Beatriz Ângelo e Luz: um público e outro privado, geridos pela mesma entidade

LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
TRIMESTRAL | JUL./AGO./SET. 2015
ANO 1 | NÚMERO 3 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicações justNews

Joseph Ming Wah Li:

"HOSPITALISTAS SÃO PEÇAS FUNDAMENTAIS NO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA"

João Araújo Correia, vice-presidente da SPMI:

"A MI NÃO PODE SER UMA SEGUNDA OPÇÃO"

"O internista não sabe tudo, mas não há nada de que não saiba alguma coisa! Aliás, quem quiser ir para Medicina Interna tem de saber lidar muito bem com esta maneira de estar, com esta insegurança, em que o que falta saber é sempre muito."

PUBLICIDADE

sumário

Entrevista

08 **João Araújo Correia**
"Não se pode ir para MI quando esta é uma segunda opção. Não se vai aguentar"

Reportagem

32 **Serviço de Medicina Interna do Hospital Beatriz Ângelo e Departamento de Medicina Interna e Medicina Intensiva do Hospital da Luz**

Discurso direto

14 **Diana Guerra**
XXII Congresso Nacional de Medicina Interna: o início...

16 **Germano Couto**
Os desafios da Medicina Interna

18 **Pedro Alcântara Silva / Manuel Villaverde Cabral**
Avaliação comparativa das valências do SNS (2001-2013)

20 **Luís Brito Avô**
VI Simpósio do Núcleo de Estudos de Doenças Raras da SPMI

21 **Catarina da Luz Oliveira**
O farmacêutico clínico na Medicina Interna

24 **António Martins Baptista**
1.º Congresso Nacional de Urgências

38 **José Alberto Silva**
Desnervação simpática renal: que futuro?

42 **Rui Santana**
A integração de cuidados de saúde – *mind the gap*

44 **Alexandre Abrantes**
Países ricos, países pobres.
Financiamento do setor da saúde em tempo de crise.

45 **Fátima Campante**
IX Jornadas do NEDF

46 **Jorge Crespo**
Doença de Behçet

Notícias

22 **25 anos de voluntariado em São Tomé e Príncipe**
Lançamento do livro "Saúde para todos" na Gulbenkian

30 **O doente idoso em ambulatório**
I Jornadas da Clínica CUF Belém

40 **Pedro Cunha**
"O internista tem um papel integrador, de colaboração e estimulação das parcerias"

46 **Behçet em Portugal**
Blog apoia doentes e familiares

24

Espaço Internos

25 **Fátima Leal Seabra**
24.ª Escola Europeia de MI

26 **Sessão de abertura do 10.º ENIMI**
Internos de MI considerados exemplo

26 **Francisco Allen Gomes**
A sexologia clínica no quotidiano da MI

27 **Rosa Ferreira**
Foi enorme o desafio

28 **Sara Camões**
Assembleia de Representantes Locais

28 **Sara Pinto**
Internistas *out of the box*

29 **Inês Coelho dos Santos**
Ser interno de Medicina Interna no... CH do Médio Tejo

Especial IV Congresso Nacional de Autoimunidade / / XXI Reunião Anual do NEDAI

48 **Sessão de abertura**
Presidente da SPMI desafia internistas a apostar na investigação clínica e na formação

50 **Lèlita Santos**
Papel dos tecidos-alvo no desenvolvimento da autoimunidade

50 **Jorge Crespo**
Transplante de células hematopoiéticas nas doenças autoimunes sistémicas

51 **Deolinda Portelinha**
Registos em autoimunidade

51 **Carlos Vasconcelos**
O sistema gastrintestinal e hepatobiliar nas DAIS

52 **Entrevista José Delgado Alves**
"A ferramenta da MI é a nossa maneira de pensar"

Especial XXI Congresso Nacional de Medicina Interna

55 **Sessão de abertura**
A posição nuclear dos internistas

56 **A MI como governante da clínica hospitalar**

57 **Distinção**
Três novos sócios honorários da SPMI

58 **Entrevista Joseph Ming Wah Li**
"Hospitalistas afirmam-se como peças fundamentais no sistema de saúde dos EUA"

60 **Mensagem no final dos trabalhos**
Internistas: a responsabilidade de liderar as mudanças

61 **Raquel Farias**
Uma médica com alma de fadista

62 **Presença internacional**
Da metáfora da ponte e de um rio "divorciados" à humanização da Medicina

25

55

48

NOVA COORDENAÇÃO DO NEDAI QUER "DESENVOLVER COMPETÊNCIA EM AUTOIMUNIDADE"

António Marinho, da Unidade de Imunologia Clínica do Hospital de Santo António, no Porto, é o novo coordenador do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI) da SPMI. O seu principal objetivo será "desenvolver uma competência em Autoimunidade na Ordem dos Médicos", tornando mais visível a atividade científica dos profissionais desta área.

Pretende também, durante os próximos dois anos, "continuar o longo trabalho efetuado pelas anteriores coordenações", no que respeita ao desenvolvimento de atividades – quer de investigação, quer de formação –, que "necessitam, agora, de consolidação", sobretudo na área dos registos clínicos.

Na foto, António Marinho com os seus antecessores, José Delgado Alves e Luís Campos.

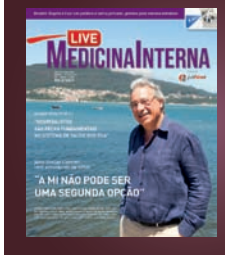
VIANA DO CASTELO 2016

"Viana: porta do Atlântico, porto da Medicina" – é este o mote do XXII Congresso Nacional de Medicina Interna, marcado para os dias 27, 28 e 29 de maio de 2016. A reunião será presidida por Diana Guerra, diretora do Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Luzia, acompanhada neste desafio por Carmélia Rodrigues (secretária-geral) e Carlos Ribeiro (tesoureiro).

Sociedade de Aterosclerose com novos corpos sociais

Os novos órgãos sociais da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose para o triénio 2015–2017 tomaram posse a 18 de abril. A Direção da SPA integra os seguintes nomes:

Presidente: Alberto Manuel de Mello e Silva
Presidente eleito: Manuel Teixeira Marques Veríssimo
Vice-presidentes: Luís Miguel Silva Andrade (Norte), José Pereira de Moura (Centro) e Francisco Araújo (Sul)
Secretário-geral: João Sequeira Duarte
Tesoureiro: Isabel Mendes Gaspar
Vogais: Maria Luciana Gomes Domingues Couto Carvalho (Norte), Mário Rui Fernandes Pinto Ferreira (Centro), Mário Lázaro (Sul) e Maria Isabel Ribeiro Azevedo (Regiões Autónomas)



João Araújo Correia fotografado junto à foz do rio Minho, em Caminha, no último fim de semana de junho.

Um brinde ao futuro da MI

(Jantar de encerramento do XXI Congresso Nacional de MI, 30 maio 2015.)

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 (joaocarvalho@justnews.pt) **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares (jms@justnews.pt) **Diretor de Multimédia:** Luís Soares (luissoares@justnews.pt) **Morada:** Alameda dos Oceanos, 3.15.02.D, Nº 3, 1990-197 Lisboa ***LIVE Medicina Interna*** **é uma publicação da Just News,** de periodicidade trimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 5000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **Impressão e acabamento:** TYPIA – Grupo Monterreina, Área Empresarial 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

Publicações
justNews

PUBLICIDADE

justNews

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

JornalMédico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

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

LIVE CARDIOVASCULAR

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

LIVE MEDICINAINTERNA

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

Jornal Médico
Congresso

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

LIVE MEDICINA INTERNA
CONGRESSO

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.*

www.justnews.pt

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

www.justnews.pt

justNews
a partilhar informação desde 1981

JOÃO ARAÚJO CORREIA, VICE-PRESIDENTE DA SPMI E DIRETOR DO SERVIÇO DE MEDICINA I DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

"Não se pode ir para Medicina Interna quando esta é uma segunda opção. Não se vai aguentar"

É na sua casa de refúgio de Caminha, em frente à foz do rio Minho, que João Araújo Correia, 55 anos, recebe a Just News. *Num ambiente familiar, com vista para o rio, fala-nos sobre a evolução da Medicina Interna e deixa um alerta: não se crie a especialidade de Urgência, para o bem dos doentes e da própria Medicina Interna. Como a família "é o mais importante", relembra a sua, principalmente o avô, também médico, a quem um dia uma doente disse: "Senhor doutor, um dia que morra, até estes montes o hão de chorar."*

***Just News* (JN) – Nasceu em Godim, Peso da Régua. Como foi viver numa região tão bonita?**
João Araújo Correia (JAC) – Foi ótimo! Tive uma adolescência fantástica, com um grande grupo de amigos. Viver na Régua, naquele tempo, era uma diversão constante. Além disso, também foi lá que convivi com o meu avô, uma figura carismática e muito interessante. Era mais que um avô... Ele, além de médico, era um contista excelente. Por sua influência, quase enveredei pelas Letras e cheguei mesmo a ser fundador do jornal *Arrais*, que ainda se mantém. Desses tempos, também relembro, com saudade, as idas à boleia com os colegas para o Liceu de Lamego – dado que não havia o 3.º Ciclo na Régua, com o meu pai anestesista, que ia trabalhar para o hospital.

JN – Fala do seu avô com muita admiração. O que recorda dele?
JAC – O meu avô marcou-me muito. Além de médico, era contista, como referi. Nunca repetia uma história, mesmo quando a idade já era muita. A casa dele, que foi pena não ter sido conservada, era a um de médico "João Semana", e o consultório até tinha uma mesa obstétrica! Pode dizer-se que o meu avô era uma espécie de *Robin dos Bosques da Medicina* e só assim se explica como pôde formar cinco filhos. Os ricos pagavam bem pelos seus serviços médicos e aos pobres tudo dava, incluindo os próprios medicamentos. A sua importância como médico e escritor foi tão grande que o município do Peso da Régua deu o seu nome à escola secundária e ao Balneário das Caldas do Moledo e lhe erigiu uma estátua junto ao rio. A sua casa quase se tornou um museu, mas aquela terra é mais dada ao comércio e ao vinho do que às coisas da cultura, pelo que a ideia não vingou.

JN – A escolha da MI foi por causa dessa influência do seu avô?
JAC – Sim, ele transmitiu-me o gosto pela palavra, que tem muito a ver com a Medicina Interna. Entusiasma-me fazer perguntas, construir o *puzzle* do diagnóstico com base nos sinais da doença, que nem sempre são muito específicos. O meu avô trabalhava numa altura em que não havia os atuais métodos de diagnóstico, ia a casa das pessoas e, falando com elas, também conseguia construir o *puzzle*. Cheguei a acompanhá-lo, muitas vezes, nessas visitas, que ainda hoje me ajudam muito como médico. A construção do *puzzle* pode não ser fácil, às vezes, até parece que a resolução do enigma tem inspiração divina. Pergunto-me, com frequência, por que fico mais desconfiado num caso do que noutro, quando ambos, em termos teóricos, apresentam sintomas e sinais idênticos. Claro que tudo isto gera alguma insegurança e há que saber lidar com ela.

JN – A certeza de que queria seguir MI foi imediata?
JAC – Não. Balanceei entre o Direito e a Medicina. E porquê? Por causa da palavra. Tal como o advogado tenta retirar informação, o mesmo acontece com o internista. Depois, devido ao mesmo gosto pela palavra, fiquei na dúvida se devia optar pela Psiquiatria ou pela Medicina Interna. Mas acabei por tomar a decisão num congresso de Psiquiatria a que assisti, no qual me pareceu haver o risco

"Espero, sinceramente, que não se venha a criar a especialidade de Urgência"

JN – Como vê a evolução da SPMI?
JAC – Envolvi-me na SPMI em 1982, na altura do seu renascimento. E é com grande satisfação que vejo o seu crescimento pujante, com cada vez mais sócios, com um Congresso magnífico e também agora com um Centro de Formação. Em 1982, e nos anos seguintes, dediquei-me muito à SPMI, depois acabei por estar mais ligado ao Colégio da Especialidade, mais concretamente durante nove anos, nos últimos três como presidente. Nestes anos tive uma grande dedicação ao trabalho do Colégio de Especialidade e tenho orgulho em dizer que participei na elaboração de todos os documentos legais que regulamentam a especialidade ainda vigentes.

JN – E o que pensa da evolução da Medicina Interna?
JAC – Estou muito orgulhoso da sua evolução, que se deveu bastante ao crescimento da Sociedade e ao prestígio do Colégio. E temos evoluído muito! Atualmente, temos 900 internos em formação! Isto corresponde a uma mudança na maneira como se olha para a Medicina Interna, que deve "tomar conta" dos hospitais. Espero, sinceramente, que não se venha a criar a especialidade de Urgência. Os internistas têm capacidade para ter uma visão holística do doente que entra na Urgência e encaminhá-lo, de forma acertada, para a especialidade de que necessita, se for esse o caso. Note-se que, em Portugal, os doentes entram às centenas na urgência, sem qualquer triagem prévia. A criação da especialidade de urgencista, como já acontece nos EUA, pode levar a altas indevidas e a outras situações complicadas. Defendo também que o internista é fundamental no pré e no pós-operatório, porque previne as complicações, gere todos os problemas do doente, reduz o tempo de internamento e é, por isso, muito atrativo para os administradores.

JN – A MI acaba assim por ser vista como concorrência por outras especialidades?
JAC – Sim, é verdade. Não vamos estar a "dourar a pílula". Para o administrador, é mais fácil ter um internista, que tem uma maior plasticidade e que consegue dar resposta a várias situações, mas, para alguns profissionais de saúde, estamos a retirar-lhes o posto de trabalho. De qualquer modo, penso que esta situação se resolverá quando as pessoas tiverem de optar pelo público ou pelo privado. Há muitos anos que se fala desta questão, mas não se avança nada no terreno. Mas, mais cedo ou mais tarde, esta divisão entre público e privado vai ter de acontecer.

JN – Que mensagem gostaria de deixar a quem opta pela MI?
JAC – As pessoas têm de fazer uma introspeção profunda e saber o que para elas é importante. Não se pode ir para Medicina Interna quando esta é uma segunda opção, porque não se vai aguentar. O dinheiro não pode ser uma prioridade. É preciso ter aquilo a que chamo "a atração pelo abismo", ou seja, sabe-se sempre menos do que o que falta saber. E conseguir viver com essa insegurança... E também ter uma grande dose de narcisismo, isto é, diagnosticar e tratar bem, com grande satisfação pessoal e sem esperar aplausos de ninguém.

inerente a essa especialidade de perdermos a noção dos limites da normalidade. Naquele dia tive a certeza de que o caminho era a Medicina Interna.
A escolha por esta área também se deveu ao facto de ter muito receio do tédio que sempre me causou a repetição das coisas e na Medicina Interna a diversidade está garantida! O internista não sabe tudo, mas não há nada de que não saiba alguma coisa! Aliás, quem quiser ir para Medicina Interna tem de saber lidar muito bem com esta maneira de estar, com esta insegurança, em que o que falta saber é sempre muito.

JN – O seu pai era anestesista. De que forma influenciou a sua carreira?
JAC – Pela sua honestidade, capacidade de trabalho e de sacrifício. O meu pai só tinha oito dias de férias, para que a cirurgia não parasse mais tempo! Como foi o único anestesista na Régua e Lamego durante 35 anos, andava sempre de um lado para o outro. Às vezes, chegava a casa e nem entrava, porque a minha mãe estava à janela a dizer que havia mais uma cesariana em Lamego... Nesse tempo, não havia telemóveis. E o mais importante era que, por mais cansado que estivesse, o doente estava sempre acima de tudo.

JN – Tem irmãos?
JAC – Tenho três irmãs, uma delas do segundo casamento do meu pai. Foi a única que me deu sobrinhos. Um menino e a Camila, que está prestes a nascer. O nome é dado em homenagem ao nosso pai, que se chamava Camilo. O meu pai casou segunda vez porque a minha mãe faleceu quando eu estava para entrar na faculdade. Morreu com um cancro de estômago metastizado. Esse momento também foi uma grande lição para mim, como médico... A minha mãe tinha sintomas mais do que evidentes de uma neoplasia gástrica, que não foi detetada a tempo... Tomava vários comprimidos que o meu pai lhe dava para alívio das queixas. Isto aconteceu porque, quando são situações relacionadas com as pessoas que nos são mais queridas, não queremos aceitar que elas estão doentes e que podem ter um problema realmente grave. Aprendi que é preciso dar muita atenção aos nossos familiares, porque a tendência é para relativizar o que sentem. Não o fazemos por mal, apenas entramos inadvertidamente neste tipo de negação.

JN – Na Escola Primária teve como professor José Lacerda Azevedo Narciso. Diz que o recorda com saudade e reconhece-o como o docente mais marcante da sua vida. Porquê?
JAC – Sim, não há muitos professores que nos fiquem na memória. Mas este ficou, sobretudo, pelos valores que me transmitiu, além da sua capacidade para ensinar. Lembro-me de que a Escola Primária ficava do

outro lado da estrada. Era um privilegiado. Além disso, tinha sapatos, enquanto muitos dos meus colegas andavam descalços, de inverno ou de verão. Este professor sempre me fez ver que somos todos iguais e que nunca deveria comportar-me como o filho do Sr. Dr. e acredito que isso fez a diferença na minha maneira de ver a vida, logo desde muito cedo.

JN – Na Faculdade, conseguiu ter vida académica?
JAC – Muita! Fui delegado de curso e fazia parte da Associação de Estudantes. Como o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) era novo – quando entrei era apenas o segundo ano do Instituto, ainda me lembro de ir a Lisboa para evitar que o fechassem. E porquê? Porque se baseava num conceito novo, no qual quem dava aulas era também responsável pelo tratamento dos doentes, sem haver uma carreira académica separada. Isto não era bem visto nas faculdades clássicas, mas é o que agora vigora no ano profissionalizante do curso de Medicina em todos os hospitais universitários.

JN – Podemos dizer que foi mais um momento político, dos muitos em que se envolveu? Afinal, chegou a ser militante da JSD, interveio em comícios e até foi um dos dirigentes da greve de estudantes de 1976.
JAC – Sim, mas mais numa vertente académica. Esses tempos de vida política mais pura e dura marcaram-me muito. Na altura, vivíamos tudo de uma forma muito intensa e autêntica. Não me esqueço do comício de Sá Carneiro no Porto e do discurso inflamado para uma multidão em delírio na Praça Velasquez. Foi histórico!

JN – A sua esposa é obstetra. Foi na Faculdade que se conheceram ou nesses momentos políticos?
JAC – Foi na Faculdade. Já a conhecia desde o primeiro ano do curso, mas não a achava muito interessante. Era talvez demasiado recatada e pouco dada a festarolas! Na viagem de finalistas cheguei muito tarde ao autocarro e só restavam três lugares vagos. Um deles era ao pé da

No Perito Moreno, Patagónia

No Parlamento Europeu

Manuela e pareceu-me ser a melhor opção. Enfim, após algumas centenas de quilómetros, cheguei à conclusão de que, afinal, era uma mulher muito interessante e, ao fim de nove meses de namoro, casámos. Estamos casados há 30 anos e temos o João, de 28 anos, e a Inês, de 24. O João está a terminar o estágio em Advocacia e a Inês acabou um estágio, como tradutora, no Parlamento Europeu, e já começou a trabalhar numa empresa dessa área em Espinho. Mas acredito que ainda vai voltar ao estrangeiro, porque lá as condições são mesmo muito boas.

JN – Passou pelo Hospital Distrital de Lamego e pelo Hospital de Santa Maria Maior antes de chegar ao Santo António. Como foi essa experiência dos hospitais distritais?

JAC – Na altura, foi publicada uma lei que, independentemente da nota final, obrigava os médicos a serem destacados para a periferia. Não quis ir destacado – nunca concordei com essa lei – e candidatei-me a outros hospitais. Estive dois meses em Lamego e um ano em Barcelos. A experiência foi muito boa. Tenho por princípio empenhar-me em tudo aquilo que faço e não ficar apenas pela metade. Na altura, o meu objetivo até era ficar por Vila Real e viver mais perto da Régua. Eu tinha vaga, mas a minha mulher não. Acabei por me candidatar à única vaga que abriu no Hospital de Santo António em 1995 e fiquei. Foi uma boa opção porque assim pude continuar junto da minha família – o que mais prezo – e também retomar o ensino pré-graduado de Medicina. Gosto muito de ensinar! Trabalhar num hospital mais pequeno tem o lado bom de que é mais fácil deixar obra feita, fazer alguma coisa concreta e ser

Junto à estátua de João Araújo Correia, o seu avô, no Peso da Régua

João Araújo Correia com o avô e o pai, quando estava no Internato Geral (atual Internato do Ano Comum)

Na cerimónia dos Óscares de 2015

Com a mulher, Manuela, numa viagem ao Egipto, onde desceram o rio Nilo

reconhecido. Mas, por outro lado, senti falta da discussão clínica e do confronto com os pares.

JN – Como concilia o ensino com a atividade de médico e a vice-presidência da SPMI?
JAC – No meu caso, é fácil, porque estou no ensino profissionalizante. Como costumo dizer, na brincadeira, tenho sempre três sombras atrás de mim enquanto trabalho. Claro que em certos momentos, mais "mortos", peço a esses alunos para fazerem a história clínica de um doente e depois discuto-a com eles. Mas o objetivo principal é que aprendam por imitação, num processo "osmótico". Gosto muito de os acompanhar e de os ajudar no raciocínio clínico, que conduz à decisão.

JN – Na investigação, tem-se dedicado ao estudo do contributo dos antigénios de histocompatibilidade (HLA) para a ocorrência das uveítes, da doença de Behçet e das espondiloartropatias. Porquê esta escolha?
JAC – Estou muito ligado às doenças autoimunes. A minha maior área de interesse é, sem dúvida, a doença de Beçhet (DB). A Unidade de Imunologia Clínica (UIC) do Hospital de Santo António/CHP é considerada uma referência nacional e tem especialistas a tempo parcial ou completo. O seu diretor, o Prof. Carlos Vasconcelos, tem feito um trabalho extraordinário. Na área da investigação, trabalho com a Prof.ª Berta Martins, do ICBAS, e estamos a estudar os marcadores da gravidade da doença, porque ainda só existem marcadores para a doença em si. Há uma colaboração entre a UIC e o Serviço de Oftalmologia do CHP. Aliás, sabe-se que 45% das uveítes estão relacionadas com causas secundárias, como a doença de Behçet. Com esta investigação, pretende-se saber quais são os marcadores que identificam um caso grave desta doença. Isto é fundamental, porque a doença de Behçet pode ser apenas incómoda, quando mucocutânea, mas também se pode tornar muito grave, afetando, por exemplo, o Sistema Nervoso Central ou as artérias, podendo levar à morte ou a sequelas irreversíveis.

JN – Em dezembro de 2001, fez um curso sobre "Como anunciar más notícias?". Como se deve agir nesses momentos?
JAC – Antes desse curso, já dava más notícias há muitos anos. Mas foi um curso muito interessante e pude interiorizar algumas coisas, conjugando-as com a experiência no terreno. Como se dão más notícias? Quer sejam boas ou más, as notícias têm de ser dadas tendo em conta a pessoa que temos à nossa frente. Temos de adaptar o discurso a cada um. Há quem queira saber tudo, outros não, e só nos apercebemos disso através de uma conversa com o doente. À medida que vamos avançando, percebemos até onde podemos chegar. Mas, na minha opinião, e com base na minha experiência, há palavras que nunca devem ser logo ditas. É o caso de "cancro", "maligno", "metástase". Podemos começar por dizer que a pessoa tem algo que não é bom, por exemplo. Ela vai entender, pois, não há doentes estúpidos. O mesmo acontece quando temos de dizer que vamos iniciar um tratamento doloroso. Nestes casos, nunca devemos mentir, mas dizer a verdade, adaptando o discurso ao doente. Outra situação mais delicada é quando não há nada a fazer e se sabe que a pessoa vai morrer. Também temos de, através da conversa, ver o que se pode dizer e onde podemos chegar, porque devemos sempre respeitar a vontade de cada pessoa.

