e otimizar o seu trabalho, quando têm de tratar doentes geriátricos, uma situação cada vez mais comum devido ao envelhecimento da popula-

E faz uma analogia: "Qualquer médico está preparado para atender uma criança, mas ninguém duvida que o pediatra é o profissional que mais competência e conhecimentos tem para o fazer. Passa-





-se o mesmo na Geriatria, relativamente aos idosos."

Internistas têm um papel fundamental no tratamento do idoso

O responsável pela Consulta de Geriatria do Hospital Pulido Valente (CHLN) considera que Portugal ainda tem um longo percurso a cumprir para conseguir que a Geriatria seja vista como peça-chave no tratamento dos mais velhos:

"Nem todas as pessoas de idade avançada são pacientes geriátricos. Isso é uma falsa ideia. Dos idosos internados, estima-se que sejam 15% aqueles que necessitam destes cuidados em unidades de Geriatria, embora todos tenham particularidades que condicionam as manifestações clínicas, a estratégia diagnóstica e as opções terapêuticas. Para estes, também é preciso atualizar conhecimentos e otimizar a intervenção médica."

E continua: "A aposta na Geriatria traria vantagens também a médio e longo prazo, porque os doentes teriam uma melhor qualidade de vida e, paralelamente, o SNS teria menos (re) internamentos, menor agudização de doenças que exigem vários cuidados, menos gastos."

Com o aumento da importância da Medicina Interna, também se tem chamado mais a atenção para os problemas complexos e bem específicos dos idosos. Por exemplo, os mais velhos apresentam, em regra, situações clínicas crónicas que exigem polimedicação. "A toma de vários medicamentos arrasta o risco de ações secundárias, da cascata medicamentosa, de maior incidência de idiossincrasia. É assim importante saber ver e identificar estas situações."

Os internistas, tendo uma visão holística do paciente, "precisam de formação contínua em Geriatria para darem resposta aos seus utentes de maior idade e identificar os que beneficiarão mais de internamento na Unidade de Geriatria do que no Servico de Medicina Interna."

Mas João Gorjão Clara acredita que os internistas estão recetivos à formação nesta área. "O GERMI foi criado em novembro de 2009 e a aceitação deste grupo na SPMI foi muito fácil e rapidamente conquistou aderentes."

O facto de a 1.ª Reunião do GERMI ter tido lugar no Hotel os Templários, em Tomar, foi também uma forma de relembrar a criação do Núcleo. "Foi precisamente neste local, lindíssimo, que um grupo de dez médicos deu início ao GERMI, em novembro de 2009", recorda João Gorjão Clara.















Secretário de Estado na sessão de abertura

"A Geriatria é transversal e todos os profissionais de saúde têm o dever ético de aprender mais sobre as particularidades dos idosos", afirmou João Gorjão Clara na sessão de abertura da reunião, presidida pelo secretário de Estado Fernando Leal da Costa. A investir nesta área há vários anos, realçou a importância deste evento, que reúne pessoas de várias especialidades, "porque todos os profissionais veem idosos e precisam conhecer as particularidades das idades mais avançadas".

O coordenador do GERMI agradeceu o apoio do Ministério da Saúde e da Ordem dos Médicos, esclarecendo: "O Sr. Bastonário não pode estar presente, mas enviou um *e-mail*, relembrando a importância da aposta na área geriátrica e como se sente satisfeito por ter sido no seu mandato que se reconheceu a Geriatria como uma competência."

Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da SPMI, relembrou,

por sua vez, que a sociedade portuguesa precisa reconhecer a importância desta competência da saúde para melhorar a qualidade de vida da população idosa e evitar determinados problemas. E dá um exemplo: "Uma das consequências de não existir uma adaptação às particularidades dos doentes geriátricos foi o caso recente das urgências hospitalares." Fernando Leal da Costa, secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde, garantiu que os especialistas na área podem contar com o apoio do Ministério da Saúde "para darem a melhor qualidade de vida aos mais idosos". O governante acrescentou ainda que "se deve apostar na formação dos recursos humanos em saúde, mas também em estruturas que

A sessão de abertura contou ainda com a presença de Polybio Serra e Silva, Gomes Ermida, Nuno Canova Xavier, Sofia Duque e Heidi Gruner.

permitam cuidados diferenciados a estes doentes"

Nas próximas duas páginas, reproduzem-se alguns textos originalmente publicados no *Jornal da 1.ª Reunião do GERMI*.





Problemas nutricionais no idoso



Manuel Teixeira Veríssimo Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Os problemas nutricionais são frequentes nos idosos, quer devido ao envelhecimento em si, quer devido às doenças crónicas e problemas sociais que frequentemente estão presentes.

Os idosos apresentam essencialmente três tipos de problemas nutricionais: a obesidade, os défices isolados em micronutrientes e a desnutricão. A obesidade, embora deva ser prevenida, já que continua a comportar malefícios, não é todavia a mais problemática, até porque é muito menos frequente do que na população mais jovem.

O défice isolado em micronutrientes, não sendo um problema grave, tem importância porque aparece muitas vezes em idosos aparentemente bem nutridos, mas que, devido a alimentação pouco variada, desenvolvem carências num determinado mineral ou vitamina, favorecendo o aparecimento de diversos tipos de doença, como infeções, anemia e perturbações cognitivas, entre outras.

A desnutrição é realmente o grande problema nutricional dos idosos, estando presente, de acordo com vários

Os níveis de dependência são altos, existindo 41,8% da

população idosa com algum nível de dependência e/ou,

pelo menos, uma doença crónica, posicionando Portu-

gal no 2.º lugar na União Europeia, onde os idosos têm

Face ao aumento do nível de dependência e nível de

complexidade de cuidados, as instituições de cuidados

em Portugal, neste momento, estão pouco preparadas

Paralelamente, assiste-se, nos países onde a Geriatria,

como ciência, se encontra mais desenvolvida, a institui-

cões de cuidados que já adaptaram e modificaram a sua

visão e intervenção, adotando modelos, metodologias

mais próximos das necessidades e anseios da população

e com pouca capacidade de dar resposta adequada.

maior limitação nas atividades da vida diária.

estudos, em cerca de um a 15% dos idosos vivendo no domicílio, 25 a 60% dos residentes em lar e 30 a 65% dos internados em hospitais. É favorecida por diversos fatores associados ao envelhecimento, como os sociais, económicos, físicos, psíquicos e funcionais, e tem repercussões deveras importantes neste escalão etário, aumentando significativamente a sua morbilidade e mortalidade.

Por isso, a avaliação do estado nutricional deverá ser uma prática rotineira nos idosos, particularmente naqueles em que o risco é maior, como os institucionalizados e os mais fragilizados. O instrumento mais usado para este fim é o "Mini Nutritional Assessment" que, tendo sido desenvolvido especificamente para idosos, permite, de um modo não invasivo, fácil e rápido, classificar os idosos em bem nutridos, em risco de desnutricão e desnutridos.

A alimentação equilibrada nos seus constituintes (energia, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerais, fibra e água), variada e adequada ao gosto de cada idoso, é a pedra angular da prevenção dos problemas nutricionais dos idosos.

Humanitude, uma necessidade nos cuidados geriátricos portugueses

idosa.



Rafael Efraim Alves Enfermeiro e formador da Humanitude

Neste sentido, a Humanitude é uma metodologia de cuidados geriátricos, com foco na relação entre cuidadores e pessoas cuidadas, que potencia e capacita os cuidadores de técnicas relacionais, podendo ser considerada uma tecnologia-relacional não-farmacológica.

Esta metodologia é passível de ser introduzida e replicada em diferentes realidades de cuidados, tendo um dos seus maiores contributos nos cuidados às pessoas com maior dependência física e cognitiva, como no caso de quem sofre de demência com quadros de agitação, onde existe uma limitada ação farmacológica.

Estudos desenvolvidos após e durante a implementação da Humanitude, em França, Portugal e Japão, apresentam resultados semelhantes na diminuição da frequência e intensidade dos comportamentos de agitação, após a formação e durante um ano, apresentando cerca de 63% e 89%, respetivamente.

Estudos exploratórios revelam que a implementação desta metodologia levou à diminuição do grau de dependência em 14% e da taxa de acamamento em 30%, contribuindo para um aumento na qualidade de vida das pessoas cuidadas e a uma redução financeira nos custos associados aos cuidados.

A Humanitude é uma ferramenta cuidativa de elevado valor, por ser replicável e ter resultados tangíveis com resultados no idoso e no cuidador. Neste sentido, torna--se num investimento que os profissionais de saúde portugueses têm que potenciar para enriquecer a intervenção às pessoas idosas mais dependentes e vulneráveis, à semelhança do que já se passa em países homólogos.

A população idosa portuguesa apresenta um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade. Em 2011, a percentagem desta população era de 19,2%, prevendo--se o aumento de 32,3%, em 2060, e a existência de 1,3 milhões de pessoas com mais de 80 anos.





Fragilidade - diagnóstico



Eduardo Haghighi
Assistente hospitalar de Medicina Interna,
Hospital de Vila Franca de Xira

As sociedades e, particularmente, a Medicina dos nossos dias têm-se deparado com uma população crescentemente mais idosa. Nesse contexto, principalmente no meio hospitalar, não têm sido raras as vezes em que se mencionam expressões tais como "doente geriátrico" ou "idoso frágil". Do ponto de vista puramente nominativo, tem sido positiva a familiarização e o uso destes "adjetivos".

Mas, e se afirmarmos que somente cerca de 15% dos idosos internados é que são "doentes geriátricos"? E se mencionarmos que num estudo realizado com mais de 5000 idosos (*Cardiovascular Health Study Index*) se tenha concluído que aproximadamente 7% dos idosos da comunidade eram "idosos frágeis"? Tais declarações fazem-nos certamente questionar sobre a verdadeira definição destes conceitos.

Então e o que é fragilidade? Numa pesquisa exaustiva em torno da bibliografia existente, constatamos que muitas associações têm sido feitas entre o termo "frágil ou fragilidade" e outros conceitos, tais como: "declínio, vulnerabilidade, fraqueza; maior risco de institucionalização, de queda, de debilidade; e maior risco de mortalidade". Ainda se tem mencionado que a fragilidade se pode associar a défice cognitivo ou mesmo que pode ser fator preditivo de um maior número de complicações intra e pós-cirúrgicas.

Perante múltiplas definições propostas, tais como "perda de função, força e reserva fisiológica, condicionando o aumento da vulnerabilidade e mor-imortalidade" (UpToDate) ou "estado de aumentada vulnerabilidade a agressores devido ao declínio da reserva fisiológica a nível neuromuscular, metabólico e imunológico" (American Geriatrics Society/National Institute on Aging Conference, 2004) e à aparente falta de uniformidade

entre autores, Ferruci afirmou, em 2006, que "Our gerontological souls are still bleeding".

Este conjunto de condições e consequências, que permitiu atribuir a este problema o estatuto de *síndrome* de Fragilidade (*Frailty Syndrome*), contribuiu para que, em 2007, Fried determinasse os critérios de diagnóstico consensualmente mais aplicados na comunidade científica geriátrica, nomeadamente: perda ponderal involuntária superior a 5% do peso corporal nos últimos 12 meses; autorrelato de exaustão na execução de esforços previamente tolerados; a existência de diminuição na força de preensão; a presença de uma marcha lenta para uma determinada distância; e atividade física diminuída medida em quilocalorias gastas por semana. Falar-se-ia em fragilidade se na presença de 3 ou mais critérios; pré-fragilidade se na presença de 1 ou 2 critérios; robustez na inexistência destes.

Em suma, o que dizer sobre uma arma diagnóstica objetivável e mensurável, que permite ao clínico prever que determinado idoso poderá desenvolver um declínio clínico cataclisticamente rápido e com alta taxa de morbimortalidade?

Tudo isto sabendo que esta situação poderá ser adequadamente abordada e reversível?

Défice auditivo: o ponto de vista do geriatra



Sofia Duque Secretária da Coordenação do GERMI

O défice auditivo é um problema comum nos idosos e com potencial impacto na sua autonomia e qualidade de vida, podendo ser responsável por problemas de comunicação e compreensão, isolamento social, depressão e deterioração cognitiva.

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) apontam para que cerca de 20% dos idosos apresentem

défice auditivo, verificando-se aumento da prevalência com a idade, de forma que 35% dos indivíduos com 80 ou mais anos reportam este problema de saúde.

Apesar disso, o défice auditivo é frequentemente subdiagnosticado, em parte pelo preconceito instalado na comunidade, e partilhado por muitos profissionais de saúde, de que o défice auditivo é uma condição inevitável do envelhecimento. Atualmente, não existem normas de orientação clínica nacionais ou internacionais para o rastreio sistemático do défice auditivo em idosos.

O tratamento é habitualmente da responsabilidade partilhada dos otorrinolaringologistas e audiologistas, mas todos os profissionais de saúde que lidam com o doente idoso, em particular os médicos internistas / geriatras e os médicos de família têm um papel ímpar na valorização e deteção precoce deste problema e adequado encaminhamento. As queixas de défice auditivo ou suas repercussões (por exemplo, utilizar o televisor com som muito alto) devem ser incluídas na anamnese, bem como a predisposição familiar, a exposição prévia a ruído excessivo e o consumo de fármacos ototóxicos.

No caso de suspeita deste problema de saúde, e considerando-se haver benefício de avaliação e intervenção especializada e motivação do doente, deve-se referenciar

à Otorrinolaringologia. É comum verificar-se uma grande resistência à utilização de próteses auditivas, contribuindo para isso o custo elevado dos dispositivos e os resultados frequentemente insatisfatórios no caso dos dispositivos comercializados por entidades não certificadas e sem controlo de qualidade, como acontece com várias próteses auditivas publicitadas na comunicação social.

O geriatra tem um papel fundamental na informação do doente sobre a utilidade e eficácia das próteses auditivas comercializadas por entidades idóneas, com supervisão de otorrinolaringologista e audiologista.

O geriatria pode ainda estimular e ensinar estratégias de comunicação não-verbal que facilitem a comunicação com o idoso, incluindo indicações básicas como complementar o discurso com gestos expressivos, incentivar o uso dos óculos pelo idoso e falar de frente para o mesmo, pronunciando bem e pausadamente as palavras para que o idoso efetue leitura labial.

É fundamental que a nível institucional e nacional se estabeleçam protocolos de rastreio de défice auditivo nos idosos, com eventual uso sistemático de ferramentas de rastreio, como, por exemplo, o questionário *Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening*.





Associação de Doentes com Lúpus protege os utentes desde 1992



Carlos Ferreira
Presidente da Direção da Associação
de Doentes com Lúpus

A Associação de Doentes com Lúpus foi fundada em janeiro de 1992, obteve o estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social de Utilidade Pública em 26 de janeiro de 1993 e em 11 de abril de 2011 foi reconhecida pela Sra. Ministra da Saúde, Dr.ª Ana Jorge, como sendo uma Associação de Defesa dos Utentes da Saúde e de âmbito nacional.

- Apresenta como principais objetivos:
- Divulgar a doença
- Apoiar os doentes e as suas famílias
- Promover os direitos dos doentes com lúpus
- Promover a investigação médica sobre lúpus e a sua terapêutica
- Dinamizar a cooperação com associações congéneres nacionais e estrangeiras

Muitos dos médicos envolvidos na fundação do NEDAI, em 1993, estiveram também ligados à fundação da Associação de Doentes com Lúpus.

Tanto a população como os profissionais de saúde, sobretudo médicos e enfermeiros, começam a estar mais atentos aos sintomas e sinais da doença e, por isso, mais despertos para reconhecer esta patologia.

Como parece existir uma maior incidência e prevalência da doença, as campanhas de sensibilização são extraordinariamente úteis, por isso, no dia 10 de maio – Dia Mundial do Lúpus –, a Associação promove iniciativas no sentido de divulgar este dia, tornando a doença mais conhecida.

De dois em dois anos, é organizado um Encontro Nacional, com doentes, familiares e amigos.

Como o lúpus é uma doença crónica, tem para o doente um impacto fortíssimo, quer na sua atividade física como na capacidade de trabalho, relacionamento familiar ou social.

Chamar a atenção para estes factos parece da maior relevância, por isso, este Encontro Nacional, com doentes, familiares e amigos, no decorrer do qual todos confraternizam e trocam as suas experiências pessoais no que toca à sua forma de lidar com esta doença.

Este acontecimento conta sempre com a presença de um painel de médicos, (de várias especialidades), para responderem a questões colocadas pelos doentes, bem como cabeleireiros e esteticistas, que ensinam os doentes a disfarçar os problemas de pele causados pela doença.

Com sede provisória na Praça João do Rio, n.º 9 r/c Dt.º, em Lisboa, a Associação funciona todos os dias úteis entre as 09:00h e as 18:00h e tem núcleos em Matosinhos, Angra do Heroísmo, Funchal, Ponta Delgada e Olhão.

Disponibiliza serviços, tais como:

- Linha Verde 800 200 231 *de atendimento gratuito*, de informação ao público em geral e de apoio aos seus associados;
- Lares residenciais em Lisboa (com 14 camas) e em Matosinhos (8 camas), os quais se destinam a acolher doentes que se deslocam a estas cidades para consultas, tratamentos, etc., podendo fazer-se acompanhar de uma pessoa, ficando aí alojados gratuitamente.

Tem exercido um papel interventivo, através dos contactos e pressões mantidos com o Governo, conseguindo assim que aos doentes com lúpus fossem reconhecidos determinados direitos:

- A Portaria n.º 1063/94, de 2 de dezembro, que os isenta do pagamento de todos os medicamentos comparticipados pelo Estado e que foi, em junho de 2003, revogada pelo Despacho n.º 11.387-A/2003;
- A Portaria n.º 349/96, de 8 de agosto, que os isenta do Pagamento de Taxas Moderadoras. (Esta portaria deixou, entretanto, de ter efeito, por força do Dec. Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro). Atualmente, apenas os doentes com lúpus que tenham uma incapacidade igual ou superior a 60%, ou que estejam em situação de insuficiência económica comprovada, é que continuam isentos do pagamento destas taxas.

A Associação tem-se disponibilizado e participado em vários projetos de investigação clínico-laboratoriais, sobretudo em colaboração com diferentes centros clínicos nacionais que fazem parte integrante do NEDAI.

Estes projetos resultaram em diferentes comunicações e publicações nacionais e internacionais.

Reflexão final

O envolvimento de múltiplos especialistas no tratamento de um doente lúpico pode resultar na falta de coordenação, na descontinuidade dos cuidados prestados, no aumento das ações secundárias dos fármacos e da sua toxicidade, porventura, no aumento dos custos prestados e também em desconforto para o doente, que gosta de ter um médico a quem se dirigir.

Estes problemas aumentam quando o doente se apresenta com mais de uma doença autoimune, situação que não é rara, visto que uma doença aumenta o risco de poderem ocorrer outras. Percebe-se, também, que se aparecerem complicações que estejam fora do âmbito da especialidade presente, obriga a recorrer a outros recursos. Daí ser importante que na qualidade dos cuidados médicos prestados haja médicos competentes nestas áreas e que trabalhem conjuntamente, numa equipa multidisciplinar, para benefício do doente e da comunidade.

A doença lúpica e as doenças autoimunes (sistémicas) em geral são uma área de conhecimento e experiência (competência) dentro da Medicina Interna. Ao terem surgido novos aspetos clínicos, novos conhecimentos, novas terapêuticas, maior sobrevivência, mas também maior morbilidade, tudo isto conduziu a um conceito translacional do conhecimento, a maior complexidade e à necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Os cuidados de qualidade que se exigem face aos novos desafios e necessidades requerem coordenação, renovação e efetiva comunicação entre médicos e isto implica novos caminhos para os médicos e para as instituições.

Organizar é tornar-se semelhante a um organismo e neste as diferentes funções são desempenhadas por órgãos distintos, incapazes de se substituírem entre si e concorrendo todos, na sua interação de conjunto.

Este paradigma parece-me eloquente. Se a evolução da ciência fez surgir as múltiplas especialidades, necessárias e fundamentais, tem depois que se determinar as relações entre esses elementos e coordená-las

Mas todo este processo vai requerer uma orientação e um responsável, que tem no internista um interlocutor importante, até porque muitos dos doentes sentem-se um pouco perdidos, por inúmeras especialidades, sentindo a falta do médico gestor da sua doença, e sentem-se, por vezes, muito confusos por opiniões diferentes.







13TH MEDINTERNA INTERNATIONAL MEETING

"New Avenues in Autoimmunity"



Carlos Dias

Chefe de serviço de MI do Hospital de São João. Presidente do 13th Medinterna International Meeting

ESTE CONGRESSO, AO LONGO
DE 13 EDIÇÕES, CONQUISTOU
UM LUGAR NA REDE DE
CONGRESSOS EUROPEUS
DE AUTOIMUNIDADE, COM
PRESTÍGIO NACIONAL
E INTERNACIONAL.

Realizou-se, de 12 a 14 de fevereiro de 2015, o 13th Medinterna International Meeting, com o tema "New Avenues in Autoimmunity", na Fundação Cupertino de Miranda, Porto.

Este congresso, ao longo de 13 edições, conquistou um lugar na rede de congressos europeus de autoimunidade, com prestígio nacional e internacional. São muitos os cientistas, de muitos centros de referência europeia, que, anualmente, participam neste congresso, para trazer os mais recentes avanços na investigação dentro da autoimunidade.

Dentro dos temas abordados, salientamos, no dia 12, durante a manhã, a conferência do Prof. Yehuda Shoenfeld, de Telavive, presente desde a 1.ª edição, que defendeu a teoria da higiene, procurando demonstrar que a presença de infestação por certos parasitas, como os helmintas, pode ter um efeito protetor sobre o desencadear de certas doenças autoimunes.

O Prof. José Delgado Alves apresentou a problemática relacionada com o desenvolvimento de imunogenicidade por certos agentes biológicos, sobretudo os anti-TNF, demonstrando que estas drogas desenvolvem anticorpos antidroga ao longo do tempo, diminuindo, assim, a sua eficácia. O Dr. João Faro Viana definiu, através de alguns exercícios interativos, a sensibilidade e especificidade da determinação laboratorial de autoanticorpos e explicou como, por vezes, podemos obter resultados enganadores, recomendando alguns cuidados na interpretação e valorização desses resultados.

Pudemos assistir a uma mesa-redonda sobre artrite reumatoide, em que foi abordado o problema das erosões ósseas e a sua explicação patogénica. O Prof. Carlo Selmi desenvolveu alguns aspetos da artrite psoriática, salientando sobretudo aspetos genéticos.

Um grupo de investigadores do Instituto de Biologia Molecular da Faculdade de Medicina de Lisboa apresentou, sumariamente, a investigação que está a decorrer sobre a correlação entre os vasos sanguíneos e o osso, salientando o papel da homocisteína, a relação entre inflamação e vias de remodelagem óssea e a artrite reumatoide como um modelo de aterosclerose.

Um cientista turco percorreu alguns aspetos relacionados com a etiopatogenia e a terapêutica da doença de Behçet, com especial ênfase nos aspetos genéticos.