"No futuro, gostaria de ter netos"

JN – Quer voltar à vida política?
JAC – Só se fosse numa vertente mais ligada à saúde. Gostei muito do tempo em que estive na política pura e dura. Foi a época do antes e pós-25 de abril e era tudo muito autêntico. Atualmente, existe muita soberba. Hoje em dia, existe uma profissionalização dos políticos dentro dos partidos que não me agrada. Acredito que, por vezes, possa ser inevitável, mas um político que nunca tenha exercido uma profissão está amputado. Tende a tomar decisões que não fazem sentido nenhum, porque não tem conhecimento da realidade. Claro que me mantenho bem informado e entusiasmo-me com tudo o que tenha a ver com política.

JN – Gosta de xadrez, de literatura e de pintura. Qual é o peso de cada uma dessas atividades na sua vida?
JAC – O do xadrez é forte, porque fui federado, participei em competições e cheguei a ganhar troféus. Depois vim para o Porto e deixei este jogo de parte, porque, embora inicialmente ainda jogasse, fiquei sem adversários. Ganhava sempre e acho que se chatearam... [risos] Quanto à literatura, penso que talvez um dia... Para mim, é mais que um gosto pessoal, é um legado familiar. Mas, quando escrever é para ser a sério, não quero nada por obrigação. A pintura é só um gosto. Não sei pintar, nem sou um grande conhecedor, mas acho que é fantástico colocar uma ideia numa tela. É um dom admirável.

JN – Também gosta de cinema, aliás, a sua esposa é aficionada...
JAC – A minha mulher sabe tudo sobre cinema! Assina tudo o que é revista da área e andava há seis anos a candidatar-se para ser convidada a assistir aos Óscares. E nunca me disse nada! Até que no último Natal me deu a novidade e lá fomos a Los Angeles, este ano.

JN – Já viajou pelos cinco continentes. Tem alguma história que o marcasse mais?
JAC – Tantas! Penso que a mais recente foi em Sidney, na Austrália, quando fui ver um espetáculo da Orquestra de Sidney. O maestro, baseado na obra do Prof. António Damásio, projetava imagens da sua própria ressonância magnética nuclear cerebral, enquanto imaginava o concerto que estávamos a ouvir. Aquela mistura de cores, consoante os campos do cérebro que eram acionados, foi magnífica! Depois... é impossível esquecer o Grande Canyon, o Perito Moreno e fantásticas cidades como Nova Iorque e Chicago.

JN – Olhando para o futuro, quais são os sonhos que falta realizar?
JAC – Gostava de ter netos. Para mim, a família é o mais importante. Depois gostava que o Serviço que dirijo no Hospital de Santo António fosse um exemplo em Medicina Interna, a nível nacional, e penso que ainda chegará a hora de dar o meu contributo como presidente da SPMI. De resto, o futuro a Deus pertence.

justNews

XXII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA, 27 A 29 DE MAIO DE 2016, VIANA DO CASTELO

O início...

Diana Guerra
Presidente do XXII Congresso Nacional
de Medicina Interna

A história do Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI) de 2016 começou a ser escrita em 2014. Foi em meados desse ano que o Serviço de Medicina do Hospital de Santa Luzia, de Viana do Castelo, abraçou com entusiasmo e orgulho o desafio da organização do maior evento nacional da Medicina Interna.

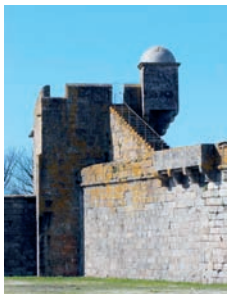
Desde o início que previmos a tarefa árdua que nos esperava, mas esse sentimento apenas serviu para redobrarmos o nosso empenho.

A Comissão Organizadora, composta por internistas do Serviço de Medicina 1, desde o início, entendeu que, sendo de Viana, só teria sentido escolher a própria cidade como o local para a realização do evento.

Nascia assim o mote do Congresso: "VIANA, PORTA DO ATLÂNTICO, PORTO DA MEDICINA".

Nos últimos anos, têm sido os grandes centros urbanos ou de cariz fortemente turístico os eleitos para a realização do Congresso. Esta opção é compreensível e muito bem aceite pelos colegas. São locais agradáveis, convidativos e onde já se reúne muito *know-how* nesta área.

Sentimos que estávamos perante uma oportunidade de mudança. E por que não levar o Congresso a outra região do país?



E, do número infindo de quesitos que nos esperavam, este era o primeiro e bem complexo: recorrer a um dos locais habituais ou inovar? Afinal, tratava-se da escolha entre um caminho conhecido e um percurso novo, talvez mesmo visionário, que se afigurava laborioso.

Mas, depois de alguma hesitação inicial, só tivemos de fazer a escolha certa, "meter mãos à obra" e traçar o cronograma.

Primeiramente, e nunca será demais dizê-lo, gostava de sublinhar que, se estamos a percorrer este trilho, tal não se deve apenas à nossa vontade de sediarmos o Congresso em Viana; contamos, desde o início, com o incontornável apoio e confiança dos dirigentes da SPMI e, igualmente, com o entusiasmo das entidades vianenses, que receberam e aplaudiram esta iniciativa. Um evento desta magnitude só pode ser possível graças ao apoio de pessoas e instituições, que já manifestaram o seu empenho.

Viana do Castelo, não sendo uma cidade grande, oferece um enquadramento de beleza natural, com a presença de rio, monte e mar, associada ao rico património histórico. É a cidade atlântica mais ao norte de Portugal, servida por boas vias de acesso e situando-se a cerca de 30 minutos do aeroporto.

Os locais de realização do Congresso foram escolhidos com especial cuidado, para que os trabalhos se desenvolvam de forma aprazível. Vamos oferecer uma infraestrutura com instalações amplas e confortáveis, num ambiente propício ao reencontro de colegas, favorecendo o intercâmbio profissional e científico.

Reunimos, assim, as condições para sermos anfitriões na completa aceção da palavra, já que será o Congresso realizado pelo Serviço de Medicina de e na cidade de Viana do Castelo.

Assumimos que a nossa missão é organizar o XXII Congresso Nacional de Medicina Interna com o compromisso de ter um evento que vai ser global e uma referência na Medicina Interna. Por isso, estamos a contar com o privilégio de uma presença expressiva dos colegas em Viana.

O programa científico, que terei oportunidade da expor mais tarde, está a ser elaborado com dedicação e diligência. Com o objetivo de ser dirigido a todos os internistas e especialidades afins, vai incluir novos temas e revisitará outros. Priorizará a interatividade com a audiência. Não queremos só "apresentar", queremos também conversar e trocar ideias e experiências. E, no percurso até maio de 2016, estamos abertos a ideias e sugestões.

Começámos com ousadia e queremos continuar a ser arrojados quando desejamos que, em 2016, em Viana do Castelo, se realize não *um*, mas *o* Congresso Nacional de Medicina Interna.

XXII CONGRESSO NACIONAL DE

MEDICINA INTERNA

27-29
MAIO 2016

VIANA DO CASTELO

CASTELO SANTIAGO DA BARRA
IPVC

Organização:

Presidente do Congresso
Diana Guerra

Secretária Geral
Carmélia Rodrigues

Tesoureiro
Carlos Ribeiro

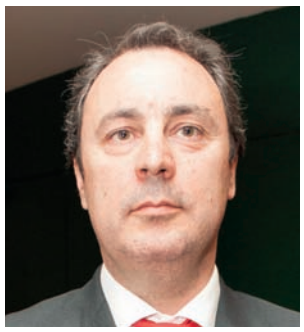
Viana: porta do Atlântico,
porto da Medicina

Organização | Secretariado | Major Sponsor | Apoio

Bayer HealthCare

justNews

Os desafios da Medicina Interna



Germano Couto
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

FALTA GESTÃO CLÍNICA DOS SERVIÇOS QUE COORDENE, EM CONJUNTO, O PLANEAMENTO DE ALTAS E DE INTERNAMENTOS, GARANTINDO QUE OS CUIDADOS QUE PRESTAMOS ÀS PESSOAS SÃO DIGNOS, SEGUROS E DE QUALIDADE.

A prática clínica no âmbito da Medicina Interna evoluiu significativamente nos últimos 50 anos, beneficiando do desenvolvimento de exames complementares de diagnóstico cada vez mais precisos e da inovação terapêutica, que deu novas respostas a doenças antigas.

De igual modo, o desenvolvimento das competências dos profissionais a exercer no âmbito da Medicina Interna permitiu um exercício mais próximo das boas práticas e das práticas recomendadas, dando menos espaço a uma prática baseada nas experiências individuais de cada um dos profissionais.

Contudo, mantém-se a dúvida sobre se estes desenvolvimentos estão a trazer ganhos para as pessoas.

Os estudos sobre variação da prática clínica, amplamente publicados no Reino Unido e nos Estados Unidos, revelam que as práticas individuais, muitas vezes, contrárias à evidência científica disponível, continuam a ser muito significativas. Esta situação foi recentemente denominada de fator entusiasmo por Rosemary Gibson, da *Agency for Health Care Research and Quality* (EUA), apresentando um caso em Maryland em que um médico colocou de forma desnecessária *stents* cardíacos em cerca de 600 pessoas que, mesmo após a suspensão da prática, continuavam a achar que o médico lhes tinha salvo a vida...

A autora principal do artigo "*The treatment trap*" referia que as nossas mentes marinaram na crença de que fazer mais é melhor e acrescenta que as companhias farmacêuticas e de dispositivos médicos são um condutor poderoso neste uso excessivo.

De facto, a evidência mostra-nos que práticas conservadoras não ajudam as pessoas, conforme demonstra a revisão de literatura de Hussey, P.S.; Wertheimer, S.; Mehrotra, A. (2013) [1] que, de 61 estudos incluídos, apenas 21 (34%) reportavam uma associação positiva (mais custos associados com mais qualidade), 18 (30%) revelavam um impacto negativo e 22 (36%) não identificaram diferenças significativas.

Isto significa que, nas mesmas condições, em 66% dos estudos, o aumento dos custos com o tratamento teve um impacto neutro ou negativo na saúde das pessoas.

No que à utilização de equipamentos de diagnóstico e terapêutica diz respeito, os estudos também revelam um fraco valor retirado do elevado investimento realizado na sua aquisição pelas unidades, com utilizações pouco sistemáticas dos equipamentos, tempos de espera muito elevados, ao mesmo tempo que persistem longos períodos sem utilização.

Estes processos viciados ocorrem num sistema que não mede os resultados que os doentes alcançam após a passagem pelos serviços de saúde. De facto, temos hoje milhares de doentes que entram anualmente nos hospitais portugueses com um AVC e não fazemos ideia de quantos saíram a andar ou quantos saíram dependentes.

Temos milhares de doentes oncológicos e não sabemos sistematicamente se eles saíram do hospital sem dores, com melhor ou menor qualidade de vida percecionada... mas sabemos o número de cirurgias que realizaram... Será suficiente saber se o tumor reduziu, se não soubermos se isto teve um impacto positivo ou negativo na qualidade de vida da pessoa? Será provavelmente dramático se viermos a descobrir que, para reduzir o tamanho do tumor, prejudicamos irreversivelmente a qualidade de vida da pessoa.

É por isso fundamental começar a pedir os resultados que interessam às pessoas.

Quando falamos de Medicina Interna não podemos esquecer a qualidade que proporcionamos a quem necessita de um internamento desta especialidade. Hoje, como há anos atrás, continuamos a deixar internar pessoas nos corredores dos serviços, reféns de falta de gestão clínica e sujeitos a um conjunto de eventos adversos que vão desde as quedas às úlceras de pressão, passando por um risco do aumento de infeções e uma gritante falta de respeito pela dignidade e intimidade da pessoa.

Falta gestão clínica dos serviços que coordene, em conjunto, o planeamento de altas e de internamentos, garantindo que os cuidados que prestamos às pessoas são dignos, seguros e de qualidade. É possível e desejável terminar com as macas nos corredores dos serviços de Medicina Interna, caso haja orgulho e respeito pela especialidade e pelos doentes que dela necessitam. Cabe aos diretores clínicos e aos enfermeiros gestores a responsabilidade de assumirem uma atitude de mudança que termine com estas práticas de país subdesenvolvido.

Ficam os desafios.

Referência:

1. *Ver: The Association Between Health Care Quality and Cost. A Systematic Review. Hussey, P.S.; Wertheimer, S.; Mehrotra, A. ANNALS OF INTERNAL MEDICINE VOL 158; NUMB 1 (2013) pp.27-34. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23277898*

PUBLICIDADE

Avaliação comparativa das valências do Serviço Nacional de Saúde (2001-2013)

Pedro Alcântara da Silva
Instituto do Envelhecimento / ICS / Universidade de Lisboa

Manuel Villaverde Cabral
Instituto do Envelhecimento / ICS / Universidade de Lisboa

Num estudo comparativo sobre a avaliação do SNS, com base em três inquéritos sociológicos realizados entre os doze anos que medeiam entre 2001 a 2013, foi pedido a uma amostra representativa da população portuguesa com 18 anos e mais que manifestasse o seu grau de satisfação pessoal em relação a oito valências do SNS, tais como o Médico de Família, o Centro de Saúde, na sua globalidade, as consultas externas nos hospitais, o internamento hospitalar, os serviços de urgência hospitalares, os cuidados continuados, o serviço *Saúde 24* e os exames de diagnóstico. Aqui se comparam, pois, os resultados obtidos em 2008 e 2001 (embora neste primeiro ano da série os três últimos itens não existissem e os dois primeiros estivessem resumidos num só item) com os do inquérito internacional do ISSP realizado em Portugal no ano de 2013.

O pedido de avaliação foi colocado independentemente do grau de experiência que cada pessoa teria de cada um dos serviços, isto é, todos os inquiridos deveriam pronunciar-se sobre cada um deles. No entanto, sem que lhes fosse dada a opção de não resposta, espontaneamente, muitos dos inquiridos optaram por não fazer a avaliação de vários serviços sobre os quais consideravam não ter informação suficiente, quer pela falta de experiência própria, quer de familiares ou de pessoas próximas, optando por responder "não sabe/não responde". Essa prudência denota também a preocupação que a sua opinião fosse tão competente quanto possível. Nesse sentido, entende-se o porquê da avaliação dos cuidados continuados, do serviço *Saúde 24* ou dos internamentos apresentarem taxas de não resposta tão elevadas.

Feita esta nota prévia, vejamos então como tem evoluído a satisfação com as várias valências do SNS ao longo do período analisado. Verifica-se, desde logo, que o Médico de Família, especificamente, e o Centro de Saúde, na generalidade, são os itens melhor avaliados e com evolução sempre positiva, com a maioria dos inquiridos a declararem-se satisfeitos ou muito satisfeitos em cada um dos três anos estudados (60,8%, em 2001, para o Médico de Família e Centro de Saúde, em conjunto; 66,9% e 61,6%, em 2008, respetivamente; e 67,3% e 67,5%, em 2013, respetivamente). Esta avaliação amplamente positiva só é superada, em 2013, pelo nível de satisfação com o *Saúde 24* e com os exames de diagnóstico (77,3%; em 2008, somou 56%). Os serviços de urgência hospitalares, os internamentos e as consultas externas também nos hospitais são as valências a seguir melhor avaliadas e também com evolução positiva (38%, 35,6% e 32,3%, em 2001, respetivamente; 44,7%, 40,3% e 44,2%, em 2008, respetivamente; e 50,2%, 50,5% e 45,6%, em 2013, respetivamente). Os cuidados continuados somam 14,5%, em 2008, e 13,9%, em 2013, de avaliações positivas, enquanto o serviço *Saúde 24* soma 7,9% e 18%, nos mesmos anos. A forte consistência entre quase todas as percentagens referidas pelas diferentes amostras confere solidez aos resultados obtidos, apesar das diferenças de períodos em que foram feitos os inquéritos, ao longo dos últimos doze anos.

		Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	NS/NR	Total
2001	Médico de família/Centro de saúde	6,5	54,3	19,5	10,9	2,1	6,8	100,0
	Médico de família	-	-	-	-	-	-	-
	Centro de saúde	-	-	-	-	-	-	-
	Consultas externas nos hospitais	1,7	30,6	27,7	11,7	4,1	24,3	100,0
	Internamento hospitalar	2,4	33,2	24,6	8,7	2,9	28,3	100,0
	Serviços de urgência	2	37	27,2	13	4,2	16,6	100,0
	Cuidados continuados	-	-	-	-	-	-	-
	Saúde 24	-	-	-	-	-	-	-
	Exames de diagnóstico	-	-	-	-	-	-	-
2008	Médico de família/Centro de saúde	-	-	-	-	-	-	-
	Médico de família	11,4	55,5	18,0	7,2	2,2	5,2	100,0
	Centro de saúde	4,3	57,3	25,2	7,9	1,5	3,9	100,0
	Consultas externas nos hospitais	2,8	41,4	26,1	7,6	1,4	20,7	100,0
	Internamento hospitalar	3,1	37,2	18,9	4,5	0,8	35,5	100,0
	Serviços de urgência	1,8	42,9	24,9	11,5	2,6	16,4	100,0
	Cuidados continuados	0,4	14,1	14,1	3,3	0,6	67,4	100,0
	Saúde 24	0,6	7,3	8,4	0,9	0,4	82,4	100,0
	Exames de diagnóstico	2,2	53,8	23,0	3,0	0,5	17,5	100,0
2013	Médico de família/Centro de saúde	-	-	-	-	-	-	-
	Médico de família	16,7	50,6	11,7	6,2	2,3	12,4	100,0
	Centro de saúde	9,9	57,6	15,6	9,0	2,0	6,0	100,0
	Consultas externas nos hospitais	5,0	40,6	9,7	7,1	1,2	34,9	100,0
	Internamento hospitalar	7,7	42,8	6,8	3,5	0,6	38,6	100,0
	Serviços de urgência	5,0	45,2	13,5	10,8	3,4	22,1	100,0
	Cuidados continuados	1,8	12,1	6,0	1,0	0,8	78,4	100,0
	Saúde 24	3,6	14,4	3,5	0,9	1,2	76,4	100,0
	Exames de diagnóstico	5,6	71,7	7,4	2,1	0,3	12,9	100,0

Tabela 1: Satisfação com os serviços do sistema público de saúde em 2001, 2008 e 2013 (%)

PUBLICIDADE

justNews

VI Simpósio do Núcleo de Estudos de Doenças Raras da SPMI

Luís Brito Avô
Coordenador do Núcleo de Estudos de Doenças Raras da SPMI (NEDR) e presidente do VI Simpósio

Vai realizar-se nos próximos dias 30/31 de outubro o VI Simpósio do NEDR, em Lisboa, no Hotel D. Pedro. Dirige-se esta reunião a todos os membros da SPMI, médicos de outras especialidades, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas, representantes de associações de doentes e das autoridades do SNS.

Integra-se na reunião, na sua 3.ª edição, o Curso de Doenças Lisossomais de Sobrecarga, atualizado e desta vez com aulas sobre as 7 doenças lisossomais com terapêutica específica disponível, com avaliação e creditado pelo NEDR/SPMI.

Ao longo destes 2 dias, serão abordados os temas: "*Défícit* de ornitinotranscarbamilase", "Homocistinuria", "Doenças do ciclo da ureia", "Hipercolesterolemia familiar", "Glucogenoses" e "Hemoglobinopatias".

Ocorrerá uma sessão sobre Comunicações Livres, sendo premiados os 3 primeiros classificados, com a frequência de ações formativas no âmbito da Medicina Interna. Os trabalhos apresentados serão propostos para publicação na revista *Medicina Interna*.

Abordaremos, pela primeira vez, a área dos cuidados paliativos em doenças raras, aferida por peritos na área e representantes de associações de doentes.

A "Nutrição em doenças hereditárias do metabolismo" será discutida, com a participação de nutricionistas.

Finalmente, a tradicional Conferência de Fecho, focará, como habitualmente, uma área das Ciências Biomédicas, desta vez sobre "Micro RNA e a sua importância no diagnóstico nas doenças hereditárias/metabólicas".

Os diversos preletores envolvidos são referências reconhecidas nas respetivas áreas e a experiência dos seus centros será refletida nas suas apresentações, expressando o estado da arte em Portugal para estas patologias.

Contamos com a participação dos principais agentes da Indústria Farmacêutica envolvida na investigação farmacológica das doenças raras.

Esperando contribuir para a formação médica permanente dos internistas portugueses e aguardando uma participação entusiástica, o NEDR tem a melhor expectativa para o sucesso desta reunião.

O farmacêutico clínico na Medicina Interna

Catarina da Luz Oliveira
Presidente da Associação Portuguesa
de Farmacêuticos Hospitalares (APFH)

OS POTENCIAIS DOENTES DA MEDICINA INTERNA BENEFICIARÃO DA PRESENÇA DO FARMACÊUTICO NA SUA EQUIPA DE SAÚDE. PARA A VALIDAÇÃO DA TERAPÊUTICA PRESCRITA PELO MÉDICO, É ESSENCIAL PARA O FC TER ACESSO AO PROCESSO CLÍNICO E ESTAR PRESENTE NAS VISITAS CLÍNICAS.

O farmacêutico hospitalar (FH), a curto prazo e de forma transversal ao sistema de saúde, deverá ser reconhecido como o farmacêutico clínico (FC) e, especificamente na Medicina Interna (MI), atrevo-me a dizer, o FC da Medicina Interna.

A amplitude das atividades que o FH desenvolve são muito vastas, sempre centradas no utente, contribuindo para a promoção da saúde e garantindo que os medicamentos mais adequados estão disponíveis de forma segura para os doentes corretos, nas doses e vias corretas e no tempo certo.

No estabelecimento do plano de cuidados ao doente, deve estar implícita uma equipa multidisciplinar e nela deverá estar contemplada a existência de um FH, uma vez que no sistema de utilização de medicamentos vários processos estão inter-relacionados: a seleção dos medicamentos, a prescrição médica, a validação farmacêutica, a dispensa, a administração e o seguimento da terapêutica, tendo como objetivo comum que a sua utilização seja segura, efetiva, apropriada e eficiente.

O FC é especialista no uso de medicamentos. Este faz o acompanhamento farmacoterapêutico em prol da prestação de melhores cuidados de saúde ao doente, contribuindo para que os efeitos que se esperam da medicação sejam os previstos. Como elo do sistema de saúde, deve fazer evidência da intervenção farmacêutica.

O clamoroso relatório *"To Err Is Human"*, publicado pelo Instituto de Medicina dos EUA, em 1999, sobre erros assistenciais em geral, identificou que os erros de medicação ocasionaram mais de 7000 mortes anuais (responsáveis por uma em cada 854 mortes em doentes hospitalizados e por uma em cada 131 mortes em doentes não hospitalizados). Este documento já definia a importância do farmacêutico na construção de sistemas de saúde seguros, visando a criação de práticas mais seguras na utilização da medicação. Desde então, diversos estudos continuam a demonstrar que a morbilidade e a mortalidade associadas aos medicamentos são muito elevadas.

Atualmente, sabemos que a taxa de reações adversas a medicamentos (RAM) aumenta exponencialmente em doentes que tomam quatro ou mais medicamentos e, consequentemente, maior será a probabilidade de interações medicamentosas, mesmo quando se utilizam os medicamentos de forma adequada. O Despacho n.º 1400-A, de 2015, refere que 29% da população adulta toma cinco ou mais medicamentos, o que revela que a polimedicação é uma realidade da nossa sociedade, resultado das comorbilidades associadas à doença crónica e especialmente ao doente idoso.

Os potenciais doentes da Medicina Interna beneficiarão da presença do farmacêutico na sua equipa de saúde. Para a validação da terapêutica prescrita pelo médico, é essencial para o FC ter acesso ao processo clínico e estar presente nas visitas clínicas. A complementaridade das competências individuais e o estabelecimento de uma cultura de comunicação aberta entre profissionais de saúde, no complexo e frágil sistema de utilização de medicamentos, permite-nos diminuir incidentes evitáveis, tempos de internamento, readmissões e os elevados custos financeiros que lhes estão associados.

O FC, como parte integrante deste sistema, deve participar de forma ativa na elaboração de protocolos terapêuticos, no desenvolvimento de programas de reconciliação terapêutica, de farmacocinética clínica e de farmacovigilância, que deve operacionalizar no processo de validação farmacêutica da prescrição. O desenvolvimento destas ferramentas contribui para o sucesso do plano terapêutico instituído e os resultados desta atividade devem ser monitorizados e avaliados, para a melhoria contínua da prestação dos cuidados de saúde e para a utilização segura e custo-efetiva dos medicamentos.

No processo da validação da medicação, o FC aplica o conhecimento especializado da utilização científica e clínica de medicamentos, tendo em conta vários parâmetros: a sua indicação, a dose e a frequência recomendadas, a via de administração, a forma farmacêutica, a presença de medicamentos inapropriados ou desnecessários, a necessidade de um medicamento adicional, as alternativas terapêuticas, a maior probabilidade de interações medicamentosas relevantes, o risco de reações adversas, as inconsistências nas prescrições, as incompatibilidades físico-químicas e a estabilidade da medicação.

Aumentar a segurança na utilização da medicação, assim como prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, são dois dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o que nos obrigará, inevitavelmente, a mudar comportamentos e a unir as diferentes classes profissionais, para melhorarmos a qualidade do serviço de saúde que prestamos, na medida em que somos todos responsáveis por garantir que os medicamentos prescritos contribuem para os melhores resultados de saúde.

A Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares promove a formação do FH, atenta às necessidades a médio e a longo prazo, e pretende reforçar e diversificar as suas relações com outros profissionais de saúde, de forma a criar novas sinergias em benefício do doente.

LANÇAMENTO DO LIVRO "SAÚDE PARA TODOS" NA GULBENKIAN

25 anos de voluntariado em São Tomé e

Protagonistas e parceiros do programa de cooperação para a Saúde que o Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF) desenvolve em São Tomé e Príncipe apresentaram, na Fundação Calouste Gulbenkian, o livro que percorre um quarto de século de apoio médico e tecnológico.

A aventura, que começou com meia dúzia de consultas de Dermatologia em São Tomé e Príncipe, ganhou tal dimensão que acabou por transformar-se numa espécie de bola de neve, incontrolável, que arrasta vontades e converte sonhos em realidade. Hoje, o programa "Saúde para Todos" alia 22 especialidades médicas e já conquistou o estatuto de utilidade pública. E tudo indica que vai continuar a crescer e a somar voluntários, apoios financeiros e tecnológicos.

Luís Campos, diretor do Serviço de Medicina IV do Hospital S. Francisco Xavier (CHLO) e um dos convidados para a cerimónia de lançamento do livro, elogiou o espírito missionário do programa e demonstrou a sua eficácia com números. O arquipélago tem hoje "a nona mais alta esperança de vida de África, a mais baixa taxa de mortalidade materna, a segunda melhor taxa de cobertura pré-natal e a mais elevada percentagem de partos assistidos".

Para o médico, que é também presidente do Conselho Nacional para a Qualidade em Saúde, São Tomé e Príncipe destaca-se pela positiva, quando comparado com outras nações africanas, fruto do trabalho desenvolvido pelo IMVF e pelos seus voluntários. "Há gente assim, que tem uma visão, que persegue um sonho, que arrasta outros para dentro desse sonho e que faz com que esse sonho pareça deles. Gente que sofre de um desvio de olhar, que se dedica a quem vive na periferia dos resorts e não apenas aos que veem somente águas azul-turquesa e palmeiras para trepar".

O programa "Saúde para Todos" conta com o apoio de: União Europeia, Camões, Instituto da Cooperação e da Língua, Fundação Calouste Gulbenkian, Direção-Geral da Saúde e PT Inovação. O Governo português, através do secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde, Fernando Leal da Costa, aproveitou a cerimónia para anunciar o reforço de apoios ao projeto.

Príncipe

Também Isabel Mota, administradora da Fundação Calouste Gulbenkian e anfitriã do evento, renovou o "compromisso de manter a parceria" com o IMVF, que começou em 2003 e que está agora centrada no projeto "Sem Barreiras", que lançou as bases para o ensino da linguagem gestual. "Esperamos ter fôlego para continuar por mais uns quantos anos", frisou Paulo Telles de Freitas, médico e presidente do Instituto que desenvolve projetos de cooperação em todo o espaço da CPLP. Um fôlego que se traduziu, por exemplo, em mais de 240 mil consultas de planeamento familiar só em cinco anos, ou em 641 mil consultas de controlo da criança e vigilância nutricional.

O livro, que tem o mesmo nome do programa, foi escrito pelos missionários e parceiros do projeto. Não tem um autor, mas vários. É, como referiu Paulo Telles de Freitas, "um livro escrito por centenas de mãos", que revolucionou o setor da Saúde.

Entre as individualidades que marcaram presença no lançamento do livro estavam o ex-secretário de Estado da Cooperação Luís Amado, Edgar Neves, coordenador do IMVF em São Tomé e Príncipe, e Ahmed Zaky, o médico egípcio que, juntamente com Paulo Telles de Freitas, deu corpo ao programa "Saúde para Todos", na década de 80.

1.º Congresso Nacional da Urgência

António Martins Baptista
Presidente da Comissão Científica

A Medicina Interna (MI) tem sido a principal especialidade a assegurar o funcionamento dos serviços de Urgência (SU) por todo o País, desde sempre. Contudo, apesar de o tema "Cuidados ao doente agudo" fazer quase sempre parte do programa do Congresso Nacional de Medicina Interna e das Escolas de Verão, faltava uma maior dedicação da SPMI ao suporte científico de uma atividade de crucial importância para os nossos doentes e a que dedicamos uma não negligenciável parcela do nosso tempo laboral.

Em 2008, por ocasião do Ano do Jovem Internista, foi organizado o primeiro Curso do Internista na Urgência, no Funchal, sob coordenação conjunta da Dr.ª Maria da Luz Brazão e de mim próprio. Este Curso teve uma extraordinária aceitação e não deixou de ser realizado desde então, estando sempre lotado.

Entretanto, a SPMI sentiu necessidade de criar um Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI), que é atualmente coordenado pela Dr.ª Maria da Luz Brazão, que nasceu com os objetivos de ajudar a disseminar os conhecimentos necessários a quem trabalha em Urgência e encetar estudos científicos, de preferência multicêntricos, que criem mais-valia teórica e prática "de novo".

A organização do 1.º Congresso Nacional da Urgência, nos dias 24 e 25 de outubro de 2015, no Funchal, é o corolário lógico de toda esta evolução. Com o Dr. João Sá como presidente, um dos mais prestigiados internistas nacionais, com um currículo fortemente alicerçado em cuidados a doentes agudos, a Dr.ª Maria da Luz Brazão à frente da Comissão Organizadora, que está, como vimos, desde o início na génese de todas as atividades da SPMI ligadas à Urgência, e a Dr.ª Carla Araújo, que foi já, apesar da sua juventude, líder do NIMI a nível nacional e dos *Young Internists* a nível europeu, o sucesso da organização está garantido.

Aquilo que prometemos é um programa que atenda às expectativas dos mais novos, com uma fortíssima componente formativa prática, como as três sessões sobre "O utente frequente da Urgência" e a sessão sobre "A imagem na Urgência", incidindo maioritariamente sobre como atuar perante os desafios clínicos na Urgência, e uma pequena componente de sessões que permitam uma reflexão dos menos novos sobre os caminhos organizacionais a trilhar pelos serviços de Urgência.

Assim, o programa completo é o seguinte:

<u>24 de outubro, sábado</u>
08:00 – Abertura do Secretariado
08:00 – 09:00 – Visita aos posters
09:00 – 09:30 Conferência
Articulação entre o pré-hospitalar e a Urgência
09:30 – 10:00
A infeção como grande motivo de recorrência à Urgência
10:00 – 10:30 Intervalo para café e visita aos *posters*
10:30 – 11:50 Mesa-redonda
O utente frequente da urgência I
10:30 – 10:50 As palpitações na Urgência
10:50 – 11:20 A diabetes na Urgência
11:20 – 11:40 A doença cerebrovascular na Urgência
11:40 – 11:50 Discussão
12.00 – 12:30 Conferência:
Tomada de decisões críticas em ambientes caóticos
12:30 – 13:00 Cerimónia de abertura
13:00 – 14:00 Almoço
14:00 – 14:30 Conferência:
Particularidades do idoso na Urgência
14:30 - 15:30 Sessão / debate
Síndromes cirúrgicas
14:30 – 14:45 A cirurgia na Urgência para não cirurgiões
14:45 – 15:00 A ortopedia na Urgência para não ortopedistas
15:00 – 15:30 Discussão
15:30 – 16:00 Intervalo para café e visita aos *posters*
16:00 – 17:30 Mesa-redonda
O utente frequente da Urgência II
16:00 – 16:20 A dispneia na Urgência
16:20 – 16:40 Síndrome confusional súbita na Urgência
16:40 – 17:00 Intoxicações na Urgência
17:00 – 17:30 Discussão
17:30 – 18:00 Conferência
O erro no serviço de Urgência
18:00 – 19:00 Simpósio satélite
20:00 Jantar de encerramento

<u>25 de outubro, domingo</u>
08:00 – Abertura do Secretariado
08:00 – 09:00 – Visita aos *posters* selecionados
09:00 – 10:10 Mesa-redonda
O utente frequente da Urgência III
09:00 – 09:20 As cefaleias na Urgência
09:20 – 09:40 A dor torácica na Urgência
09:40 – 10:00 A dor abdominal na Urgência
10:00 – 10:10 Discussão
10:10 – 10:45 Conferência
Sobrelotação nos serviços de Urgência
10:45 – 11:15 Intervalo para café
11:15 – 12:15 Sessão / debate
A imagem na Urgência
11:15 – 11:35 O tórax
11:35 – 11:55 O abdómen
11:55 – 12:15 O osso
12:15 – 13:00 Sessão interativa
A neuroimagem na Urgência
13:30 Encerramento do Congresso e entrega de prémios

Temos uma expectativa alta para esta organização. Esperamos que a maioria dos internistas portugueses sinta também este Congresso como uma mais-valia na sua formação.

24.ª Escola Europeia de MI

Fátima Leal Seabra
Interna de formação específica em MI. 4.º ano do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho

De 7 a 13 de junho de 2015, decorreu na Costa Rei, Sardenha, Itália, a 24.ª Escola Europeia de Medicina Interna (ESIM), organizada pela Sociedade de Medicina Interna Italiana, sob orientação do Prof. Doutor Nicola Montano e em colaboração com o Prof. Doutor Frank Bosch, presidente da Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM), e a Dr.ª Ewelina Biskup e Dr. Alberto Marra, representantes dos *Young Internists*.

Na ESIM, estiveram presentes 39 médicos internos, oriundos de diferentes países (Alemanha, Canadá, Chipre, Espanha, Estónia, Finlândia, Holanda, Islândia, Israel, Itália, Malta, Noruega, Portugal, Reino Unido, República Checa, Roménia, Suécia, Suíça de Tunísia). Portugal foi representado pelas internas do 4.º ano Andreia Vilas-Boas do Hospital Pedro Hispano, por mim e por Petra Pego, do Hospital Distrital de Santarém.

A ESIM consiste num curso intensivo de Medicina Interna, em que os jovens médicos são convidados a partilhar as suas experiências académicas, clínicas, comunicacionais e laborais. Esta possibilita estabelecer uma rede de conhecimentos e experiências entre os diferentes internos e especialistas mundiais e discutir o futuro da Medicina Interna.

Este ano, a temática da ESIM foi subordinada aos "Erros" na prática médica, nomeadamente "Errar é humano", "Erros de diagnóstico na medicina de urgência", "Erros como falha do sistema de saúde" e "Erros nas *guidelines*". Através de múltiplas palestras, *workshops* e pequenos grupos de discussão, debateram-se também áreas comuns da Medicina Interna, como o diagnóstico de anemia, distúrbios ácido-base, síncope, doenças raras, sépsis, tromboembolismo venoso e anticoagulação.

Um dos pilares fundamentais desta escola assenta na discussão de casos clínicos interativos. Cada país partilhou um caso clínico, demonstrando como este foi orientado, sendo deste modo um espelho de como a Medicina Interna é praticada e como decorre a formação dos jovens médicos.

10º ENIMI 19 a 20 Junho Figueira da Foz

SUBLINHOU A COORDENADORA DO NIMI NA SESSÃO DE ABERTURA

Internos de MI considerados exemplo e respeitados pelos colegas europeus

"O NIMI e os internos portugueses são muito respeitados pelos colegas jovens internistas europeus, sendo mesmo considerados um exemplo para todos os países que não têm, ainda, um núcleo organizado, como a Suécia, a Noruega, a Estónia ou o Reino Unido", afirmou, com orgulho, durante a sessão de abertura, Andreia Vilas Boas, coordenadora do Núcleo, mencionando ter-se apercebido de tal situação na Escola de Verão Europeia de Medicina Interna, em que participou recentemente.

E continuou: "Neste ENIMI, espero que consigamos também contagiar-nos com a nossa energia e desafiar-nos a participar ativamente no Núcleo."

Agradecendo e dando as boas-vindas a todos os presentes, Andreia Vilas Boas fez, ainda, referência ao facto – que não pode ser ignorado – do ENIMI estar agora a somar a sua 10.ª edição.

Rosa Ferreira e Ricardo Fernandes, presidente e vice-presidente do Encontro, fazem referência ao tema central do evento, "A sexualidade", alertando para o facto de se tratar de uma componente essencial para o bem-estar do ser humano – na forma da sua saúde física, psíquica e social – e para a importância dos internistas não a ignorarem e não terem tabus em abordá-la com os seus doentes.

A sessão de abertura contou, também, com a participação de Jorge Crespo, vice-presidente da SPMI, que, "revendo-se" nos jovens sentados na audiência, lhes falou um pouco do Currículo Europeu da Medicina Interna.

"Uma das preocupações da SPMI é procurar criar condições para que os médicos que terminam a especialidade sejam cada vez melhores internistas e venham a ter um futuro como sempre imaginaram", observou.

Na sua intervenção, Maria Amélia Pereira, diretora do Serviço de MI do Hospital da Figueira da Foz, falou na visão holística da Medicina Interna, da importância de transmitir esse gosto aos jovens médicos e sublinhou: "Acho que é muito importante a vossa própria organização em termos de formação, indo ao encontro das vossas expectativas."

A sexologia clínica e a sua abordagem no quotidiano da MI

A sexualidade é uma dimensão de grande importância no bem-estar pessoal de cada ser humano. O médico, sobretudo o internista, que tem uma visão global do doente, deve ter este aspeto em atenção, o que implica uma boa preparação na área da sexualidade humana e uma grande dedicação ao doente do quotidiano da sua prática clínica.

Francisco Allen Gomes

Segundo o psiquiatra e sexólogo Francisco Allen Gomes, o médico deve encarar a doença crónica e a sexualidade com base no denominado modelo psicossocial, isto é, de forma a contemplar os aspetos biológicos, psicológicos e sociais. "Para que tenham qualidade de vida, é fundamental que os doentes tenham uma vida sexual ativa e satisfatória", observa.

Tal como indica, um dos grandes objetivos da Medicina é aliviar o sofrimento, logo, o médico está treinado para aliviar a dor. A sexualidade, por outro lado, obriga a uma nova dimensão – a de lidar com o prazer. "Isto provoca diferentes reações por parte dos médicos, verificando-se alguma dificuldade em alterar o registo de aliviar o sofrimento custe o que custar, preocupando-se também em não prejudicar a parte sexual", explica.

E desenvolve: "Por outro lado, temos uma Medicina cada vez mais hiperespecializada, onde a relação com o doente é mais impessoal, fria e distante. O médico está ao computador a avaliar exames, análises e registo das queixas, o que dificulta a relação humana com o doente, fundamental para se poder abordar problemas relacionados com a sexualidade."

No seu entender, o especialista em Medicina Interna ainda é o profissional de saúde que se entende como "o médico". É aquele com quem o doente conversa e que o avalia de forma global, onde a sexualidade está presente. "O internista tem, assim, um papel fundamental nesta área", reforça.

Outro aspeto que Francisco Allen Gomes não pode deixar de salientar é o facto de alguns tratamentos causarem problemas sexuais. "O internista deve ter noção de que a sua intervenção pode provocar ou evitar sintomas sexuais", refere. E acrescenta: "Deve pesar, perante cada doente, a terapêutica que vai fazer. Isto obriga a algo novo: a partilha entre médico e doente, em relação ao tipo de tratamento e às suas consequências."

Para Francisco Allen Gomes, abre-se agora um "campo completamente novo", que não está relacionado com a prática específica da Sexologia, mas sim com a prática médica em geral. "A pergunta que se faz é: os médicos têm isto em atenção? Provavelmente não!"

Para terminar, o psiquiatra faz, ainda, outro reparo, que se prende com o facto de a idade média dos doentes em enfermaria ser avançada. "À problemática relacionada com a doença crónica junta-se a vivência da sexualidade num processo de envelhecimento", conclui.

Foi enorme o desafio

Rosa Ferreira
Presidente do 10.º ENIMI

O 10.º Encontro Nacional de Internos de Medicina Interna realizou-se nos passados dia 19 e 20 de junho, na Figueira da Foz. Foi escolhido o tema "Sexualidade e Medicina Interna" como linha de orientação do Encontro. No dia precedente iniciaram-se os trabalhos com os cursos pré-congresso: *Speed Statistics* – Noções básicas em Estatística – e FADE (*Fast Assessment Diagnostic Echography*), ambos bastante concorridos pelos internos.

A cerimónia de abertura do Encontro realizou-se no final do dia 19 de junho, contando com a participação do Dr. Jorge Crespo, vice-presidente da SPMI, Dr.ª Maria Amélia Pereira, diretora do Serviço de Medicina Interna da Figueira da Foz, e dos seguintes elementos do NIMI, para além de mim própria: Dr.ª Andreia Vilas Boas, coordenadora do Núcleo, e Dr. Ricardo Fernandes, vice-presidente do Encontro. Seguiu-se o jantar do congresso, ao estilo *sunset*, realizado na praia da Figueira, que contou com a participação de cerca de 70 pessoas.

Com cerca de 100 internos inscritos e com mais de 100 trabalhos submetidos, o Encontro foi considerado um sucesso. Como mais-valia, deve-se salientar as brilhantes palestras proferidas durante o dia. Os trabalhos foram iniciados de manhã, com dois psiquiatras dedicados à área da Sexologia Clínica: Dr. Francisco Allen Gomes e Dr.ª Susana Renca, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Os temas abordados, "Sexologia clínica e a sua interligação com a MI" e "Sexualidade e doença crónica" foram brilhantemente ministrados.

Durante a tarde, as palestras focaram temas mais focados em pormenores da nossa prática clínica quotidiana. Foram abordados a "Disfunção sexual como marcador de risco cardiovascular", pelo Dr. António Pedro Carvalho, urologista no Hospital de Braga, e a "Disfunção sexual induzida por fármacos", ministrada pela Prof.ª Maria Augusta Viera-Coelho, psiquiatra dedicada à área da Farmacologia Clínica no Hospital São João. Para finalizar, a palestra sobre "Infeções sexualmente transmissíveis", pela Dr.ª Margarida Mota, internista no Hospital de Gaia e ligada à área da Infeciologia.

O ponto alto do Encontro foram, provavelmente, os Ginásios Clínicos, onde dois internos trouxeram dois casos clínicos, para exercício da marcha diagnóstica, com elevada participação dos internos. De notar a qualidade dos trabalhos submetidos, que dificultou a tarefa dos júris em atribuir dois prémios William Osler para o Melhor Caso Clínico e Melhor Trabalho de Investigação, que premiaram o CH entre Tâmega e Sousa e o CH entre Douro e Sousa.

Depois deste resumo do que foi a atividade científica, fico feliz por ter participado (e organizado) este Encontro. Foi enorme o desafio, dada a delicadeza e profissionalismo com que o tema escolhido deveria ser abordado. Para trás ficavam nove Encontros de elevada qualidade. No final, ficam os sorrisos, as conquistas dos internos e a felicidade com que saímos da Figueira.

Sentimo-nos parte integrante de um grupo de jovens médicos, pequenos internistas, com as mesmas dúvidas e receios, a praticar uma Medicina num Mundo em mudança. Levaram-se novas provocações para casa: incluir a procura dos problemas sexuais no nosso doente e procurar melhorar a sua qualidade de vida através da resolução dos problemas sexuais. Surgiram novas ideias para novos cursos e encontros. E foi difícil não nos contagiarmos com esse sentimento.

Acabo com um enorme agradecimento a todas as pessoas que tornaram este Encontro possível. Em primeiro lugar, à SPMI, pela ajuda e apoio incondicional. Agradeço também, com carinho especial, ao Serviço de Medicina Interna da Figueira, pelo apoio e meios disponibilizados para o Encontro se realizar. Por fim, agradeço aos formadores e palestrantes, assim como a todos os internos que tornaram este Encontro memorável.

Mais uma vez, um Encontro criado por internos, a pensar na tua formação, jovem internista. E para o ano há mais surpresas nos dias 30 de junho, 1 e 2 de julho!

Assembleia de Representantes Locais

Sara Camões
Interna de MI na Unidade Local de Saúde Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Inserida no XXI Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI), realizou-se a 29 de maio mais uma Assembleia de Representantes Locais.

A ordem de trabalhos iniciou-se com a discussão do futuro da Medicina Interna no panorama nacional. Os internos acompanham com expectativa e preocupação com a criação de competências, partilhando a necessidade de manter a dimensão holística da MI.

Focou-se a importância de otimizar a comunicação entre Representantes Locais e NIMI, visando melhorar a divulgação das atividades do NIMI e a realização de trabalhos em larga escala. Foi lançada uma proposta de estudo multicêntrico que irá dar muito que falar!

Promoveu-se também o 10.º ENIMI, que decorreu na Figueira da Foz, e o curso de VIH para internistas, a decorrer nos dias 25-26 de setembro, em Évora.

O final da Assembleia culminou com a criação de um vídeo promocional, disponível nas redes sociais, que pretende sensibilizar e cativar os internos a participarem nas múltiplas atividades do NIMI.

A TARDE DO JOVEM INTERNISTA

Internistas *out of the box*

Sara Pinto
Interna de MI no CH de Vila Nova de Gaia/Espinho

Os internos de Medicina Interna (MI) têm um espaço dedicado a si no CNMI, denominado a *Tarde do Jovem Internista (TJI)*. O tema "Internistas *out of the box*", enquadrado na temática do CNMI, *Os elos da Medicina*, permitiu que a tarde de 30 de maio fosse um rol de surpresas.

Na primeira parte, "Internistas *out of the box: na investigação*", a Dr.ª Sara Croca, a Dr.ª Inês Chora e a Dr.ª Daniela Mendes, sob a moderação do Dr. José António Mariz, falaram sobre a experiência de conciliar investigação e internato em MI. Abraçar um projeto de investigação é um desafio perante um internato exigente a título pessoal e financeiro. Os hospitais nem sempre estão disponíveis para os apoiar. A investigação em MI é fulcral para o desenvolvimento e afirmação como especialidade nuclear a nível hospitalar. A resiliência é um marco comum na personalidade destas investigadoras, exemplos para todos os internos.