Sobre gravidez não planeada e doenças autoimunes, foram apresentadas algumas recomendações e alguns aspetos a considerar, sobretudo relacionados com o manejo de drogas, além de salientar como vigiar a gravidez e como prever algumas possíveis complicações neste tipo de doentes.

O segundo dia do congresso foi dedicado, em grande parte, ao lúpus eritematoso sistémico (LES) e à síndrome antifosfolipídea (SAF), tendo o Prof. David Isenberg apresentado alguns aspetos muito recentes e atuais sobre a avaliação clínica destes doentes. Noutra conferência, os aspetos genéticos relacionados com o LES foram minuciosamente apresentados e discutidos. Numa mesa dedicada ao SAF e gravidez foram apresentados os fatores de risco na mulher grávida e os aspetos laboratoriais mais importantes. Foram divulgados, com pormenor, os dados do registo europeu de SAF obstétrico, com realce para os dados laboratoriais e para as complicações obstétricas nestas mulheres.

Um grupo de neurologistas abordou, numa mesa-redonda, aspetos de autoimunidade e sistema nervoso, salientando a esclerose múltipla, o envolvimento do sistema nervoso pelas doenças autoimunes, situação clínica frequente, grave e de abordagem terapêutica muito difícil e, por último, foi-nos apresentada uma abordagem prática deste problema, com especial atenção sobre as técnicas de imagem, como a ressonância magnética e o diagnóstico diferencial entre envolvimento autoimune e doença isquémica ou demencial.







A hipertensão arterial pulmonar, problema muito grave em certas doenças autoimunes, como a esclerodermia, as vasculites e o LES, foi minuciosamente discutida por dois cientistas de Londres, de renome mundial, que apresentaram aspetos de diagnóstico e de tratamento, salientando a necessidade de diagnóstico precoce. O Prof. Kallenberg, perito mundial em vasculites, defendeu a relação entre infeções e o aparecimento de vasculites sistémicas.

No último dia, foi apresentada uma conferência sobre novas drogas biológicas para tratamento do LES, tendo sido discutido o porquê de alguns resultados negativos em alguns ensaios clínicos.

As doenças provocadas pela IgG4, tema de grande atualidade e de diagnóstico difícil, foram discutidas em todos os aspetos, desde a clínica ao tratamento.

Decidiu-se introduzir no programa o tema, muito atual e difícil, de doenças autoinflamatórias, com discussão da abordagem clínica ao tratamento, com apresentação de drogas mais antigas e de drogas mais recentes que se usam nestas doenças. O registo europeu destas doenças, EUROFEVER, foi apresentado pelo coordenador do registo, que teve oportunidade de analisar alguns dos dados do registo, desde situações clínicas aos resultados.

A conferência de encerramento foi dedicada aos fatores de risco cardiovascular no LES, aspeto muito importante e de grande relevância na evolução desta doença, sendo a causa de morte atual em muitos destes doentes e definido, muitas vezes, como aterosclerose acelerada.

Estiveram presentes no congresso mais de 300 participantes, sendo cerca de 50 oriundos de mais de nove países europeus e de Israel. De Portugal participaram especialistas dos vários grupos de doenças autoimunes dos principais hospitais, de Medicina Interna, de Reu-

matologia, de Obstetrícia e de Imunologia Clínica.

A Indústria Farmacêutica apoiou este congresso, com inscrição de médicos e com a presença de *stands* e *roll-ups*.

Está em elaboração o 14.º congresso, que se realizará de 4 a 6 de fevereiro de 2016, na Fundação Cupertino de Miranda, Porto, mantendo a qualidade do programa científico e a qualidade dos palestrantes, procurando ter presentes os melhores em cada área.























Using parasites to fight autoimmune diseases



Yehuda ShoenfeldIsrael's Zabludowicz Center of Autoimmune Diseases

TPC IS A MIXTURE OF TWO

EXISTING MOLECULES IN THE

BODY – PHOSPHORYLCHOLINE,

A NON-IMMUNOGENIC

SUBSTANCE, AND TUFTSIN,

WHICH IS PRODUCED IN THE

SPLEEN AND HELPS SUPPRESS

THE IMMUNE SYSTEM.

Women are literally the stronger gender, with a better immune system. Not only do they outlive men, but when a woman has a cold, she goes about her business, and when a man has one, he takes to his bed and cries for a cup of tea. With a few exceptions, autoimmune diseases attack women more than men, and usually at childbearing ages.

Instead of doing its work to prevent outside invaders, such as bacteria and viruses, from attacking our body, the immune system turns inward and becomes the attacker. If it attacks the brain, for instance, the patient suffers from multiple sclerosis; if it attacks the intestine, it is Crohn's disease. When it attacks many different organs and tissues, it is considered "systemic". Lupus is an example of a systemic autoimmune disease

Until recently, most of these diseases were diagnosed and treated by the individual organ specialists. Over the last decade, we found that the causes of autoimmune diseases are the same, and that they include genetics, hormones and environmental factors such as the sun, pesticides and smoking.

Through the work of more than 25 physicians and a research laboratory, the Israel's Zabludowicz Center of Autoimmune Diseases has made strides beyond the first revolution in the treatment of autoimmune diseases — using biological drugs and corticosteroids (such as prednisone) and immuno-suppressants. Both are miraculous, but they cause multiple serious side effects and are very expensive.

I and my team studied regions of the world where there is a low incidence of autoimmune disease, and came up with the idea of "harnessing nature" in the form of helminth intestinal parasites – something that modern hygiene has largely eliminated.

The next trial was to ingest helminth eggs – which are so tiny that they can't be seen by the naked eye – and let them hatch in the patient. The parasites are emitted in bodily waste, causing a public-health issue. The solution was to use the eggs of a pig helminth, which do not hatch in humans, or if they do, they die very quickly.

This method, is not approved by medical authorities, yet is currently sold over the counter via the Internet. And many patients who have tried it report beneficial effects.

I and my team set out to mimic the helminth secretions that suppress a host's immune system. The compound they patented, called TPC, is the basis of a startup they have established. They are seeking investors or pharmaceutical companies to mass produce the compound.

TPC is a mixture of two existing molecules in the body – phosphorylcholine, a non-immunogenic substance, and tuftsin, which is produced in the spleen and helps suppress the immune system. When introduced to mice in the lab at the center, via injection and orally, TPC completely eradicated lupus, colitis and rheumatoid arthritis.

We are now expanding experimentation with TPC – which I believe can relieve almost all autoimmune diseases cheaply and without side effects – to tackle conditions such as hair loss and psoriasis. We are also starting a study on the connection between allergies and autoimmune disease.





Imunogenicidade e terapêutica biológica



José Delgado Alves
Unidade de Doenças Imunomediadas
Sistémicas / Medicina 4
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora.
CEDOC / Nova Medical School, Lisboa

A "VULGARIZAÇÃO" DE
FÁRMACOS COM ESTRUTURAS
PROTEICAS MUITO COMPLEXAS,
INCLUINDO PÉPTIDOS DE
ORIGEM NÃO HUMANA,
COLOCOU EM EVIDÊNCIA
O APARECIMENTO DE UMA
RESPOSTA IMUNOLÓGICA
DIRIGIDA CONTRA ESSAS
MESMAS MOLÉCULAS.

A terapêutica biológica faz parte das opções clínicas desde há mais de 3 décadas, no entanto, com o aparecimento dos anticorpos monoclonais anti-citocina, de que são exemplo os fármacos anti-TNF, assistiu-se a um aumento exponencial não só no número de doentes tratados, mas também na variedade de fármacos disponíveis e na diversidade de indicações clínicas para a sua utilização.

A "vulgarização" de fármacos com estruturas proteicas muito complexas, incluindo péptidos de origem não humana, colocou em evidência o aparecimento de uma resposta imunológica dirigida contra essas mesmas moléculas. O desenvolvimento desta resposta imunogénica é reconhecida, atualmente, como um problema importante no tratamento destes doentes, sendo responsável pela grande maioria das falências secundárias deste tipo de tratamentos. Alguns estudos referem valores da ordem dos 20% de falência terapêutica, quer por ineficácia, quer por efeitos adversos, em ambos os casos associados a imunogenicidade dos fármacos biológicos.

Inicialmente, atribuiu-se um maior risco de desenvolvimento de resposta imune neutralizante a fármacos quiméricos, isto é, a fármacos que apresentam na sua constituição péptidos não humanos. Esta visão mais simplista já foi abandonada, reconhecendo-se agora a existência de múltiplos fatores que podem influenciar a imunogenicidade destes medicamentos. Entre eles, destacam-se as características químicas e físicas das moléculas, a sua via de administração, o tipo de doença e até as características do próprio doente.

Para além disso, reconhecem-se, atualmente, diferentes tipos de resposta imunogénica, nomeadamente a dirigida ao local ativo do fármaco (seja ele um recetor solúvel ou a região Fab de um anticorpo), ou a dirigida a outras regiões da molécula. Nestes casos, a capacidade neutralizante destes anticorpos pode ser menor, embora a formação dos imunocomplexos possa alterar a farmacocinética do medicamento, contribuindo assim para uma menor eficácia terapêutica.

No que diz respeito à artrite reumatoide e à espondilite anquilosante (duas doenças onde a inibição do TNF por fármacos biológicos é mais utilizada), a existência de anticorpos neutralizantes está reportada em todos os medicamentos, havendo, no entanto, diferenças significativas na sua prevalência (menor para o etanercept e maior para o infliximab), situando-se os restantes anti-TNF numa posição intermédia).

Para além do tipo de fármaco utilizado, também os mecanismos fisiopatológicos de cada doença podem condicionar a exuberância da imunogenicidade, com maior prevalência de anticorpos neutralizantes para um mesmo fármaco a serem identificados na artrite reumatoide, seguida da espondilite anquilosante e, por fim, da doença inflamatória intestinal.

A importância da imunogenicidade na eficácia terapêutica tem despertado o interesse no desenvolvimento de técnicas de deteção deste tipo de anticorpos e da sua capacidade de bloquear o efeito do fármaco. Em relação às primeiras, os métodos mais utilizados são variações de "bridging ELISA", embora ainda não seja consensual a sensibilidade e especificidade deste tipo de métodos. A determinação da capacidade de bloquear o efeito terapêutico pode ser inferida da evolução clínica, embora a comprovação efetiva obrigue à utilização de testes funcionais in vitro cuja aplicabilidade na prática clínica não é imediata.

Não existem dados definitivos sobre a possibilidade de inibir a resposta imunogénica em doentes tratados com fármacos biológicos, no entanto, a utilização concomitante de outros imunossupressores (particularmente o metotrexato na artrite reumatoide) parece estar associada a uma redução significativa no desenvolvimento de anticorpos neutralizantes. Neste momento, não existem dados que sugiram o mesmo efeito no caso de outros imunossupressores ou em outras doenças.

Em conclusão, o desenvolvimento de uma resposta imunogénica contra fármacos biológicos é um problema grave, pela consequência direta na perda de eficácia terapêutica. Existem múltiplos mecanismos pelos quais este fenómeno pode ocorrer e que podem estar associados ao fármaco, à doença ou mesmo ao doente. Apesar de existirem registos de anticorpos neutralizantes para todos os biológicos, a sua prevalência é muito variável, dependendo do tipo e características do fármaco. Finalmente, a inclusão de métodos de deteção da resposta imunogénica e dos níveis séricos de fármaco na prática clínica, poderá vir a contribuir para uma melhoria qualitativa da decisão terapêutica, particularmente em situações de falência secundária.