A segunda parte, "Internistas *out of the box: na arte*", moderada pela coordenadora do NIMI, Andreia Vilas-Boas, foi dedicada à arte dentro e fora da Medicina. O Dr. Luís Campos, presidente do XXI CNMI, mostrou que, mesmo fora da Medicina, observa o ser humano ao pormenor: é fotógrafo e videógrafo. Partilhou com a audiência a sua vasta obra, de expressão global. Para o Dr. António Barros Veloso, a palestra foi curta demais para tanto talento, obrigando-o a focar-se numa das suas paixões: o Jazz. É autor de vários livros e atua no Hot-Club de Portugal. O Dr. José António Mariz foi diretor do Teatro dos Estudantes da Universi-

dade de Coimbra e, atualmente, foca-se no texto dramático. Estes palestrantes revelaram que há vida para além da MI.

A última surpresa foi o sorteio de um ingresso na Escola de Verão para Internos de MI 2015, a decorrer em setembro, em Albernôa, atribuído a Joana Rigor.

O público encheu a sala. A motivadora *TJI* foi um sucesso! Para o ano, há mais. Venham e participem! Contamos convosco!

Ser interno de Medicina Interna no...

Centro Hospitalar do Médio Tejo

Inês Coelho dos Santos
Interna de Medicina Interna, CHMT

Ser interno de Medicina Interna no Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) é um desafio diário permanente, como suponho que seja o internato de todos os colegas da nossa especialidade! O nosso hospital tem as suas particularidades, sendo que provavelmente a mais difícil de ultrapassar é a dispersão geográfica.

O nosso Centro Hospitalar compreende o Hospital de Torres Novas, Tomar e Abrantes, mas não existe uma "casa-mãe". O polo de Abrantes é o maior e aquele que conta com mais valências, nomeadamente o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, mas depois temos o internamento de Medicina em Abrantes e a Nefrologia, por exemplo, em Torres Novas. Esta dispersão limita bastante a abordagem multidisciplinar do doente, ao condicionar a colaboração interserviços, fundamental à nossa especialidade.

O meu quotidiano é maioritariamente ocupado pelo trabalho de enfermaria. A minha orientadora tem a seu cargo 11 doentes na enfermaria, distribuídos por duas internas de Medicina, pelo que existe sempre algo que ainda não foi feito e algum doente que precisa de um estudo mais aprofundado. A consulta externa funciona em todos os polos. No meu caso, faço consulta em Torres Novas porque a minha orientadora era originalmente daquele hospital.

No CHMT, os internos de Medicina só têm consulta própria no último ano, pelo que fazemos sempre consulta tutorizada, ou vemos os doentes com o orientador ou dividimos o ficheiro e vejo os doentes noutro gabinete, sempre com apoio cuidado da minha orientadora. Temos ainda um período de consulta de Geriatria, que é a área de diferenciação da minha orientadora, Prof.ª Doutora Márcia Melo.

A Geriatria é uma especialidade médica que ainda carece de reconhecimento em Portugal. Somente em maio/2013 foi reconhecida pela Ordem dos Médicos como uma competência. Tem como principal objetivo preservar o estado funcional do idoso, prevenindo e cuidando as síndromes geriátricas: imobilidade, iatrogenia, alterações cognitivas, incontinência, instabilidade, entre outras. A perda de autonomia do idoso é uma das suas principais preocupações. Neste sentido, e tendo em conta a evolução demográfica que se verifica no nosso país, entendemos que esta lacuna tinha que ser preenchida e iniciou-se, aos poucos, uma consulta específica nesta área.

O Serviço de Urgência peca pelo pouco espaço físico. Fazemos urgência em períodos tanto de 12 horas como de 24 horas, dependendo das necessidades, sendo que um interno faz, em média, 24 a 48 horas extra por mês.

Normalmente, temos reuniões científicas às 6.ª feiras. Nessas reuniões, há espaço para duas apresentações: uma delas é sempre um caso clínico ou uma história clínica "tipo exame" e a outra apresentação é o "Journal Club", artigos interessantes, *guidelines* novas, normas de orientação clínica. Estes são escolhidos, em parte, pelos internos, no entanto, há sempre uma primeira discussão do tema ao orientador ou ao assistente de Medicina que tem o papel de organizar estas sessões.

Não temos ensaios clínicos a decorrer no Serviço, mas temos naturalmente investigação clínica, que se traduz na forma de estudos retrospetivos ou prospetivos.

justNews

I JORNADAS DA CLÍNICA CUF BELÉM

O doente idoso em ambulatório

"Os idosos apresentam características diferentes que exigem uma abordagem e uma farmacocinética específica", referiu Luís Campos, no âmbito das I Jornadas da Clínica CUF Belém, que se realizaram no final de abril, subordinadas ao tema "O doente idoso em ambulatório". Ao intervir na sessão de abertura, o diretor clínico da Clínica CUF Belém e presidente do evento sublinhou a necessidade de se apostar mais na formação em Geriatria.

Luís Campos relembrou que, atualmente, existem dois milhões de pessoas com mais de 65 anos, número que aumentará para 3 milhões em 30 anos. "Por razões anátomo-fisiológicas, o idoso exige uma abordagem clínica diferente", observou. Esta realidade exige, segundo o responsável, mais formação e atualização de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde.

Frisou também a importância de se manter estes pacientes "fora do internamento, sempre que possível, para evitar patologias iatrogénicas". Além disso, "é preciso fazer uma avaliação global destes doentes, para que tenham

Luís Pisco, Luís Campos, Manuel Teixeira Veríssimo e João Gorjão Clara

Madalena Correia Neves, Luís Campos e Piedade Sande Lemos

qualidade de vida, mesmo em caso de doença".

A sessão de abertura contou ainda com a participação de Piedade Sande Lemos, presidente do Conselho Médico da José de Mello Saúde, e de Madalena Correia Neves, administradora da Clínica CUF Belém. Ambas sublinharam a importância de se debaterem estratégias e terapêuticas para manter a saúde dos mais idosos e a abrangência dos tratamentos em ambulatório, que evitam o internamento.

Na conferência de abertura, moderada por Luís Pisco, vice-presidente da ARS Lisboa e Vale do Tejo, Manuel Teixeira Veríssimo lembrou que "nem sempre é fácil fazer o diagnóstico num doente com mais de 65 anos". O presidente da SPMI salientou as particularidades dos mais velhos, como "as diferenças anátomo-fisiológicas, a distinção entre sinais de envelhecimento e doença, o facto de a polimedicação facilitar a iatrogenia e de os profissionais de saúde tenderem a esquecer-se da qualidade de vida que se deve dar a estas pessoas".

PUBLICIDADE

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO E HOSPITAL DA LUZ

Organização hospitalar gravita em

torno da Medicina Interna

Conscientes da importância da Medicina Interna, especialidade integradora por natureza, o Hospital Beatriz Ângelo e o Hospital da Luz – um público e outro privado, mas geridos pela mesma entidade, a Luz Saúde – atribuíram-lhe um papel central. Os ganhos são inegáveis na gestão do doente e do hospital, com impacto positivo na qualidade dos serviços prestados.

É há muito reconhecido que os internistas são aqueles que estão em melhores condições para assumir a gestão dos problemas de saúde, em articulação com todas as outras especialidades, em hospitais públicos ou privados, mas só duas unidades adotaram esta filosofia organizativa de forma tão estruturada: o Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e o Hospital da Luz, em Lisboa.

Os internistas tanto estão na urgência como na enfermaria, no hospital de dia, nos cuidados intensivos, ou na consulta. Acompanham o doente desde que chega à unidade até à alta hospitalar. E se é certo que têm a seu favor o facto de serem unidades novas e construídas de raiz – o que facilita a implementação de novos modelos –, também é verdade que poderiam ter escolhido outros formatos. Mas não. E o sucesso pode mesmo ser uma inspiração para vencer o medo da mudança.

"Este modelo é muito valioso e benéfico para os doentes, pelas potencialidades subjacentes de diminuída mortalidade e menos complicações, o que resulta da prestação de cuidados com mais segurança e elevada qualidade". Além disso, é gratificante para os internistas e interessante para os outros especialistas porque lhes liberta tempo para a execução de atividades mais próprias das respetivas especialidades, explica José Pimenta da Graça, diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital Beatriz Ângelo, que integra o Departamento de Medicina, de que também é responsável, sendo igualmente adjunto da Direção Clínica.

A unidade construída em Loures iniciou a atividade em 2012, em regime de parceria público-privada. Para pôr em marcha este modelo clínico, contratou internistas, escolhidos criteriosamente em 14 hospitais portugueses, públicos e privados. São 58 internistas, oito dos quais atribuídos exclusivamente ao Serviço de Urgência Geral e outros 13 aos Cuidados Intensivos e Intermédios, a cargo da Medicina Intensiva.

"Procurámos, acima de tudo, médicos dedicados, que exercessem uma medicina que correspondesse a esta nova realidade, a de haver doentes cada vez mais idosos com múltiplas patologias e fragilizados também por condições sociais e económicas. Por outro lado, procurámos que esses médicos estabelecessem um compromisso entre resultados quantitativos e qualitativos, sem colocar em causa o princípio da equidade no acesso à prestação de cuidados médicos", refere José Pimenta da Graça.

O Hospital da Luz, por outro lado, vai completar nove anos em dezembro. Foi pioneiro na adoção da Medicina Interna como a especialidade nuclear. Tem, no entanto, a particularidade de juntar num só departamento a Medicina Interna e a Intensiva. Alia, portanto, internistas com uma subespecialidade em cuidados intensivos, que lhe permite "gerir doentes muito complexos" e "estabelecer uma ponte com as cirurgias", uma vez que boa parte dos doentes que chega à Luz é intervencionada", clarifica João Sá, coordenador do Departamento e diretor clínico adjunto da unidade hospitalar.

Flexibilidade na distribuição de camas

Pese embora as diferenças, pela circunstância de um ser público e outro privado, ambos os hospitais encaram o doente de

uma forma holística, incentivam o trabalho em equipa e não estabelecem divisões entre doentes cirúrgicos e não cirúrgicos. São simplesmente doentes que necessitam de uma solução para os seus problemas e que usufruem de acompanhamento permanente, integrado e humanizado, preservando o bem-estar e a privacidade. Quartos com mais de uma dezena de camas é uma imagem que pertence ao passado. Os quartos têm uma ou duas camas, casas de banho e televisão (mais Internet no caso do Hospital da Luz).

Ao contrário do que acontece na maior parte das unidades, nos hospitais Beatriz Ângelo e da Luz não há camas de adultos atribuídas especificamente às especialidades, com exceção da Infeciologia e da Psiquiatria. O público, de maior dimensão, tem 427 camas, das quais 210 preferencialmente destinadas ao Departamento de Medicina, mas com grande flexibilidade, havendo alturas em que os doentes com problemas médicos ocupam camas "cirúrgicas" e vice-versa. Na Luz, com quase 200 camas, o regime que vigora é também o da flexibilidade entre departamentos. No entanto, e segundo João Sá, um quarto das camas é habitualmente ocupado por doentes da Medicina Interna, número que costuma aumentar substancialmente no inverno.

"Isto permite uma melhor racionalidade na rentabilização das camas, ao possibilitar uma transferência mais adequada, célere e eficiente de doentes do Serviço de Urgência e de outras especialidades não médicas, e também programar admissões apropriadas através das consultas, após contacto personalizado e sem necessidade de recurso à urgência", salienta José Pimenta da Graça.

Além da enfermaria, os internistas dos hospitais Beatriz Ângelo e da Luz estão na primeira linha da gestão da urgência interna e externa dos adultos, das consultas e da unidade de cuidados intensivos. João Sá destaca ainda o papel dos internistas na consultoria, investigação e formação, através da participação e coordenação de comissões clínicas. Na Luz, são, ao todo, 22 internistas.

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

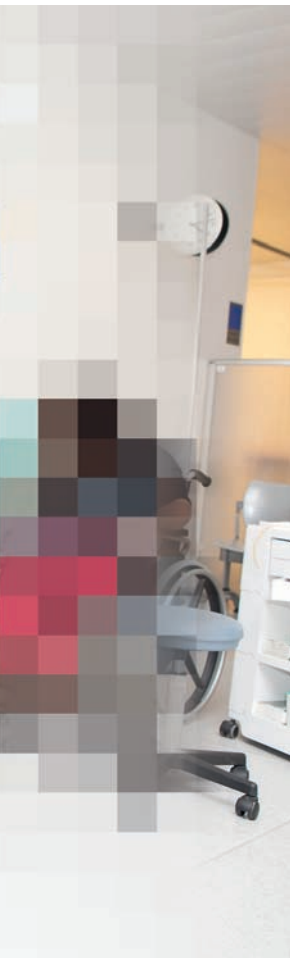
A terceira urgência com mais afluência da Grande Lisboa

O hospital mais novo do país, construído de raiz, serve perto de 270 mil pessoas dos concelhos de Loures, Odivelas, Sobral de Monte Agraço e uma parte de Mafra. À urgência, a terceira com mais afluência da Grande Lisboa, chega uma média diária de 340 doentes, que no inverno ultrapassa os 400, o que obriga a uma gestão rigorosa a todos os níveis.

O modelo clínico inovador foi fundamental para fazer face à região onde se insere. A existência de vastas áreas rurais e isoladas, aliadas a uma zona urbana, revelou uma população carenciada em cuidados de saúde, situação agravada por problemas económicos e sociais e, em muitos casos, com doenças em estado avançado, que têm exigido aos médicos dedicação extrema.

Todos os doentes adultos têm um internista responsável pela abordagem global das suas patologias em todo o circuito hospitalar. Pelo que, mesmo que não sejam estritamente de Medicina Interna, acabam por ter uma dupla cobertura, seja nas especialidades médicas como a Psiquiatria e a Oncologia, ou cirúrgicas, com maior destaque na Ortopedia, Cirurgia Vascular e Urologia.

As exigências hospitalares complementam-se com as atividades formativas dos 16 internos de Medicina Interna – quatro de outras especialidades e vários internos do ano comum –, ensino médico a alunos de diversos anos de duas faculdades de Medicina e a integração em órgãos de gestão, comissões hospitalares e grupos de trabalho, necessários para a aquisição da certificação pela Joint Commission International, adquirida em 2013.



"Nós [internistas] somos os atores também no aumento da segurança clínica, limitamos eventuais danos. Protegemos os doentes das outras especialidades, para que os cirurgiões, por exemplo, possam fazer intervenções de maior complexidade. Isto porque há um consumo tão grande de esforço em termos de consultas e de exames complementares que não lhes sobra o tempo ideal para os doentes internados", sublinha João Sá. A seu ver, o próprio doente acaba por reconhecer o papel fundamental que o internista tem num hospital.

"Os internistas são os profissionais que estão mais bem apetrechados para reconhecer e lidar com um largo espetro de entidades patológicas, sejam comuns, raras, complexas, atípicas, agudas ou crónicas", reforça José Pimenta da Graça. Mais do que isso: "Devem assumir-se como os clínicos sempre presentes, gestores e advogados dos interesses dos doentes, colocando-os no centro das suas preocupações."

JOSÉ PIMENTA DA GRAÇA:

"Sempre gostei de olhar para um doente como uma pessoa na sua totalidade"

José Pimenta da Graça concluiu o curso de Medicina no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Luanda. Adquiriu a especialidade de Medicina Interna nos Hospitais Civis de Lisboa/Hospital dos Capuchos. Passou por diversos hospitais do SNS, mas foi no Egas Moniz que ficou mais tempo. Permaneceu aí 19 anos, como diretor do Serviço de Medicina Interna e do Departamento de Medicina do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). Saiu em 2011 para assumir a Direção do Departamento de Medicina e do Serviço de Medicina Interna e as funções de adjunto da Direção Clínica do Hospital Beatriz Ângelo.

No Huambo, ex-Nova Lisboa, Angola, onde passou a adolescência, assistiu à evolução das doenças dos seus pais, as quais levaram ao seu falecimento prematuro. E, por outro lado, testemunhou o sofrimento de muitas pessoas afligidas por doenças, parte delas tratável e curável. "Senti que a melhor maneira para as poder ajudar seria seguir o curso de Medicina", explica José Pimenta da Graça.

Acredita que a escolha da especialidade de Medicina Interna foi muito influenciada pela experiência enriquecedora que teve no Internato Geral. "Sempre gostei de olhar para um doente como uma pessoa na sua totalidade e para isso era necessário ter uma visão global das situações que iria enfrentar. Só a Medicina Interna me podia dar o conhecimento e a sensibilidade para lidar com o extenso espetro de doenças complexas, com muitas patologias, agudas e crónicas, graves e descompensadas, para além de noções sobre medicina preventiva e manutenção geral da saúde", frisa.

A oportunidade de participar numa nova filosofia e modelo de organização num hospital feito de raiz, que potenciava as capacidades dos internistas, colocando-os no eixo e no centro do hospital, em vários domínios, foi suficientemente apelativa para deixar o CHLO.

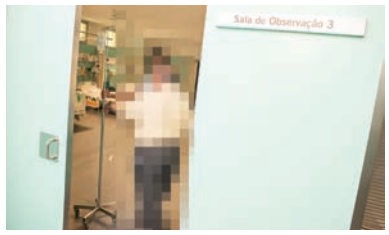
Teve ainda a possibilidade de poder escolher os médicos e outros profissionais de saúde. Chefia hoje um departamento e um serviço com quatro grandes equipas de internistas, responsáveis pelos respetivos setores de internamento e constituídas, cada uma, por oito especialistas de Medicina Interna e coordenadas por internistas seniores, que foi buscar a outros hospitais: José Araújo (Hospital de Cascais), Francisco Araújo (Hospital de Santa Maria), Fernando Gonçalves (CUF Descobertas) e António Martins Baptista (Hospital Curry Cabral).

Em Loures, as atividades assistenciais abrangem, para além do internamento e do envolvimento na Unidade de AVC, as consultas externas, da diabetes, doenças autoimunes, hepatologia, serviço de urgências externa e interna e hospital de dia. Os internistas coordenam a atividade de uma equipa de profissionais de saúde de especialidades médicas ou cirúrgicas, com destaque especial para a Ortopedia, a Cirurgia Vascular, a Urologia e a Cirurgia Geral, dentro de um equilíbrio harmonioso e espírito de cooperação.

Sintetizadores e provedores de harmonia

Aliás, José Pimenta da Graça defende que a harmonia é condição essencial: "A dinâmica deste modelo clínico, para um funcionamento eficaz e uma abordagem eficiente dos problemas médicos dos doentes, é muito exigente, requer excelente articulação, ótima comunicação com todas as especialidades envolvidas e disponibilização adequada de recursos, principalmente humanos, para manter uma melhoria contínua e aperfeiçoar este modelo organizativo."
Mas um dos aspetos que melhor sustenta a importância deste modelo organizativo assentar na Medicina Interna é o facto de haver hoje mais patologias por doente. E se o doente é complexo, a visão tem que ser global. "Atualmente, o internamento é feito com mais rigor. Não se interna um doente para estudar. Nós somos os médicos que fazem a síntese", defende João Sá.
José Pimenta da Graça concorda em absoluto. "Estes doentes devem ser

Foto Luz Saúde - Paulo Vaz Henriques

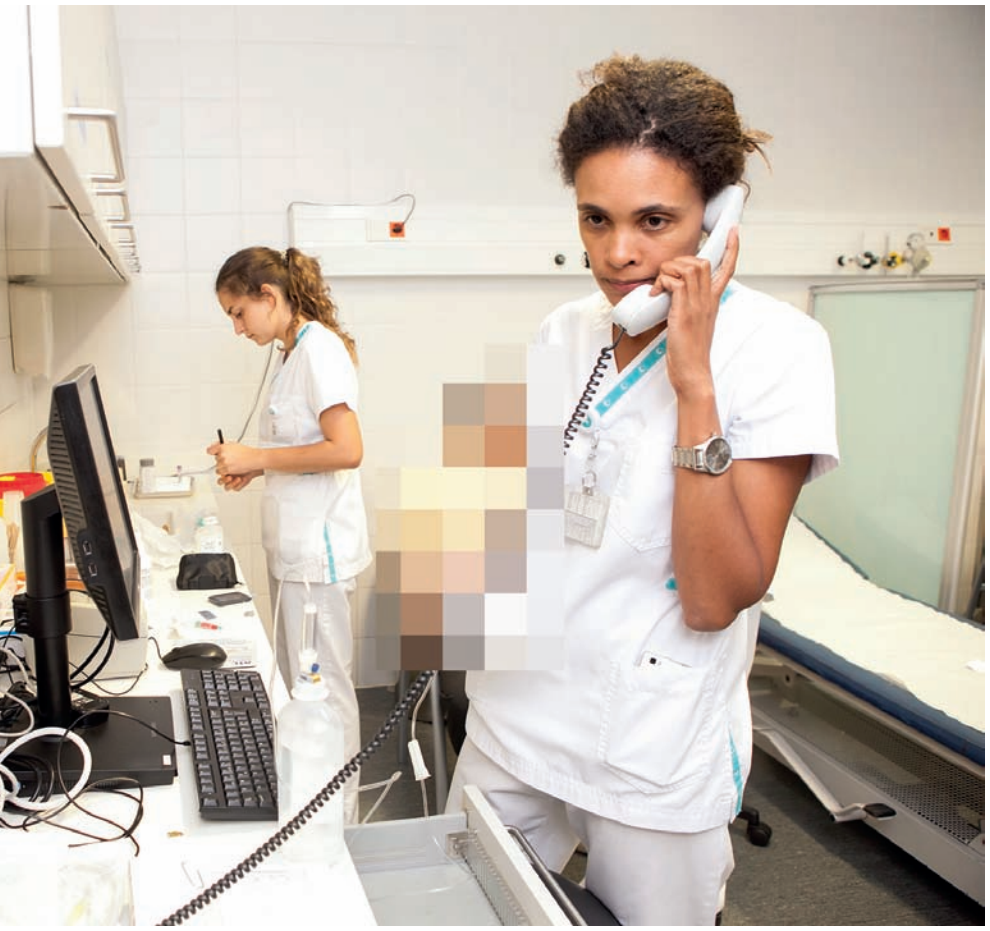


HOSPITAL DA LUZ

Ampliação arranca no próximo ano

As obras de ampliação do Hospital da Luz devem arrancar no próximo ano e garantem a duplicação da unidade. A falta de espaço é já uma realidade. De inverno, altura em que a pressão é maior, confronta-se, por vezes, com a circunstância de ter que recusar doentes. Mas não são apenas as enfermarias que precisam de crescer para que seja mantido o atual padrão de qualidade. É necessário também dar espaço ao Bloco Operatório, com seis salas, e até à Maternidade, onde nasceram mais de dois mil bebés em 2014.
João Sá acredita que uma das áreas do Hospital da Luz que verá o seu protagonismo aumentado é a dos Cuidados Intermédios. "São doentes que não se enquadram nos Cuidados Intensivos, mas que são graves, precisam de monitorização, vigilância mais apertada e medicamentos endovenosos contínuos".

O Hospital da Luz é ainda um "campus de formação". Tem seis internos de Medicina Interna em formação. Faz ainda formação pós-graduada em várias especialidades e tem alunos dos 4.º e 5.º anos da Faculdade de Ciências Médicas. Recebe também estagiários de universidades estrangeiras. Nos Cuidados Intensivos, estagiam médicos internos de Medicina e de outras especialidades, oriundos de hospitais públicos.
Porém, um dos aspetos que mais diferencia este hospital é a Unidade de Cuidados Intensivos, a mais moderna do país, com condições físicas e tecnológicas únicas. É composta por oito camas com isolamento sonoro e visual, equipadas com ventiladores e sistemas de monitorização.



abordados por médicos que estejam na linha da frente, 24 horas por dia no hospital, e que tenham uma visão global dos problemas de saúde dos doentes e uma preocupação genuína com a resolução total ou parcial das suas patologias e manutenção de um seguimento, necessários para prolongar a sua vida e melhorar a sua qualidade, correspondendo às legítimas expectativas dos doentes e seus familiares e da comunidade", diz.

Embora a lógica seja idêntica à triagem de Manchester, na urgência do Hospital da Luz, designada por Atendimento Médico Permanente e destinado a acudir a casos não programados, a priorização dos doentes é feita através de uma escala entre 1 e 4, onde o nível 1 é o que requer cuidados imediatos. E ainda que não tenha uma urgência "aberta" como o Hospital Beatriz Ângelo, atende diariamente entre 160 a 230 adultos.

JOÃO SÁ:

"Tive uma carreira fantástica e muito feliz na hospitalização pública"

João Sá nasceu em Lisboa, no seio de uma família onde a tradição eram as Letras e o Direito. Mas já na adolescência, ao acompanhar de perto a evolução da doença oncológica da mãe, que veio a falecer, optou pela carreira médica. "O ambiente em casa, a entrada de médicos, as consultas, os tratamentos, de alguma forma, influenciaram", revela.

Fez a formação pós-graduada nos Hospitais Civis de Lisboa. Cumpriu a formação da especialidade no Hospital de Santa Marta, na altura dirigida por Carlos George, pai do atual diretor-geral da Saúde, de quem mantém uma fotografia no seu gabinete.

Passou depois pelo Hospital de Santa Maria, mas o gosto pela Medicina Intensiva conduziu-o ao Hospital de S. José, onde permaneceu durante vários anos, os últimos como diretor do Serviço de Medicina. Da sua passagem pela Medicina Intensiva guarda outra grande referência: a de António Resina Rodrigues, seu diretor nesses anos.

"Tive uma carreira fantástica e muito feliz na hospitalização pública", garante João Sá, que já era consultor no Hospital da Luz antes de aceitar o convite para desempenhar o cargo de diretor clínico adjunto e coordenador do Departamento de Medicina Interna e Medicina Intensiva.

O gosto por agarrar novos desafios levou-o para o hospital privado. Mas João Sá também sentia que, algumas vezes, a gestão e organização mais pesada e lenta que caracteriza os hospitais públicos lhe limitava a ação médica. Apesar de reconhecer que foi muito feliz na hospitalização pública, confessa que ficava desalentado perante a demora de um exame.

"São aspetos de organização que dificultam a forma como se diagnostica e como se trata. No Hospital da Luz, pedir um exame é quase um ato instantâneo", garante. O privado deu-lhe ainda a possibilidade de escolher os seus médicos. "Este facto permite uma seleção rigorosa de competências em função dos perfis profissionais e das características de personalidade", afirma. Os seus coordenadores de área são Andrade Gomes (Cuidados Intensivos). Cláudia Febra (Urgência) e Alexandra Horta (Internamento).

justNews

Desnervação simpática renal: que futuro?

José Alberto Silva
Diretor da Unidade de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos. Presidente honorário da Sociedade Portuguesa de Hipertensão

A DESNERVAÇÃO SIMPÁTICA RENAL É UM TRATAMENTO PELA ABLAÇÃO DA AÇÃO DOS NERVOS SIMPÁTICOS RENAIS ATRAVÉS DE UM CATETER INTRODUZIDO PERIFERICAMENTE E QUE VAI CATETERIZAR AMBAS AS ARTÉRIAS RENAIS, EXECUTANDO PEQUENAS CAUTERIZAÇÕES EM ESPIRAL, DAS PAREDES DAS ARTÉRIAS, NO SENTIDO RIM/ARTÉRIA AORTA.

Na primeira metade do século passado não havia medicação eficaz para o tratamento da hipertensão arterial (HTA). Em 1931, foi publicado na *JAMA* um primeiro artigo por Bradford Cannon, em que se demonstravam os efeitos benéficos da simpatectomia, por via lombar, na pressão arterial. Em 1952, Longland e Gibb publicam no *British Journal of Surgery* um trabalho sobre a simpatectomia no tratamento da HTA benigna e maligna. Na época, era a única medida de tratamento da HTA que mostrava alguma eficácia documentada.

No ano seguinte, Smithwick e colaboradores publicam na *JAMA* um artigo sobre os efeitos da simpatectomia em 1266 doentes, seguidos durante 5 anos, e concluiu que havia um efeito benéfico desta técnica na mortalidade destes doentes, comparados com os que tinham sido tratados conservadoramente, apesar da tensão arterial só ter baixado em metade deles. Nos anos 60 do século, passado, com a introdução de fármacos eficazes no tratamento da HTA, esta técnica cirúrgica muito invasiva foi abandonada, no tratamento da elevação da TA.

Ao longo dos anos, sobretudo na segunda metade do século XX, foram sendo introduzidos vários fármacos de grupos e modo de ação diferentes que se mostraram eficazes, a maior parte das vezes em associação, no tratamento da HTA. Todavia, nos últimos 20 anos, depois da introdução dos ARA II, não apareceram novos fármacos inovadores. E, apesar de várias combinações possíveis, existe uma percentagem significativa de doentes (8% dos hipertensos portugueses, segundo os dados do estudo PHYSA) que não fica com a sua tensão arterial controlada com pelo menos 3 fármacos de grupos diferentes nas suas doses maximamente toleradas, incluindo obrigatoriamente um diurético: a chamada HTA resistente. Para estes doentes, depois de excluídas falsas formas de resistência, foi introduzido um novo conceito de tratamento invasivo que passa pela estimulação do seio carotídeo ou pela desnervação simpática renal.

Os primeiros dados sobre a desnervação simpática renal (DSR) foram obtidos através do estudo SYMPLICITY HTN-1, publicado na *Lancet*, em 2009. Trata-se de um tratamento pela ablação da ação dos nervos simpáticos renais através de um cateter introduzido perifericamente e que vai cateterizar ambas as artérias renais, executando pequenas cauterizações em espiral, das paredes das artérias, no sentido rim/artéria aorta.

Este estudo não randomizado incluiu, inicialmente, 45 doentes com HTA resistente seguidos durante 12 meses, tendo sido posteriormente alargado até incluir, no final, 153 doentes seguidos durante 24 meses. Foi demonstrada uma baixa significativa e sustentada da tensão arterial destes doentes, durante todo o período do estudo, sem efeitos adversos significativos.

Estes resultados levaram ao avanço para um novo estudo, o SYMPLICITY HTN-2, publicado na *Lancet*, em 2010, que foi, desta vez, um estudo randomizado 1:1, que incluiu 106 doentes de 24 centros europeus, australianos e neozelandeses (67% eram centros de excelência da ESH). Este novo estudo confirmou os resultados da eficácia e tolerância da técnica já indicados pelo primeiro estudo e, desta vez, mantidos até aos 36 meses de observação.

A partir do início desta segunda década deste século, começou-se a executar esta técnica em alguns centros portugueses. O nosso próprio centro divulgou o resultado dos seus primeiros 14 casos no 9.º Congresso Português de HTA e Risco Cardiovascular Global.

Por exigência da FDA americana, foi realizado um novo estudo SYMPLICITY, o HTN-3, que foi o primeiro estudo prospetivo, multicêntrico, cego e randomizado que incluía um braço placebo, denominado "sham procedure", destinado a avaliar a eficácia e a segurança da DSR em doentes com HTA resistente. O estudo incluiu 535 doentes selecionados em 88 centros americanos.

No desenho deste estudo, os doentes passavam por um período de 2 semanas para a respetiva seleção e depois eram divididos, randomizadamente na proporção de 2:1, num grupo em que eram sujeitos à DSR e noutro onde se procedia apenas ao denominado "sham procedure", isto é, estes doentes faziam todos os procedimentos do outro grupo exceto a DSR quando da cateterização das artérias renais.

Os doentes eram avaliados ao fim de 6 meses e, então, era dada a possibilidade aos doentes do braço sem intervenção com a DSR e que não tivessem a TA controlada de fazer este procedimento. Os resultados deste estudo mostraram, inequivocamente, que se tratava de uma técnica segura, mas os resultados finais sobre a TA não mostraram diferenças significativamente estatísticas entre os dois braços do estudo.

A publicação destes inesperados resultados trouxe um arrefecimento geral sobre as expectativas criadas com o desenvolvimento desta técnica e levou alguns arautos da desgraça a prever o seu fim. Mas investigação adicional sobre os resultados deste estudo permitiu encontrar 3 áreas importantes de reflexão sobre os mesmos, todas elas relacionadas com a metodologia seguida, e criou a necessidade de as investigar:
– Não houve um comportamento uniforme com a medicação em curso durante o estudo, tendo sido introduzidas diversas alterações pelos médicos assistentes dos doentes (em 40% dos casos), que tiveram eventual influência sobre o controlo da TA após o procedimento. Para

além disso, verificou-se que doentes previamente medicados com espironolactona tiveram uma melhor resposta da TA sistólica (mas nem todos os doentes estavam medicados com este fármaco) e que os medicados com vasodilatadores tiveram pior resposta.
– A população estudada era diferente da dos estudos anteriores e verificou-se que os afro-americanos tiveram uma pior resposta à DSR, provavelmente porque a sua HTA é sobretudo volume-dependente. Se esta população for excluída da avaliação, então os resultados obtidos mostram uma descida significativa da TA nos outros doentes, semelhante à verificada nos estudos anteriormente publicados.
– Foram incluídos muitos centros com pouca experiência na execução da técnica (mais de 50% tinham feito menos que 2 procedimentos) e mostrou-se que quanto maior o número de ablações e o envolvimento dos 4 quadrantes das artérias melhor o resultado sobre a baixa da TA.

Numa tentativa de esclarecer estes dados, foi publicada, em 2014, no *American J of Cardiology*, uma meta- análise dos estudos publicados até essa data sobre a DSR (incluindo todos os SYMPLICITY), tendo sido demonstrado que esta técnica era segura e eficaz na baixa quer da TAS, quer da TAD, em doentes com HTA resistente à medicação.

Alguns outros estudos utilizando aparelhos diferentes para a realização da DSR (ENLIGHT 1, REDUCE-HTN, RAPID E REDUCE) mostraram igualmente eficácia e segurança da técnica de DSR como adjuvante ao tratamento médico da HTA resistente.

Um estudo publicado este ano na *Lancet*, por Michel Aziz e colaboradores, o DENERHTN, demonstrou que os doentes sujeitos a DSR, comparados com um grupo semelhante, mas tratados apenas medicamente, tiveram descida significativa da TA, que se manteve sustentada ao longo do tempo e com segurança.

Atualmente, está em curso um novo estudo sobreponível ao SYPLICITY HTN-3, mas com as correções metodológicas identificadas como causadoras dos erros detetados neste estudo.

Então, que futuro estará reservado para a DSR no tratamento do doente hipertenso resistente à medicação?

Na atualidade, todos os estudos publicados demonstraram claramente que se trata de uma técnica segura. A maioria dos estudos publicados demonstrou eficácia da técnica quando adicionada ao tratamento médico da HTA resistente. O maior desafio atual é a identificação dos doentes que mais virão a beneficiar deste tratamento. Assim, é necessário excluir todos os doentes que possam ter causas secundárias de HTA, fazendo um exaustivo despiste destas.

Em Portugal, é igualmente importante avaliar o consumo de sal pela medição da sua excreção urinária, pois, um consumo exagerado deste produto influencia a resposta medicamentosa ao tratamento e é uma causa para a resistência ao mesmo.

Um problema que merece um cuidado especial é o da adesão à medicação pelo doente. A avaliação da adesão à medicação, na clínica diária, é obtida pela inquirição direta do doente e, sempre que possível, pela avaliação das embalagens da medicação prescrita e dos seus conteúdos. Esta avaliação é necessariamente precária e apenas serve para encontrar os doentes que confessam a má adesão, ou que, confrontados com as suspeitas, confirmam a mesma.

Existem métodos mais rigorosos da avaliação da adesão, como, por exemplo, o doseamento dos fármacos em produtos biológicos pertencentes ao doente, mas são metodologias complexas (o doente faz medicação variada) e caras. O internamento hospitalar não nos parece um método correto, pois, está a avaliar o doente fora do seu ambiente natural.

Para tentar melhorar a identificação dos doentes com má adesão à medicação, recentemente, implementámos, na nossa Unidade, a toma vigiada da medicação. Assim, o doente vem diariamente, durante uma semana, em jejum, à Unidade e faz aí a toma vigiada da medicação por uma colaboradora da Unidade, uma vez confirmada que esta corresponde à que lhe foi prescrita na consulta. No último dia dessa semana, o doente faz uma MAPA para avaliação da TA.

Depois de todos estes cuidados na seleção dos doentes, os que têm verdadeira resistência à medicação são candidatos para a realização da DSR.

A sua realização deverá ser feita sempre em centros que já possuam experiência suficiente para garantia de melhores resultados, ou em centros que iniciem o seu treino supervisionados por quem já tem experiência reconhecida, de modo a evitar os erros verificados no estudo SYMPLICITY HTN 3.

Existem vários trabalhos que têm apontado o interesse da DSR noutras indicações: na síndrome de apneia obstrutiva do sono, no tratamento da diabetes *mellitus*, da insuficiência cardíaca e até na insuficiência renal crónica, mas tais indicações carecem, ainda, de maior evidência clínica a ser testada em estudos que estão a decorrer.

UM ESTUDO PUBLICADO ESTE ANO NA *LANCET*, POR MICHEL AZIZ E COLABORADORES, O DENERHTN, DEMONSTROU QUE OS DOENTES SUJEITOS A DSR, COMPARADOS COM UM GRUPO SEMELHANTE, MAS TRATADOS APENAS MEDICAMENTE, TIVERAM DESCIDA SIGNIFICATIVA DA TA, QUE SE MANTEVE SUSTENTADA AO LONGO DO TEMPO E COM SEGURANÇA.

PEDRO CUNHA, SECRETÁRIO-GERAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO:

"O internista tem um papel integrador, de colaboração e estimulação das parcerias"

A Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) tem tido um papel muito importante, no que respeita à prevenção e tratamento da patologia cardiovascular, através da sensibilização, não apenas da população, como também dos profissionais de saúde e do poder político. Constituída por várias especialidades médicas, de acordo com Pedro Cunha, seu secretário-geral, a SPH orgulha-se de poder "fazer conviver de forma fraterna" profissionais de várias proveniências. A Medicina Interna tem aqui, segundo indica, um papel ativo e fundamental, a exemplo do contributo de outras especialidades.

A SPH, cujos novos órgãos sociais tomaram posse a 28 de março, é constituída de forma transversal, com o objetivo de abranger todas as especialidades interessadas nesta área e que seguem doentes não apenas com hipertensão (HTA), mas também com risco cardiovascular acrescido, dislipidemias ou diabetes, por exemplo.

Pedro Cunha

Para Pedro Cunha, assistente hospitalar do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Alto Ave e secretário-geral da SPH, faz todo o sentido que a Medicina Interna esteja representada na Sociedade Portuguesa de Hipertensão, tal como todas as outras especialidades envolvidas no tratamento e diagnóstico do doente com HTA e risco cardiovascular.

"Sendo uma especialidade que abrange as diferentes áreas do conhecimento médico, a Medicina Interna tem, na área cardiovascular, um interesse natural e, obviamente, uma participação significativa", refere.

De acordo com o atual secretário-geral, a SPH sempre se orgulhou de poder "fazer conviver de forma fraterna" profissionais com o mesmo interesse científico. "Por natureza, os internistas sempre foram pessoas disponíveis para a discussão científica e técnica para benefício do doente, logo tinham de estar representados na SPH", observa Pedro Cunha.

E desenvolve: "A Sociedade é constituída por colegas das mais variadas proveniências. O internista tem um papel integrador, de colaboração e estimulação das parcerias, que é fundamental."

Falando da SPH e do trabalho que a mesma tem vindo a colocar em prática, Pedro Cunha afirma que a Sociedade tem tido um papel essencial, não apenas do ponto de vista científico, mas também na divulgação da morbilidade inerente à patologia cardiovascular, na informação à população e na sensibilização dos profissionais de saúde que seguem estes doentes.

"Houve um aumento significativo do número de hipertensos controlados. Obviamente, não é ainda o que se idealiza e esta é uma luta que tem de ser mantida, embora tenhamos noção de que haverá sempre pacientes difíceis de controlar e de manter nos valores que os salvaguardam do risco."

Lembrando que cerca de 42% da população portuguesa tem HTA, Pedro Cunha menciona que a SPH tem tido também um papel primordial naquilo que diz respeito à prevenção, não apenas nas ações que têm junto dos especialistas em Me-

dicina Geral e Familiar, sensibilizando-os para este aspeto e para a importância do diagnóstico precoce, como também legislativamente com aquela que foi, por exemplo, a lei do sal, entre outras.

A tomada de posse da nova Direção da SPH teve lugar, como já foi referido, a 28 de março, na delegação do Porto. O cardiologista José Mesquita Bastos é o novo presidente. Assumiu este cargo para o biénio 2015/2017, sucedendo, assim, ao também cardiologista Fernando Pinto, que assumiu funções no período 2013/2015.

9.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

Pedro Cunha presidiu ao evento, o último de Fernando Pinto como presidente da SPH.

justNews

A integração de cuidados de saúde – *mind the gap*

Rui Santana
Professor no Departamento de Políticas e Gestão de Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

OS MÚLTIPLOS *GAPS* DO SISTEMA, EM CONSEQUÊNCIA DA FALTA DE INTEGRAÇÃO DOS NÍVEIS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE, SURGIRÃO DE FORMA FÁCIL E CÉLERE EM TODOS OS AGENTES QUE INTERAGEM DIRETA OU INDIRETAMENTE COM O SISTEMA DE SAÚDE.

A alteração do perfil dos utentes a que temos assistido nos últimos anos, que se caracteriza por um maior volume de pessoas que vivem mais anos com múltiplas condições crónicas, induz novos paradigmas de multidisciplinaridade e de intervenção antecipada nas respostas que proporcionamos a esses mesmos utentes.

A integração de cuidados de saúde é entendida como uma solução organizacional capaz de contribuir para estes objetivos. De facto, anteriores exemplos de estudos comparativos dos sistemas americanos da Kaiser Permanente ou da Veteran Affairs são inspiradores, tendo contribuído para colocar o tema da integração de cuidados de saúde na mesa dos agentes decisores dos sistemas de saúde e na comunidade académica um pouco por todo o mundo.

A OMS entende a integração de cuidados de saúde como "a gestão e prestação de serviços de saúde para que os doentes recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde." (WHO, 2008). Contudo, esta definição não é consensual. Gail Armitage, numa revisão de literatura realizada em 2009, aponta para 175 diferentes conceitos publicados em revistas científicas. Também a existência de múltiplas expressões próximas de "integração de cuidados" contribui decisivamente para esta dificuldade de definição do seu escopo e delimitação conceptual.

Muito provavelmente, a forma mais fácil de percecionar a integração de cuidados de saúde é exemplificando a sua ausência. Não se poderá deixar de referenciar, a este título, um dos pioneiros na identificação da integração vertical incompleta dos serviços de saúde, o economista canadiano Robert Evans.

Os múltiplos *gaps* do sistema, em consequência da falta de integração dos níveis de prestação de cuidados de saúde, surgirão de forma fácil e célere em todos os agentes que interagem direta ou indiretamente com o sistema de saúde. Sem preocupação na sua organização e quantificação: a multiplicidade de contactos desadequados com os serviços de saúde; a falta de concentração de recursos no point-of-care; o tempo em listas de espera para acesso a consulta e cirurgia; horas de espera na urgência hospitalar; dias de internamento em excesso por espera de solução (listas de espera pós-altas clínicas hospitalares); a referenciação desadequada, etc. Estas situações são naturalmente indutoras de fortes impactos na qualidade, acesso, eficiência e criação de valor nos cuidados de saúde prestados.

Uma das principais barreiras à integração de cuidados de saúde que contribui, segundo Stephen Shortell (um autor americano reconhecido na área), para estas consequências é a contínua interpretação do hospital com uma "cash cow". A quebra nas interligações coordenadas entre as diferentes organizações que estruturam a oferta de cuidados de saúde conduz a uma procura desadequada, dirigida a um maior e mais diferenciado consumo de recursos em saúde.

O enfoque do problema parece então não estar concentrado nas organizações *per se*, mas sobretudo nos seus interfaces, na forma como interagem. No nosso país, a métrica da produção, a negociação, o financiamento e a avaliação de desempenho habitualmente encerram-se em si, em cada nível de prestação de cuidados de saúde.

Neste contexto, é óbvio o importante papel do internista. A perspetiva global e holística que tem sobre o doente, o afastamento sobre a divisão dos doentes em patologias ("silos") é uma abordagem fundamental para a integração de cuidados de saúde. Os serviços e os cuidados prestados não começam ou acabam nos muros das organizações, deverão ser fluidos, porque o cliente é o mesmo, independentemente do local onde se dirija.

A famosa expressão inglesa *mind the gap*, que previne os viajantes sobre o cuidado a ter na passagem entre a plataforma e a carruagem do metro, surge como uma metáfora relativamente interessante de ser considerada neste contexto. Apesar da já sua longa história (surgiu na década de 60 do século passado), a ladainha constante e sistemática sob forma de aviso sonoro, escritos no chão e sinalizações a cores berrantes que anunciam o *mind the gap* em cada estação parece cada vez mais causar indiferença aos passageiros que se centram nos seus *gadgets* de última geração, preferencialmente dos que requerem *headphones*. Talvez até tenham razão, o mais perigoso hoje não é o *gap* existente entre a plataforma e a carruagem, mas a rapidez com que ocorre o encerramento das portas.

PUBLICIDADE

justNews

Países ricos, países pobres. Financiamento do setor da saúde em tempo de crise

Alexandre Abrantes
Escola Nacional de Saúde Pública

A MAIOR PARTE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE FUNCIONAM COM ELEVADAS TAXAS DE UTILIZAÇÃO, SEM MUITAS FOLGAS. CORTES DE 5 OU 7% NO ORÇAMENTO DO SNS, DE UM ANO PARA O OUTRO, SÃO SUFICIENTES PARA PROVOCAR ROTURAS SÉRIAS NO FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS.

Contrariamente ao que poderia sugerir o senso comum, em tempos de crise, há que proteger os orçamentos dos programas sociais, nomeadamente o do setor da saúde. A proteção social deve seguir a revês da evolução dos ciclos económicos. Deve ser reforçada nos tempos das "vacas magras" e pode ser aliviada nos tempos das "vacas gordas". Além disso, o setor da saúde tem dificuldade em ajustar-se com rapidez a um corte significativo do seu orçamento.

Trabalhei 25 anos em reformas do setor da saúde em países em desenvolvimento e emergentes. Pensai que aquilo que aprendi nesses países teria pouca relevância em Portugal, um dos países mais ricos. Engano! Vim encontrar aqui muitos dos mesmos problemas e discussões, nomeadamente sobre o que fazer na saúde em tempo de ajuste fiscal, em tempo de "vacas magras".

Muitos dos países africanos e estados do Brasil e da Argentina em que trabalhei encontravam-se em situação de crise financeira iminente, de défice crónico das finanças públicas e endividamento excessivo, insustentável. Lá como cá, esses países e estados recorreram ao Fundo Monetário Internacional e aos bancos Mundial, Africano e Interamericano para o Desenvolvimento. Lá como cá, a aritmética era simples e o que fazer era claro: tratava-se de aumentar as receitas, diminuir as despesas e gerir a dívida. Mas discutia-se acaloradamente o que fazer com os programas sociais, nomeadamente com o orçamento do setor da saúde.

De um lado estavam aqueles que achavam que era preciso cortar no orçamento do Estado como um todo, incluindo os da saúde e segurança social, e que toda a população deveria ser afetada pelos aumentos de impostos e a redução de serviços e prestações sociais de forma proporcional. Diziam que não se pode distribuir aquilo que não se tem... que cada país só deve oferecer aos seus cidadãos os serviços de saúde que pode pagar.