New biologics in lupus



Anisur Rahman
Professor of Rheumatology,
University College London

IN CONTRAST TO INFLAMMATORY

ARTHRITIS, ANTI-TUMOUR

NECROSIS FACTOR (ANTI-TNF)

AGENTS ARE RARELY USED IN

PATIENTS WITH SLE.

The current treatment of severe forms of systemic lupus erythematosus (SLE) relies on corticosteroids and immunosuppressant drugs such as azathioprine and mycophenolate. Although these drugs are very effective for many patients there is a pressing need to develop new biologic agents for refractory cases and also potentially to reduce our use of long-term corticosteroids in patients with SLE. Since the pathogenesis of SLE is complex, and involves multiple different facets of the immune system, there are many possible therapeutic targets. Anti-cytokine and anti-B cell treatments have been of particular interest.

In contrast to inflammatory arthritis, anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) agents are rarely used in patients with SLE. Evidence from some mouse studies and the experience of patients with rheumatoid arthritis who developed anti-DNA antibodies after being treated with anti-TNF raised fears that these drugs might actually exacerbate SLE, Thus, only small case series have been published. Anti-TNF may be effective where arthritis is the dominant feature of SLE and in some cases of lupus nephritis but are still used rarely in this disease.

Other anti-cytokine treatments proposed for treatment of SLE include anti-interleukin 10 and anti-interferon. The latter have been of particular interest as active SLE can be characterised by an "interferon signature" of increased expression of interferon-regulated genes in white blood cells. Clinical trials of anti-interferon agents have been carried out but without leading to widespread changes in practice.

In contrast, biologics directed against B lymphocytes have been the subject of large and well-reported clinical trials and rituximab and belimumab are the two most widely used biologics in patients with SLE. Rituximab depletes B lymphocytes by targeting surface CD20. Open studies and case series from a number of sites worldwide suggested that rituximab was effective in the treatment of severe cases of SLE, often where other drugs had failed. However, two randomised clinical trials – the LUNAR trial in lupus nephritis and the EXPLORER trial in non-renal lupus – both failed to show a significant difference in the primary end-point between the rituximab and non-rituximab groups.

It is important to remember, however, that the non-rituximab groups in these trials were being treated with significant quantities of corticosteroids and immunosuppressive agents and that the numbers of subjects (144 in LUNAR and 257 in EXPLORER) were smaller than in the subsequent belimumab studies. Perhaps the power was not sufficient to detect a difference between the treatment and control groups. In any case, rituximab is still used in many units.

An open study from Imperial College London published in 2013 described treatment of 50 patients with newly diagnosed lupus nephritis using rituximab followed by mycophenolate mofetil but with no oral corticosteroids. The results were promising with 90% of patients in full or partial remission at 37 weeks. A formal randomised controlled trial to test whether this regime enables safe and effective treatment of lupus nephritis without oral corticosteroids is starting.

Belimumab targets B lymphocyte stimulator (BLyS). Two large clinical trials (BLISS-52 and BLISS-76) each studied over 800 patients with non-renal lupus. These trials used a novel composite clinical endpoint combining two different disease activity indices and a physician global assessment to define responders. Both trials found that there were more responders in the belimumab group than the non-belimumab group at 52 weeks. Consequently the drug was approved for treatment of SLE by both American and European regulatory bodies though cost considerations still limit its use in some countries, notably the United Kingdom.

Epratuzamab targets CD22 on B lymphocytes. It has been studied in the phase II EMBLEM trial, in which various dosing regimes were compared with placebo. As in the BLISS belimumab trials, a composite clinical endpoint was used and this seems likely to become standard practice in SLE trials in the future. Although not designed to test formally for efficacy, the results of EMBLEM suggested that a dose of 2400mg per month (600mg weekly, 1200mg fortnightly or 2400mg monthly) is effective and safe in patients with SLE. A Phase III trial will follow.

In summary, anti-B cell biologics currently lead the way in SLE. Future trials will need large numbers of subjects and composite endpoints.







NEW FRONTIERS IN CARDIOLOGY - FOCUS ON LAA CLOSURE

Experts debateram a técnica de encerramento do apêndice auricular esquerdo

Foi para debater a prevenção de eventos tromboembólicos em doentes com fibrilhação auricular (FA), e particularmente o uso da técnica de encerramento do apêndice auricular esquerdo, que especialistas nacionais e internacionais estiveram reunidos, no dia 9 de janeiro, na 1.ª edição da reunião "New Frontiers in Cardiology - Focus on LAA Closure", presidida por Fausto Pinto.

Na sessão de abertura, Fausto Pinto, diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) e presidente da Sociedade Europeia de Cardiologia, começou por sublinhar a oportunidade de discutir este assunto com alguns experts internacionais de referência.

Em seu nome e do CHLN, o anfitrião afirmou ser uma "enorme honra" receber convidados tão especiais como Stephan Windecker, presidente da European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPIC), o presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), José Silva Cardoso, assim como especialistas de várias partes do mundo e de Portugal.

Por seu turno, o presidente da EAPIC fez questão de elogiar o "magnífico" progra-



a última década, a intervenção no campo das doenças cardíacas estruturais tem vindo a merecer uma especial atenção e importância.

Stephan Windecker referiu que uma importante percentagem de doentes com FA não é elegível para a utilização de medicação anticoagulante como profilaxia de fenómenos tromboembólicos, devido ao risco hemorrágico, sendo que "muitos

da técnica de encerramento do apêndice auricular esquerdo".

José Silva Cardoso salientou que as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade em Portugal. Neste sentido, mencionou, "a SPC está envolvida em reduzir o peso destas patologias através da educação médica contínua, da promoção da investigação neste campo e, por último, da intervenção junto do público e decisores políticos do nosso país".

Afirmou também ser uma honra para a SPC associar-se ao "excitante" programa desta reunião, não só por contar com o "valioso" contributo de diferentes especialistas, mas também por incidir sobre a FA, "um problema importante da Medicina Cardiovascular".

Durante a reunião, que teve lugar na Aula

Magna da FMUL e que contou com cerca de 200 participantes, foram transmitidas ao vivo duas intervenções realizadas no Hospital de Santa Maria por equipas de especialistas nacionais e internacionais, sendo que os moderadores e a assistência tiveram a oportunidade de questionar os operadores sobre os diferentes passos da técnica.

Foi também feita uma abordagem de questões fundamentais da FA, assim como de aspetos de decisão clínica, como decidir aplicar a técnica do encerramento do apêndice auricular esquerdo ou instituir terapia anticoagulante em doentes com FA para prevenir eventos tromboembólicos, nomeadamente o AVC. A imagem foi outro dos temas em debate.













José Silva Cardoso



Atualização e formação

Em declarações à *Just News*, Fausto Pinto, diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte e presidente da Sociedade Europeia de Cardiologia, adianta que o principal objetivo desta reunião, que decorreu na Aula Magna da FMUL, foi fazer uma atualização e formação específica na área do encerramento do apêndice auricular e mais abrangente em termos do tratamento dos doentes com FA que necessitam de fazer a prevenção de eventos tromboembólicos. "Um doente com FA tem cerca de 5 vezes maior risco de doenca vascular cerebral. Além disso o

risco de doença vascular cerebral. Além disso, o AVC num doente com FA é mais grave, com uma mortalidade de cerca de 50% ao ano, sendo que as pessoas que sobrevivem ficam bastante debilitadas", adverte o especialista.

De acordo com Fausto Pinto, hoje em dia, existem duas opções: ou se faz anticoagulação oral ou o encerramento do apêndice auricular esquerdo, uma vez que é neste local que habitualmente se alojam os trombos e os coágulos que depois migram e originam fenómenos tromboembólicos, nomeadamente o AVC.







Encerramento do apêndice auricular esquerdo: dispositivo percutâneo aprovado pela FDA



Eduardo Infante de Oliveira Cardiologista de intervenção, Hospital de Santa Maria / CHLN, FMUL

O ENCERRAMENTO DO APÊNDICE
AURICULAR ESQUERDO É
UMA ALTERNATIVA VALIDADA
POR ENSAIOS E REGISTOS
CLÍNICOS E APROVADA POR
SOCIEDADES CIENTÍFICAS.
EXISTE UM IMPORTANTE
GRUPO DE DOENTES COM
FIBRILHAÇÃO AURICULAR
QUE NÃO PODE BENEFICIAR
DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL
POR INTOLERÂNCIA OU RISCO
HEMORRÁGICO.

O dispositivo Watchman (Boston Scientific) foi recentemente aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) como uma alternativa à anticoagulação oral em doentes com fibrilhação auricular não-valvular. A evidência acumulada pelos ensaios PROTECT-AF e PRE-VAIL sustentou a aprovação da estratégia de encerramento percutâneo do apêndice auricular esquerdo. Esta técnica está disponível na Europa desde há cerca de 10 anos e é suportada pelas recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia desde 2012. Contudo, perspetiva-se que a aprovação nos Estados Unidos da América tenha grande impacto na validação e implementação da técnica noutras áreas geográficas. Certamente ajudará a desvanecer o ceticismo dos mais conservadores.

Quem pode beneficiar do encerramento do apêndice auricular esquerdo?

A aprovação da FDA contempla doentes com fibrilhação auricular não-valvular com elevado risco embólico e que necessitam de uma alternativa à anticoagulação oral. Contudo, deverão ainda ser considerados como adequados para anticoagulação oral com varfarina. Esta nuance é imposta pelo desenho dos ensaios e marca a diferença relativamente à prática europeia. As recomendações e consensos europeus apontam para doentes com contraindicação / elevado risco para anticoagulação oral crónica.

Quais são os critérios clínicos de seleção?

De acordo com os consensos europeus, devem ser selecionados doentes com fibrilhação auricular não-valvular (particularmente doença reumática e prótese mecânica), paroxística, persistente ou permanente, que apresentem risco elevado de embolização sistémica (CHA2DS2--VASC>1) e, simultaneamente um elevado risco hemorrágico (HAS-BLED>2) ou intolerância à anticoagulação. Doentes com história prévia de hemorragia intracraniana, hemorragia gastrointestinal recorrente não intervencionável, coagulopatia, trombocitopenia crónica ou síndrome mielodisplásica devem ser considerados candidatos. A intolerância à anticoagulação, mesmo que não associada a hemorragia, é outra condição clínica que pode justificar a opção da estratégia percutânea. Os ensaios clínicos evidenciam que cerca de 20-25% dos doentes abandonam a anticoagulação oral por intolerância quer estejam medicados com um antagonista da vitamina K ou com um novo anticoagulante. Os insuficientes renais crónicos são uma população de especial interesse para o encerramento percutâneo. Com um risco embólico e hemorrágico elevado, apresentam limitação na introdução de novos anticoagulantes orais.

A opção europeia por este perfil de doentes não assenta

em ensaios clínicos aleatorizados. Contudo, estes são os doentes que mais podem beneficiar de uma alternativa, atendendo à impossibilidade ou elevado risco associado à anticoagulação. Existem múltiplos registos que demonstram segurança e eficácia nesta população. A redução relativa de risco de acidente vascular cerebral foi de 50-80% em múltiplos registos com três dispositivos distintos.

Existem outras indicações, além do elevado risco hemorrágico e intolerância à anticoagulação?

Existe uma indicação mais recente, também incluída no documento de consenso de 2013. Trata-se da falência da anticoagulação oral. Doentes que cumprem adequadamente o regime de anticoagulação oral, mas que apresentam recorrência de acidente vascular cerebral isquémico ou outras formas de embolização sistémica. Após exclusão de outras fontes embólicas, estes doentes poderão ser candidatos ao encerramento do apêndice auricular. Nesta população, associamos a anticoaqulação com a exclusão do apêndice.

Qual a solução para doentes com contraindicação absoluta para anticoagulação e antiagregação?