Do outro aqueles que achavam que, em tempos de crise, era essencial manter um nível de proteção social para os mais pobres e para as populações vulneráveis, aquelas que, estando no limiar da classe média nos tempos das "vacas gordas", revertem ao estado de pobreza nos períodos de crise económica e financeira. Para este grupo, em que eu me incluía, havia que usar os programas sociais de forma contra cíclica, ou seja, havia que os apoiar nas épocas de recessão e crise económica e financeira e aligeirar nas épocas de crescimento económico e folga financeira.

Argumentávamos que em tempos de "vacas gordas" as pessoas têm emprego, têm uma renda, podem pagar um pouco mais do seu bolso; mas, em tempos de "vacas magras", as pessoas estão desempregadas, têm menos renda e é nestas alturas que mais precisam de acesso a serviços de saúde tendencialmente gratuitos.

Defendíamos também que os orçamentos do setor da saúde não poderiam oscilar muito de um ano para o outro. As contas da saúde dependem do número de beneficiários e do pacote de benefícios incluído no serviço público de saúde. Ora, não é fácil mudar de um ano para o outro nem o número de beneficiários nem o pacote de benefícios. Este tipo de reformas só se pode realizar de forma progressiva, e não é certamente numa altura de crise económica e financeira, em que o número de desempregados e de pessoas em situação de pobreza aumenta subitamente, que se podem excluir do sistema público de saúde.

Além disso, a maior parte dos serviços públicos de saúde funcionam com elevadas taxas de utilização, sem muitas folgas. Cortes de 5 ou 7% no orçamento do SNS, de um ano para o outro, são suficientes para provocar roturas sérias no funcionamento dos serviços, que se manifestam de forma dramática durante qualquer pico de procura, por uma simples epidemia de gripe.

A nossa posição acabou por prevalecer. Coube-me, em várias "troikas", proteger o orçamento dos sistemas de saúde, incluindo nos memorandos de entendimento cláusulas que definiam valores mínimos para o orçamento da saúde, em termos absolutos ou em percentagem do orçamento do Estado, ou do produto interno bruto...

Em Portugal, o Governo PSD/CDS e a "troika" do FMI e BCE escolheram o aumento dos impostos e o corte do orçamento do Estado, incluindo o dos programas sociais. Em tempos de "vacas magras", havia que cortar para todos.

Afinal, talvez houvesse uma alternativa, a de proteger os mais pobres e as populações vulneráveis durante os tempos de crise.

IX Jornadas do NEDF

Fátima Campante
Presidente das IX Jornadas do NEDF

NUMAS JORNADAS DE APENAS UM DIA E MEIO DE DURAÇÃO, E SENDO A PATOLOGIA HEPÁTICA TÃO VASTA E DIVERSIFICADA, HOUVE QUE SELECIONAR OS TEMAS A TRATAR, PRIVILEGIANDO-SE OS DE MAIOR IMPACTO NA PRÁTICA CLÍNICA, QUER PELA PREVALÊNCIA, QUER PELA MAIOR DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO E/OU NO TRATAMENTO.

O Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) surgiu no seio da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) com o objetivo de agregar os internistas com uma maior apetência por esta área médica, sendo, em muitos hospitais portugueses, os únicos especialistas a seguir os doentes com patologia hepática, quer no internamento, quer no ambulatório.

Em 2007, em comunhão com o Núcleo de Estudos da Doença VIH, realizou-se, na cidade da Horta, o Fórum "Hepatite B e C e HIV", que funcionou como motor de arranque para a realização das Jornadas Anuais do NEDF, que já passaram por Beja, Vila Real, Espinho, Leiria, Viseu, Figueira da Foz e Guarda. Este ano, coube ao Serviço de Medicina Interna do CHBM, nomeadamente aos internistas do Serviço responsáveis pela realização da Consulta de Hepatologia do Hospital, a funcionar desde março de 1989, a organização das IX Jornadas do NEDF.

Infelizmente, por razões logísticas, as Jornadas não poderão ter lugar na cidade do Barreiro, tendo sido escolhido, em alternativa, para acolher o evento, nos próximos dias 2 e 3 de outubro, o Hotel Meliá Aldeia dos Capuchos, na Costa da Caparica.

Numas Jornadas de apenas um dia e meio de duração, e sendo a patologia hepática tão vasta e diversificada, houve que selecionar os temas a tratar, privilegiando-se os de maior impacto na prática clínica, quer pela prevalência, quer pela maior dificuldade no diagnóstico e/ou no tratamento.

Para além dos internistas que lidam diariamente com estas patologias, os temas escolhidos interessam igualmente a especialistas e internos de outras áreas do saber médico que, interagindo com a Medicina Interna e entre si, dão o cunho da abrangência e interdisciplinaridade com que a Hepatologia deve ser abordada. Salientamos as áreas da Gastroenterologia, Infeciologia, Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Radiologia, Cirurgia e Medicina Geral e Familiar, a primeira de todas a sentir o impacto destas doenças.

Do programa constam curtas conferências sobre a abordagem diagnóstica do nódulo hepático, os aspetos atuais no tratamento do fígado gordo, destacando-se aqui a importância do controlo metabólico, nas suas múltiplas vertentes, e ainda sobre a hipertensão porto-pulmonar, questionando-se até que ponto se tratará de uma entidade rara ou apenas subdiagnosticada.

Haverá duas mesas-redondas sobre as hepatites víricas mais prevalentes, a hepatite crónica C e a hepatite crónica B. Em ambas, procurámos eleger aspetos que surgem como os grandes desafios clínicos da atualidade. Numa época em que o tratamento da hepatite crónica C alcançou avanços importantes, bem documentados e conhecidos globalmente, até pelo mediatismo provocado, e de alguma forma inusitado, em áreas médicas, os hepatologistas continuam a deparar-se com casos difíceis de resolver, nomeadamente em doentes infetados com genótipo 3, co infetados pelo VIH e com outras comorbilidades, como sejam a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal, a diabetes *mellitus*, a síndrome metabólica, etc...

Também na hepatite crónica B se continua a questionar a indicação do interferão e dos análogos dos nucleós(t)idos na abordagem terapêutica inicial, bem como o problema da finitude do tratamento. A grande questão sobre a possibilidade de cura da hepatite crónica B num futuro próximo irá também ser abordada.

A hipertensão portal, qualquer que seja a etiologia – viral, alcoólica, metabólica, neoplásica, etc. – constitui um dos flagelos da nossa sociedade atual, pela elevada prevalência e consequente impacto clínico, e também social e económico, pela perda de qualidade de vida e absentismo provocados. É o tema da última mesa-redonda das Jornadas, em que, para além do tratamento médico, se falará nas indicações para TIPS e na referenciação para transplante hepático.

Por fim, terminaremos com uma conferência sobre "Hemocromatose", onde se abordará o espetro desta patologia, desde a sobrecarga de ferro, muito comum entre nós, até às complicações da doença estabelecida, evitáveis quando diagnosticada atempadamente.

Haverá ainda tempo para a apresentação de trabalhos inéditos, sob a forma de comunicação oral ou "poster", bem como para um minicurso sobre elastografia hepática, considerado, atualmente, um dos métodos de eleição para a avaliação da fibrose hepática, e mais recentemente também da esteatose, cujo conhecimento é crucial para a decisão terapêutica de algumas patologias, com destaque para a hepatite crónica C.

Todos os temas irão ser abordados por prestigiados colegas, com reconhecidos méritos e idoneidade na área da Hepatologia, oriundos de diferentes centros do país, a quem publicamente agradecemos o terem aceite o repto lançado e que, seguramente, irão contribuir em muito para o enriquecimento científico nesta área tão importante da Medicina.

Cientes de que temos um programa aliciante, contamos com a participação de todos quantos de algum modo se interessam pela Hepatologia e queiram juntar-se a nós na discussão dos vários temas em análise.

justNews

Doença de Behçet

Jorge Crespo
Médico da Consulta de DAIS. Chefe de serviço de Medicina Interna dos HUC/CHUC

NAS MANIFESTAÇÕES OCULARES MAIS GRAVES, NOMEADAMENTE NAS QUE ENVOLVEM A CÂMARA POSTERIOR, É INDISPENSÁVEL O TRATAMENTO PRECOCE COM ALTAS DOSES DE CORTICOIDES E DE IMUNOSSUPRESSORES, COMO A CICLOSPORINA A OU A AZATIOPRINA.

A doença de Behçet (DB) é uma doença autoinflamatória de etiologia desconhecida, que se caracteriza pela forma como afeta o organismo. Tipicamente, evolui por surtos, com fases de atividade que se arrastam por semanas a meses, habitualmente autolimitadas.

As manifestações mais frequentes são as aftas orais e da área genitopélvica, a par de manifestações oculares (uveíte anterior e/ou posterior, vasculite retiniana) e cutâneas, como lesões acneiformes, pseudofoliculite e eritema nodoso. O teste da patergia, outra manifestação de hiper-reatividade cutânea, traduz-se pelo aparecimento de uma lesão eritematosa papulopustular, induzida pela picada da pele com uma agulha hipodérmica 20G, observada às 48h.

Outras manifestações podem surgir, como as de vasculite, envolvendo veias (frequentemente com trombos aderentes à parede) e artérias (com trombos e aneurismas). Também podem ocorrer a nível do SNC, com compromisso parenquimatoso (envolvendo principalmente o tronco cerebral e núcleos da base) ou vascular, do tubo digestivo (com aftas em qualquer localização, em particular na região ileocecal) e das articulações, com padrão monoarticular ou oligoarticular, mais periférico do que axial e raramente inflamatório.

Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico desta síndrome, desde 1990, baseavam-se na presença indispensável de aftose oral recidivante (AOR) associada a mais 2 manifestações de entre aftose genital (AG), lesões oculares (LO), lesões cutâneas e patergia positiva. Em 2014, surgiram novos critérios baseados num score que atribui 2 pontos às manifestações de AOR, AG e LO e 1 ponto não só às manifestações cutâneas e de patergia positiva, mas também ao envolvimento vascular e do SNC. O diagnóstico é assumido [1] se o score for ≥ 4, na ausência de outra doença que as explique.

Patogénese

Na patogénese da DB tudo aponta para uma resposta imune excessiva e desregulada, tendo como base perturbações da imunidade inata. Existe um terreno genético predisposto, traduzido pela presença do HLA B51, mas também de outros genes de suscetibilidade, como os das IL10, IL23R, TLR4, MEFV e NOD2. Esta reatividade excessiva parece ser desencadeada por múltiplos agressores inespecíficos, como alguns epítopos das heat shock proteins ou antigénios de algumas estirpes bacterianas, determinando uma clara hiperpolarização da resposta imune Th1, associada a hiperatividade neutrofílica.

Terapêutica

A terapêutica da DB continua baseada na administração de Colchicina como medicação de fundo, graças à sua ação anti-neutrofílica, a par de outras medidas ajustadas a cada circunstância. A terapêutica corticoide, de baixa dose e curta duração, ajuda a ultrapassar manifestações mucosas mais exuberantes. É fundamental erradicar qualquer foco infecioso, em particular de sede orofaríngea.

Nas manifestações oculares mais graves, nomeadamente nas que envolvem a câmara posterior, é indispensável o tratamento precoce com altas doses de corticoides e de imunossupressores, como a ciclosporina A ou a azatioprina.

Em manifestações cutâneo-mucosas rebeldes, a talidomida é uma droga de eleição. Nos casos de falência destes fármacos, a alternativa de agentes biológicos anti-TNF α, como o infliximab ou o adalimumab, ou anti-IL 1 β, como o gevokizumab, são excelentes alternativas.

Viver com a doença

Existe entre nós um grupo de doentes que organizou um site e um blog com a designação "Behçet em Portugal", que procura dar resposta às questões que lhes chegam do país e do estrangeiro, nomeadamente dos PALOP e muito em particular do Brasil. A Medicina Interna tem-lhes dado a ajuda possível sempre que para tal solicitada, respondendo às questões colocadas e identificando os centros que em cada região estão capazes de dar resposta a estes doentes.

Referência:

1. *The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014 Mar;28(3):338-47.*

Behçet em Portugal: blog apoia doentes e familiares

Carla Carreira é responsável pela "mediação" e "moderação" do contacto entre as pessoas no grupo "Behçet em Portugal", um blog que criou em 2006. Tendo sido diagnosticada muito cedo, cerca dos 15 anos, convive com as complicações ligadas a esta doença há bastante tempo.

"Sempre tive a preocupação de procurar informar-me acerca das possibilidades terapêuticas e sei que um doente informado e alerta para novos sintomas tem mais hipóteses de detetar e controlar eventuais problemas", afirma.

Em 2006, foi convidada por Vaz Patto e Jorge Crespo a participar na *IV International Patient Convention For Silk Road Disease* (BEHçET'S DISEASE), integrada na 12.ª Conferência Internacional sobre a Doença de Behçet, onde conheceu algumas pessoas com este problema de saúde raro e que tentavam formar uma associação desta doença em Portugal, tendo-se apercebido da importância da divulgação em casos como a doença de Behçet.

Carla Carreira conta que, em Portugal, na altura, não conhecia praticamente nenhuma informação ou apoio para quem sofresse desta doença e, por isso, decidiu ir reunindo a informação que ia encontrando no blog, também de forma a manter as suas pesquisas atualizadas.

"Inicialmente, os objetivos deste blog passavam somente por ir reunindo informação, disponibilizando alguns documentos traduzidos em português, mas cedo comecei a receber contactos de doentes ou familiares a solicitar informação e apoio, bem como indicação de onde encontrar especialistas que conhecessem esta doença", relata.

Segundo refere, desde início, o blog contou com o apoio de várias pessoas, incluindo Jorge Crespo, com ligações à Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que apoiava quando era necessário esclarecer alguma dúvida ou encaminhar alguma pessoa que contactava o grupo.

Os objetivos passaram a ser de divulgação de informação pertinente sobre a doença de Behçet; apoio a doentes e familiares, tendo sempre a finalidade de criação de uma associação no futuro; promover o contacto e partilha de informação entre doentes de Behçet, familiares e amigos.

De acordo com a nossa interlocutora, desde a criação inicial do blog (disponível em http://behcetemportugal.blogspot.pt/), a comunidade passou por várias redes sociais, nomeadamente o Hi5, Yahoo e, presentemente, o grupo no Facebook (https://www.facebook.com/groups/behcetemportugal/), que já conta com cerca de 500 membros.

"O feedback tem sido bastante positivo, temos recebido contactos de Portugal, mas também de outros países, nomeadamente do Brasil", conta Carla Carreira, desenvolvendo que a aceitação tem sido ótima, sendo que existem muitos doentes que não conhecem ninguém com este problema fora do nosso grupo virtual.

Para contrariar este sentimento, e para que as pessoas saibam que não estão sozinhas nesta "luta", já foram promovidos vários encontros, com boa adesão, para que nos conheçamos pessoalmente.

"Quando se tem uma doença rara é extremamente importante a partilha do conhecimento e de experiências, mas focando sempre que cada caso é um caso e que é necessária a consulta de especialistas para que haja um diagnóstico atempado e a doença seja devidamente acompanhada e controlada", menciona.

E afirma lamentar, apenas, que até ao momento a associação ainda não tenha sido formalizada oficialmente, por falta de disponibilidade pessoal dos envolvidos, para que a mesma sobreviva e continue a apoiar todos os que nos procurarem através do blog ou do grupo do Facebook.

"Não se partilham só os momentos menos bons e problemas relacionados com o Behçet, partilham-se novos estudos e até momentos felizes, como, por exemplo, a chegada de um filho", conclui.

"INICIALMENTE, OS OBJETIVOS DESTE BLOG PASSAVAM SOMENTE POR IR REUNINDO INFORMAÇÃO, DISPONIBILIZANDO ALGUNS DOCUMENTOS TRADUZIDOS EM PORTUGUÊS, MAS CEDO COMECEI A RECEBER CONTACTOS DE DOENTES OU FAMILIARES A SOLICITAR INFORMAÇÃO E APOIO, BEM COMO INDICAÇÃO DE ONDE ENCONTRAR ESPECIALISTAS QUE CONHECESSEM ESTA DOENÇA", RELATA CARLA CARREIRA.

SESSÃO DE ABERTURA DO IV CONGRESSO NACIONAL DE AUTOIMUNIDADE / XXI REUNIÃO ANUAL DO

Presidente da SPMI desafia internistas na investigação clínica e na formação

Durante a sessão de abertura do IV Congresso Nacional de Autoimunidade / XXI Reunião Anual do NEDAI, que decorreu em abril, em Coimbra, Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da SPMI, deixou aos presentes dois grandes desafios, que se prendem com a investigação científica e a formação.

"Criámos recentemente um grupo de investigação na SPMI que esperamos venha a dar os seus frutos e que, trabalhando em conjunto com os núcleos de estudo, possa fomentar essa investigação", avançou, reforçando que a Medicina Interna investiga pouco clinicamente, sendo por isso importante apostar nesta área.

No que respeita ao segundo desafio – a formação –, Manuel Teixeira Veríssimo salientou que o NEDAI sempre teve grande atividade nesta área, sendo prova disso mesmo os cursos e congressos que têm vindo a ser organizados. "Os conhecimentos mais específicos têm de ser trazidos e levados ao terreno pelos núcleos de estudo que melhor dominam as áreas em questão", referiu.

E acrescentou: "Estamos a pensar, dentro do Centro de Formação em Medicina Interna (FORMI), lançar cursos online, com o objetivo de formar, de modo mais difuso e preciso e com menos incómodo, todos os nossos internos e internistas."

José Delgado Alves, Lèlita Santos e Teixeira Veríssimo

O presidente da SPMI observou, ainda, que o NEDAI se tem mantido muito ativo ao longo do tempo, afirmando que os profissionais que o integram são pessoas que gostam de desafios. "Estou certo de que a grande atividade vai continuar."

Reforçar e valorizar as capacidades dos internistas

Respondendo ao presidente da SPMI, José Delgado Alves, coordenador do NEDAI, referiu que o núcleo que dirige tem procurado incentivar também a investigação científica com aplicação clínica e ainda a colaboração transversal, quer a nível da Medicina Interna, quer de várias especialidades e instituições.

"Nos últimos anos, o NEDAI – e, por consequência, a SPMI – tem sido mentor do valor monetário mais elevado dado por um núcleo ou uma sociedade, no nosso país, não relacionado com instituições privadas ou com outro tipo de patrocínios", observou, salientando: "Se isto é um desafio, conte comigo!"

José Delgado Alves aproveitou, assim, a ocasião para anunciar os vencedores do Prémio de Investigação em Autoimunidade NEDAI 2015 e a Bolsa de Estudos em Autoimunidade NEDAI 2015.

Enquanto Núcleo de Estudos da SPMI, o NEDAI tem, de acordo com o seu coordenador, feito um esforço no sentido de reforçar, valorizar e tornar públicas as capacidades que os internistas têm e que há muito são reconhecidas no terreno, "mas nem sempre são confirmadas institucionalmente".

"Temos uma forma particular de aprender e de fazer Medicina, assim como uma

NEDAI

a apostar

Nas próximas cinco páginas, reproduzem-se alguns textos originalmente publicados no *Jornal do IV Congresso Nacional de Autoimunidade / XXI Reunião Anual do NEDAI*, incluindo a entrevista a José Delgado Alves, ainda na sua qualidade de coordenador do NEDAI.

forma muito nobre de a ensinar. Esse deve ser o mote e é isso que o NEDAI tem tentado fazer ao longo dos anos", concretizou.
A presidente do Congresso, Lèlita Santos, recordou que a reunião do NEDAI se realiza há mais de 20 anos e que, desde há oito, se sentiu a necessidade de a congregar e alargar, passando a organizar-se também o Congresso de Autoimunidade.
"O que se pretende é ter uma maior abrangência, que é grande na nossa especialidade de Medicina Interna e que passa por ser alargada a todos os colegas, associações de doentes e sociedade civil", esclareceu Lèlita Santos.

Um exemplo para a população e para o país

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, frisou que estas reuniões são, sem dúvida, essenciais para a formação contínua dos médicos, assim como para o processo de recertificação científica, a discutir e instituir num futuro próximo.
Durante a sua intervenção, José Manuel Silva apelou a todos os médicos para que se comportem eticamente e sejam um exemplo para a população e para o país, apesar do momento difícil que atravessamos.
"Se todos nos reunirmos na única associação que nos representa, a OM, podemos dar um contributo importante para o nosso futuro, num momento em que se discute, por exemplo, o decreto-lei do Internato Médico e o estatuto da Ordem dos Médicos", indicou.
E sublinhou: "Estamos numa época difícil, mas os nossos problemas começam normalmente entre nós. Peço aos colegas mais jovens que não aceitem determinadas propostas profissionais e as comuniquem à Ordem dos Médicos."
Segundo o bastonário, a OM já participou à Provedoria de Justiça situações aparentemente de "grande iniquidade" nos concursos, feitos por júris de médicos.
Esta sessão contou também com a participação de José Tereso, presidente da ARS Centro. Saudando a organização e fazendo um balanço do programa científico do Congresso, afirmou considerar tratar-se de um evento de "sucesso para a Medicina portuguesa".
"Este Congresso tem como objetivo a partilha de experiências e a renovação de conhecimentos, ligando investigadores básicos e clínicos, cientistas, médicos internos e especialistas", concluiu.

Papel dos tecidos alvo no desenvolvimento da autoimunidade

Lèlita Santos
Assistente graduada sénior de MI, Serviço de Medicina Interna A, CHUC. Professora da FMUC

A complexidade das doenças autoimunes sistémicas ultrapassa, em muito, o que é imediatamente observável. O atingimento sistémico e de cada órgão por si, muitas vezes "elegendo" um de forma mais dirigida ou então focando vários órgãos em simultâneo, tem, ainda, mecanismos pouco claros na autoimunidade sistémica. A investigação tenta perceber esses mecanismos de forma a conseguir diagnósticos precoces e tratamentos cada vez mais dirigidos e mais seguros.

Na doença autoimune, há uma resposta autoimune mantida, que tem como consequência a lesão inflamatória dos tecidos e órgãos que pode ser fatal, causada pelas vias efetoras da autoimunidade. Falta conhecer, com certeza, como é induzida esta lesão continuada. Assim, pode-se dizer que a classificação destas patologias é ainda uma "ciência incerta".

Podemos identificar doenças "específicas de órgão" como a tiroidite de Hashimoto, a doença de Graves ou a diabetes tipo 1 ou, como exemplos das doenças sistémicas, o lúpus eritematoso sistémico (LES), a síndrome de Sjögren primária ou a esclerose sistémica, entre outros.

Poder-se-ia concluir que as doenças "específicas de órgão" e as "sistémicas" tivessem etiologias diferentes, justificando uma base biológica para a sua divisão em duas categorias distintas, no entanto, as doenças "específicas de órgão", muito frequentemente, podem manifestar-se com várias associações, por exemplo, a tiroidite autoimune associada ao vitiligo ou ao LES, ou a uma artrite. O mesmo sucede com as doenças "sistémicas", veja-se o LES e a síndrome de Sjögren, ou a anemia hemolítica autoimune, esta última podendo surgir também isolada e, assim, ser considerada "específica de órgão".

O que acontece, então, no tecido alvo de lesão autoimune para que a doença se perpetue, quer confinada àquele órgão, quer alargando o seu espectro de destruição?

A autotolerância é uma regra geral. No século passado, Ehrlich chamou-lhe mesmo "horror aut toxicus" não acreditando que alguma vez pudesse haver uma "auto agressão" imune. No entanto, as doenças autoimunes existem.

É interessante dissertar sobre a forma como os órgãos interferem ou são atingidos por lesão mediada por auto anticorpos e/ou por células T autoreativas, resultando a lesão tecidular do ataque direto a células portadoras de antigenes, da formação de complexos imunes, ou da inflamação local. A investigação e o conhecimento sobre o processo de autoimunidade presente nos tecidos e órgãos, nas doenças autoimunes sistémicas, pode permitir perceber quais são os melhores alvos para o tratamento eficaz das patologias autoimunes e das suas complicações tecidulares. Do mesmo modo, também interessa perceber como é que os órgãos e tecidos favorecem o processo autoimune.

A conferência sobre o "Papel dos tecidos alvo no desenvolvimento da autoimunidade" abordou esta e outras discussões, dando o estímulo ao enquadramento do raciocínio sobre as doenças autoimunes, integrando todos os órgãos e os mecanismos da autoimunidade sistémica.

Transplante de células hematopoiéticas nas doenças autoimunes sistémicas

Jorge Crespo
Médico da Consulta de DAIS. Chefe de serviço de Medicina Interna, HUC/CHUC

Milhares de doentes de todo o mundo receberam já um transplante de células estaminais hematopoiéticas (HSCT) como tratamento para uma doença autoimune grave.

Estão relatados desde há cerca de 40 anos, no início como achado fortuito, pelo desaparecimento de uma DAIS quando do transplante medular por doença hematopoiética concomitante. Admite-se, como base racional para a sua eficácia, a ablação por quimioterapia de um sistema imune aberrante ou autorreativo, substituindo-o por um sistema imune novo e autotolerante.

Discute-se se a supressão da inflamação após o transplante é devida a uma regulação da função, ou à erradicação das populações de células B e/ou T associadas à DAIS subjacente.

A maioria destes transplantes ocorreu nos últimos 20 anos, tendo sido utilizados para tratar doenças como esclerose múltipla, esclerose sistémica, lúpus eritematoso sistémico, artrite reumatoide, artrite idiopática juvenil e púrpura trombocitopénica imunitária. Os relatos mais recentes apontam, nos primeiros cinco anos após tratamento, para uma sobrevida global de 85% e uma sobrevida livre de progressão da doença de 43%.

Por este motivo, o HSCT, ainda que possa curar algumas DAIS, deve ser visto, antes do mais, como uma forma de mudar a história natural de progressão da doença.

Para abordar este tema, iremos ter connosco o Professor Emérito Alan Tyndall, de Basileia, Suíça, autor de centenas de artigos sobre esta matéria e cofundador da "Basel Stem Cell Network", centro de competência da Universidade de Basileia. Foi diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário de Basileia, de 1991 a 2013. A sua principal área de interesse científico diz respeito à utilização de células estaminais do adulto na imunomodulação de algumas DAIS, em particular na esclerodermia.

Registos em autoimunidade

Deolinda Portelinha
Chefe de serviço de Medicina Interna

As diversas doenças autoimunes têm, desde há muitos anos, sido alvo de registos de teor variável, consoante os objetivos subjacentes.

Registos visando a recolha de dados epidemiológicos, genéticos, manifestações clínicas e atividade da doença, a aplicabilidade de critérios pré- definidos para introdução de determinadas terapêuticas, avaliação da eficácia e segurança a curto e longo prazo têm estado a ser feitos na maioria dos países, permitindo recolher dados de casos clínicos reais da prática clinica.

Assim, ao longo dos anos, foi possível acumular informação que permite chamar a atenção dos clínicos de particularidades da adequação de diversos fármacos a cada doente com certa doença, a avaliação prévia a fazer antes de introdução de determinadas terapêuticas, a preconização de adequado plano de vacinação, a monitorização das comorbilidades existentes e alertar para possível ocorrência de outras patologias no decurso da doença e respetivo tratamento.

Nos últimos anos, tem-se tornado mais acutilante a sua implementação, particularmente desde que terapêuticas inovadoras, de elevado custo, se tornaram disponíveis, sendo indispensável em certos países o registo em determinada base de dados para a sua prescrição.

Atualmente, por todo o mundo há registos a serem efetuados, ocorrendo diversos tipos de registo em cada país referentes a determinada patologia.

Alguns têm caráter internacional, como os respeitantes ao lúpus: o Euro - Lupus (envolve sete países), o SLIC (25 centros mundiais), o Glabel cohort (34 centros de 9 países latino-americanos. No que respeita à artrite reumatoide e outras doenças inflamatórias há, presentemente, em 16 países europeus 32 bases de dados, 16 das quais estão conectadas com o repositório de bases de dados da EULAR, que poderá ser usada como plataforma por investigadores para projetos cooperativos.

Estes registos, variando de poucas centenas a milhares de doentes, têm duração variável desde há 25 anos e têm diferentes critérios de inclusão (23 bases de dados incluem doentes com AR inicial e estabelecida, 6 só artrite inicial, 2 somente artrite estabelecida). Alguns destinam-se à monitorização de uma droga específica, como é o caso do AIR RA (rituximab), MIRA (tocilizumab), ORA (abatacept), sendo outros de avaliação farmacoeconómica.

Conscientes do valor que os registos constituem e da vantagem em conhecer a realidade portuguesa, o NEDAI criou uma base de dados que permite o registo dos doentes com todo o tipo de patologia autoimune, observados pela Medicina Interna em consulta de Doenças Autoimunes. Estabeleceu-se para cada doente determinado registo administrativo, socioeconómico e cultural e para cada patologia os parâmetros a registar na avaliação inicial e em consultas subsequentes, incluindo dados clínicos e laboratoriais, avaliação da atividade da doença, identificação de comorbilidades e intercorrências, bem como a terapêutica efetuada.

Este registo informático de Doenças Autoimunes (RIDAI), implementado em 2003, teve atualizações em 2005, 2007 e 2012, estando *online* desde então. Exaustivo no conteúdo, permitirá, a longo prazo, avaliar dados verdadeiramente representativos de casos clínicos reais, orientando a nossa conduta no que respeita à monitorização da evolução das doenças, na previsão de intercorrências e de morbilidades associadas, bem como na seleção da terapêutica mais adequada.

O sistema gastrintestinal e hepatobiliar nas DAIS

Carlos Vasconcelos
Diretor da UIC, Hospital Santo António, CHP.
Professor no ICBAS, Universidade do Porto

As três palestras na mesa-redonda sobre o atingimento gastrintestinal e hepatobiliar nas doenças autoimunes debruçam-se sobre *Microbioma intestinal* (Pedro Madureira - ICBAS, Porto), *Doença inflamatória intestinal* (DII) (Francisco Portela - CHUC, Coimbra) e *Doença hepática autoimune* (Armando Carvalho - CHUC, Coimbra). Podiam ter sido vários os temas escolhidos, mas os organizadores, certamente em colaboração com os preletores, optaram por escolher duas doenças autoimunes específicas de órgão e o tão falado microbioma intestinal.

Quanto às primeiras, é de salientar o seu aparente (?) aumento de incidência e os excelentes resultados com a terapêutica biológica anti-TNF nas DII.

Por certo, teremos a oportunidade de ouvir sobre os novos desenvolvimentos a nível fisiopatológico e da terapêutica nestas doenças.

O tubo digestivo tem vindo a despertar um grande interesse do ponto de vista imunológico e o microbioma intestinal, com um estatuto promovido da "velhinha" flora intestinal, apaixona cientistas, anima discussões, atrai os *mass media* e é já campo de variadas terapêuticas, com nula ou escassa evidência científica.

Recordo uma área que há de voltar, estou seguro, a ter grande importância: a tolerância oral. Os estudos em ratinhos mostraram que a administração oral de colagénio e de proteína básica da mielina em modelos animais da artrite reumatoide e de esclerose múltipla pôde prevenir o desenvolvimento das respetivas doenças. Infelizmente, os ensaios clínicos em humanos não tiveram os mesmos resultados, mas devem-se salientar as diferenças na metodologia, bastando lembrar que nos humanos a doença já tinha sido diagnosticada, enquanto o mesmo não acontecia nos modelos animais.

Quanto ao fígado, recebe uma imensa carga antigénica proveniente dos intestinos, o que mostra a sua importância como órgão imunológico. São as células de Kuppfer, membros do sistema reticuloendotelial, as responsáveis pela ausência de uma resposta imune "descontrolada" a todos esses antigénios.

JOSÉ DELGADO ALVES, COORDENADOR DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE DOENÇAS AUTOIMUNES (NEDAI):

"A ferramenta da Medicina Interna é

Para o coordenador do NEDAI, o internista deve conjugar a prática clínica com a Investigação e o Ensino. Admite que não é uma tarefa fácil em Portugal, mas traria grandes vantagens para quem trabalha numa área tão holística como é a Medicina Interna. Quanto ao desenvolvimento da especialidade, considera que houve progressos, mas ainda há um longo caminho a percorrer. O mesmo acontece nas doenças autoimunes.

***Just News* (JN) – Nasceu em Luanda, Angola. Viveu lá muito tempo?**
José Delgado Alves – Nasci em Luanda por acidente. O meu pai era militar, estava lá colocado e, por acaso, a minha mãe pôde ir ter com ele, acabando por nascer lá. Mas, ao fim de poucos meses, voltei. Admito que o facto de ter lá nascido não me diz nada em particular. Quem cuidou de mim foi Portugal e, aliás, a minha nacionalidade é portuguesa.

JN – Costuma ir a Angola?
JDA – Nunca mais fui. Não tenho aquele sentimento forte de querer conhecer o país onde nasci porque, para mim, é como se tivesse nascido em Portugal.

JN – Por que optou pela especialização em MI?
JDA – Foi uma escolha natural. Gosto muito de ter uma visão o mais abrangente possível e, ao mesmo tempo, senti que, se estava a tirar um curso que exige tanto investimento, por que me cingiria apenas a uma área específica, com tudo o resto para conhecer?
Gosto do ecletismo da especialidade, da visão global do doente. Outra característica que sempre me atraiu é o seu caráter científico e metodológico. A forma de estudar Medicina Interna deve ser feita com base na fisiopatologia e nas ciências básicas, assim como na experiência clínica. Esta ligação entre uma área clínica tão vasta e a investigação científica também foi essencial na minha escolha.

JN – Acabou por doutorar-se, em Londres, com uma tese sobre "O stress oxidativo e a doença vascular no lúpus eritematoso sistémico e na síndrome antifosfolipídica". O que o levou a esta temática?
JDA – Procurei investigar a importância de mecanismos moleculares e celulares (ciência básica) e a forma como estes interferem com a doença vascular (aterosclerose). Na altura não se dava tanta importância à doença cardiovascular, mas, hoje em dia, tem-se plena consciência das comorbilidades cardiovasculares e da sua importância nas doenças autoimunes.
Esta tese demonstra o meu interesse pela inter-relação entre a prática clínica e a investigação. Comecei pela investigação básica e fui caminhando até à clínica. Acho que esta transversalidade e esta translacionalidade são fundamentais como investigador e clínico. A investigação e a clínica devem estar inter-relacionadas.

JN – Estamos assim a falar de doenças autoimunes. Como presidente do NEDAI, como vê, atualmente, a realidade portuguesa em relação a estas patologias?
JDA – Estamos muito melhor, mas ainda há um grande caminho a percorrer. São doenças que, no universo global de todas as patologias, não são frequentes e algumas são mesmo raras. Nesse sentido, compreendo que não sejam vistas como prioridade num projeto global de saúde. Para além disso, são doenças que, na maior parte dos casos, não são letais.
E, num país onde as contas costumam ser mal feitas, "detalhes" como a morbilidade, deformação, incapacidade, dificuldade em trabalhar, o facto de terem uma incidência e prevalência dominante em mulheres e homens novos, não tem um impacto muito grande junto de políticos e estrategos...
Felizmente, têm existido progressos e as pessoas já valorizam de forma diferente as doenças autoimunes. Também tem existido mais algum financiamento na sequência de novos fármacos, os próprios doentes estão mais cientes dos seus direitos. Mas ainda não se tem a abordagem perfeita, daí o longo caminho que ainda é necessário percorrer.

JN – Como vê o acesso aos biológicos?
JDA – Estes fármacos são um bom exemplo do que se passa no país. Tem-se assistido a uma delapidação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e falta uma estratégia. O SNS deve ser mais eficiente, mas predomina um discurso, por vezes, demagógico e espartano. Existem muitos cortes avulsos...
No caso dos medicamentos biológicos, todos sabem que são muito eficientes, mas também muito caros. Apesar de não serem a salvação, constituem um passo gigantesco e é preciso saber gerir o seu acesso. Mas, num país sem um plano, inevitavelmente existem desigualdades, quer nos biológicos como noutras áreas da saúde.

a nossa maneira de pensar"

JN – Como vê, atualmente, o papel do internista nas doenças autoimunes?
JDA – O internista é, por definição, o médico indicado para estas doenças, porque abrangem diversos sistemas e órgãos. Podem existir algumas muito específicas de um órgão, como a tiroidite de *Hashimoto*, mas temos também a diabetes *mellitus* tipo 1, que só atinge o pâncreas, mas que traz complicações que se estendem a todo o organismo. Cientificamente, faz todo o sentido que o especialista em vários órgãos possa tratar estas doenças.
Mas, por vezes, quem faz o acompanhamento do doente é quem tratou o primeiro órgão afetado. Veja-se o exemplo do lúpus eritematoso sistémico, que é definido classicamente como doença reumatológica. De facto, os principais sintomas são as dores articulares, embora também existam pessoas com lúpus que não tenham esta queixa.
Neste caso, quem deve tratar o doente? Qualquer especialista que saiba fazê-lo tem todo o direito em seguir esse doente, em termos legais e éticos. O mais importante é o conhecimento e a experiência que se tem sobre a doença.
Claro que o internista tem a mais-valia de conseguir ter uma visão holística, tratar as comorbilidades, evitando que o doente se desloque a diferentes especialidades. Para além disso, a Medicina Interna contribui para a menorização dos gastos em saúde, exatamente porque racionaliza o acesso aos recursos existentes. No entanto, entendo que é mais importante o conhecimento e a qualidade do médico (ou da equipa) que acompanha o doente do que a origem ou denominação do mesmo.

JN – De que forma o NEDAI pode melhorar esta realidade portuguesa?
JDA – Do ponto de vista clínico, contribui em três níveis. Antes de mais, mostra ao universo médico a importância da Medicina Interna na abordagem das doenças autoimunes. Com isto, não pretendo dizer que somos os detentores da verdade. Simplesmente, pretendo realçar as nossas mais-valias.
Em segundo lugar, o NEDAI contribui para a dinamização do trabalho dos internistas. Não se trata de uma especialidade que tenha um *glamour* psicossocial como outras, mas a verdade é que, quando as coisas correm mal, quem atende os doentes são os internistas. É preciso alertar, ainda, para aquela visão típica de muitos internistas de que a Medicina Interna não tem de se dedicar à ciência e à investigação. Costuma-se ouvir que "estamos aqui para arregaçar as mangas". Nada mais errado. Os internistas devem apostar na investigação.
Por último, mas não menos importante, é preciso sensibilizar a população para o facto de que esta especialidade está acessível em todo o país e qual a sua importância.

JN – Estes acabam, portanto, por ser também os grandes desafios do NEDAI...
JDA – Sem dúvida, ou não fossem os seus objetivos. De facto, numa altura em que estou a terminar a minha função de coordenador do NEDAI, lamento que não se tenha apostado mais na realização de estudos. Mas tudo isso aconteceu porque acho que o núcleo foi inevitavelmente arrastado para a necessidade de se envolver em aspetos administrativos e até políticos que resultam de lutas

PERFIL

Com uma carreira intensa, teve de aprender a desligar o telemóvel

Sempre se dedicou muito à carreira profissional e não se arrepende disso. *Hobbies* não são muitos, mas existem e preenchem-no. "Há uns anos pratiquei ginástica, depois deixei. Agora, gosto muito de fotografia, teatro, cinema, de ler, mas sobretudo de viajar."

Não prescinde dos momentos com os amigos e com a família e aprendeu a viver cada um desses momentos. "Se estou com eles, não atendo o telemóvel, se vou ao teatro, dedico-me a ver apenas a peça... É preciso ter momentos em que não penso em trabalho!".

A sua paixão pelo teatro já o levou a ir, de propósito, a Londres só para ver uma peça. "Gosto muito de viajar e foi a conjugação deste gosto com o do teatro. E, depois, não há nada como ver o Alan Rickman, a Meggie Smith ou a Judie Dench a 15 metros de distância, a fazer-nos sonhar..."

O atual livro de cabeceira é *The man who loved dogs*, de Leonardo Padura, que conta a história dos últimos anos de Trotsky e do homem escolhido para o matar. Ao mesmo tempo, está a ler outro sobre a II Guerra Mundial e já tem um terceiro: *Gandhi before India*, de Ramachandra Guha.

entre grupos de poder e necessidade de protagonismo. Seria tão interessante se os médicos se preocupassem com o seu trabalho, com os seus doentes e de que maneira poderiam melhorar, em vez de se preocuparem com o vizinho...

Uma carreira dedicada à prática clínica e à investigação

JN – Foi membro da Comissão para a Coordenação e Estudo da Morte Cerebral do Hospital Curry Cabral (HCC). Como foi essa experiência?
JDA – Iniciei a minha carreira no HCC e admito que sempre gostei muito de ver doentes. Logo, mal ia a casa no tempo de Internato. Na altura, tinha dois grandes amores dentro da Medicina Interna: as doenças autoimunes e os cuidados intensivos. Nesses anos, acabei por participar num grupo de estudo sobre a morte cerebral. É uma temática muito interessante, principalmente quando estamos num hospital com Unidade de Transplantação.

JN – Também foi membro do mesmo hospital na Comissão de Anticoagulação e Terapêutica Transfusional...
JDA – Também tinha a ver com as minhas áreas de interesse. Um dos problemas comuns a estes dois campos da Medicina é a coagulação. Aliás, todo o internista que se dedica a doenças autoimunes necessita ter conhecimentos sólidos em anticoagulação e terapêutica transfusional, porque as doenças autoimunes são suscetíveis de provocar alterações na coagulação. Não todas, mas muitas delas.

JN – É professor. Como vê, atualmente, o ensino da Medicina Interna e, mais especificamente, das doenças autoimunes?
JDA – Mal. Se perguntar a qualquer médico ou académico qual a importância da Medicina Interna, todos vão dizer que é enorme, mas, na prática, nem sempre é assim e a ferramenta da Medicina Interna é a nossa maneira de pensar. Não é fácil transmitir, numa aula de 2 horas ou num estágio de 15 dias, esta ideia. Muitos dos internos que chegam ao nosso serviço dizem "Ah! Isto é que é a Medicina Interna..." Paradoxalmente, nas doenças autoimunes, o problema não é tão grave. São menos comuns, logo, chamam mais a atenção e, pela sua natureza, acabam por ser abordadas em várias cadeiras. Mas também não existe uma cadeira sólida e predominante de Medicina Interna. Existem faculdades que têm uma cadeira de Medicina, onde são englobadas algumas subespecialidades, e a Medicina Interna não é um somatório de outras especialidades!

Equipa do Serviço de Medicina IV do Hospital Amadora-Sintra, liderada por José Delgado Alves

JN – Também tem feito investigação. Como é ser-se investigador em Portugal?
JDA – Acredito que um médico deve ser clínico, investigador e professor. Aceito que tal não seja possível com todos os colegas, depende da estrutura em que trabalham, mas devia existir um maior esforço em consegui-lo. Infelizmente, é difícil fazer investigação em Portugal, e mais ainda para um clínico, porque predomina uma cultura que, no meu entender, está errada. O clínico que faz investigação vê menos doentes, logo – como se pressupõe –, é pior médico. Isso não corresponde à verdade, antes pelo contrário! As duas atividades podem e devem conjugar-se. O clínico que faz investigação está a adquirir conhecimentos que o vão ajudar na prática clínica e, dando aulas, consegue "arrumar" os pensamentos de maneira a ter uma melhor *performance* na clínica. Fazer investigação implica ter a pergunta certa, e quem melhor consegue chegar a essa pergunta que o clínico? Também é necessário desmistificar a ideia de que o trabalho investigacional implica grandes custos e grandes aparelhos. Há muitas formas de fazer investigação.

JN – Recebeu uma Menção Honrosa da SPMI, em 2005, e dois 1.os Prémios, em 2006 e em 2010, pela Investigação em Autoimunidade. O que significou para si?
JDA – Foi muito importante. Porventura mais do que se possa julgar. O NEDAI é o núcleo de estudos que mais investe com dinheiro em investigação científica, com prémios e bolsas. E não somos uma sociedade... Apesar de ter tido outras menções importantes na minha carreira profissional, estas foram muito especiais, porque partiram dos meus pares. Este reconhecimento pode não ter grande impacto num *curriculum* internacional, mas mostra como o meu trabalho, que é de equipa, é importante. Realço o papel da equipa porque só cheguei aqui por ter grandes profissionais a trabalhar comigo. Crescer sozinho é uma ilusão!

XXI CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

TIVOLI MARINA VILAMOURA
29_31 MAIO 2015

LUÍS CAMPOS SUBLINHOU SIGNIFICADO DA PALAVRA ELOS NA CERIMÓNIA DE ABERTURA

A posição nuclear dos internistas

Num mundo em constante evolução, a especialidade de Medicina Interna quer afirmar-se como a base de funcionamento dos hospitais. A palavra Elos, que foi a imagem e o lema do XXI Congresso Nacional de MI, evoca a posição nuclear dos internistas, sublinhou Luís Campos na cerimónia de abertura de um evento que ultrapassou todas as expectativas, em termos de participação, com mais de 1900 inscrições.

"Trata-se de uma demonstração da vitalidade da Medicina Interna e é, ao mesmo tempo, o resultado da dedicação de muitos pioneiros que, ao longo dos anos, têm trabalhado em prol da afirmação da nossa especialidade. É o resultado da capacidade, da competência e da abnegação de todos os internistas", afirmou o presidente do Congresso.

É agora possível
CONSULTAR
em www.justnews.pt/agenda

Informação atualizada **diariamente**

Eventos relevantes, nacionais e internacionais, com interesse no âmbito da
Medicina Interna

www.justnews.pt/eventos/medicina-interna

www.justnews.pt

E esclareceu que o tema "Os Elos da MI" "evoca ainda as outras profissões que integram as equipas multidisciplinares dos nossos serviços e que são tão importantes para que os nossos doentes se sintam bem tratados", disse.

Não só são fundamentais para alicerçar a clínica hospitalar como para fortalecer o próprio sistema de Saúde, argumentou, por seu lado, Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da SPMI. Na sua opinião, a especialidade tem sabido vencer as adversidades e minimizar os constrangimentos do SNS e não deve ver nas subespecialidades um risco de enfraquecimento.

"A versatilidade e a capacidade de adaptação do internista faz com que tenha futuro. É uma especialidade rejuvenescida e com uma visão holística", garantiu.

Sem negar a existência de carências na Saúde, Fernando Leal da Costa, secretário de Estado da Saúde, apelou aos médicos para que "não alinhem na desvalorização dos indicadores de Saúde" e prometeu mudanças que incentivem a investigação e a ciência. Revelou que o apoio já faz parte da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, criando financiamento direto para os programas de investigação.

Na cerimónia de abertura do Congresso, estiveram ainda presentes o bastonário da Ordem dos Médicos e o presidente da Câmara Municipal de Loulé, concelho que acolheu o evento.

A Medicina Interna como governante da clínica hospitalar

Internistas e gestores da Saúde convergiram na necessidade de dar mais autonomia aos gestores dos hospitais e de promover uma maior competitividade entre os setores público e privado no debate sobre "A Medicina Interna, o sistema de Saúde e a crise económica", no âmbito do XXI Congresso Nacional de Medicina Interna, que decorreu em Vilamoura. Mudanças que incluem um reforço do papel do internista.

Para Manuel Pizarro, internista e ex-secretário de Estado da Saúde, grande parte dos problemas no setor deve-se à "falta de articulação entre os diferentes níveis da Saúde". Defendeu, por isso, a necessidade de implementar "uma verdadeira reforma do sistema hospitalar". Alterações que, na sua opinião, seriam feitas com base em dois pressupostos: autonomia da gestão hospitalar e revalorização da Medicina Interna.