O encerramento percutâneo consiste na exclusão do apêndice por implantação de um dispositivo autoexpansível que ficará em contacto com a corrente sanguínea durante o processo de endotelização, carecendo de intervenção farmacológica para evitar a agregação plaquetária. O encerramento cirúrgico por via minimamente invasiva – toracotomia lateral – não deixará material protésico em contacto com o lúmen e dispensa a intervenção farmacológica. Esta abordagem, apesar de mais invasiva, é interessante em doentes com contraindicação absoluta para anticoagulação e antiagregação.

Como posso referenciar?

Em Portugal, estão ativos oito centros que asseguram a disponibilidade da técnica de norte a sul e a experiência nacional é já superior a cinco anos. Além dos critérios clínicos de seleção, existem critérios anatómicos que deverão ser avaliados por ecocardiografia transesofágica e, opcionalmente, por angio TAC. Será importante excluir a presença de trombo na aurícula esquerda e apêndice auricular esquerdo no momento da intervenção.

O encerramento do apêndice auricular esquerdo é uma alternativa validada por ensaios e registos clínicos e aprovada por sociedades científicas. Existe um importante grupo de doentes com fibrilhação auricular que não pode beneficiar da anticoagulação oral por intolerância ou risco hemorrágico. Pense neste grupo e considere a possibilidade de encerramento.

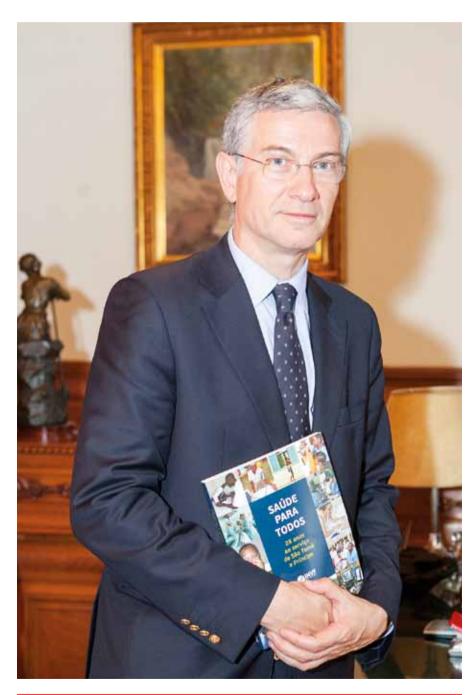






PAULO FREITAS, MÉDICO INTERNISTA E PRESIDENTE DO INSTITUTO MARQUÊS DE VALLE FLÔR, PERCORRE 25 ANOS DE MEMÓRIAS DE COOPERAÇÃO COM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Um livro diferente, com centenas de autores



"ESTE É UM LIVRO DIFERENTE SOBRE COOPERAÇÃO EM SAÚDE, DESDE LOGO PORQUE NÃO TEM UM AUTOR, MAS CENTENAS, QUE FORAM OS OBREIROS DE UM DOS MELHORES PROGRAMAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE." O livro Saúde Para Todos: 25 anos ao serviço de São Tomé e Príncipe não é apenas a história de um programa de desenvolvimento na área da Saúde, premiado e reconhecido internacionalmente. São várias histórias, feitas de voluntariado e muita dedicação.

São Tomé e Príncipe tem hoje o melhor indicador de Saúde da África Subsariana, mas nem sempre foi assim. Há um quarto de século havia apenas uma mão cheia de boa vontade. O Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF), uma organização não governamental para o desenvolvimento que realiza ações de ajuda humanitária e cooperação em diversas áreas nos países de expressão portuguesa, deu o impulso que faltava. A aventura está agora retratada em livro, ao longo de mais de 200 páginas.

Paulo Freitas, médico internista e presidente do IMVF, é o pivô do programa de Saúde e do livro. É ele que conta a história e enquadra as dezenas de depoimentos de quem ajudou a transformar um modelo falido de Saúde numa referência. "Este é um livro diferente sobre Cooperação em Saúde, desde logo porque não tem um autor, mas centenas, que foram os obreiros de um dos melhores programas de cooperação em saúde, reconhecido nacional e internacionalmente", sublinha o médico.

Mas esta é também uma obra inacabada, como são todas as que o IMVF empreende. "É um novelo onde se vai sempre puxando o fio", diz. E, ao puxar o fio, puxa também gente. A proximidade com que o trabalho é feito no terreno faz com que sejam as pessoas a procurar o projeto. Cada vez há mais braços para puxar este e outros novelos, garante.

A aventura começou há precisamente 28 anos, tantos quantos tinha na altura o jovem médico Paulo Freitas quando desembarcou em São Tomé. Chegou sem objetivos traçados, mas resolvido a dar rumo à instituição fundada pela sua bisavó, a marquesa de Valle Flôr. Rumou a Mé-Zochi, onde estava implantado o

único hospital que funcionava na ilha, o Hospital Monte Café. E encontrou o rumo que procurava.

"Era um hospital falido. O modelo de Saúde do país também estava falido. Primeiro, foi preciso encontrar financiamento; depois, atuar na prevenção e recuperar os centros de saúde do distrito", explica, acrescentando que, atualmente, a rede já cobre todo o território nacional. Mas Paulo Freitas não embarcou sozinho nesta epopeia. Contou com o espírito empreendedor de outro médico que chegara um ano antes, Ahmed Zaky, de nacionalidade egípcia. "Juntos, iniciámos o projeto de Saúde Mé-Zochi", conta. Estávamos em 1988. Ahmed Zaky continua ainda hoje no Instituto Marquês de Valle Flôr como diretor de projetos.



Missões envolvem 15 hospitais portugueses no apoio a o





Segundo Paulo Freitas, permanecem em constante rotatividade médicos, enfermeiros e técnicos portugueses de 22 especialidades. As missões envolvem 15 hospitais portugueses no apoio à melhoria da prestação de cuidados de saúde em São Tomé, bem como a todas as políticas de saúde pública (vacinação, saúde escolar, saúde materna e infantil).

Um dos momentos mais marcantes do projeto prendeu-se com a inauguração da primeira plataforma de telemedicina, em 2010. "Foi um dia com muita emoção e ansiedade". Recorda que tudo era instável e impossível de controlar, desde a rede de energia às comunicações por satélite, passando por um *software* novo, que agora era digital em vez de analógico.

Pela primeira vez, foram quebradas as barreiras da distância entre Portugal e São Tomé e Príncipe. "Foi muito especial naquela altura e também pelas possibilidades que abriu em termos de diagnóstico e tratamento", destaca. Só entre 2011 e 2012, houve uma redução de 50% nas evacuações sanitárias de São Tomé para Portugal, quando comparado com 2009 e os anos anteriores. Para o Estado português, significou uma poupança em tratamentos de quase 82%. O orçamento para a Saúde na ilha também teve impactos positivos: menos 20% de verba afetada. Mas os ganhos estendem-se em todas as frentes

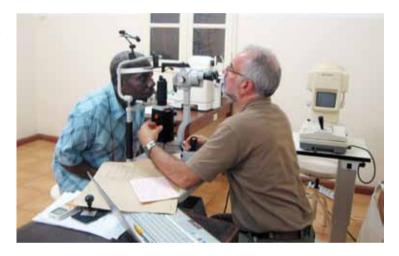
O programa de reforço no setor da Saúde em São Tomé do IMVF conta com o apoio da União Europeia, da Cooperação Portuguesa, da Fundação Calouste Gulbenkian, da Direção-Geral da Saúde e do Governo da ilha.



onsultas e cirurgias



Inauguração de chafarizes em São Tomé e Príncipe, Manuel Correia, presidente do antigo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (esquerda), médico Ahmed Zaky e Paulo Freitas, presidente do IMVF



Programa de Saúde reconhecido pelas Nações Unidas

Desde a recolha dos primeiros depoimentos à impressão do livro, passou pouco mais de um ano. Foi preciso ordenar as histórias, escolher as fotografias e dividir a obra pelas especialidades médicas que integram o programa de Saúde.

Já o programa de Saúde é sobejamente conhecido. Conta com quase uma dezena de prémios e distinções. Em 2011, as Nações Unidas colocaram-no entre as 15 histórias mais inspiradoras a nível mundial, como exemplo de boas práticas em capacitação e desenvolvimento sustentável, aquando da realização do Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda, que decorrer em Busan, na Coreia do Sul.

Um reconhecimento que Paulo Freitas agradece e que serve de tributo aos seus antepassados, que lançaram a primeira semente. O IMVF conta com mais de seis décadas de história. Nasceu por vontade da marquesa de Valle Flôr, Maria do Carmo Constantino Ferreira Pinto, para perpetuar a memória do marido, o Marquês de Valle Flôr.

Começou por apoiar a investigação agrícola, especialmente em São Tomé, mas, nos anos 80, a ONG lançou-se noutros projetos e estendeu-se a mais países africanos.



Missionários do programa "Saúde para Todos" nos escritórios do IMVF em São Tomé e Príncipe

XXI CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

Um espaço de formação, de atualização, de

Em vésperas de Congresso Nacional de Medicina Interna, cuja edição de 2015 o seu presidente, Luís Campos, pretende tornar "um espaço de formação, de atualização, de discussão, de encontro e de afirmação da MI", a Just News convidou alguns participantes no evento a preencher as próximas páginas desta revista. António Vaz Carneiro deixa claro que a especialidade de Medicina Interna "afirma-se quando compreende a complexidade do padecimento do doente". Faustino Ferreira escreve sobre o movimento hospitalista nos EUA, apresentando um dos seus precursores, Joseph Li, que se deslocará a Vilamoura. Alda Jordão antecipa o tema que irá desenvolver, a abordagem





discussão, de encontro e de afirmação da MI

da diabetes em internamento hospitalar, enquanto **Rui Nogueira** desenvolve a questão do doente crónico, até porque vai moderar uma mesa-redonda dedicada a esse assunto. **Francisco George** defende "mais disciplina no que diz respeito aos antibióticos", a propósito da mesa-redonda intitulada "O flagelo da infeção hospitalar". **António Rendas** não hesita em considerar que a Medicina Interna deve ser a trave mestra da formação médica e, finalmente, **Henrique Martins** escreve sobre o futuro da Saúde em Portugal, tema da conferência de encerramento do Congresso, que terá como palestrante Nigel Crisp.

Ana Leitão Artur Botella Célia Osana Inês Palma dos Reis José Filipe Guia Liliana Fernandes Margarida Proença





ANTÓNIO VAZ CARNEIRO, DIRETOR DO CEMBE:

"A especialidade afirma-se quando compreende a complexidade do padecimento do doente"

A multipatologia e a fragmentação de cuidados são duas questões centrais nos cuidados de saúde. Hoje, o tratamento da doença crónica consome entre 70 a 80% dos recursos. Neste novo paradigma, Vaz Carneiro considera que uma prática integrada, com internistas competentes, eficazes e um perfeito domínio do conhecimento científico, poderá conduzir a uma utilização mais eficaz dos recursos, diminuindo o desperdício, além de aumentar consideravelmente a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes.

Uma prática rigorosa, racional e holística é muito mais eficaz do que práticas mais especializadas. "Num conceito de cuidados de valor elevado, a abordagem clínica é importante, no sentido de perceber qual é a maneira mais eficaz de diagnosticar e tratar os doentes", afirma António Vaz Carneiro, diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) e especialista em Medicina Interna.

"Sabemos que doentes com múltiplas doenças têm tendência a ter cuidados fragmentados, isto é, cada especialista toma conta da sua especialidade, ignorando as outras. Hoje em dia, em que 70 ou 80% dos gastos incidem na doença crónica, os internistas têm um papel absolutamente único, já que deverão ser capazes de tratar eficazmente a maior parte das patologias que um doente com múltiplas comorbilidades apresenta."

Uma prática integrada com internistas competentes e eficazes, com perfeito domínio do conhecimento científico, "é, à partida, muito melhor, em termos de benefícios para o doente, diminuição dos riscos das intervenções e racionalização da prática, do que entregar estes doentes a áreas específicas de intervenções de especialidade", defende.

Na análise da qualidade da prescrição, por exemplo, "verificamos que as prescrições de doentes que vêm de múltiplos médicos são habitualmente muito mais problemáticas do que quando os doentes têm um médico assistente que assume plenamente as suas responsabilidades clínicas". Em causa está não só o benefí-



A Medicina Interna tem um papel central na gestão da doença crónica, defende António Vaz Carneiro

cio como a segurança do doente, nomeadamente no que diz respeito à toxicidade dos fármacos. Desde esse ponto de vista, "parece-me que uma prática clínica de ambulatório, com internistas bem treinados, é insubstituível".

Transferir este aspeto holístico, multifacetado da prática clínica para o hospital é, na perspetiva de Vaz Carneiro, muito óbvio, na medida em que "grande parte dos doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna têm multipatologia,

podendo ser normalizados em termos de procedimentos, de modo a uniformizarmos a prática e termos uma ideia da qualidade daquilo que estamos a fazer. É, portanto, uma prática bastante menos agressiva, respeita mais os desejos do doente e a própria evolução das doenças. Temos de ter um cuidado muito grande em tratar estes doentes até porque, a partir de certa altura, no que diz respeito às medicações, os riscos poderão superar os benefícios".

Com as alterações previstas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente através da criação dos Centros Integrados de Cuidados, em que os cuidados hospitalares irão estar em linha com os cuidados ambulatórios de proximidade, "os internistas deverão ter uma palavra a dizer ainda mais central".

De acordo com Vaz Carneiro, "a especialidade afirma-se quando tem uma excelente relação com o sofrimento, compreende a complexidade do conceito de padecimento do doente e compreende que muitos dos meios auxiliares de diagnóstico devam ser usados com grande parcimónia - não por uma questão económica, mas porque, se forem utilizados em contextos menos rigorosos, vão dar resultados cuja interpretação poderá induzir novos testes que podem ser problemáticos para o próprio doente. Sabendo nós que, hoje em dia, a gestão da doença crónica é uma das áreas mais importantes do sistema de saúde, o papel da Medicina Interna é central". Entre outros motivos, "porque poderá conduzir a uma utilização mais eficaz dos recursos e a diminuição do desperdício".

Estudos realizados nos EUA revelam que cerca de 30% dos custos do sistema de saúde resultam de testes e intervenções desnecessárias. No nosso país, a situação não deverá ser muito diferente, pelo que é necessário "treinar os internistas para gerir a extraordinária complexidade da prática moderna". Esta requer "uma enorme capacidade de relação humana com os doentes, um profundo conhecimento científico, sopesar cada passo no management dos doentes e fazer uma gestão dos recursos à nossa disposição que seja, de facto, racional e verificável".

"NUM CONCEITO DE CUIDADOS DE VALOR ELEVADO, A ABORDAGEM CLÍNICA É IMPORTANTE. NO SENTIDO DE PERCEBER QUAL É A MANEIRA MAIS EFICAZ DE DIAGNOSTICAR E TRATAR OS DOENTES", AFIRMA ANTÓNIO VAZ CARNEIRO.



Os hospitalistas nos EUA



Faustino Ferreira
Diretor clínico e vogal da Comissão Executiva,
SAMS PICS

O MOVIMENTO HOSPITALISTA
TEVE INÍCIO EM 1996. NESSE
ANO, O TERMO "HOSPITALIST"
SURGE PELA PRIMEIRA VEZ
NO NEW ENGLAND JOURNAL
OF MEDICINE, NUM ARTIGO
REDIGIDO POR ROBERT
WATCHER.

O movimento hospitalista que surgiu na América sempre foi visto por nós internistas europeus de forma ambivalente.

Para uns, é a redescoberta da função da Medicina Interna como a praticamos entre nós, em que o internista ocupa um papel primordial na estrutura hospitalar e é o garante da continuidade assistencial dos doentes, nomeadamente, nas enfermarias de Medicina, mas não só.

Para outros, é uma forma menor de exercício da Medicina Interna, que coloca a atividade médica dos internistas a ser realizada por turnos, como os de enfermeiros. Parece-me uma forma demasiado reducionista de colocar a questão, mas que merece ser analisada. Não posso, contudo, deixar de lembrar que os internistas portugueses foram dos primeiros, em Portugal, a implementar as "urgências internas" nos serviços de internamento, no início dos anos 80 do século passado, como forma de garantir assistência continuada aos doentes internados nos seus serviços.

O movimento hospitalista teve início em 1996. Nesse ano, o termo "hospitalist" surge pela primeira vez no *New England Journal of Medicine*, num artigo redigido por Robert Watcher.

A *Society of Hospital Medicine* surge no ano seguinte. Existem hoje mais de 44.000 hospitalistas em exercício nos Estados Unidos da América (EUA).

O Prof. Joseph Ming-Wah Li foi um dos precursores do movimento, pois, em 1998, inicia no Beth Israel Deaconess Medical Center, em Boston (BIDMC), o designado como "Hospitalist program", sendo um dos primeiros centros médicos americanos a ter hospitalistas. Hoje, continua a trabalhar neste centro hospitalar, sendo chefe de uma equipa de 30 hospitalistas, que cuidam por ano de cerca de 40.000 doentes.

Ao longo destes quase 20 anos de atividade como hospitalista, deu importantes contributos quer práticos (organizou um dos primeiros serviços de Medicina nos EUA baseado no programa hospitalista), quer teóricos, pois, tem contribuído quer como Professor Associado do *Harvard Medical Center*, quer através de numerosa publicação de artigos e textos em livros.

Foi também presidente da *Society of Hospital Medicine* em 2011-2012.

"The Hospitalists at BIDMC are board-certified internal medicine physicians who specialize in the care of complicated patients in the hospital setting."

É desta maneira que o se definem os hospitalistas que trabalham no Beth Israel Deaconess Medical Center, em Boston, chefiados pelo Dr. Joseph Li.

Contudo, a definição oficial da *Society of Hospital Medicine* que se encontra na sua página (http://www.hospitalmedicine.org) merece ser transcrita na versão original para que não haja distorções de tradução.

Hospital medicine: A medical specialty dedicated to the delivery of comprehensive medical care to hospitalized patients. Practitioners of hospital medicine include physicians ("hospitalists") and non-physician providers who engage in clinical care, teaching, research, or leadership in the field of general hospital medicine. In addition to their core expertise managing the clinical problems of acutely ill, hospitalized patients, hospital medicine practitioners work to enhance the performance of hospitals and healthcare systems by:

Prompt and complete attention to all patient care needs including diagnosis, treatment and the performance of medical procedures (within their scope of practice);

Employing quality and process improvement techniques;

Collaboration, communication and coordination with all physicians and healthcare personnel caring for hospitalized patients;

Safe transitioning of patient care within the hospital, and from the hospital to the community, which may include oversight of care in post-acute care facilities;

Efficient use of hospital and healthcare resources.

Hospitalist: A physician who specializes in the practice of hospital medicine. Following medical school, hospitalists typically undergo residency training in general internal medicine, general pediatrics, or family practice, but may also receive training in other medical disciplines. Some hospitalists undergo additional post-residency training specifically focused on hospital medicine, or acquire other indicators of expertise in the field, such as the Society of Hospital Medicine's Fellowship in Hospital Medicine (FHM) or the American Board of Internal Medicine's Recognition of Focused Practice (RFP) in Hospital Medicine.

Approved By SHM Board November 4, 2009

A possibilidade de ouvirmos o Prof. Joseph Li no nosso Congresso é, pois, uma oportunidade única de termos, em primeira mão, uma visão desta realidade e de a podermos confrontar com a nossa. Convido-vos, pois, a que não percam esta conferência.



A abordagem da diabetes em internamento hospitalar



Assistente hospitalar graduada de Medicina Interna, Serviço de Medicina III do CHLN

Alda Jordão (Hospital Pulido Valente)

É frequente ouvir queixas das pessoas com diabetes que estiveram internadas no hospital. Referem falta de apoio ou que o controlo piorou durante o internamento. por vigilância e tratamento que consideram inadequado e até contrário ao que é prescrito na consulta externa do mesmo hospital ...

Também alguns profissionais de saúde reconhecem existir negligência na abordagem da hiperglicemia durante o internamento, seja ela " de stress", indicadora de diabetes sem diagnóstico prévio ou por intercorrência aguda. No entanto, a hiperglicemia associa-se a indicadores desfavoráveis, entre outros, infeção, insuficiência renal aguda, aumento da duração do internamento e aumento da mortalidade, nalguns estudos.

Um dos motivos de uma intervenção insuficiente poderá ser a controvérsia gerada por resultados nem sempre consistentes quando se procuraram atingir alvos de normoglicemia em doentes críticos e a convicção, por parte dos clínicos, de que os doentes incluídos nos estudos não são aqueles que tratam no dia-a-dia – muitas vezes idosos e com comorbilidades complexas. Outro problema sentido pelas equipas multidisciplinares é a falta de tempo para uma adequada vigilância e adaptação terapêutica individualizada, que permita evitar os efeitos deletérios da hipoglicemia durante o interna-

O Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) identificou este tema como um dos que deveriam obrigatoriamente ser tratados. Diversos trabalhos apresentados nos congressos e outras reuniões da SPMI apontam para uma prevalência de hiperglicemia nas enfermarias de Medicina superior a 25%, em linha com os dados do Observatório Nacional da Diabetes, onde os efeitos indesejáveis, nomeadamente na duração e resultados do internamento, têm sido registados.

Os internistas são, de facto, os médicos que lidam diariamente com este problema, nos seus diferentes locais de atuação, do Serviço de Urgência ao Internamento e no apoio aos outros departamentos hospitalares. Terão de ser capazes de tratar adequadamente os diabéticos em internamento e de fazer a ponte com o ambulatório - Hospital de Dia de Medicina, consulta externa multidisciplinar hospitalar e cuidados de saúde primários. O papel da especialidade de Medicina Interna nas unidades integradas de diabetes, em articulação com os diferentes prestadores de cuidados, está legislado!

Encurtando uma história longa, foi dado, já há mais de dois anos, o pontapé de saída a um grupo de trabalho no NEDM. Em sintonia com o tema do Congresso deste ano, "Os elos da Medicina Interna" entendeu a SPMI propor depois a elaboração de recomendações conjuntas, em parceria com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD).

O resultado desse trabalho irá ser publicamente apresentado, pela primeira vez, numa reunião da SPMI: as Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia / Sociedade Portuguesa de Medicina Interna sobre a Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento (não Crítico).

Os seus princípios orientadores são:

- A obrigatoriedade de identificar a hiperglicemia e de instituir monitorização precoce;
- A necessidade de estabelecer alvos e princípios tera-

pêuticos gerais, embora com necessária adaptação a situações particulares:

- O tratamento com insulina basal, prandial e de correcção, c evitando esquemas de administração rígidos, sem relação com o aporte nutricional;
- Encarar o internamento hospitalar como um momento de diagnóstico da diabetes e de melhoria do controlo futuro dos casos previamente detectados.
- O planeamento da alta, com reintrodução atempada da terapêutica oral e através de uma educação terapêutica multidisciplinar e articulada com os diferentes níveis de cuidados

Convido todos os colegas a participar na discussão, partilhando a experiência que muitos terão e levantando questões, na mesa-redonda do Roteiro Clínico II "A diabetes no século XXI" e, claro, nos vossos locais de trabalho. As opiniões fundamentadas de quem as queira dar podem ser apresentadas no site da SPMI, bem como no da SPD, e serão tidas em conta. A versão final das Recomendações poderá, assim, ter o contributo de todos e será publicada a curto prazo.

Que outros elos se poderão estabelecer à volta deste tema? Desde logo com os outros grupos de estudo da SPMI. A aplicação das recomendações só deverá ser feita após formação dos intervenientes (Núcleo de Formação). A adaptação dos alvos glicémicos ao doente idoso internado só é possível com uma avaliação geriátrica global (Núcleo de Geriatria). O doente internado por AVC tem particularidades na abordagem (Núcleo da Doenca Vascular Cerebral).

Aos doentes em fim de vida, bem como a outras situações onde o alívio de sintomas é prioritário, não deverão ser aplicadas as mesmas medidas de vigilância e terapêutica intensiva para controlo glicémico (Núcleo de Medicina Paliativa). As descompensações agudas da diabetes serão alvo de protocolo que estamos a elaborar, mas que ultrapassa o âmbito desta apresentação (Núcleo de Urgência e do Doente Agudo). A mudança só será possível com a participação dos mais novos (Núcleo de Internos).

Também fora da SPMI gostaríamos de estabelecer elos para partilha de experiências no tratamento da diabetes em internamento. Com outros países europeus e de outros continentes, em particular com os países de expressão portuguesa. Vamos aproveitar o XXI Congresso!

Nota: Por opção, a autora não escreve conforme o novo Acordo Ortográfico.





A esperança de vida saudável e o doente crónico merecem uma reflexão



Rui Nogueira

Médico de família, USF Briosa - CS Norton de Matos, Coimbra. Coordenador de Internato MGF Zona Centro. Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

A DOENÇA CRÓNICA TEM
CONSEQUÊNCIAS NA
ESTABILIDADE E DINÂMICA
DE VIDA DO PRÓPRIO DOENTE,
MAS TAMBÉM
TEM CONSEQUÊNCIAS
NA FAMÍLIA, NO EMPREGO
E NA COMUNIDADE.

As doenças crónicas são entendidas como doenças de longa duração e cuja progressão tende a ser lenta, conferindo-lhes características próprias e induzindo uma complexa teia de consequências.

O doente portador de doença crónica é uma realidade cada vez mais atual e exigente. As doenças crónicas são uma "epidemia invisível", segundo a OMS, e é fácil compreender porquê. A conjugação do processo de envelhecimento da população com a maior capacidade técnica de resolver problemas de saúde tem permitido dar mais anos à vida. A tendência é crescente e por isso teremos cada vez mais idosos e mais doentes crónicos.

Em Portugal, temos mais de 2 milhões de pessoas acima dos 65 anos de idade, o que representa quase um quinto da população. Mas é mais representativo ainda termos 14% da população com 70 e mais anos. O índice de envelhecimento subiu de forma expressiva numa década, passando de 102 (em 2001) para 128 (em 2011).

Com o aumento da prevalência de doenças crónicas aumenta também a mortalidade. Cerca de dois terços das mortes são devidas as doenças crónicas. Mas é ainda mais relevante se olharmos para a mortalidade antes dos 60 anos de idade, onde 25% é devida a doença crónica, segundo a OMS.

A doença crónica tem consequências na estabilidade e dinâmica de vida do próprio doente, mas também tem consequências na família, no emprego e na comunidade. A necessidade de adaptação obriga a um esforço da pessoa e da família e limita as funções e as capacidades de realização pessoal.

As famílias com doentes crónicos tendem a isolar-se e a serem isoladas, o que em si mesmo é uma perda na comunidade e uma limitação social. Estas famílias tornam-se mais rígidas e perdem capacidade de evolução e de reação perante outras adversidades. Por sua vez, o doente crónico influencia e domina de tal forma a dinâmica familiar que induz alterações e limitações aos restantes membros da família. Habitualmente, ocorre uma focalização num dos membros da família com coligações preferenciais boas, mas também limitativas. Ou seja, o ecossistema familiar é muito afetado pela ocorrência e persistência de uma doença crónica.

Com todo este envolvimento social, familiar, demográfico, tecnológico, económico e, fundamentalmente, de limitação pessoal, são exigíveis novas abordagens na prevenção e nas respostas dirigidas às necessidades do doente crónico e às suas famílias, tendo em vista a promoção da autonomia e da funcionalidade dos doentes e da manutenção e desenvolvimento da dinâmica familiar. É necessário reconhecer e consagrar na legislação e na

organização do sistema de saúde o desenvolvimento de políticas específicas, efetivas e direcionadas às pessoas portadoras de doenças crónicas, de modo a dar resposta adequada e condigna às pessoas e às suas famílias.

A prevenção primária terá de ser mais efetiva e dirigida especificamente às áreas mais prevalentes e mais relevantes. O excesso de peso e a obesidade, o sedentarismo e os hábitos tabágicos são áreas de intervenção estratégica e de ação precoce que obrigam, muito para além da intervenção médica e dos profissionais de saúde, o envolvimento da sociedade.

O diagnóstico precoce de diabetes e de hipertensão e o controlo de fatores de risco cardiovascular, assim como a deteção de DPOC são determinantes para o sucesso terapêutico e a melhoria da qualidade de vida dos doentes e, seguramente, para a diminuição da mortalidade precoce.

A "esperança de vida saudável" introduziu o conceito adicional de qualidade de vida. O aumento do número de anos de vida saudável é considerado hoje como um dos principais objetivos das sociedades evoluídas e para a UE a saúde pública foi apontada como área prioritária para a estratégia de desenvolvimento sustentável (Conselho Europeu de Gotemburgo – 2001). Este indicador reflete o facto de a ênfase ter evoluído da medição da saúde em termos de longevidade para passar a contemplar também o bem-estar.

Em termos da "esperança de vida saudável à nascença", em 2011, era de 60,7 anos nos homens e de 58,7 anos nas mulheres. Mas estes valores têm mantido uma evolução estável nos últimos anos quer na EU, quer em Portugal, ao contrário da "esperança de vida à nascença", que tem evoluído, como é sabido, quer em Portugal, quer na UE.

A "esperança de vida à nascença" é maior na mulher do que no homem com valores sobreponíveis na UE e em Portugal, mas, curiosamente, a "esperança de vida saudável à nascença" é maior no homem do que na mulher, em Portugal, ao contrário do que acontece na UE. Este novo indicador será importante no estudo do doente crónico e esta diferença de cerca de 20 anos entre a esperança de vida à nascença e a esperança de vida saudável à nascença merece a reflexão devida.

O reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras de doença crónica e a necessidade de organizarmos respostas para esta realidade obrigar-nos-ão a encontrar o espaço de intervenção e de apoio dirigido a estes doentes. Seja nos cuidados de saúde primários, seja nos hospitais, seja nos cuidados continuados integrados, o envolvimento da família e o enquadramento da comunidade serão determinantes para o sucesso na abordagem inovadora do doente portador de doença crónica.



FRANCISCO GEORGE, DIRETOR-GERAL DA SAÚDE:

"É preciso mais disciplina no que diz respeito aos antibióticos"

A dispensa de antibióticos sem prescrição médica, seja para fins de saúde humana ou animal, "é absolutamente intolerável", afirma o diretor-geral da Saúde, Francisco George. "Existem regulamentos muito claros, nomeadamente no que diz respeito à dispensa destes medicamentos, e todos nós temos de ser exigentes. As gerações futuras não iriam desculpar-nos se não o fossemos".

Há sinais de melhoria no que respeita a alguns aspetos da resistência das bactérias aos antibióticos no nosso país, "nomeadamente da resistência do Staphylococcus aureus à meticilina", afirma o diretor-geral da Saúde. Contudo, "também há sinais de que precisamos continuar o trabalho de conduzir o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos de uma forma modelar em todas as unidades, não só hospitalares, mas onde os cuidados de saúde são prestados, isto é, incluindo os cuidados continuados e os centros de saúde".

Na opinião do responsável da Direção--Geral da Saúde, "estamos perante um problema absolutamente prioritário e é nesse sentido que foi desenhado e está em fase de implementação o programa conduzido pelo meu colega José Artur Paiva. Já existem resultados, mas, sublinho, é preciso continuar, intensificar e não parar".

Nesta área, os profissionais de saúde têm um papel essencial, mas Francisco George sublinha que esta questão não diz unicamente respeito aos médicos e enfermeiros ou ao setor da saúde. "Há uma única Saúde e, por isso mesmo, temos também que envolver os farmacêuticos, os doentes, a veterinária e o setor da agricultura no quadro deste grande programa global que denominamos de One Health".

Nomeadamente, "é preciso mais disciplina em toda a fileira no que diz respeito ao antibiótico, desde a prescrição às indicações que são dadas aos doentes". Estes "devem ser devidamente esclarecidos e informados sobre a necessidade de tomar os antibióticos de determinada forma, não fazer automedicação e não tomar o antibiótico que a vizinha fez, porque tinha um problema semelhan-



Para o diretor-geral da Saúde, "é preciso mais disciplina em toda a fileira no que diz respeito ao antibiótico"

te. É preciso insistir que a dispensa na farmácia deve ser feita mediante uma prescrição médica ou uma prescrição do veterinário no caso de animais".

A dispensa de antibióticos sem prescricão médica, seja para fins de saúde humana ou animal, "é absolutamente intolerável", sublinha o diretor-geral da Saúde. "Diria mesmo que é preciso intensificar, em termos de pedagogia, estes procedimentos, mas depois passar à fase sancionatória. Temos requlamentos muito claros, sobretudo no que diz respeito à dispensa de medicamentos em determinadas condições, no quadro do Infarmed, e todos nós temos de ser exigentes. As gerações futuras não iriam desculpar-nos se não o fos-

O Programa de Prevenção e Controlo de Infecões e de Resistência aos Antimicrobianos "só pode ter sucesso se contar com a participação de todos os cidadãos". Nesse sentido, as campanhas lançadas pela Direção-Geral da Saúde "visam esclarecer, informar e fazer com que todos os cidadãos participem. Antes de mais nada, as pessoas saudáveis, depois os doentes, os médicos, os enfermeiros e todos aqueles que estão envolvidos na prestação de

Findas as estações próprias da gripe e de infeções respiratórias de origem viral, "sentimos melhorias porque, como se sabe, estas infeções respiratórias de natureza viral não devem ser tratadas com antibióticos e há uma primeira noção de sucesso em termos de redução da prescrição de antibióticos quando eles não têm indicação para tal".

No fundo, "estamos sempre a falar de qualidade", acrescenta o diretor-geral da Saúde, recordando, neste quadro. a luta contra as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde, quer nos hospitais, quer nos cuidados continuados e nos centros de saúde, "onde também podem surgir infeções e, no caso de más práticas, serem uma fonte de resistência de bactérias aos antibió-

Francisco George, que irá presidir a uma mesa-redonda do XXI Congresso de Medicina Interna sobre o flagelo da infeção hospitalar, recorda, por outro lado, que é descendente de uma escola de Medicina Interna (a do Hospital de Santa Marta), onde frequentou o Internato da especialidade. Nesse sentido, reconhece que "precisamos de um novo impulso para a Medicina Interna, como disciplina-mãe de todas as especialida-

"É PRECISO INSISTIR QUE A DISPENSA NA FARMÁCIA **DEVE SER FEITA MEDIANTE** UMA PRESCRIÇÃO MÉDICA OU UMA PRESCRICÃO DO VETERINÁRIO NO CASO DE ANIMAIS." A DISPENSA DE ANTIBIÓTICOS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEJA PARA FINS DE SAÚDE HUMANA OU ANIMAL. "É ABSOLUTAMENTE INTOLERÁVEL", SUBLINHA O DIRETOR-GERAL DA SAÚDE.



ANTÓNIO RENDAS, REITOR DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA:

"Medicina Interna deve ser a trave mestra da formação médica"

António Rendas, reitor da Universidade Nova de Lisboa (UNL), é adepto de um exame global de avaliação de conhecimentos na entrada para o Internato Médico, com uma forte componente de Medicina Interna e, se possível, com demonstração de competências. Nessa medida, defende que a especialidade deverá voltar a ter o prestígio que detinha enquanto trave mestra da formação dos estudantes de Medicina

António Rendas pertence a uma escola em que "Medicina é sinónimo de uma pessoa competente, que sabe ouvir uma outra pessoa que está em sofrimento". Apesar da evolução da ciência médica, "esse paradigma não muda", afirma

Pelo contrário, "é um valor sagrado", que já vem do tempo de Hipócrates. "Evidentemente que hoje não se pratica Medicina como há cem anos, mas a relação médico-doente é intocável". Nessa medida, o reitor da UNL defende que "a Medicina Interna pode ter um papel muito importante no sentido de conduzir os profissionais de saúde a pensar o doente como um todo".

A sua geração teve, na faculdade, grandes internistas como professores. "Os meus colegas, hoje, são cada vez mais especializados e muito competentes, mas o papel da Medicina Interna, mesmo na formação pré-graduada, é extremamente importante. Um estudante de Medicina, quando começa a ver doentes, tem que ter ao seu lado, como docentes, médicos que saibam ver e tratar o doente como um todo.

"Curiosamente, foi na minha geração que se produziu a fragmentação e a ultraespecialização da Medicina, mas, felizmente, agora está a acontecer o oposto em todo o mundo". O problema, afirma, é que "não há formadores que tenham passado pelo período anterior e isso tem implicações na formação médica pré-graduada atual e futura".

O catedrático, que durante anos foi diretor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, é adepto de um exame global de entrada para a especialidade com uma forte componente de Medicina Interna e, se possível, com demonstração de competências.



Para António Rendas, a relação médicodoente tem um valor sagrado e, por isso mesmo, é intocável

Muito do seu percurso profissional e de investigação foi realizado no estrangeiro. Nos EUA, recorda, realizou o *Examination Certificate for Foreign Medical Graduates*, "dois dias intensivos em que tínhamos que demonstrar que conhecíamos não só as ciências básicas como a Medicina nas suas componentes clínicas essenciais". Em Portugal, "os nossos estudantes entram nos Internatos demonstrando conhecimentos de alguns (poucos) capítulos do *Harrison*"

O reitor da UNL, que continua a lecionar, explica que também é filho de médico. "Aprendi muita medicina com o meu pai que, apesar de ser um especialista, via o doente como um todo. Tenho essa cultura, mas muitos dos nossos atuais professores, que são pessoas muito competentes, não a têm porque não a viveram e sei que a resistência dos alunos a um exame global continua a ser grande. Contudo, ao defendê-lo, o meu objetivo não é complicar-lhes a vida, mas sinalizar aquilo que considero bom para eles... e para nós, enquanto potenciais doentes".

Por outro lado, António Rendas tem grandes esperanças de que a Medicina Interna, em Portugal, "possa voltar a ter o prestígio que tinha – e que ainda tem, através de algumas pessoas – e voltar a ser a trave mestra da formação dos estudantes de Medicina".

Aos seus alunos, costuma dizer, um pouco a brincar, que Arthur Conan Doyle, o autor de Sherlock Holmes, era médico e que, por isso, chamou tanto a atenção para o todo e as partes, nas suas descrições dos crimes. "Se não forem treinados, logo à partida, para observar os pormenores e, simultaneamente, para entender o doente como um todo, poderão escapar-lhes muitos detalhes" do doente essenciais para o diagnóstico, para o tratamento e também para a prevenção.

Para formar bem um médico é preciso que haja condições técnicas e humanas nas faculdades de Medicina, defende. Contudo, "não é obrigatório que o perfil da formação seja igual em todas". Aliás, o reitor da UNL apoiou o desenvolvimento das novas escolas médicas da Beira Interior e do Algarve. "Desde que haja competências muito bem definidas e avaliadas, é bom que haja vários perfis de médicos", afirma.

Relativamente ao problema da distribuição dos médicos a nível nacional (atualmente, com grande concentração no litoral do país), António Rendas considera que essa é uma questão que tem de ser dimensionada e vista de acordo com as necessidades das populações. Por esse motivo, "a ideia da regionalização agrada-me imenso. Temos de envolver mais as autoridades regionais na formação dos médicos e no planeamento dos cuidados de saúde".

PARA FORMAR BEM
UM MÉDICO É PRECISO
QUE HAJA CONDIÇÕES
TÉCNICAS E HUMANAS
NAS FACULDADES DE
MEDICINA, DEFENDE.
CONTUDO, "NÃO É
OBRIGATÓRIO QUE O
PERFIL DA FORMAÇÃO
SEJA IGUAL EM TODAS".





Sistemas (de informação e mutação) no futuro da saúde



Henrique Martins Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)

Keywords: Internista; Sistemas; Informação; Futuro; Saúde

"3 da manhã, e ainda há doentes por ver nos balcões de alguns hospitais, na altura da gripe e nas outras..."

O internista é o médico mais bem posicionado para ver o Sistema. Foi assim que o meu ex-diretor e, para sempre, grande mentor de Medicina Interna me fez entender que esta era a especialidade de que eu mais iria gostar, mesmo que, como já aconteceu, e volta agora a suceder-me, não a pratiguemos sempre "at the bed side". Desde que o internista não a pratique no "bad side", será sempre médico internista ao serviço do Sistema e da Saúde. Esta troca de palavras em inglês é a minha homenagem a Sir Nigel Crisp. Ele traz consigo ideias e vivências inglesas, mas também, pela sua mais recente experiência, cada vez mais uma visão sistémica dos Sistemas de Saúde. Vale sempre a pena ouvi-lo.

De facto, falar a propósito do tema da conferência de encerramento "Que futuro para a saúde em Portugal?", dada pelo conferencista Nigel Crisp, só pode fazer-se olhando o presente, radicados num profundo sentir. O internista tem esta experiência quase diária... Estamos em cuidados intensivos, na consulta, na urgência, no escritório, nas instituições centrais, regionais, locais e nas casas dos doentes.

O internista do futuro é, hoje, o que aceita o entendimento sistémico do Sistema... e isso é aceitar a forca dos dados. É também entrar dentro do tema dos sistemas desintegrados, que nos mantêm doentes sem médico de família a saírem com mais de 40, 60 ou 100 dias de internamento, pacemakers e ventiladores, depois de um investimento de mais de 40.000 euros... nem sempre se lhes renova o BIPAP de casa... O futuro poderia ser apenas acabar de fazer o presente! E já não seria

O problema é que o futuro da Saúde não passa pelos médicos tal qual são. Passa, sim, pela sua capacidade de serem pedagogos, professores, investigadores, data-analistas, promotores de campanhas de saúde. Pois, o futuro da Saúde não passa pela doença. Logo, os médicos, os internistas e outros, enquanto "curandeiros" do século XX, terão de passar para a grande equipa dos "preventores", dos promotores de saúde e "capacitadores dos pré-doentes" do século XXI.

Já hoje, o cancro é prevenção, rastreio genético, condições pré-malignas. Sabemos que o mesmo acontecerá nas outras doenças. Sabemos que não sabemos como alterar comportamentos... mas dizemos, em todos os congressos, que as doenças do internista (com exceção de algumas mais exóticas...) serão as doenças do comportamento... E nós estudámos? Que sabemos de Psicologia? Antropologia? Sociologia? Social-media? Digital-marketing? Terapia integrada? Terapia por regressão? Terapia cognitiva e fortalecimento da mente? Não são estas as expressões e manifestações dos comportamentos do futuro? E eventuais caminhos para a reposição/prevenção dessa saúde?

Enquanto ouvirmos Sir Nigel Crisp, sugiro uma reflexão... Como nos estamos a preparar, e aos nossos internos e alunos, para esse futuro que parece tão incrivelmente consensual que até chega já a enfadar.... Mais velhos, mais doenças crónicas, doenças do comportamento, importância do patient empowerment... um mantra que me preocupa, pois, pode tornar-se parecido com o mantra da "lavagem das mãos, não usar batas na cantina, etc."... O risco é a indiferença perante mensagens fortes, repetidas, sérias. Que, contudo, retroprojetam na nossa incompetência para as absorver e tornar motores de mudança... (Quando internistas comem de bata na cantina? Ainda?).

"O futuro de uns é, ou pode ser, já o passado de outros" - frase que às vezes uso em aulas que dou de sistemas (de informação). Pergunto, a propósito: haverá "sistemas" que não sejam de e com informação? O de Saúde? Ou seja, não será bom que sejamos os últimos da corrida no dia em que atingirmos esse admirável futuro da Saúde, em que o utente está no centro, em casa, remotamente acompanhado e "empowered" para fazer escolhas saudáveis. Mas, se formos os últimos, há sempre que recordar a máxima inicial e perguntar: "Nós chegámos aqui. E os outros? Ainda cá estão ou já se encontram no futuro e isto que atingimos é "apenas" o seu passado. Se sim, há que ganhar velocidade...

Há muitas tecnologias de informação, por exemplo: i) reuniões em que as pessoas falam de forma franca e comunicam corretamente; ii) práticas de registo completo e rigoroso de sinais e sintomas; iii) definições de linguística comum; iv) conversas em que as pessoas se ouvem com a prática da confirmação do entendimento da mensagem ouvida. As tecnologias no futuro da Saúde não passam apenas pelos computadores e sistemas de informação digitais e em silicone. Não, pois, nós, humanos, ainda nem comunicamos de forma inequívoca, nem o fazemos com a frequência de banda suficiente. Temos uma RIS (Rede de Informação da Saúde) humana talvez mais estreita no SNS do que a verdadeira RIS (Rede Informática da Saúde) fornecida pela SPMS.

Ouvir o Prof. Sir Nigel Crisp, com a claridade com que comunica e a largura de banda com que o faz, deverá fazer-nos recordar que o futuro da Saúde em Portugal depende, sobretudo, da capacidade de pormos em comunicação eficaz todos os interlocutores da saúde dos portugueses, começando por eles próprios. Para isso, os cidadãos têm que saber falar e escrever sobre saúde e, nesta matéria da literacia digital, estamos muito atrasados. E saber fazê-lo no mundo de suporte digital que suportará o futuro... O futuro não é, nem nunca será, digital! Será "digital-supported", diferença que faz toda a diferença...

Nesse novo futuro, as práticas humanas não são distintas, nem no seu core nem na periferia, apenas nos exponentes atingíveis das três variáveis mágicas da computação:

i) memória sem limites; ii) velocidade de cálculo sem precedentes; iii) análise multidimensional. Estas são as únicas coisas que os PCs fazem melhor que os internistas. Acreditem. Usemo-las! Usemo-las sem medo, sem preguiça e com generosidade.

XXI CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA TIVOLI MARINA VILAMOURA 29_31 MAIO 2015 AGÊNCIA VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO PRESIDENTE LUÍS CAMPOS **ORGANIZAÇÃO** admédic[†] admédic SECRETÁRIA GERAL ANA LOURENÇO SPMI Tours ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS **TESOUREIRA** www.admedic.pt www.admedictours.pt www.spmi.pt