Manuel Pizarro, Salvador de Mello, José Manuel Silva, António Ferreira, Adalberto Campos e Luís Campos, com a moderadora do debate, Marina Caldas

No debate que antecedeu a cerimónia de abertura participaram Salvador de Mello, presidente da José de Mello Saúde, António Ferreira, presidente do CA do Hospital de S. João, Adalberto Campos Fernandes, presidente do SAMS, e José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos.

A visão integrada do doente, característica por excelência do internista, foi uma das razões apontadas pelo grupo José Mello Saúde para investir nestes especialistas. Tem 180, uma centena dos quais no privado. "O internista tem um papel decisivo na gestão de um hospital e na gestão do sistema de Saúde", referiu Salvador de Mello, que também reclamou mais "responsabilização e autonomia" na gestão hospitalar.

Na mesma linha, António Ferreira, presidente do CA do Hospital de S. João, sublinhou que o SNS não pode ser cons-

truído "a régua e esquadro" e que cada unidade deve ter autonomia para definir um modelo que seja mais adequado à procura, local e cultura.

Adalberto Campos Fernandes, presidente do SAMS, colocou a Medicina Interna como "governadora clínica" dos hospitais e frisou que é necessário um "choque de gestão e de competitividade" entre público e privado.

"O modelo hospitalar está exausto, o modelo da Medicina Interna também está exausto", argumentou, por outro lado, o bastonário da Ordem dos Médicos. José Manuel Silva entende que é preciso alargar o âmbito da formação dos internistas por forma a ganharem competências na área da tecnologia, mas pediu o envolvimento de todos. "Temos que ser protagonistas das mudanças. Temos que ser a mudança", rematou.

Três novos sócios honorários da SPMI

António Rodrigues Dias, João Sequeira e Maria da Luz Brazão foram agraciados com o título de sócios honorários na cerimónia de encerramento do XXI Congresso. Surpreendidos e emocionados, agradeceram a distinção e prometeram continuar com a mesma disponibilidade de sempre.

Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da SPMI, surpreendeu a sala e os homenageados depois da entrega de prémios à melhor imagem, poster e comunicação oral. Feito o balanço do Congresso, o maior de sempre na história da Medicina Interna, começou por argumentar que a SPMI "tem muitos sócios, todos eles são bons, mas alguns, fruto do seu trabalho e da sua dedicação, têm-se destacado um pouco mais". Razão que levou a Sociedade a distinguir alguns dos seus associados com o título de sócios honorários.

António Rodrigues Dias foi presidente da SPMI, diretor clínico do Hospital de S. Marcos e cofundador das Jornadas de Medicina Interna de Braga. Narciso Oliveira, a quem coube apresentar o homenageado, destacou-o como "cidadão atento e participante", na qualidade de médico e cidadão. "Enquanto clínico, estava na enfermaria, na urgência, estava sempre onde um internista deve estar", sublinhou.

António Rodrigues Dias

João Sequeira, que, nos últimos anos, foi diretor da revista *Medicina Interna*, foi distinguido pelo seu "valor ético e humano". Maria João Lobão apresentou-o como um homem "dotado de uma inteligência suprema", como tendo uma "cultura médica vasta e sólida". Multifacetado nos seus interesses e saberes, e sendo público o seu gosto pela poesia, foi citado um excerto de um poema de Álvaro de Campos, heterónimo de Fernando Pessoa: "Todas as coisas são, em verdade, excessivas e toda a realidade é um excesso, uma violência, uma alucinação extraordinariamente nítida."

João Sequeira

Maria da Luz Brazão

Maria da Luz Brazão, coordenadora do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo, principal impulsionadora do Centro de Simulação Clínica da Madeira e que está a preparar o primeiro Congresso na área da Urgência, foi a última das homenageadas em Vilamoura. António Martins Baptista classificou-a como uma médica que tem demonstrado sempre "um profissionalismo a toda a prova".

Direção da SPMI em peso em Vilamoura

Jorge Crespo, Luís Duarte Costa, João Araújo Correia, Luís Costa Matos, Manuel Teixeira Veríssimo, Arsénio Santos, Luís Campos, Nuno Bernardino Vieira e Helena Sarmento

JOSEPH MING WAH LI, PROFESSOR E MÉDICO NO BETH ISRAEL DEACONESS MEDICAL CENTER, EM BOS

"Hospitalistas afirmam-se como pe fundamentais no sistema de saúde

Em pouco mais de duas décadas, os hospitalistas ganharam grande protagonismo nos hospitais dos EUA, revolucionando a prestação dos cuidados de saúde. Em entrevista à* Just News, *Joseph Li, um dos oradores convidados do XXI Congresso Nacional de Medicina Interna, explica como cresceu a especialidade – equivalente à dos nossos internistas – e o impacto que teve nos doentes norte-americanos.

***Just News* (JN) – Quando é que surgem os hospitalistas nos EUA e quantos são atualmente?**
Joseph Li (JL) – Foi há cerca de duas décadas que os doentes internados nos EUA começaram a ver um novo tipo de médico a prestar todos os cuidados necessários: os hospitalistas. Mas só em meados dos anos 90 se iniciou a contagem destes profissionais. Tudo aponta para que existam atualmente 44 mil hospitalistas, que estão agora na primeira linha da prestação de cuidados na maioria dos hospitais americanos.

JN – Anteriormente, quem é que tomava conta do doente que chegava ao serviço de urgência e ficava internado?
JL – Durante muito tempo, os enfermeiros foram os primeiros e únicos provedores de cuidados para os doentes internados. Alguém que, por exemplo, chegasse com dores no peito era atendido na urgência por um enfermeiro. E, invariavelmente, uma das primeiras perguntas que fazia era: "Quem é o seu médico de família?" Contactado e informado de que o seu doente estava internado, esse médico de família decidia se ia ao hospital para avaliar o paciente, se o faria à distância, em articulação com o enfermeiro, ou se indicava outro médico habilitado para tal.

JN – Que papel passaram então a ter os médicos de família?
JL – Hoje, os médicos de família, prestadores de cuidados primários, não estão menos ocupados. Veem os seus pacientes nos consultórios, mas fazem-no sabendo que há médicos treinados e disponíveis para cuidar deles nos serviços de urgência. Uma razão importante para o desenvolvimento desta área da Medicina foi o reconhecimento de que a prestação de cuidados atempados tinha um importante impacto sobre os resultados obtidos.

JN – Quais as vantagens e desvantagens do modelo anterior?
JL – Os médicos de família deslocavam-se aos hospitais, todas as manhãs, para examinar os seus doentes, antes de seguirem para os seus consultórios, ou ainda para darem altas médicas. Poderiam ainda ser contactados durante o dia pelos enfermeiros para estes esclarecerem dúvidas ou para darem conta de mudanças na condição dos doentes. Claro que o maior benefício deste modelo de atendimento era o relacionamento estreito entre paciente e médico. Não só este estava a par de todo o historial clínico como havia um forte vínculo afetivo. Mas será que conseguiria estar sempre disponível para os casos de doença grave, 24 horas por dia e durante todo o ano? Conscientes deste problema, alguns médicos de família criaram um modelo em que cada um se revezava para passar uma semana em determinado hospital, onde cuidava de um grupo de internados. Mas o desafio de estar disponível durante todo o dia mantinha-se. E, com uma população de doentes com patologias cada vez mais complexas, alguns começaram a questionar-se se o modelo tradicional seria o melhor.

JN – Como é que surge o termo "hospitalista"?
JL – Em Agosto de 1996, os médicos Robert Wachter e Lee Goldman publicaram um trabalho científico no *New England Journal of Medicine* [*NEJM*], onde descreveram uma experiência que decorria na Universidade da Califórnia. Naquele local,

TON:

ças dos EUA"

um grupo de médicos com uma formação equivalente à de Medicina Interna reorganizou as suas vidas profissionais em torno do atendimento de pacientes hospitalizados. Wachter e Golman deram-lhes o nome de "hospitalistas", que tinham também outras responsabilidades não clínicas, como o ensino e a pesquisa.

JN – E a que conclusões chegaram?
JL – Eles descobriram que, quando os hospitalistas cuidavam de pacientes internados, a recuperação era mais rápida e os doentes deixavam o hospital mais cedo. Esta diminuição do tempo de internamento hospitalar foi associada a uma redução do custo do atendimento, sem qualquer alteração no desfecho clínico. Surpreendentemente, não foram encontradas grandes diferenças na satisfação do paciente, embora o médico de família tivesse deixado de ser o principal cuidador. Os enfermeiros e os formandos mostravam-se satisfeitos com a maior presença de médicos no hospital durante todo o dia. A publicação do artigo científico foi, sem dúvida, um momento marcante. Deu notoriedade e credibilidade instantânea ao projeto criado pelo grupo de médicos da Califórnia.

JN – E a notoriedade fez crescer o interesse por esta área médica...
JL – A partir do momento em que o nome hospitalista foi cunhado pela publicação, o número deste tipo de médicos cresceu rapidamente. Estão agora presentes na grande maioria dos hospitais. Além dos cuidados com o paciente, desempenham um papel importante na melhoria da qualidade e da educação. O desenvolvimento da Sociedade de Medicina Hospitalar veio aumentar o interesse, sobretudo a partir do momento em que passa a publicar um jornal de divulgação científica – o *Journal of Hospital Medicine* –, alargando o campo de investigação. Hoje, milhares de hospitalistas participam na reunião científica anual da Sociedade, afirmando-se como peças fundamentais no sistema de saúde dos EUA.

JN – Houve pressões que ajudaram a desenvolver e a moldar o movimento hospitalista?
JL – Para entender como os hospitalistas se multiplicaram tão rapidamente pelo sistema de saúde dos EUA, é preciso perceber a forma como os cuidados de saúde são financiados. Os hospitais absorvem uma grande fatia do orçamento público, maioritariamente suportada pelo Governo Federal, através do Centro de Serviços Medicare e Medicaid. O programa federal de direito à saúde, chamado Medicare, foi promulgado em 1965. Antes disso, os norte-americanos pagavam a sua própria saúde ou tinham um seguro pago pelo empregador. O Medicare estabeleceu a prestação de cuidados para os americanos com 65 ou mais anos, assim como para todos os cidadãos com determinadas deficiências. Mas em qualquer um dos casos, e independentemente dos valores apresentados, os hospitais eram reembolsados pelos custos da prestação de cuidados médicos.

JN – O que certamente levantou problemas...
JL – Eram cobradas quantias diferentes para o mesmo serviço e não havia uma diferença percetível nas taxas, não obstante existirem níveis de qualidade variados. Este modelo incentivava os hospitais a fornecer uma quantidade crescente de assistência sem qualquer foco na qualidade do atendimento. E quanto mais tempo os pacientes ficassem internados mais receitas os hospitais geravam. No início dos anos 80, o Centro alterou o método de reembolso, adotando um modelo baseado no diagnóstico de grupos relacionados, com tabelas que permitiram fixar preços. De imediato, os hospitais desenvolveram sistemas para reduzir o tempo de internamento hospitalar. O incentivo para a hospitalização manteve-se porque sem internamento não haveria receita. Mas, uma vez um doente internado, o objetivo era prestar cuidados médicos com a maior brevidade possível.

JN – Como é que tudo isso se relaciona com os hospitalistas?
JL – Nesta altura, ainda eram os médicos de família que determinavam o tempo que o paciente permanecia no hospital. Mas como estavam nos seus consultórios durante o dia e, geralmente, só após o expediente se deslocavam aos hospitais para dar alta, os administradores hospitalares passaram a estar entre os primeiros e mais expressivos defensores dos hospitalistas. Sem a presença de médicos, era difícil dar alta a um doente. Havendo hospitalistas não era preciso esperar que o médico de família terminasse o seu trabalho para autorizar as saídas. Os hospitais apoiaram financeiramente o desenvolvimento de programas de treino de hospitalistas porque viam neles uma forma de melhorar e equilibrar as contas.

JN – De que forma os médicos de família reagiram a todas estas mudanças?
JL – Os administradores queriam hospitalistas em vez de médicos de família para gerir os doentes internados, mas não havia nenhuma forma de os obrigar a entregar esta responsabilidade aos hospitalistas. Contudo, os médicos de família continuavam a ser importantes para os administradores, uma vez que eram eles que decidiam se o paciente devia ou não ser internado. Por isso, alguns ficaram até aliviados com o crescimento dos hospitalistas, já que era difícil conciliar os doentes dos consultórios com os das enfermarias.

JN – Os hospitalistas foram agentes de mudança também ao nível da qualidade?
JL – À semelhança do que aconteceu com a medicina hospitalar, também a área da qualidade da prestação de cuidados de saúde nos EUA foi impulsionada por uma publicação. Em 1999, o Instituto de Medicina, através do livro *Errar é Humano: Construir um Sistema de Saúde mais Seguro* (*To Err is Human: Building a Safer Health System*), levanta sérias dúvidas sobre a qualidade do sistema de saúde, destacando a frequência e a magnitude dos erros médicos em hospitais norte-americanos. O timing da publicação foi ótimo para os hospitalistas. Estavam bem posicionados não só para aplicar, mas também para liderar as mudanças. Transformaram-se em agentes de mudança, tanto na melhoria da qualidade como no ensino da qualidade para a próxima geração de médicos.

JN – Que formação têm estes hospitalistas?
JL – A maioria tem formação equivalente à Medicina Interna, mas houve quem viesse de outras áreas, como a Pediatria e a Medicina Geral e Familiar. Nos últimos anos, temos vindo a assistir ao desenvolvimento de hospitalistas em campos mais específicos, como a Obstetrícia, a Cirurgia Geral e a Neurologia.

JN – Que futuro prevê para a Medicina Hospitalar?
JL - Se o modelo baseado no diagnóstico de grupos relacionados for eliminado, o que irá acontecer aos hospitalistas? O modelo de reembolso nos EUA está em rápida mudança. O sistema de saúde está a transformar-se num valor de compra que enfatiza a alta qualidade e o baixo custo. Há um cada vez maior esforço para manter os pacientes saudáveis e fora do ambiente hospitalar. Os contribuintes já não procuram cuidados primários, hospitalares ou pós-agudos em más condições. Por isso, os hospitais estão a apostar numa prestação de cuidados de saúde em rede, onde os riscos financeiros são partilhados com os contribuintes. Os hospitalistas estão a evoluir com essas mudanças. Hoje, encontram-se hospitalistas a cuidar de pacientes no pré-operatório clínico ou nos cuidados continuados e, enquanto continuarem a fornecer cuidados de alto valor e qualidade, será de esperar que mantenham o seu papel de vanguarda na Medicina norte-americana.

MENSAGEM NO FINAL DOS TRABALHOS

Internistas: a responsabilidade de liderar as

O XXI Congresso Nacional de Medicina Interna terminou com uma palestra de Lord Nigel Crisp, sobre o futuro da Saúde em Portugal, e uma mensagem do seu presidente, Luís Campos, aos internistas presentes: "Saímos daqui um pouco diferentes, mais motivados e inspirados; nós temos a responsabilidade de liderar as mudanças." Isto porque, lembrou, o futuro da especialidade está também nas mãos de quem a pratica diariamente.

A qualidade e a frescura da Medicina Interna, a competência e o entusiasmo com que os internistas desempenham as suas funções foram, aliás, os principais elogios deixados pelo especialista em saúde global Nigel Crisp. O britânico, que coordenou, em 2013 e 2014, o relatório "Um Futuro para a Saúde", editado pela Fundação Calouste Gulbenkian, confessou-se "impressionado" com a força anímica dos médicos, que não quebrou perante a crise e os cortes no setor.

Apesar de considerar que Portugal tem um bom SNS, notou que existem constrangimentos que obrigam a mudanças. Um dos desafios que o país terá de vencer é o do envelhecimento da população. "É necessário melhorar a esperança de vida saudável", frisou, ao mesmo tempo que lembrou que os portugueses sobrevivem sem saúde durante os seus últimos dez anos de vida.

Para Nigel Crisp, responder ao desafio do doente crónico implica um grande investimento em cuidados domiciliários e em cuidados primários. Defendeu que,

SPMI atribuiu prémios à melhor imagem e ao melhor poster

O Congresso que se realizou em Vilamoura foi o maior de sempre, na área da Medicina Interna, em número de participantes e de trabalhos submetidos. A quantidade e a qualidade dos trabalhos apresentados levou a SPMI a atribuir os prémios de melhor imagem e melhor poster a dois vencedores em cada categoria, entregues na cerimónia de encerramento. Além do prémio pecuniário, todos os médicos distinguidos receberam um cheque-livro no valor de 75 euros (oferta Lidel) e uma serigrafia do artista plástico Xana, autor do logótipo do Congresso.

Tânia Afonso e Fernando Rocha ganharam o Prémio do Melhor Poster, no valor de 500 euros.

"Linfohistiocitose hemofagocítica – A propósito de um caso" foi o tema do poster de Fernando Rocha Correia, Ana Margarida Peixoto, Ana Sofia Matos, João Andrade e Diana Guerra, da Unidade de Local de Saúde do Alto Minho.

O grupo composto por Tânia Afonso, Rui Terras Alexandre, Sofia Moura, Cátia Pereira, Romeu Pires, Elisabete Pinelo, Andrés Carrascal e Eugénia Madureira, da Unidade de Hospitalar de Bragança, foi o autor do

Fernando Rocha

Tânia Afonso

Rui Terras Alexandre

poster "Diagnóstico diferencial de massa mediastínica anterior: terrível seminoma".

O Prémio de Melhor Imagem, no valor de 250 euros, também foi atribuído a dois trabalhos.

"Cisticercose disseminada calcificada" é a imagem de Rui Terras Alexandre, Ana Teresa Gonçalves, Carla Madureira Pinto, Raquel Gil, José Brizuela, Raul Mora e Eugénia Parreira, da Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Miriam Cimbron, Joana Costa, Paula Macedo, Clara Paiva e Dionísio Faria e Maia, do Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital do Espírito Santo, foram distinguidos por uma imagem sobre "Enfisema subcutâneo exuberante – Manifestação de fístula broncopleural no doente crítico".

mudanças

uma vez realizado este investimento, também os hospitais saem beneficiados, já que as urgências ficam mais desafogadas.

Apontou ainda como outro desafio importante a necessidade de aliviar a pressão no SNS, para que seja sustentável, uma mudança que implicará "o envolvimento de todos". Na sua ótica, os médicos têm que sair do pedestal e os doentes têm que deixar de estar de joelhos. Retratou, no fundo, uma imagem que foi, por diversas vezes, citada no Congresso: a de um triângulo equilátero onde o doente, a medicina hospitalar e os médicos de família estão em pé de igualdade e comunicam entre si.

Yolanda Martins recebeu o Prémio de Melhor Comunicação Oral, no valor de 1250 euros. "Avaliação funcional no idoso" é um trabalho conjunto de Yolanda Martins, Rita Simões, Marisa Miranda e Luís Pedro Tavares, que pertencem ao CH de Entre Douro e Vouga, Unidade de Santa Maria da Feira.

Yolanda Martins

Raquel Faria: uma médica com alma de fadista

As artes, em particular a música, tiveram um papel de relevo no XXI Congresso Nacional de Medicina Interna. Raquel Faria, internista no Hospital de Santo António, no Porto, foi uma das médicas que demonstrou que o ecletismo da especialidade pode transcender a Medicina. Subiu ao palco no jantar de encerramento para cantar fado, apanhando a plateia de surpresa.

O convite partiu de Luís Campos, cerca de um mês antes do encontro dos internistas. Foi guardado segredo e apenas na véspera Raquel Faria ensaiou com os restantes músicos. "O Dr. Luís Campos sabia que eu cantava fado e desafiou-me. Um dos músicos que ia atuar era o Pedro Joia, que eu admiro muito. Aceitei, claro", explica a médica.

Raquel Faria partilhou o palco com Pedro Joia, Ricardo Ribeiro, o músico brasileiro Edu Miranda e a cantora guineense Karyna Gomes, numa espécie de espetáculo musical de fusão, onde as sonoridades de vários países se misturaram. Muito a pensar na forte presença de congressistas estrangeiros e, sobretudo, nos especialistas que integraram as comitivas de Angola, Moçambique e Cabo Verde.

Raras vezes a Medicina e o fado de Raquel Faria se cruzaram no mesmo espaço. Mas já aconteceu. A médica canta geralmente entre amigos, mas lembra-se de, numa ocasião, cantar quase em jeito de sussurro a uma doente que estava muito fragilizada e a quem uma melodia fez mais do que um qualquer ato médico. "A senhora estava muito sozinha e triste. Achei que a podia animar e consolar com uns trechos de fado, enquanto lhe fazia um procedimento", justifica.

Raquel Faria encantou e apanhou a plateia de surpresa

Da metáfora da ponte e de um rio "divorciados" à humanização da Medicina

Dezoito palestrantes estrangeiros marcaram presença ao longo dos três dias do XXI Congresso de Medicina Interna, acentuando-lhe um cunho internacional. Para alguns, Portugal não é um país estranho. Donald Berwick e Nigel Crisp, por exemplo, coordenaram o relatório "Um futuro para a Saúde", editado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Joseph Li, professor da Harvard Medical School, e Nick Goowin, CEO da International Foundation for Integrated Care, sugeriram uma Medicina mais "humanizada".

Este ano, além dos preletores de outros países, houve inscrições de vários membros dos PALOP, entre os quais Angola, Moçambique e Cabo Verde. O cunho internacional não é, contudo, a prioridade dos internistas portugueses. "É mais importante atingir outras profissões, como os enfermeiros, os farmacêuticos clínicos, os assistentes sociais e outras especialidades", argumenta Luís Campos. Ou seja, dentro das subespecialidades médicas, o que importa é ter temas que cativem".

Sobre o contributo dos oradores estrangeiros, o presidente do XXI Congresso destaca a intervenção de Jason Leitch, da Health and Social Care Directorates of Scotland, sobre a experiência que houve no seu país de redução dos casos de infeção hospitalar. De Donald Berwick, reforçou a imagem que tinha de "um homem inspirador, em termos de visão do futuro, da necessidade de mudar o sistema de Saúde".

O americano trouxe a imagem de uma ponte, situada nas Honduras, que deixou de ter utilidade depois de um furacão ter provocado o desvio do leito do rio. "É uma metáfora para aquilo que está a acontecer no sistema de Saúde. As necessidades das pessoas estão a fluir, a evoluir e nós temos a ponte montada noutro sítio", afirma.

"Temos que ter um sistema de Saúde centrado nas pessoas, que introduza valor, aproveitando a tecnologia e os próprios doentes para que tenham um papel mais importante em todo o processo", acrescenta Luís Campos.

Joseph Li, professor da Harvard Medical School, sustenta que Portugal enfrenta os mesmos desafios que outros países: o de abrir caminho e criar as oportunidades para ampliar a rede de integração dos vários protagonistas do sistema de Saúde e colocar o foco no doente e não no médico. "É preciso colocar o doente no centro da atuação", defende Joseph Li, ao mesmo tempo que chama a atenção para o desperdício de recursos quando a articulação na Saúde falha. "É muito importante que cada euro, cada dólar seja gasto de forma responsável", disse.

Na mesma linha, Nick Goowin, CEO da International Foundation for Integrated Care, sugeriu que se aposte numa Medicina mais "humanizada", mais centrada nas necessidades do doente. Algo que pode, na sua ótica, ajudar a reduzir os custos com a Saúde.

Donald Berwick estima que Portugal tenha uma percentagem de desperdício na ordem dos 20%, ainda assim, bastante abaixo da dos EUA, que será superior a 30%. Um desperdício que tem múltiplos fatores, entre os quais a desarticulação dos serviços de Saúde, que gera sobreposição, e também a medicação em excesso.

O PRESIDENTE DO XXI CONGRESSO NÃO DEIXOU DE AGRADECER AOS QUE COM ELE PARTILHARAM A ORGANIZAÇÃO DA REUNIÃO MAGNA DA MEDICINA INTERNA.

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE