

Fomos ao Funchal conhecer o serviço dirigido por Maria da Luz Brazão



**LIVE**

# MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES  
TRIMESTRAL | OUT./NOV./DEZ. 2015  
ANO 1 | NÚMERO 4 | 3 EUROS  
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicações

 justNews

*Armando Carvalho*

**UM TRAJETO DE VIDA  
MARCADO PELA MEDICINA  
E PELA FAMÍLIA**

**1.ª EDIÇÃO  
DA SUMMER  
AUTOIMMUNITY  
SCHOOL**

**EVERMI É CADA VEZ MAIS  
UM "LABORATÓRIO PEDAGÓGICO"**



PUBLICIDADE

# sumário

## Entrevista

- 06 **Armando Carvalho**  
“Desenhei um trajeto de vida que passa muito pela Medicina e pela família”

## Reportagem

- 26 **Serviço de Medicina Interna do SESARAM, EPE**  
Internistas na vanguarda de um novo modelo de gestão hospitalar

## Discurso direto

- 12 **Carmélia Rodrigues**  
Viana: porta do Atlântico, porto da Medicina
- 14 **Fátima Grenho**  
Novos desafios no tratamento do AVC isquémico agudo
- 16 **Raquel Faria**  
11.º Congresso Internacional em LES – LUPUS 2015
- 20 **Ana Lourenço**  
Highlights da reunião da European Association for the Study of Diabetes – EASD 2015
- 22 **José Pintão Antunes**  
Reflexão sobre como tratar a diabetes
- 25 **Carlos Dias**  
Correio pré-filatélico durante as Invasões Francesas
- 34 **Jorge Dantas**  
As novas *guidelines* da ESC relativamente às SCA sem elevação persistente do segmento ST
- 40 **Arisete Saraiva**  
ANDAR: associação defende os doentes com artrite reumatoide há duas décadas

## Notícias

- 18 **13.º Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento**  
Manuel Teixeira Veríssimo: “Não basta saber Medicina para tratar bem os idosos”
- 23 **Curso de investigação clínica**  
SPMI quer fomentar a prática da investigação clínica em MI
- 24 **Medinterna organiza 14.ª reunião internacional**  
Evento decorrerá de 4 a 6 de fevereiro
- 32 **Debate sobre a relação entre diabetes e fígado**  
Reunião extraordinária do NEDM, em Viseu
- 42 **Summer Autoimmunity School para internos de várias especialidades**  
1.ª edição teve lugar na Figueira da Foz

## Espaço Internos

- 35 **6.ª Escola de Verão da Medicina Interna**  
EVERMI é cada vez mais um “laboratório pedagógico”
- 37 **Vânia Gomes**  
Ser interna de MI no Hospital de Braga
- 38 **Curso de Infecção VIH para Internistas – Abordagem no Serviço de Urgência**  
A urgência hospitalar também é “uma oportunidade de diagnóstico de VIH”

## Especial XVI Jornadas sobre a Infecção VIH

- 44 **“Doença VIH/SIDA e CSP” foi o tema das XVI Jornadas sobre a Infecção VIH**  
Realizadas em Elvas, nos dias 26 e 27 de junho
- 46 **Albino Reis**  
A mulher e a doença VIH – menopausa
- 47 **Cristina Guerreiro**  
Gravidez e VIH
- 48 **Entrevista Telo Faria**  
“A MGF e a MI são as especialidades indicadas para o seguimento partilhado dos doentes com VIH”



18



44



42



32



# A ARTE COMO PROCESSO

Nas palavras de Luís Serpa, CON E O é uma e posição orgânica em redor de Arte e e to, uma combinação de *lettering* e imagem em que o sujeito destas obras é, frequentemente, uma intersecção entre literatura, linguística e filosófica, uma conjugação que a arte conceptual utiliza para definir a ARTE COMO PROCESSO. A arte e posição, baseada no Espólio Artístico da Galeria Luís Serpa Projectos e da Coleção Serpa, está patente na Galeria Municipal do Porto até 17 de novembro.



Luís Campos  
Clonage,  
Impressão digital em Cibachrome

## Homenagem a Carlos Vasconcelos

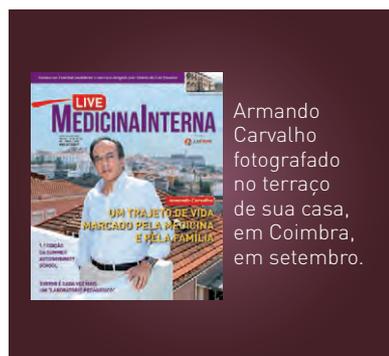
Carlos Vasconcelos, diretor da Unidade de Imunologia Clínica UIC do Hospital de Santo António, no Porto, foi homenageado no decorrer das VI Jornadas sobre a Infecção VIH. Nascido em 1952, é casado com uma médica obstetra, pai de três filhas e carateca. Na cerimónia intervieram Isabel Almeida, da UIC, e João Faria, coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH.



## Falta de recursos obriga a mais qualidade na saúde

“A aposta na qualidade ganha ainda mais importância numa fase de escassez de recursos”, afirmou Luís Campos, presidente do Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde, citando Michael Porter, que defende que “a boa qualidade reduz os custos e a má qualidade sai muito cara”.

Debruçando-se sobre o tema da “Melhoria da qualidade para a Saúde”, Luís Campos, que falava nas V Jornadas da USF Santa Maria Benedita, adiantou que a qualidade para a Saúde pode definir-se como “o grau em que os serviços de Saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados desejados, de acordo com o conhecimento profissional corrente”.



Armando Carvalho fotografado no terraço de sua casa, em Coimbra, em setembro.

## Um internista na presidência da SIBOMM

Ramiro da Silva Llibre, especialista em Medicina Interna, do Panamá, é o presidente eleito da SIBOMM para o mandato de 2015-2017. O último congresso da Sociedade Iberoamericana de Osteologia e Metabolismo Mineral realizou-se em Lisboa, no final de agosto.



### LIVE Medicina Interna

**Diretor:** José Alberto Soares (jas@justnews.pt) **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira (claudianogueira@justnews.pt) **Redação:** Maria João Garcia (mariajoagarcia@justnews.pt), Sílvia Malheiro (silviamalheiro@justnews.pt), Susana Catarino Mendes (susanamendes@justnews.pt) **Fotografia:** Joana Jesus (joanajesus@justnews.pt), Nuno Branco - Editor (nunobranco@justnews.pt) **Publicidade:** Ana Paula Reis (anapaulareis@justnews.pt), João Sala (joaosala@justnews.pt), Marco Rodrigues (marcorodrigues@justnews.pt) **Assistente de Publicidade:** Goreti Reis (goretireis@justnews.pt) **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho (joao-carvalho@justnews.pt) **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares (jms@justnews.pt) **Diretor de Multimédia:** Luís Soares (luissoares@justnews.pt) **Morada:** Alameda dos Oceanos, 315.02.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:** TYPPIA - Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, Espanha. **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como “Informação”.

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

Publicações





PUBLICIDADE

ARMANDO CARVALHO, DIRETOR DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A DO CHUC  
E PRESIDENTE DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MI DA OM

“Desenhei um trajeto de vida que  
muito pela Medicina e pela família”



passa



*É com a cidade de Coimbra em pano de fundo, no terraço da sua casa, que Armando Carvalho passa em revista mais de 35 anos de carreira médica e académica. Em entrevista à *Just News*, uma semana depois de ter sido avô pela primeira vez, revela que tal facto não fará com que passe a trabalhar mais ou menos. “Nunca reduzi a minha vida à profissão, mesmo gostando muito dela”, garante o médico, que se assume como internista de corpo e alma.*

**Just News JN ...Nasceu em Vila Franca de Xira e cresceu em Viseu mas escolheu Coimbra para viver. Porquê**

**Armando Carvalho (AC)** ...De Vila Franca de Xira, praticamente, não tenho referências. Saí de lá com dois anos e meio. Todas as minhas raízes acabam por estar mais na região de Viseu. Os meus pais eram de Coimbra-Vouzela e vivi a infância em Viseu, o que acabou por me marcar em termos de origem. Aos 17 anos vim para Coimbra estudar e fiquei por cá.

**JN ...Mas não odia ter escolhido qualquer outra cidade**

**AC** ...É verdade. Podia ter optado por Lisboa ou pelo Porto para tirar o curso, mas Coimbra, de alguma forma, sempre me atraiu, talvez pela tradição académica. Lembro-me de passar com alguma frequência por Coimbra, quando viajava entre Viseu e Lisboa. Aquela imagem da cidade, a torre da Universidade, era algo que me deixava fascinado. Fiz aqui o curso de Medicina, que terminei em julho de 1978. Depois, podia ter voltado para Viseu e fazer aí a especialidade. Do ponto de vista financeiro, até podia ser mais compensador, uma vez que tinha lá casa e o ambiente era então menos competitivo. Mas já gostava muito de Coimbra e queria sentir-me mais independente. Além disso, tinha aqui a Faculdade de Medicina, que me abria a possibilidade de fazer duas carreiras em paralelo: a universitária e a hospitalar. Foi tudo isso que me levou a ficar em Coimbra.

**JN ...Do terraço da sua casa consegue ver a mais antiga da cidade a Universidade a Santa Nova e o Mondego. Escolheu a casa dela ou conseguiu a vista**

**AC** ...Sempre tive apetência por morar no centro de Coimbra, por todo este envolvimento e movimento de cidade, mas foi uma coincidência. A casa também me agradou pela vista bonita, que inclui muitas referências que acompanharam todo o meu trajeto pessoal e profissional.



**JN ...É um s tio de contem-la ão ou de re e ão**

**AC ...** s vezes, é também um local de trabalho. Ter este terraço é como ter uma espécie de simulacro de jardim dentro da cidade. É um sítio agradável para estar com a família, com os amigos, para estar ao fim da tarde, à noite. O p r-do-sol é a fase do dia mais bonita. Acaba por ser uma área da casa interessante para descomprimir. Não dá para viver apenas fechado dentro de um apartamento. Também me remete para a imagem do quintal que eu tenho em Viseu.

**JN ...Como que a-areceu a Medicina na sua vida**

**AC ...**Comecei a pensar em Medicina a meio do meu percurso no ensino secundário. Gostava muito mais da área das Ciências e atraía-me tudo o que fosse biologia. Ainda terei pensado superficialmente em coisas tão distintas como Engenharia ou Direito, mas a Medicina acabou por falar mais alto.

**JN ...E não tin" a -ro-riamente uma tradi ão amiliar**

**AC ...**O único médico que havia na família era um tio-bisav- que nunca conheci e que fez o curso no início do século XX, no Porto. s vezes, penso que, indiretamente, posso ter sido influenciado pelo médico que acompanhava a minha família, em Viseu. Era uma figura simpática e, ao mesmo tempo, autoritária quando necessário, que inspirava confiança e dava tranquilidade.

**JN ...É o nico m dico da am lia**

**AC ...**Entre os meus cunhados, há mais médicos. E o meu filho é médico dentista.

**JN ...É casado tem dois l" os e agora tamb m um neto**

**AC ...**O meu filho tem 33 anos. A minha filha tem 29 e agora ela e o marido, no início de setembro, deram-me o primeiro neto.

**JN ...Assume assim mais um -a-el na vida amiliar. Com uma vida -ro ssional tão intensa como que encontra tem-o -ara a am lia Vai abrandar o ritmo**

**AC ...**Eu não faço planos específicos para cada situação. Desenhei um trajeto de vida que passa muito pela Medicina e pela família. E eu vejo a Medicina como um serviço, algo que nem sempre foi compreendido por algumas pessoas. Há quem veja a profissão como uma forma de ganhar dinheiro para fazer aquilo de que se gosta. Eu vi sempre a minha profissão como uma forma de fazer aquilo que gosto, sendo útil aos outros. Talvez por isso não sinta uma necessidade absoluta de ter um hobby em especial. O meu projeto de vida visou ser o mais equilibrado possível na profissão e na família. Por isso, agora, o nascimento de um neto significa que a família ficou maior. Vou querer estar presente no seu crescimento, mas não irei alterar significativamente o meu trabalho.

**JN ...Os seus l" os não sentiram a sua aus ncia**

**AC ...**Admito que poderei ter estado mais ocupado em algumas ocasiões, mas sempre procurei estar o mais presente possível. Nunca tentei trabalhar para além daquilo que era razoável. Nunca estive em exclusivi-

dade, mas também não tive outras atividades que me consumissem horas infindáveis. Praticamente todos os dias almoço e janto em casa. Já não faço serviço de urgência, mas, mesmo quando fazia, a minha vida profissional não tinha um ritmo demasiado intenso. E nas vezes em que estive mais ocupado, mais ausente, ficava descansado por saber que a minha mulher estava presente. Sem isso, não teria conseguido fazer muito do que fiz. Penso que consegui compatibilizar o trabalho e a família, a quem muito devo. A Medicina também nos aproxima muito da vida real e faz-nos pensar na necessidade de estarmos mais presentes, de apoiarmos mais a família. Penso nisso no contacto diário que tenho com os doentes e com os seus familiares. Apercebo-me de como é importante estar presente.

**JN ...Gostava que o seu neto osse m dico**

**AC ...**Nunca fiz esse tipo de planos, nem mesmo com os meus filhos. Sempre entendi que cada um deve procurar fazer aquilo de que gosta mais, que considera mais importante, onde se sintam mais útil e realizado. Os meus pais nunca me pressionaram em nenhum sentido, sempre me deram liberdade de escolha. Segui o mesmo princípio com os meus filhos. Obviamente que se deve dar um conselho e mostrar as várias hipóteses que há na vida, de modo a que o horizonte não fique demasiado limitado. Gostando muito do que faço e considerando a Medicina uma das formas mais nobres de estar ao serviço dos outros, se o meu neto, um dia, vier a sentir o mesmo que eu, ficarei feliz por ele.

**Sem-re ac”ei que era –oss vel ser internista  
azer investiga ão e ter alguma área  
mais di erenciada de interesse**

**JN ...Por que escol”eu a es–ecialidade de Medicina  
Interna**

**AC ...**Teve a ver com a minha personalidade. Nunca me interessei por um só assunto. Sempre quis prestar atenção às coisas de uma forma abrangente, de ter uma ideia tão completa quanto possível do ser humano. Ao longo do curso, as minhas opções foram sempre por especialidades mais generalistas, como a Medicina Interna ou a Cirurgia Geral. Gostava da vertente prática que a cirurgia proporcionava, de poder resolver situações de forma mais rápida, mas acabei por optar pela Medicina Interna, que me dava mais liberdade de ação. Foi uma decisão perfeitamente consciente a que tomei em 1982. Como também queria seguir a carreira docente, achei que esta era uma especialidade que me dava maior liberdade e abertura.

**JN ...C”egou a –onderar a Medicina Geral e Familiar**

**AC ...**Sim, até pela experiência que tive no serviço médico à periferia. Mais tarde, vim a ser, na faculdade, regente da Unidade Curricular de Clínica Geral, o que considerei um privilégio e contribuiu para o meu crescimento enquanto internista. Mas sempre tive preferência por trabalhar em ambiente hospitalar.

## Como é que gostaria que a Medicina Interna estivesse daqui a 10 anos?

**AC –** Desejaria, não por qualquer espírito corporativo, mas por interesse do doente, que a especialidade tivesse uma atuação dentro dos hospitais mais abrangente e melhor do que a que tem agora. Isto porque, à medida que os anos avançam, vai haver maior hiperespecialização, vamos ter mais médicos e não médicos a atuar sobre os doentes. A multidisciplinaridade e o trabalho de equipa vão ser cada vez mais importantes. Ou seja, teremos gente mais competente numa área limitada, que poderá ser fazer um só exame, um só gesto, uma só intervenção. Por isso, será cada vez mais necessário ter alguém que consiga olhar para o doente como um todo, estabelecendo a articulação entre saberes e competências, sintetizando e organizando os dados, resolvendo a equação final que permite o tratamento correto do doente. Isso será ainda mais essencial porque os doentes serão mais idosos e com mais patologias associadas.

O meu desejo é que a Medicina Interna seja muito mais importante, não para o ego dos internistas, mas para bem do doente. Não tem que ser a Medicina Interna tal como a conhecemos hoje, mas a que a evolução da Medicina exigir. Por exemplo, quando me candidatei ao Colégio da Especialidade, defendi a necessidade de ter competências reconhecidas, porque isso me parece essencial no presente e no futuro imediato. Porque não basta um internista dizer que é perito em Hepatologia ou em autoimunidade, por exemplo. Isso tem que ser reconhecido e aceite inter pares. Trabalhar apenas de forma generalista faz com que o trabalho não seja tão reconhecido. Qualquer especialidade precisa de criar uma boa imagem e de ter pessoas que apareçam para dar a cara por essa especialidade. A Medicina Interna está presente nos hospitais e na Universidade. Há mais de 30 internistas doutorados no ativo. Tudo isto tem que ser usado em prol da nossa imagem.

## O que se imagina a fazer quando deixar a Medicina e o ensino?

**AC –** Não posso, nem quero, reformar-me demasiado cedo. Se puder trabalhar até ao limite de idade fixado para os cargos públicos, será isso que farei. Depois, posso continuar a exercer a profissão no setor privado, mas seguindo aquele princípio que os médicos defendem: deixar a Medicina e os doentes antes que os doentes deixem o médico. Mas há muita coisa que seguramente gostarei de fazer, como viajar, ir ao cinema, praticar algum desporto, ler, escrever e ter mais tempo para a família. Infelizmente, estamos a assistir a algumas aposentações precoces no Serviço Nacional de Saúde.

Há uns anos, quase toda a gente ia até ao limite de idade. As pessoas gostavam de estar envolvidas nos serviços que ajudaram a criar. Neste momento, vejo que há algum desencanto. É mais difícil manter as pessoas motivadas e entusiasmadas. A gestão dos serviços de saúde não pode limitar-se aos números, tem que olhar, sobretudo, para as pessoas. As unidades de saúde são constituídas por pessoas que têm a missão de servir outras que delas precisam e só podem cumprir eficientemente a sua função se estiverem motivadas e sentirem que são verdadeiramente úteis e reconhecidas.

**JN ...Algum caso que o ten”a marcado nesses –rimeiros  
anos de –ro ssão**

**AC ...**Lembro-me de um doente em particular, nos tempos em que estava em Anadia, no serviço médico à periferia. A mulher dele estava internada no Hospital de Anadia com um AVC. Ele foi visitá-la e teve uma síncope. Com análises simples, confirmou-se que tinha anemia por falta de ferro. Na sequência disso, detetou-se um tumor do cólon. Foi operado e, no final do ano, visitou-me, já cheio de vitalidade. A mulher tinha, entretanto, falecido e já pensava casar-se outra vez. Este caso marcou-me e mostra como, em 1981, num hospital concelhio, era possível diagnosticar e tratar muitos doentes, sem recorrer a hospitais mais diferenciados. Faz-me alguma pena que, tantos anos depois, todos

esses hospitais de proximidade tenham vindo a ser fechados e transformados em unidades de cuidados continuados. A própria Medicina Geral e Familiar acabou por ficar prejudicada, por estar mais limitada na sua ação. Falta avaliar os ganhos e perdas para os doentes e suas famílias.

**JN ...Era um ovem m dico e a construir tamb m uma  
carreira universitária**

**AC ...**Nos primeiros anos da faculdade não estava muito motivado para o ensino, talvez porque, na altura, era mais tímido. Isto apesar de ter começado a minha vida na faculdade pelo exame oral de Anatomia, que era uma coisa terrível, e onde fui bem-sucedido. Mas tinha alguma apetência pela investigação, porque sem-



Com Armando Porto, aquando da cerimónia solene de doutoramento, com imposição de insignias, na Universidade de Coimbra (1998)



Acompanhando Eurico Almiro num fado de Coimbra, num convívio do Serviço de Medicina III dos HUC (1996)



Em Taormina, num enquadramento espectacular, aquando da participação no seu primeiro congresso internacional, recém-especialista de Medicina Interna (1988)



Com Francisco Severo, no seu gabinete, nos HUC (abril de 1996)

pre tive um espírito curioso. No 4.º ano de Medicina fui contratado como monitor e, já depois de me licenciar, fui assistente de Microbiologia. Assim que pude transitei para a área clínica e passei a dedicar-me às duas carreiras, hospitalar e universitária. Para mim, as duas são complementares e sempre achei que era possível ser internista, fazer investigação e ter alguma área mais diferenciada de interesse. Foi assim que, por provas públicas, cheguei a especialista em 1987, a consultor em 1994, fiz o doutoramento em 1996, ocupei o lugar de chefe de serviço em 1999 e prestei provas de agregação em 2005.

**JN ... uais são as maiores qualidades e de eitos que l" e costumam a-ontar**

**AC ...**Uma boa pergunta para fazer aos que me conhecem. Eu tenho dificuldade em responder. Talvez seja uma qualidade a preocupação por atingir consensos, querendo que as pessoas se entendam bem. Não gosto de conflitos. Em cargos como o que tenho agora pode ser importante, desde que não impeça a tomada de decisões, onde poderá então ser visto como defeito. Qualidades que prezo muito são a lealdade, a frontalidade e a coerência que procuro ter na minha vida. Os meus pais mostraram-me a importância do trabalho, do esforço pessoal, como única forma de progredir, sem favores e

sem atropelar ninguém. Esses princípios são intocáveis para mim. Tenho grande capacidade de trabalho e sou persistente. Sou muitas vezes impaciente e frequentemente distraído e isso são, certamente, defeitos que devia corrigir.

**JN ...Sendo o cor-o "umano uma área tão vasta de estudo tendo tantos órgãos escol" eu o gado como área de interesse. Porqu**

**AC ...**Tudo aconteceu de forma muito natural. Nos anos 80, era interno no Serviço de Medicina 3 dos Hospitais da Universidade de Coimbra, dirigido pelo professor Armando Porto, que tinha um interesse especial pelos doentes hepáticos. Havia então poucos médicos particularmente envolvidos nesta área e o internista, que deve ter uma visão global, mas pode ter picos de profundidade numa área ou outra de que goste mais, deve estar disponível para as necessidades do local onde trabalha. Para além de mim, criou-se um grupo que hoje é reconhecido como referência na Hepatologia nacional.

**JN ...Aliás oi at "á -ouco tem-o -residente da As socia ão Portuguesa -ara o Estudo do F gado APEF .**

**AC ...**Sou membro da Associação há muitos anos, quando ainda era designada por Núcleo de Hepatologia da



Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, de que fui secretário-geral da Direção. Integrei ainda várias direcções da APEF e fui presidente num biénio. Durante a minha presidência, conseguimos a fusão da APEF com a Sociedade Portuguesa de Hepatologia, pondo fim a uma cisão que se mantinha há anos. Terá ajudado a capacidade de gerar consensos que procuro ter. Para além de mim, o grupo de colegas que integram a Unidade Funcional de Doença Hepática do meu Serviço tem estado quase sempre representado nos órgãos sociais da APEF, sendo uma colega minha a actual vice-presidente. Devo destacar que o Serviço de Medicina Interna A do CHUC está muito bem representado também noutras áreas (nutrição clínica, doenças autoimunes sistémicas, lipidologia e aterosclerose, geriatria), tem gerado muitos doutoramentos e está presente nos órgãos sociais de várias sociedades científicas. Trabalham presentemente no Serviço sete doutorados e seis regem unidades curriculares do Mestrado Integrado em Medicina. Todos nós continuamos a ser internistas de corpo inteiro



**JN ...Gosta de iscas ou seria inca-az de comer o seu obeto de estudo**

**AC** ...Não desgosto, mas não é propriamente o meu prato preferido. Curiosamente, foi o meu almoço no dia em que vim a Coimbra matricular-se em Medicina. Coincidência... Quando olhamos para trás, às vezes, vemos que há uma série de coincidências que fazem sentido.

**JN ...Nunca ac" ou que -odia ter sido mais eliz noutra -ro ssão ou noutra es-pecialidade**

**AC** ...Felizmente, sempre pude escolher. Quando fazemos uma escolha, ponderamos os dados que temos na altura, não os que vamos ter alguns anos depois. Mas, se voltasse atrás, faria exatamente o mesmo. Se me perguntar se estou imensamente satisfeito com a Medicina Interna, responderei que depende da perspetiva. Há alturas em que me sinto um bocado desiludido, não por culpa da especialidade, mas pela forma como, por vezes, é tratada. Costumo dizer que os internistas devem estar disponíveis para tudo aquilo em que a sua ação seja

importante, mas não podem estar dispostos a tudo. É comum ouvir dizer que a Medicina Interna é uma especialidade fundamental e que as administrações gostam muito de nós. Não chega. Podem gostar apenas porque trabalhamos bem, aceitamos tudo e somos baratos. Com esta visão não concordo.

**JN ...E não deve ser a-enas -or isso**

**AC** ...Como internista, quando olho para o corpo humano, sou incapaz de dizer que um órgão é mais importante do que outro. Do mesmo modo, quando olho para um hospital, não vou dizer que a Medicina Interna é a especialidade mais importante. Todas as especialidades são fundamentais. O que defendo é que a Medicina Interna deve ser tratada em equidade com todas as outras, respeitando a sua própria especificidade. Os internistas não são médicos indiferenciados ao dispor do hospital para todo e qualquer trabalho. Os internistas são especialistas com um lugar próprio (o Serviço de Medicina Interna), imprescindíveis para o bom desempenho do hospital. Para bem dos doentes

CURIOSIDADES

**Uma leitura que recomenda** – O Império dos Pardais, de João Paulo Oliveira e Costa, romance histórico focando o reinado de D. Manuel I, quando um país pequeno se impôs com arte e engenho, alguma sorte e muito trabalho. Afinal, o que hoje precisamos.

**Uma música que o acom-an" a** – Não identifico uma só música (isto de ser internista é mesmo avesso a escolhas muito restritas...). Posso referir algumas: Ave Maria (Bach/Gounod), de que a minha mãe gostava muito; quatro álbuns que lembram épocas da minha vida: *The Lamb Lies Down on Broadway* (Genesis), *Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band* (The Beatles), *The Dark Side of the Moon* (Pink Floyd) e *Brothers in Arms* (Dire Straits).

**O filme que o marcou** – Tantos... Posso destacar um: *Forrest Gump*, de Robert Zemeckis, que mostra a importância de saber potenciar as qualidades e ultrapassar os defeitos. Mas refiro também *Amadeus* (Milos Forman), filme muito bonito, que retrata vários ângulos da genialidade, e *A Vida é Bela*, de Roberto Benigni, que nos mostra com simplicidade, mas de forma profunda, o melhor e o pior da vida, infelizmente, tão presente nos nossos dias.

**O seu mestre** – Prof. Armando Porto, que me orientou em ambas as carreiras que abracei. Lembro também os Drs. Francisco Severo (já falecido) e Eurico Almiro, que acompanharam a minha formação como internista. De todos fiquei amigo.

**O prato favorito** – Os rojões de porco que a minha avó materna fazia, com o pão-de-ló da minha avó paterna à sobremesa. Para além desta saudade, é muito difícil escolher na rica e variada cozinha portuguesa.

**A viagem que gostaria de fazer** – Gostava de viajar pelo Oriente.

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

# Viana: porta do Atlântico, porto da Medicina



## Carmélia Rodrigues

Secretária-geral do II Congresso Nacional de Medicina Interna

Em 2016, a cidade de Viana do Castelo será o palco da 22.ª edição do Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI). Organizado anualmente pela SPMI, o CNMI é o ponto mais alto da sua afirmação como sociedade médica científica.

Como os últimos anos têm demonstrado, este é o maior congresso médico português, com a vasta participação de especialistas e internos de Medicina Interna, bem como outras especialidades médicas, nomeadamente Medicina Geral e Familiar, ultrapassando largamente os 1500 inscritos.

Além dos médicos, este evento movimentará representantes dos principais grupos da indústria farmacêutica e profissionais direta ou indiretamente ligados à Medicina, cujo apoio é fundamental para a realização do Congresso.

A Comissão Organizadora do XXII CNMI, que integra internistas do Serviço de Medicina do Hospital de Santa Luzia, escolheu realizá-lo na bonita cidade de Viana do Castelo.

Mostrar a cidade mais a norte de Portugal, com paisagens deslumbrantes, o centro histórico e edifícios modernos, as suas tradições e a sua gente simpática e acolhedora, é um desejo nosso e uma oportunidade a não perder.

Do alto do Monte de Santa Luzia, os nossos visitantes poderão contemplar um cenário arrebatador, considerado pela *National Geographic Magazine* um dos mais belos panoramas do Mundo, afigurando-se no olhar o Rio Lima, correndo para o Atlântico, o verdejante das serras, o salpicado das casas e a alegria das ruas e das pessoas.

“Viana: porta do Atlântico, porto da Medicina” foi o tema que escolhemos para este Congresso. Queremos transparecer o carinho que nós, vianenses, aqui nascidos ou importados, temos por esta terra e por aqueles que nos visitam. Evocamos a importância, para todos nós, da realização de um evento científico tão marcante para a Medicina em geral e a Medicina Interna em par-

ticular, na região do Alto Minho. Assumimos o desejo de, nesta data, o XXII CNMI ser um porto de convergência do saber médico e de aproximação dos internistas e um porto de partida para novos horizontes e projetos na procura do melhor tratamento para os nossos doentes.

O XXII Congresso Nacional de Medicina Interna decorrerá, assim, em Viana do Castelo, no Castelo de Santiago da Barra e no Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), entre 27 e 29 de maio de 2016, e será precedido por dois dias destinados aos cursos pré-congresso.

semelhança do CNMI de 2015, o XXII CNMI iniciará numa sexta-feira e terminará no domingo. Tratando-se da reunião médica mais importante para a Medicina Interna, é natural o interesse de todos os internistas, que esperamos refletido na adesão ao evento no próximo ano de 2016. Temos, contudo, a noção de que não basta querer participar, é preciso quem assegure a assistência aos doentes na enfermaria e na urgência. A deslocação do XXII CNMI mais para o final da semana parece vantajoso para a maior participação dos internos e especialistas que, assim, ficam menos dias afastados dos serviços.

Aproveitando a sua proximidade, os locais escolhidos para a realização do Congresso situam-se em dois polos principais: o Castelo de Santiago de Barra e o IPVC. Integrarão, no conjunto, três auditórios e diversas salas de formação, além de espaços para exposição técnica da indústria farmacêutica e áreas de apoio. A deslocação entre os dois polos será rápida e incluirá transferes quando necessário.

Reconhecendo a importância deste encontro médico para a cidade, a câmara municipal, na pessoa do seu presidente, tem apoiado com entusiasmo a Comissão Organizadora, facto essencial para a escolha do XXII CNMI em Viana do Castelo. Neste contexto, disponibilizar-nos-á, nomeadamente, aquelas instalações, bem como transferes, estacionamento gratuito e sinalética exterior, destacando-se a realização da cerimónia e conferência de abertura no Centro Cultural, edifício moderno, agradável e de referência na região.

O programa científico incluirá mesas-redondas, conferências, debates, *uptodates* e *workshops*, além de mesas de comunicações orais, sessões de apresentação de pósteres e de imagens em Medicina.

Integrará, como habitualmente, simpósios patrocinados pela indústria farmacêutica e diversos cursos formativos pré-congresso (dias 25 e 26 de maio), com



Castelo de Santiago da Barra, vista aérea



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

duração de 1 a 2 dias, que decorrerão nos locais do Congresso e noutros espaços selecionados na proximidade.

Ao elaborar o programa, teremos a preocupação de lhe conferir atualidade e rigor científico. Procuraremos oferecer um conjunto de temas clássicos, e também inovadores e controversos, que tenham impacto na atualização dos congressistas, certos de que estamos a construir um programa equilibrado e apelativo.

Tal como nos anos anteriores, serão atribuídos prémios aos melhores trabalhos apresentados, esperando constituir um estímulo para a investigação clínica dos serviços.

Queremos continuar a troca de conhecimentos e de experiências e o aprofundamento das relações de amizade e de colaboração entre os colegas que têm caracterizado os congressos nacionais de MI.

Contamos com o dinamismo dos internos, tão importantes como os médicos mais diferenciados e fundamentais para a vitalidade da especialidade e do Congresso.

Pretendemos manter e estimular o caminho determinante que a Medicina Interna tem percorrido e que a tem conduzido a uma posição de destaque e de reconhecimento cada vez maiores.

Preparado por internistas e para internistas, a elevada participação dos colegas neste evento será para nós motivo de regozijo, pois, é fundamental para o seu êxito.

Estamos certos de que, além de ambicioso, será um Congresso diferente, não apenas porque será a primeira vez que se realizará em Viana do Castelo, mas porque a gente minhota saberá acolher, com entusiasmo e dedicação, aqueles que nos honrarem com a sua presença.

### *HAVEMOS DE IR A VIANA*

*Se o meu sangue não me engana  
como engana a fantasia  
havemos de ir a Viana  
ó meu amor de algum dia  
ó meu amor de algum dia  
havemos de ir a Viana  
se o meu sangue não me engana  
havemos de ir a Viana  
Partamos de flor ao peito  
que o amor é como o vento  
quem para perde-lhe o jeito  
e morre a todo o momento*

por Pedro Homem de Melo



PUBLICIDADE

# Novos desafios no tratamento do AVC isquémico agudo



**Fátima Grenho**

Internista Coordenadora da Unidade de AVC do Hospital S. Francisco Xavier, CHLO

O acidente vascular cerebral (AVC) continua a ser a primeira causa de morte em Portugal, mas também é responsável por grande morbilidade e incapacidade permanente.

O objetivo imediato do tratamento do AVC isquémico é recanalizar a artéria ocluída o mais rápido, seguro e eficazmente possível, conseguindo a reperusão da região cerebral isquemiada.

Até meados dos anos 90, o AVC era olhado como uma situação irreversível, sendo a reabilitação e a prevenção secundária as únicas armas disponíveis para o tratamento

Felizmente que se alterou o curso da doença, com a aprovação da utilização do Ativador do Plasminogénio Tecidular recombinante (rTPA, alteplase) intravenoso (IV), na fase aguda do AVC isquémico, usado numa janela de até 4.5 horas desde o início dos sintomas. O rTPA tornou-se, assim, no tratamento standard, com comprovada eficácia.

Recentemente, foi publicada uma meta-análise de 6756 doentes, em nove estudos randomizados, que compararam rTPA IV versus placebo, demonstrando que aquela terapêutica, quando usada na janela das 4.5 horas, melhora significativamente os *outcomes* funcionais, e quanto mais cedo for instituído maior o benefício (OR 1.75, 95% CI 1.35-2.27).

O atraso no início da terapêutica com rTPA IV vai condicionar a necessidade de um aumento do número de doentes a tratar (NNT) para se conseguir um bom *outcome* na escala de Rankin modificada (mRS < 2), assim, para a administração até aos 90 minutos do início dos sintomas será de 4.5, entre 91-180 minutos de 9 e entre 181-270 minutos de 14.1.

Estudos reportam que este tratamento é eficaz em 50% dos casos de oclusão de artérias distais. No entanto, as taxas de recanalização da oclusão proximal das grandes artérias é baixa, sendo reportado que às 24h pós rTPA IV é de 10% para a artéria carótida interna e de 35% para a artéria cerebral média.

O prognóstico para os doentes com AVC major devido a oclusões proximais é mau, estimando-se que somente 10% dos doentes tenham aos 3 meses um mRS < 2

Este tratamento é excelente, mas apresenta algumas limitações, pelo que houve necessidade de procurar outros caminhos para o tratamento do AVC isquémico. O tratamento endovascular surge, assim, numa tentativa de colmatar estas brechas.

Desde 2004 que os estudos sobre estas técnicas têm vindo a ser considerados nas *Guidelines* e nas Declarações de Consenso (ESO 2008, AHA 2009, Carolinska 2004, 2006, 2010).

As técnicas endovasculares pareciam promissoras para o tratamento do AVC isquémico causado por oclusão das grandes artérias.

Em 2010, a European Stroke Organisation (ESO) recomendou que a terapêutica endovascular não deveria ser usada por rotina, mas poderia ser considerada nos casos em que existisse contra-indicação para a trombólise IV.

Os Estudos Clínicos Randomizados de revascularização mecânica cerebral, publicados em 2013, IMS III, MR RESCUE e S. NTHESIS, falharam em demonstrar superioridade relativamente à terapêutica *gold standard* com rTPA IV. Foram apontadas algumas falhas para explicar estes resultados, nomeadamente atraso desde o início dos sintomas até realização do tratamento, seleção inadequada de doentes, taxas de recanalização baixas e uso, na maioria dos estudos, de dispositivos da velha geração, somente poucos doentes tratados com a nova geração dos stent retrievers.

Mas em 2014 foram conhecidos os resultados de outros estudos SWIFI, TREVO-2, MR CLEAN, ESCAPE, SWIFT PRIME, EXTEND-IA, que utilizaram os novos dispositivos (stent retrievers), ficando demonstrado o benefício da utilização desta técnica, sendo referida redução da mortalidade e melhoria no *outcome* clínico, com maior número de doentes com mRS-0-2 aos 90 dias e que, apesar do risco de hemorragia intracraniana, isso não implicava aumento da taxa de mortalidade.

Esta eficácia também ficou demonstrada nos subgrupos de doentes mais idosos (≥ 80 anos).

Na Declaração de Consenso sobre Trombectomia Mecânica no AVC isquémico agudo da ESO-ESMINT-ESNR 2014, publicada em fevereiro 2015, é recomendado:

- Uso de stent retrievers;
- Realização até às 6h quando comprovada oclusão de grande artéria da circulação anterior, em associação com trombólise IV feita até às 4.5 horas;
- Na oclusão aguda da artéria basilar, em associação, se indicado, com trombólise IV;
- Se trombólise IV contra-indicada e existir oclusão de grande artéria
- Evitar atrasos na sua execução
- Ser efetuada em centros de referência e com neuroradiologistas experientes.

Em conclusão, diria, perante a evidência que a terapêutica endovascular melhora o *outcome* funcional dos doentes com AVC isquémico agudo, temos pela frente novos desafios e torna-se urgente unir esforços para que a abertura de salas vocacionadas para esta prática se torne uma realidade.



# XXII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA



## Viana: porta do Atlântico, porto da Medicina

**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



Submissão eletrónica de resumos: Data limite de 29 de fevereiro de 2016  
Informações e inscrições no congresso online: [www.spmi.pt](http://www.spmi.pt)  
Inscrições nos cursos: [cristina@spmi.pt](mailto:cristina@spmi.pt)  
Secretariado do Congresso: [cnmi2016@ritmos.biz](mailto:cnmi2016@ritmos.biz)

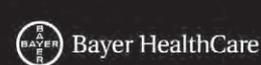
Organização



Secretariado



Major Sponsor



Apoio



# 11.º Congresso Internacional em LES – LÀPUS 2015



## Raquel Faria

Assistente hospitalar de Medicina Interna,  
Serviço de Medicina e Unidade de Imunologia Clínica,  
Hospital de Santo António, CHP e  
UMIB - ICBAS-UP

*The 11<sup>th</sup> International Congress on SLE – LUPUS 2015* – decorreu em Viena, Áustria, entre os dias 2 e 6 de setembro de 2015, presidido pelo Prof. Josef Smolen e secretariado pelo Dr. Georg Stummvoll. O *glamour* da cultura europeia antiga subjacente a toda a cidade esteve extraordinariamente homenageada na escolha do local para o evento: o Palácio Imperial de Hofburg, residência oficial de inverno do imperador austríaco. A cerimónia de abertura na *Festasaal* transportou-nos numa viagem temporal, desde os eminentes médicos vienenses, que fizeram história na Medicina contemporânea, aos escritores, filósofos e artistas vienenses, na homenagem ao Prof. Peter Shur, culminando na emoção das magníficas óperas vienenses, acompanhadas pela Orquestra Filarmónica de Viena.

As conferências que precederam a cerimónia de abertura foram dedicadas à evolução histórica do lúpus eritematoso sistémico (LES): novos desenvolvimentos da etiopatogenia; o papel dos anticorpos anti-dsDNA; e o que levou a que os anticorpos tenham sido um sucesso multimilionário. Em jeito de resenha introdutória à cerimónia de abertura, quatro *experts* mundiais em LES discutiram os pontos “quentes” no LES 2020: os desenhos dos ensaios clínicos para novos fármacos; o que tem falhado nos desenhos e resultados dos ensaios clínicos mais recentes.

Esta introdução levantou as principais problemáticas que foram sendo discutidas ao longo de todo o congresso – discussão dos escassos sucessos e frequentes insucessos dos ensaios clínicos no LES:

– Será que a única diferença entre os resultados positivos dos ensaios do belimumab, comparativamente com os ensaios do rituximab, foi apenas no número de doentes recrutados (BEL 1684 vs. RTX 401 doentes)? Se assim for, será possível alguma vez reunir novamente um número tão avultado de doentes com uma doença tão rara e heterogénea, para que se consiga significado estatístico?

– Se os resultados positivos foram mais significativos nos doentes com atividade, hipocomplementemia e anti-dsDNA positivo, significa que houve doentes que foram recrutados sem atividade? E qual foi a evolução desses doentes?

– O que podemos aprender de ensaios como o ILLUMINATE-2 (tabalumab – inibidor do BAFF, com via de ação aparentada, como o belimumab), onde os resultados biológicos (perfil de evolução de citocinas e populações

celulares) foram significativamente favoráveis, mas a resposta clínica não foi estatisticamente significativa e, por isso, não atingiu os *outcomes*?

– E se os doentes com LES, na sua heterogeneidade, estiverem a ser recrutados para ensaios clínicos de fármacos que não “correspondem” ao seu “perfil de assinatura de citocinas”? Estaremos a “desperdiçar” doentes em ensaios clínicos errados?

– Assim, como poderemos evoluir na taxonomia biológica do LES, com a ajuda da transversalidade das “omics” – *genomics, proteomics, transcriptomics, metabolomics...* – associada à precisa fenotipagem clínica para tratar os doentes de forma mais *alfaiatada*?

Para tentar responder a estas questões (ou para aumentar mais ainda as certezas das dúvidas que prevalecem no conhecimento sobre o LES), os mais de 1000 participantes podiam distribuir-se por três salas de conferências concomitantes: uma com temática clínica predominantemente, outra mais dedicada à imunologia básica no LES e outra onde decorriam comunicações orais multidisciplinares.

A participação portuguesa culminou na conferência desafiante do Prof. Doutor Carlos Vasconcelos: “*Ste-roid sparing regimens in therapeutic resistance*” – uma abordagem sistemática das definições e armas disponíveis para assegurar um futuro com menor dano para os doentes.

Participaram seis pósteres de serviços portugueses: dois casos clínicos (Dermatologia e Medicina Interna, Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa, e Hospital D. Estefânia, Lisboa), um trabalho de revisão de complicações de biopsias renais (Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro) e três trabalhos de análise de variáveis de prognóstico em dois coortes nacionais diferentes (UIC, Hospital de Santo António, Porto e Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro).

Tendo em conta o elevado número de doentes com LES que seguimos e o número de horas que passamos “à sua cabeceira”, estaremos a ser justos com os nossos doentes e conosco próprios? O que precisamos para apostar mais na representatividade científica no congresso internacional de uma doença que nos é tão querida?



PUBLICIDADE

MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO, PRESIDENTE DO 13.º CURSO PÓS-GRADUADO SOBRE ENVELHECIMENTO:

# “Não basta saber Medicina para tratar bem

O Curso Pós-graduado sobre Envelhecimento - Geriatria Prática, que decorreu nos dias 24 e 25 de setembro, no auditório do CHUC, presidido por Manuel Teixeira Veríssimo, contou novamente com mais de um milhar de inscitos. A formação é organizada anualmente pelo Serviço de Medicina Interna A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e pela Unidade Curricular de Geriatria da FMUC.

“O interesse deste Curso tem vindo a crescer de ano para ano, como o demonstra o número de inscitos, revelando assim a sua valia para médicos e outros profissionais de saúde que, no seu dia-a-dia, lidam com idosos”, sublinhou o presidente do Curso, que vai já na 13.ª edição.

“De facto, numa sociedade com cada vez mais idosos e, por consequência, com uma crescente prevalência de doença crónica e incapacidade, é fundamental que os profissionais de saúde tenham também cada vez maior formação em Geriatria”, afirmou Manuel Teixeira Veríssimo à *Just News*.

Na sua opinião, “não basta saber medicina para tratar bem os idosos, é necessário ter em conta que estes têm particularidades que, a não serem tidas em conta, poderão comprometer o sucesso do tratamento”.

Este ano, foram debatidos, “mais uma vez, os problemas das pessoas idosas, pondo a tónica no tratamento da doença, mas também no envelhecimento saudá-

vel e na qualidade de vida, a via adequada para que longevidade não seja igual a incapacidade”.

Manuel Teixeira Veríssimo sublinha o facto de o envelhecimento progressivo da população portuguesa “continuar a ser um tema de grande atualidade, não só pelas consequências sociais e económicas, mas também pelas suas implicações clínicas e, até, éticas” e dá alguns exemplos: “Basta ver o problema das urgências e do défice de camas para idosos nos hospitais e cuidados continuados, o problema da sustentabilidade da segurança social ou os problemas de abandono e maus tratos a idosos para sabermos que este é um grande problema, devendo, por isso,

mobilizar não apenas a área da saúde, mas também a sociedade em geral.”

O programa do Curso incluiu o debate de temas como o envelhecimento dos órgãos e suas consequências, o suplemento de vitamina D no idoso, a hipertensão arterial, o hipotireoidismo, a apneia do sono, as particularidades cirúrgicas nos idosos, a gestão da doença crónica, ou a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

De destacar a participação de Arthur Neto, antigo aluno de Manuel Teixeira Veríssimo na cadeira de Nutrição do Idoso, na Universidade de Aveiro, em 2003/2004, que aceitou o convite para vir do Brasil e intervir no Curso deste ano, desenvolvendo o tema: “O papel terapêutico da música nos idosos”.



# os idosos”



ESTE ANO, FORAM DEBATIDOS, “MAIS UMA VEZ, OS PROBLEMAS DAS PESSOAS IDOSAS, PONDO A TÓNICA NO TRATAMENTO DA DOENÇA, MAS TAMBÉM NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E NA QUALIDADE DE VIDA”, REFERE MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO.



# Highlights da reunião da European Association for the Study of Diabetes - EASD 2015



## Ana Lourenço

Internista da Consulta de Diabetes, Serviço de Medicina do Hospital de São Francisco Xavier, CHLO

Decorreu em Estocolmo, entre 14 e 18 de setembro, a 51.ª edição da reunião anual da EASD, uma das mais importantes reuniões internacionais sobre diabetes, onde são debatidos temas da maior importância no âmbito da clínica e da ciência básica e em que a inovação é uma constante. Com uma dimensão que há muito já ultrapassa a Europa, como salientou o presidente A. Bolton, participaram neste evento mais de 17.000 profissionais da saúde envolvidos no tratamento desta doença, de cerca de 130 países, entre os quais muitos internistas portugueses dedicados à diabetes.

Uma das conferências de maior impacto foi a 47.ª *Claude Bernard Lecture*, em que o premiado – Dr. H. Haring (Universidade de Tubingen) – apresentou os seus trabalhos no âmbito da prevenção da diabetes. Indivíduos em elevado risco de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) têm sido alvo de profunda investigação e a mensagem fundamental foi a de que existirão múltiplos subfenótipos de pré-diabetes, sendo vários os fenómenos que contribuirão para a progressão da doença, entre os quais:

– O aumento da insulinoresistência ao longo dos anos, sendo que muitos destes indivíduos não conseguem compensar com hipersecreção pancreática, acabando por desenvolver DM2 (como ocorre em alguns indivíduos possuidores do gene *TCF7L2*);

– A presença de fenótipos de obesidade com diferentes sensibilidades à insulina, existindo fenótipos MUHO (*metabolically unhealthy obesity*) que na presença de fígado gordo não respondem à intervenção com programas de exercício. Encontraram-se assim variabilidades genéticas com consequências práticas na prevenção da DM2, pois, para além das estratégias de modificação de estilos de vida, estes indivíduos poderão beneficiar de terapêuticas para redução da glicose.

A explosão, dos últimos anos, na investigação de novos fármacos e de *devices* no tratamento da diabetes esteve bem vincada nesta reunião:

– Na diabetes tipo 1 (DM1) está-se mais próximo de encerrar a ansa, com os avanços no desenvolvimento do pâncreas biónico incorporando insulina e glucagon (apresentaram-se resultados interessantes, como os de investigadores da Universidade de Boston). Outros exploraram a hipótese da imunoterapia na DM1, área em investigação nos últimos anos e que começa a ter resultados incipientes. Também o tratamento da hipoglicemia grave foi abordado, sendo apresentados resultados com a formulação de glucagon de administração nasal, usada em crianças e jovens com DM1, demonstrando maior facilidade e fiabilidade de administração em relação à formulação injetável.

A monitorização glicémica contínua nas 24h, através do uso de sensores descartáveis que transmitem por via *wireless* os resultados da glicemia, tornou-se uma realidade, estando já disponível em alguns países.

– Na DM2 apresentou-se uma panóplia de novos fármacos, resultados de eficácia no controlo metabólico e de segurança. Desde há longa data que se comprovou que o controlo glicémico se associa a redução do risco de complicações microvasculares, mas a relação entre a DM2 e a doença cardiovascular (CV) tem sido tema de múltiplos estudos, alguns deles por exigência das entidades regulamentares, no sentido de responder a algumas questões de segurança dos novos fármacos. Novos dados foram apresentados acerca dos efeitos CV a longo prazo de alguns dos mais recentes antidiabéticos orais. Foi o caso do estudo TECOS com o inibidor da DPP4-sitagliptina, em que se demonstrou a segurança CV (resultados de não inferioridade em comparação com placebo para os endpoints primários e secundários CV).

E um dos pontos altos do congresso foi a apresentação, em primeira mão, dos resultados do EMPA-REG OUTCOME study, envolvendo doentes com DM2 em elevado risco de sofrerem eventos CV (por já terem história CV prévia) sob terapêutica convencional e o inibidor SGLT2-empaglifozina *versus* terapêutica convencional e placebo; foi demonstrada superioridade para o grupo de doentes sob empaglifozina – menor taxa de mortalidade CV, AVC não fatal e enfarte do miocárdio não fatal (endpoint primário CV composto) e apesar destes resultados não poderem ser extrapolados para outra população, foram surpreendentes e serão seguramente mais debatidos nos próximos meses.

Com o aumento da incidência da DM1 e da DM2, a individualização do tratamento tornou-se essencial e, à luz do conhecimento atual, foram vários os trabalhos apresentados, dando ênfase a alvos terapêuticos apropriados e ajustados às diferentes características das populações, tendo em conta as comorbilidades, necessidades e circunstâncias específicas da pessoa com diabetes.

Todos os trabalhos expostos e conferências contribuíram, sem dúvida, para um esforço global na procura de soluções na prevenção desta doença, no tratamento e na melhoria da qualidade de vida dos mais de 387 milhões de indivíduos que sofrem de diabetes.



PUBLICIDADE

# Reflexão sobre como tratar a diabetes



## José Pintão Antunes

Médico internista aposentado, integrado na Unidade Funcional da Diabetes da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Há uns dias moderei uma mesa numas Jornadas sobre diabetes, organizadas por profissionais de saúde da ULSNA (Unidade Local de Saúde Norte Alentejano), na cidade de Portalegre, sobre a temática "Pontos de Vista". Na referida mesa intervieram uma enfermeira, uma médica de Medicina Geral e Familiar e uma internista, que fizeram um trabalho exemplar. Exemplar, porque foram práticos e eficientes, pois, transmitiram aos assistentes (técnicos de saúde interessados pela diabetes) o que eles, para a sua prática profissional, tinham interesse em aprender para melhor tratar diabéticos.

Ao refletir sobre a mensagem daquela mesa, reforcei o meu conceito de que estavam naquele local os 3 pilares fundamentais no despiste e tratamento da diabetes *mellitus*.

O enfermeiro(a), com formação diabetológica, é realmente um elemento fundamental da equipa que trata diabetes. Eu digo equipa porque há outros elementos essenciais (cirurgião com formação em pé diabético, nutricionista / dietista, podologista / quiropodista, psicólogo(a), assistente social...).

O médico de Medicina Geral e Familiar tem um papel muito importante no diagnóstico e tratamento da diabetes no ambulatório.

O internista é o especialista hospitalar que está em melhores condições para tratar a diabetes, pois, o seu trabalho é a "Medicina Interna" e nela está incluído o tratamento das patologias dos órgãos / alvo das complicações tardias da DM.

A diabetes é considerada das primeiras causas de morte e já não é aquela doença de 2.º plano, como era considerada há alguns anos atrás (antes da Declaração de S. Vincent, em 1989).

É fundamental alertar os futuros internistas para esta realidade e serem criadas condições para conseguirem uma boa formação diabetológica, pois, a diabetes está na lista das doenças que alguns consideravam mais "nobres". Grande parte daquelas patologias seriam evitadas se a diabetes fosse corretamente tratada.

O internista e a diabetes têm que andar de "mãos dadas", pois, é uma aliança natural.

O INTERNISTA É O ESPECIALISTA HOSPITALAR QUE ESTÁ EM MELHORES CONDIÇÕES PARA TRATAR A DIABETES, POIS, O SEU TRABALHO É A "MEDICINA INTERNA" E NELA ESTÁ INCLUÍDO O TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS DOS ÓRGÃOS / / ALVO DAS COMPTIÇÕES TARDIAS DA DM.

PUBLICIDADE

# SPMI quer fomentar a prática da investigação clínica em MI

**Fomentar a prática da investigação clínica em Medicina Interna, transmitindo aos participantes os conhecimentos básicos para a elaboração de projetos, desde o planeamento à execução, foi o principal objetivo da 1.ª edição de um curso de investigação clínica dinamizado pelo Centro de Formação da SPMI, que se realizou na última semana de julho. No futuro, pode ser o embrião de um projeto ainda mais ambicioso: um clube de investigadores.**

Reformulado para dar à componente prática maior robustez, o curso "Introdução à Investigação Clínica em Medicina Interna – Como desenvolver um Projeto de Investigação Clínica", criado pelo Centro de Formação em Medicina Interna (FORMI), contou com a participação de 19 internos e especialistas e tem já garantida uma segunda edição em 2016, com duas ações, que vão realizar-se, em princípio, em janeiro e em julho.

Nuno Vieira, internista no Centro Hospitalar do Algarve, membro da Direção da SPMI e um dos coordenadores do curso, explica que a sua realização faz parte de uma estratégia de investimento e aposta na investigação na Medicina Interna, o "grande cavalo de batalha" da especialidade. Na sua opinião, esta pode ser uma das vias para ajudar os internistas a ganharem maior reconhecimento entre pares e junto dos decisores políticos.

"Os internistas são a grande força de trabalho nos hospitais, conseguem orientar o doente com maior qualidade e eficiência, mas precisam de ganhar maior reconhecimento. Falta-lhes, muitas vezes, a área da investigação e o contributo para o desenvolvimento científico nas várias temáticas que abordam. Por isso é que a SPMI está a desenvolver ações para que esta realidade se altere e para que se possa fazer a diferença", justifica. E fazer a diferença pode ser, por exemplo, criar no futuro uma espécie de clube de investigadores a trabalhar em rede.

Na mesma linha, o internista José Mariz, o outro dos coordenadores do Curso, defende a "profissionalização na investigação clínica", ou seja, sustenta que deve ser alocado tempo para a investigação. "O internista tem uma carga assistencial muito grande e uma área de intervenção igualmente vasta.



José Mariz e Nuno Vieira

Mas é, talvez, o que tem mais oportunidades para encontrar questões clínicas, devido a essa abrangência. O desafio é alocar tempo e organizar os serviços, para que a investigação possa ser uma realidade", acrescenta o médico do Hospital de Braga, que integra a equipa do FORMI e do Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde da Universidade do Minho.

José Mariz sublinha que uma das receitas para fazer investigação clínica passa por responder a questões simples que

não tenham sido respondidas na prática clínica com evidência científica. O curso oferece, justamente, os pontos de partida para o desenvolvimento de projetos e as formas de os levar à prática, sem esquecer os aspetos relacionados com a orçamentação e o financiamento.

No programa do Curso, que decorreu durante cinco dias, na sede da SPMI, foi incluído um "Shark Tank" da Investigação em Medicina Interna, para a apresentação e avaliação dos projetos.



# Medinterna organiza 14.<sup>a</sup> reunião internacional

**A Associação Medinterna já está a preparar o 14.<sup>th</sup> Medinterna International Meeting, evento anual que, em 2016, decorrerá de 4 a 6 de fevereiro, na Fundação Cupertino de Miranda, no Porto. Carlos Dias, presidente da Associação, fala sobre os principais destaques da próxima edição e recorda como tudo começou.**

O programa científico do 14.<sup>th</sup> Medinterna International Meeting está concluído e, segundo Carlos Dias, dará “particular ênfase” a alguns aspetos de laboratório e abordará temas de artrite, no primeiro dia. O segundo dia será dedicado a questões clínicas e de terapêutica de vasculites, lúpus e síndrome antifosfolípida. No último dia dar-se-á particular atenção às vasculites de órgão e a alguns aspetos de lúpus. Serão também apresentados, ao longo da reunião, quatro casos clínicos, de Portugal e de Espanha.

O presidente da Medinterna lembra que esta reunião científica internacional anual é organizada pela Associação Medinterna (criada em 2000) desde 2003 e afirma que, ao longo de 13 edições, procurou tornar-se, progressivamente, “mais apelativa” e “atualizada”.

“Escolheu-se como tema a autoimunidade, na medida em que esta é uma área privilegiada dentro do âmbito da Medicina Interna, sendo um tema difícil, com progressos científicos constantes e em grande evolução a nível nacional e internacional”, explica.

Ao longo dos anos, a Associação, cumprindo os estatutos, apoiou vários internos de especialidade de Medicina Interna e alguns

assistentes a fazer estágios no estrangeiro, sobretudo na área da Autoimunidade, ou a participar em reuniões científicas.

“Tem sido dada particular ênfase ao lúpus eritematoso sistémico, às vasculites, à síndrome antifosfolípida, à esclerodermia e à patologia essencialmente reumática, como a artrite reumatoide e as espondiloartropatias”, desenvolve.

E salienta que nas 13 edições já realizadas foram abordados todos os capítulos da autoimunidade, desde a investigação científica aos aspetos clínicos de diagnóstico e terapêutica. “Foi sempre dada uma importância especial à apresentação de casos clínicos por internos de especialidade, com questões discutidas e votadas pela audiência, tendo sido feitos dois livros com casos clínicos comentados.”

Segundo o responsável, inicialmente, o congresso era constituído por dois dias de apresentações, sob a forma de conferências, mesas-redondas e debates e uma manhã dedicada exclusivamente a casos clínicos. Por necessidade de encontrar mais espaço para apresentações teóricas, decidiu-se que os casos clínicos, em número mais reduzido, habitualmente de cinco, apresentados por internos de Portugal, Espanha, Itália ou Reino

Unido, seriam apresentados ao longo do congresso, com participação interativa da audiência. Tal permitiu, igualmente, que os vários conferencistas pudessem estar presentes e participar na discussão, tendo sido “uma alteração positiva e apreciada”.

O número de participantes tem vindo a aumentar progressivamente, sendo atualmente de cerca de 350, oriundos da maioria dos hospitais portugueses e, desde há alguns anos, de outros países da Europa.

O presidente da Medinterna salienta, ainda, que, desde há alguns anos, tem sido possível fazer alguns cursos teórico-práticos no dia anterior ao congresso, sobre hipertensão pulmonar, sobre a imunofluorescência e um para médicos de Medicina Geral e Familiar. E afirma tratar-se de uma iniciativa para manter

## Forte participação internacional

É de salientar o facto de a reunião ter vindo, ao longo dos anos, a aumentar a

participação de estrangeiros, como palestrantes e assistentes, vindos de vários países da Europa.

“Tem sido uma exigência da organização ter os melhores peritos em cada tema, o que obriga a escolher muitos conferencistas vindos de fora. Essa é a razão para a presença de tantos estrangeiros. Tal tem sido possível fazendo os convites com muita antecedência e contando com a colaboração da Indústria Farmacêutica, na medida em que os custos de viagens e hotéis são elevados”, indica Carlos Dias.

O presidente da Medinterna menciona que alguns, como Ehuda Shoenfeld, de Telavive, Ricard Cervera e Gerard Espinosa, de Barcelona, e outros participaram desde a primeira edição, em 2003.

Vários outros cientistas têm vindo a participar regularmente, como Jan Damoiseaux e Jan Willem Tervaert, de Maastricht, Cees Allenberg, de Groningen, e David D’Cruz, de Londres, entre muitos outros.



## Reunião inclui temas de cultura geral

Citando Abel Salazar, que dizia que “um médico que só sabe Medicina nem Medicina sabe”, Carlos Dias afirma que, como tal, tem-se procurado ter em paralelo temas de cultura geral que possam interessar os participantes e aliviar um pouco o esforço a que obrigam estas reuniões científicas.

Neste sentido, no último ano, fez-se uma pequena exposição de cartas pré-filatéticas circuladas nos exércitos francês e português durante o período das invasões francesas.

Em anos anteriores, o presidente da Medinterna relata que já foram feitas exposições de pintura, de gravuras, de fósseis recolhidos em Portugal, de pequenas balanças de farmácia e de ourives e até de uma seleção de cartas pré-filatéticas (circuladas antes de 1852). De acordo com Carlos Dias, normalmente provocam interesse e curiosidade dos participantes.

Está programada para o próximo congresso uma exposição de pintura de uma médica e uma outra dedicada ao correio pré-adesivo (antes de 1852) circulado de e para o Algarve.

# Correio pré-filatélico durante as Invasões Francesas

O correio foi instituído em Portugal em 1520, com a criação do cargo de correio-mor, com sede em Lisboa, assegurado por particulares, a quem competia a distribuição de toda a correspondência. Em 1797, passou para a propriedade e administração do Reino. Cada correio tinha a sua marca, que assinalava a localidade, impressa a cor ou, em alguns casos, manuscrita.

A partir de 1 de agosto de 1799, as correspondências passaram a ser marcadas com o nome da estação expedidora, em alguns manuscrita a cor sépia. No quadrante superior direito era aplicado o selo fixo indicativo do porte a pagar pelo destinatário, calculado em função das distâncias entre as localidades, em léguas e o peso das cartas, avaliado em onças.

Durante as Invasões Francesas, não há muitos documentos relativos a correspondência expedida entre os soldados para as suas famílias e amigos, assim como correspondência oficial.

A 1.ª Invasão Francesa decorreu de 19 de novembro de 1807 a 30 de agosto de 1808.

Napoleão, em agosto de 1807, já tinha decidido a invasão de Portugal e concentra cerca de 28.000 soldados em Baiona, sob o comando do general Andoche Junot, que recebe ordens para invadir Portugal. Quando marchava de Valladolid para Salamanca, recebe ordens para marchar sobre Lisboa, pela margem direita do Tejo, reunindo-se em Alcântara com as tropas do general espanhol Garrafa, que já ali se encontrava. Um outro exército espanhol, comandado pelo general Taranco, invadiria o Minho e ocuparia o Porto, e um outro, comandado pelo general Solano, ocuparia o Alentejo e Algarve.

A Família Real embarca para o Brasil em 27 de novembro de 1807. Lisboa e Porto foram, entretanto, ocupadas pelos exércitos francês e espanhol. Em 6 de junho de 1808, inicia-se a revolta popular no Porto e, mais tarde, estende-se a Trás-os-Montes, encabeçada pelo general Sepúlveda, rapidamente espalhando-se por todo o território nacional, travando-se a Batalha de Roliça e do Vimeiro. A 30 de agosto de 1808, foi assinada a Convenção de Sintra, entre ingleses e franceses, não tendo sido ouvidos os portugueses, e os franceses retiram.

A 2.ª Invasão Francesa decorreu de 22 de fevereiro de 1809 a maio de 1809, com o general Soult a marchar de Santiago de Compostela em direção ao Minho, seguindo por Braga para o Porto, sendo repellido logo em V. N. de Cerveira. Soult consegue tomar, mais tarde, o Porto, em 29 de março de 1809. Em Amarante, tentam, por três vezes, atravessar a ponte, sem sucesso, com a oposição do general Silveira. Os franceses atravessam o rio Douro pela ponte das Barcas, que destroem com uma grande explosão, mas as tropas anglo-portuguesas recuperam o Porto. Soult retira-se para a Póvoa de Lanhoso, onde consegue reunir o seu exército, e recua para Ourense e Lugo, terminando esta campanha, que durou somente quatro meses.

A 3.ª Invasão Francesa decorreu de 14 de julho de 1810 a 4 de abril de 1811, com um exército de 86.000 homens comandados pelo general Massena, que toma Cidade Rodrigo, ganha a Batalha do Coa e cerca, durante 13 dias, Almeida, tomada pelos franceses em 28 de agosto de 1810. Daí avança para sul, sendo derrotado na Batalha do Buçaco. Consegue tomar Coimbra, mas sofre a oposição das Linhas de Torres Vedras, ficando os dois exércitos vários meses nas suas posições, sem qualquer combate. Mais tarde, após várias derrotas infligidas pelos portugueses, sob o comando do general britânico Wellington, o exército francês retira para o norte, sendo perseguido até aos Pirenéus.

Napoleão tinha, nessa altura, quase toda a Europa tomada, incluindo Espanha e parte do Médio Oriente, mas nunca conseguiu ocupar o nosso pequeno território, tendo tentado por três vezes. Inicialmente, estava tão seguro da vitória que assinou com os espanhóis o Tratado de Fontainebleau, que dividia Portugal em três partes.

O comissário Sampaio, Manuel António de Sampaio Melo e Castro Moniz e Torres de Lusignano, 2.º conde e 1.º marquês de Sampaio (Lisboa, 6 de janeiro de 1762 – Lisboa, 29 de setembro de 1841), foi um aristocrata, militar e político português. Foi deixado em Portugal para governar, em face da retirada da Família Real para o Brasil. Mais tarde, foi vice-presidente da Junta Provisional do Governo Supremo do Reino, na sequência da Revolução Liberal do Porto, e presidente da Secção de Convocação das Cortes da Junta Preparatória das Cortes.

Foi escolhido para presidente do Conselho de Regência de 1821 para governar até à chegada a Portugal do rei D. João VI, cargo equivalente ao do atual primeiro-ministro. Participou na *Belfastada*, sendo obrigado a procurar asilo na emigração liberal, mas após estabilização do regime liberal foi eleito deputado e par do Reino.



**Carlos Dias**

Assistente graduado sénior de Medicina Interna, Serviço de MI, Direção Clínica, CH São João, Porto

O Posto Britânico de Correio da Guerra Peninsular foi estabelecido em Lisboa pelo exército inglês, de 1809 a 1813, sendo as cartas recebidas pelo *british post office agent* Thomas Reynolds, que as entregava no quartel-general em Lisboa, onde o sargento dos correios, sergeant R. Webb, indigitado em abril de 1809 pelo comandante-chefe Arthur Wellesley, 1.º duque de Wellington, as distribuía. Demorava cerca de 13 a 20 dias até o correio chegar ao exército. O correio de retorno, de Lisboa para Falmouth, demorava três dias a uma semana. Não havia censura.

Quando o exército anglo-português avançou para Espanha, no fim de 1811, o major George Scovell foi nomeado superintendente de Comunicações Militares. Após a batalha de Vitoria (21 de junho de 1813), Wellington estendeu a linha de correio até perto de San Sebastian. O exército inglês atravessou os Pirenéus em junho de 1814 e Charles Sevrigh moveu o posto dos correios para Bordéus, onde ficou até ao fim do embarque do exército de Wellington para Inglaterra.

Napoleão denominou os exércitos que invadiram Portugal como Exércitos de Portugal, "*L'Armée du Portugal*", cujo carimbo se pode ver colocado nas cartas expedidas pelos soldados franceses durante esse período. Podemos ver algumas cartas expedidas durante o período das invasões francesas, com relatos curiosos sobre o movimento dos soldados, e uma carta endereçada pelo comissário Sampaio.

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA (SESARAM)

# Internistas na vanguarda de um n

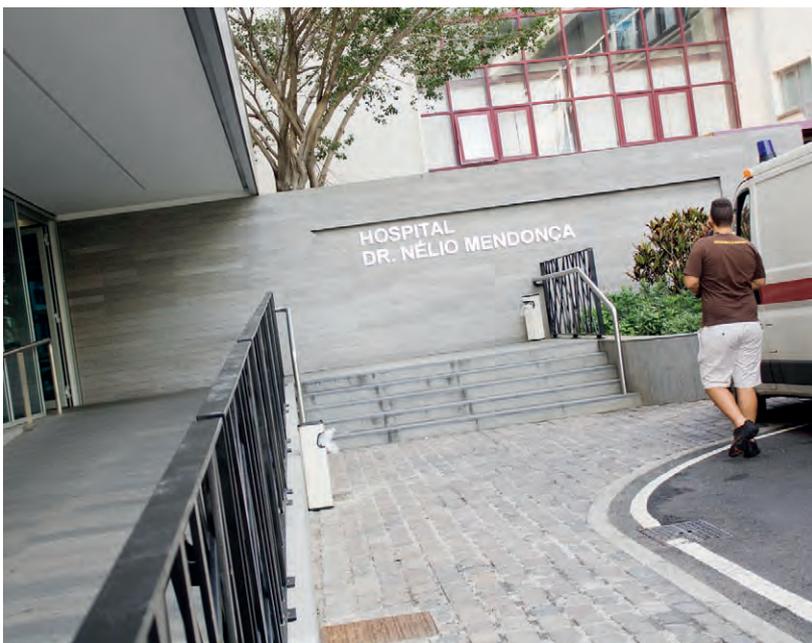


***Fisicamente distribuído pelo Hospital dos Marmeleiros e pelo Hospital Dr. Nélio Mendonça – juntos formam o Hospital Central do Funchal –, o Serviço de Medicina Interna do SESARAM EPE, dirigido por Maria da Luz Brazão, tem uma omnipresença que decorre do reconhecimento da especialidade como repositório de saberes integradores e multipatológicos. Mas o papel nuclear dos internistas no Funchal está longe de estar esgotado e será reforçado com a construção da Unidade Polivalente da Medicina Interna. Um modelo inovador mais eficiente na gestão do doente e de recursos cada vez mais escassos.***

Se considerarmos que ser médico internista já constitui um desafio, por agregar uma multiplicidade de saberes, no Funchal o desafio é ainda maior. Agiganta-se quando se percebe que está na linha da frente na gestão dos doentes, na integração de equipas multidisciplinares e como elo entre várias especialidades. E tem que responder a todas estas solicitações, diariamente, em dois hospitais,

- EPE)

# Novo modelo de gestão hospitalar



O SERVIÇO É, MUITAS VEZES, O PRINCÍPIO E O FIM DA LINHA PARA OS 250 MIL HABITANTES DA ILHA DA MADEIRA.



prestando ainda apoio a um terceiro. Uma missão hercúlea que só é possível cumprir, segundo Maria da Luz Brazão, com uma "boa organização, articulação e comunicação". A equipa do Serviço de Medicina Interna é constituída por 52 médicos (39 especialistas e 13 internos). Do total, sete estão destacados para atividades externas que se prendem com a prestação de

apoio aos doentes do Hospital Dr. João de Almada, coordenação e colaboração na Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados e na colaboração com a Unidade de Dor e a Unidade de Investigação. Acrescente-se o facto de o Serviço ser, muitas vezes, "o princípio e o fim da linha" para os 250 mil habitantes da ilha da Madeira, 24 horas por dia nas mais

variadas vertentes, desde o internamento à consulta externa, urgência interna e externa, passando pelo Hospital de Dia ou pela consultadoria. O Hospital dos Marmeleiros acolhe a enfermaria do Serviço, distribuída por quatro setores funcionais e que se estende pelos 2.º e 3.º pisos, num total de 129 camas. Neste mesmo hospital funciona ainda a Unidade de Cuidados Especiais,

o Hospital de Dia, a urgência interna, um isolamento e uma área destinada a apoiar doentes com alta clínica, com 73 camas. No Hospital Dr. Nélcio Mendonça está a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, a Unidade de Imunoalergologia e a Urgência Geral. A Unidade de Cuidados Especiais (UCE) conta com uma equipa de sete médicos e "tem critérios próprios de



Parte da equipa do Serviço de Medicina Interna no Hospital dos Marmeleiros

admissão, alta e transferência de doentes”. O apoio médico de urgência é feito por um dos médicos escalados para a Urgência Interna do Hospital dos Marmeleiros.

Maria da Luz Brazão explica que é nesta unidade que está sediada a linha de emergência médica intra-hospita-

lar e a Equipa Médica de Emergência (EME), constituída por um enfermeiro e o médico de serviço à UCE. O número de emergência (4012) é ativado em casos de paragem respiratória ou cardiorrespiratória que ocorra em qualquer local do Hospital dos Marmeleiros.

#### Lin”a de emerg ncia intra ”os-italar

“Uma vez ativado este número, o médico e o enfermeiro de serviço à UCE desloca-se imediatamente para o local da ocorrência, transportando consigo um aspirador e um desfibrilhador portáteis”, refere. Acrescenta ainda que

todos os profissionais envolvidos na emergência intra-hospitalar são submetidos a um programa de formação contínua em reanimação cardiorrespiratória.

Também a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais é coordenada por um internista, com o apoio dos médicos escalados para a Urgência Externa do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Iniciou funções em março de 2009 e “tem sido uma mais-valia para o tratamento e a estabilização dos doentes com AVC na fase aguda”.

Maria da Luz Brazão desdobra-se permanentemente para garantir um contacto próximo com os doentes e com os chefes das unidades e dos setores funcionais, médicos ou enfermeiros. Um imperativo, dada a complexidade e exigência de um Serviço cuja malha assistencial abrange duas unidades hospitalares. As visitas à Unidade de AVC e a cada um dos setores são semanais. Já as visitas à UCE acontecem duas vezes ao dia.

“Nós dialogamos sobre todos os problemas assistenciais e não assistenciais do Serviço e discutimos os casos clínicos dos nossos doentes, o que tem sido muito útil. Nem podia ser de outra forma. A comunicação é fundamental”, garante a diretora.

Com as urgências Interna e Externa a cargo do Serviço em dois espaços distintos, há também que distribuir meios. Para a Urgência Interna, são

## Atividade intensa na formação e na investigação

A formação contínua é uma das preocupações dominantes, já que é “a única garantia da melhoria contínua de qualidade e da atualização técnica permanente”, refere Maria da Luz Brazão, que é, aliás, coordenadora da formação em Suporte Avançado de Vida, Suporte Intermédio e Suporte Básico e de Vida. Todas as semanas, são planeadas uma Reunião Geral de Serviço (RGS) e uma Reunião de Internos (RI). Na RGS são abordados temas teóricos de interesse geral para a especialidade e também são discutidos outros assuntos de interesse do Serviço. Algumas destas sessões são feitas por um especialista convidado de outra especialidade. Nas RI são feitas apresentações de casos clínicos e sua discussão pelos internos da especialidade.

Os médicos do Serviço são ainda presença assídua em congressos e reuniões nacionais e internacionais no âmbito da MI. No ano passado, coube à Madeira e, por isso, ao Serviço de Medicina Interna organizar e acolher o 20.º Congresso Nacional da especialidade, que contou com 1400 participantes. Promovem também as jornadas bianuais do Serviço, tendo lugar este ano, agora em outubro, o I Congresso Nacional da Urgência, que integra o curso anual “O Internista e a Urgência”.

Maria da Luz Brazão frisa que, ao nível da investigação, uma das médicas do Serviço, Ana Célia Sousa, está a colaborar no projeto Genemacor “Polimorfismos Gené-

uticos e Doença Coronária”, que decorre na Unidade de Investigação do SESARAM, para estudar os polimorfismos genéticos que se relacionam com a doença das artérias coronárias.

A mesma médica coordena ainda o projeto de investigação Genymape, que visa detetar uma associação entre os polimorfismos genéticos e a hipertensão arterial numa população da ilha da Madeira. Estes dois projetos são cofinanciados pelo Programa Operacional de Valorização do Potencial Económico e Coesão Territorial da Região Autónoma da Madeira (INTERVIR Ê) e envolvem todos os internos da Formação Específica em Medicina Interna.

O Serviço esteve também a trabalhar num ensaio clínico na área da diabetes “C-SCADE 8”, iniciado em 2012 e que terminou este ano. Neste ensaio, para além de Maria da Luz Brazão e da médica Rubina Miranda, estiveram envolvidos todos os internos do Serviço. O objetivo foi avaliar o efeito da empagliflozina nos doentes diabéticos tipo II com alto risco cardiovascular. Os resultados – diminuição das mortes cardiovasculares de qualquer causa e uma diminuição dos internamentos por insuficiência cardíaca – foram publicados no *New England Journal of Medicine*, em setembro.

escalados diariamente dois médicos. Um deles presta apoio à UCE e a dois andares do Hospital dos Marmeleiros. O segundo fica com os dois andares que restam e dá apoio ao Hospital Dr. João de Almada.

Já para a Urgência Externa, sediada no Hospital Dr. Nélio Mendonça, são escalados nove médicos para o período diurno e cinco para o noturno. Maria da Luz Brazão sustenta que este número de profissionais na escala justifica-se pela grande quantidade de doentes observados e orientados pela Medicina Interna neste Serviço. Justifica-se ainda pelo facto de um dos médicos que cumpre



Serviço de Urgência dar também apoio não só aos doentes internados na Unidade de AVC, mas igualmente aos que estão distribuídos pelos vários serviços e unidades após o horário de trabalho da equipa constituída por dois internistas e um interno de MI que diariamente prestam consultadoria a todos os internados.

#### Unidade –olivalente um –ro eto inovador em Portugal

Foi justamente a pensar numa solução para a sobrelotação das urgências, a otimização de recursos e uma aproximação ainda mais efetiva dos internistas ao

## PERFIL

# Enérgica, empenhada e com uma capacidade de trabalho invulgar

Maria da Luz Andrade Reis Brazão nasceu na Madeira a 28 de Setembro de 1963, no Hospital dos Marmeleiros, onde trabalha. Tem um irmão e duas irmãs. É a mais nova das raparigas. A mais velha, Ana Paula Reis, é diretora do Serviço de Doenças Infecciosas do mesmo hospital e o cunhado, Ricardo Santos, é diretor do Serviço de Cirurgia do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

para organizar congressos, fazer o doutoramento e motivar os internos”, afirma.

#### Desistir não az –arte do seu dicionário

Outros médicos que trabalham diariamente com Maria da Luz Brazão referem-se à diretora como uma médica “capaz, competente e emotiva”, que não conhece a palavra desistir. “Tem uma perspetiva agregante da atividade médica, ao contrário das tendências das últimas décadas, em que se faz gabarito de ver a árvore com muito rigor, mas nem nos apercebemos da floresta que a rodeia. Sofre com os desaires que, na maior parte das vezes, assume sozinha, partilhando os sucessos com os amigos e colegas com completa naturalidade”, afirma Gil Bebiano.

“Maria da Luz Brazão é uma chefe que não só chefia, mas também encanta, agregando à sua volta uma verdadeira equipa de trabalho. Neste contexto, pode-se imaginar uma pessoa ativa, orgulhosa, com olhar sobranceiro. Nada disso Deparamo-nos, sim, com um mulher bonita, de uma humildade estonteante, que nos cativa e de quem, uma vez estabelecido o contacto, não queremos, de maneira nenhuma, arredar pé, nem abdicar da sua companhia”, acrescenta.

Outros colegas e internos do Serviço, como Dina Santos, Filipe Pernet, Rubina Miranda, Pedro Freitas, Sofia Nóbrega ou João Paulo Correia, apontam-lhe a persistência, o dinamismo, a organização e a motivação.

Se houvesse uma máxima para servir de rótulo, bem que podia ser qualquer coisa como: “Se não há, invente-se.” Um dinamismo que quase garante à médica e diretora do Serviço de Medicina Interna um dom que muitos gostariam de ter: o da ubiquidade.

E são várias as provas do seu dinamismo e inquietude. Organizou o 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna da SPMI, que levou ao Funchal 1400 conferencistas, foi a principal impulsionadora da Unidade Polivalente de Medicina Interna do SESARAM e ainda consegue encontrar tempo para fazer nascer o I Congresso Nacional da Urgência, na qualidade de coordenadora do Núcleo de Urgência e do Doente Agudo da SPMI. É ainda uma das grandes dinamizadoras da formação em simulação do Centro de Simulação Clínica da Madeira.

Paralelamente, está a frequentar o Curso Avançado em Administração Pública e a acabar o doutoramento em Administração da Saúde, sobre o tema “Serviços de urgência hospitalares, análise das causas e consequências da sobrelotação”.

Ganhou 12 prémios referentes a trabalhos escritos e a posters e foi homenageada, este ano, no XXI Congresso Nacional de Medicina Interna, com o título de sócia honorária da SPMI.

Licenciada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em 1987, fez o Internato Geral no Funchal, tendo complementado a sua formação nos Hospitais de Santa Maria e de Curry Cabral, em Lisboa.

Diz quem a conhece que não consegue estar parada. É assim na Medicina e fora dela. Sempre “dedicada, enérgica e empenhada em tudo o que faz”, garante José, o filho de 26 anos, que chegou a estudar Medicina durante três anos, mas que acabou por optar pela Educação Física. Uma troca que contou com o total apoio da mãe. São ambos muito cúmplices e felizes nas profissões que escolheram.

Sofia Silva, que já foi interna de Maria da Luz Brazão, destaca-lhe o espírito empreendedor e inovador. “Está sempre a organizar cursos e eventos. Tem uma capacidade de trabalho invulgar. Além de dirigir o Serviço, ainda consegue ter tempo

Hospital Dr. Nélio Mendonça que surgiu o projeto de criação da Unidade Polivalente de Medicina Interna do Hospital Central do Funchal.

As obras para a sua construção já arrancaram. Trata-se de um modelo inovador, liderado por internistas, que inclui a implementação de Unidades de Internamento Curto (UIC), Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR), Hospitais de Dia (HD) e Hospitalização Domiciliária (HAD).

“Os serviços de urgência foram aqueles que mais sentiram os efeitos da crise. De facto, assistiu-se a um aumento exponencial da procura pelos cuidados de saúde prestados em ambiente de urgência, especialmente pela população de mais escassos recursos, condicionando a sobrelotação dos mesmos, especialmente nos picos de maior afluência, como é o caso dos períodos da gripe sazonal e/ou de doenças emergentes, como foi o surto de dengue que assolou a Madeira em 2013”, recorda Maria da Luz Brazão.

Sublinha que vários estudos publicados alertam que a sobrelotação das urgências representa “um obstáculo à segurança e à rapidez com que se prestam os cuidados de saúde, relacionando-a com mau prognóstico, bloqueio no acesso ao internamento, diminuição da rentabilidade, aumento dos custos em Saúde e insatisfação dos profissionais e utentes do SNS”.

O projeto de criação da Unidade Polivalente nasce para evitar este tipo de riscos e na sequência de um desafio lançado pela direção clínica para a procura de soluções. Desafio esse que foi entregue à Medicina Interna, por lhe ser reconhecida uma capacidade de gestão que sobressai face a outras especialidades.

“Não há serviços humanizados de saúde hospitalar que não tenham no seu centro a Medicina Interna. E, do mesmo modo, não me parece que possa haver uma gestão criteriosa dos recursos hospitalares disponíveis que se permita dispensar o contributo da única es-



## Reuniões garantem articulação e anulam barreiras físicas

Maria da Luz Brazão reúne-se mensalmente com os chefes de setor, médicos e enfermeiros. Nestas reuniões está também presente a enfermeira adjunta da Direção de Enfermagem para o Hospital dos Marmeleiros. “Estas reuniões são muito importantes para manter um bom espírito de equipa entre médicos e enfermeiros, além de podermos partilhar preocupações comuns às áreas médicas e de enfermagem”, explica. Paralelamente, existem as visitas semanais a todos os doentes internados, nas quais está presente a diretora, os chefes e médicos dos respetivos setores. Há ainda reuniões gerais do Serviço, às quartas-feiras de manhã, para garantir a articulação da equipa. “Não marcamos consultas para esta hora para que possam estar todos os médicos presentes”, salienta.

Com os internos, são promovidas reuniões semanais e trimestrais. As que acontecem de três em três meses têm uma vertente mais científica, visando o acompanhamento dos

trabalhos que os jovens médicos estão a realizar. O Serviço chega a ter mais de 25 internos. Além dos 13 de formação específica em Medicina Interna, existem outros nove do Ano Comum e 2 a 3 de outras especialidades.

Os chefes de setor e das unidades são os grandes elos de Maria da Luz Brazão. São a ponte de comunicação para as enfermarias e para as unidades de Cuidados Especiais e de AVC. As equipas médicas rodam, de seis em seis meses, pelas alas de mulheres e homens, para garantir um contacto mais diversificado de patologias.

Maria da Luz Brazão garante que outro grande ponto de apoio que tem no desempenho das suas funções são as suas secretárias de Direção, Lesley Rodrigues e Eusébia Abreu. “Duas secretárias sem igual, sempre disponíveis e indispensáveis como elo entre a Direção e o restante staff do Serviço”, garante.

pecialidade desenhada para servir de ponte entre os vários saberes médicos entretanto adquiridos”, argumenta a diretora.

### Mel”orar e digni car a MI

Maria da Luz Brazão explica que o Serviço de Medicina Interna pretende, nesta área dinâmica de prestação de cuidados, “dar continuidade ao grande objetivo de melhorar e dignificar o apoio da MI a todos os doentes internados no Hospital Central do Funchal, dando maior visibilidade ao papel do internista como gestor do doente internado e da Medicina Interna como ponte entre as especialidades”. No entanto, sublinha que é preciso intervir noutras áreas. Na sua ótica, é necessária uma nova organização na Saúde que introduza modificações nos hospitais e nos centros de saúde e que permita criar uma plataforma conjunta entre a MI e a MGF.

Do novo projeto faz também parte a criação de um Hospital de Dia. A Medicina Interna já tem um, a funcionar em duas salas do Hospital dos Marmeleiros, mas irá contar com outro junto ao Hospital Dr. Nélio Mendonça. “São ferramentas importantes e essenciais na diminuição dos internamentos hospitalares por redução drástica de situações inadequadas. Neles presta-se assistência de uma forma eficaz e eficiente a doentes cuja



Os chefes de setor Patrício Freitas, Manuela Lélis, Duarte Muller, Rita Vieira, Carlos Lélis (à esquerda de Maria da Luz Brazão), António Chaves e Teresa Faria (ao centro). À direita, as secretárias da Direção, Lesley Rodrigues e Eusébia Abreu



situação clínica não exige internamento, mas que necessita da realização de técnicas complementares de diagnóstico, terapêuticas programadas ou de urgência”, diz.

Para Maria da Luz Brazão, os hospitais de dia, se forem bem geridos, “podem ser muito rentabilizados, com uma excelente relação custo/benefício, tornando-se numa charneira importante na articulação entre o Serviço de Medicina Interna, a consulta externa de MI e o ambulatório”.

É também no Hospital dos Marmeleiros que funcionam as consultas externas,

que envolvem a participação de toda a equipa da MI. Além das consultas diferenciadas – prevenção da aterosclerose e das dislipidemias, das doenças cerebrovasculares, hipertensão arterial, doenças autoimunes, doenças metabólicas e Consulta de Trombofilias –, a Medicina Interna colabora com outros serviços em consultas multidisciplinares. Integra a Consulta da Terapia da Dor (Serviço de Anestesia), a Consulta de Hipertensão Pulmonar Primária (Cardiologia) e a Consulta de Genética de Hipertensão Arterial (Unidade de Investigação).

## Unidade Polivalente de Medicina Interna do Hospital Central do Funchal (UPMI-HCF)

Projeto inovador liderado pela equipa de internistas do SESARAM, EPE, a Unidade Polivalente de Medicina Interna do Hospital Central do Funchal visa reduzir a sobrelotação das urgências e o tempo de internamento, ao mesmo tempo que agiliza a prestação de cuidados, com diminuição de custos. Assenta em quatro grandes pilares:



### Unidade de Internamento Curto UIC

A rotação/doente cama é superior à do internamento convencional. Destina-se a situações que se prevê estarem resolvidas até às 72 horas, ou que melhorem o suficiente para que os doentes sejam encaminhados para a hospitalização domiciliária. As situações que mais frequentemente motivam internamento neste tipo de unidades são a insuficiência cardíaca congestiva e a doença pulmonar obstrutiva crónica, para além de diversos tipos de infeções.

### Unidade de Diagnóstico Rá-pido UDR

Tem como principal vantagem a diminuição do número de internamentos. Os critérios de funcionamento estão bem estabelecidos: consultas efetuadas por assistentes hospitalares experientes, seleção criteriosa dos doentes, apoio rápido de subespecialidades, enfermeiros e técnicos e uma avaliação do doente no próprio dia, com todos os exames complementares de diagnóstico efetuados.

### Hos-ital de Dia HD

Presta-se assistência, de uma forma eficaz e eficiente, a doentes cuja situação clínica não exige internamento, mas necessita da realização de técnicas complementares de diagnóstico, administração de terapêuticas programadas ou administração de terapêutica de urgência.

### Hos-italiza ão Domiciliária HAD

Evita o internamento, mas requer vigilância clínica e administração de tratamentos hospitalares. A base da HAD assenta em equipas multidisciplinares constituídas por médicos de família e dos hospitais (os internistas são fundamentais), familiares cuidadores, enfermeiros e técnicos, que interagem quer presencialmente, quer por telefone ou correio eletrónico.

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, EM VISEU

# NEDM debateu a relação entre diabetes

***O fígado é um órgão cuja atividade está relacionada com a diabetes. “É reconhecido como estando ligado à fisiologia, à fisiopatologia e, até mesmo, à forma de tratar as hiperglicemias, intervindo na produção hepática da glicose”, afirmou, à Just News, Álvaro Coelho, coordenador do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) da SPMI.***

Foi no decorrer de uma reunião extraordinária daquele Núcleo, subordinada à temática “Diabetes e fígado”, que teve lugar no dia 4 de julho, no auditório do Hospital de São Pedro (CHTMAD), em Vila Real, que Álvaro Coelho garantiu que o fígado está, neste momento, “no centro de qualquer raciocínio sobre diabetes”.

Tal como referiu, falar desta epidemia pressupõe pensar em alguns órgãos como o pâncreas, o rim, os olhos e o

coração, entre outros, sendo o fígado um dos primeiros a ser reconhecido como “importantíssimo” nestas áreas. “Tem maior resistência que os outros órgãos, logo, não é dos primeiros a ter uma expressão clínica. No entanto, é bom debruçarmo-nos sobre ele”, observou.

De acordo com Álvaro Coelho, uma das intenções do NEDM é promover estes encontros de interesses e, dadas as ca-

racterísticas da diabetes, “é excelente” que se realizem reuniões que envolvam os vários núcleos.

Para Trigo Faria, diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital de São Pedro, o tema desta reunião é de “extrema relevância”. Segundo refere, as unidades de Diabetes e de Hepatologia do Serviço de Medicina Interna pelo qual é responsável, dedicam-se, há vários anos, ao estudo destas patologias e ao seguimento dos doentes, fazendo todo o sentido que os profissionais possam efetuar uma atualização de conhecimentos.

“As duas unidades têm trabalhado em conjunto no sentido de serem o mais eficientes possível para os doentes da nossa região”, sublinhou, acrescentando que o internista é, por definição, o médico que tem a visão mais global e integra-

dora do indivíduo, podendo tratar estas entidades de forma eficaz.

Segundo referiu, nos últimos anos, saíram muitas novidades sobre a relação bidirecional entre o referido órgão e a diabetes, sendo que esta patologia e o fígado gordo podem ser causa de doença hepática crónica, que predispõe ao carcinoma hepatocelular.

Jorge Crespo, vice-presidente da SPMI, afirmou considerar que esta reunião do NEDM foi uma iniciativa “cheia de oportunidade”, ao “juntar profissionais de diversos núcleos que, dentro da Medicina Interna, se interessam por estes problemas, dando conta do seu dinamismo”, justificou.

Jorge Crespo também salientou a importância da temática central. “Durante muito tempo, estas duas áreas estiveram de costas viradas. No entanto, hoje em dia, conhecendo-se a inter-relação existente entre eles, é fundamental que as conheçamos bem para as poder tratar”, indicou.

A II Reunião Extraordinária do NEDM foi uma organização conjunta daquele Núcleo e da Unidade Integrada de Diabetes, coordenada por Paulo Subtil, do Serviço de Medicina Interna do Hospital de São Pedro, em Vila Real.



João Sérgio Neves, Paulo Subtil, Cristina Roque, Álvaro Coelho, Margarida Bigotte, António Marinho e Edite Nascimento



# e fígado



DE ACORDO COM ÁLVARO COELHO, UMA DAS INTENÇÕES DO NEDM É PROMOVER ESTES ENCONTROS DE INTERESSES E, DADAS AS CARACTERÍSTICAS DA DIABETES, "É EXCELENTE" QUE SE REALIZEM REUNIÕES QUE ENVOLVAM OS VÁRIOS NÚCLEOS.

# As novas *guidelines* da ESC relativamente às SCA sem elevação persistente do segmento ST



**Jorge Dantas**

Interno de Medicina Interna do Serviço de Medicina do Hospital São Francisco avier

Em setembro de 2015, a Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) atualizou as suas recomendações relativamente às síndromas coronárias agudas (SCA) sem elevação persistente do segmento ST, procedendo à revisão das *guidelines* publicadas em 2011 sobre este tema. Neste artigo, pretende-se destacar as alterações introduzidas no que se refere a diagnóstico, prognóstico e tratamento a curto e longo prazo.

Não esquecendo que o diagnóstico de enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST (NSTEMI) se deve basear na integração dos dados da história clínica, exame físico, eletrocardiograma (ECG) e avaliação laboratorial (recomendação classe I, nível A IA), é de destacar a indicação clara da ESC para que, dentro dos biomarcadores de lesão miocárdica (MNM), seja privilegiado o dosear das troponinas de alta sensibilidade (hs-troponin I ou hs-troponin T), ficando as suas congêneres de menor sensibilidade reservadas para as situações em que as primeiras não estejam disponíveis IA.

Apesar de esta recomendação constar das *guidelines* de 2011, a ESC é agora mais assertiva na sua recomendação, propondo dois algoritmos "rule-in/rule-out" de NSTEMI, o primeiro baseado no doseamento destes

marcadores às 0 e 3h IB, já apresentado nas *guidelines* de 2011, e um segundo às 0 e 1h IB, que é uma novidade nas *guidelines* de 2015.

Em relação aos restantes MNM, é admitido que apenas a C-MB e a coceptina apresentam relevância clínica, sendo que nas *guidelines* de 2015 os restantes MNM são descartados.

Ainda no que se refere ao diagnóstico, é de notar o destaque que nas *guidelines* de 2015 se faz à necessidade de o ecocardiograma transtorácico estar disponível por rotina nos serviços de urgência e ser usado em todos os doentes para avaliação da função cardíaca e exclusão de diagnósticos diferenciais IC.

Quanto ao prognóstico, mantém-se a recomendação de recurso a escalas de risco validadas IB, sendo proposta nas *guidelines* de 2015 a "Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE 2.0) risk calculator", que tem em conta fatores da história clínica, exame físico, ECG, MNM e creatinina sérica, devendo esta última ser doseada em todos os doentes.

No que se refere ao tratamento médico do NSTEMI, apesar de só recentemente os novos inibidores da P2 12 começarem a estar disponíveis nos nossos serviços de urgência, a sua recomendação já constava das *guidelines* de 2011, mantendo-se estas inalteradas no que se refere ao tratamento antiagregante: ácido acetilsalicílico (AAS) nas doses habituais IA, a que se acrescenta um inibidor da P2 12 durante 12 meses IA, que deverá ser ticagrelor (carga de 180 mg, seguido de 90 mg duas vezes por dia) IA com exceção dos doentes que irão ser submetidos a intervenções percutâneas (em que o ticagrelor é substituído por prasugrel) e dos doentes que não possam receber estas terapêuticas ou que tenham indicação para permanecer anticoagulados, os quais devem ser tratados com clopidogrel IB.

Existe nas *guidelines* de 2015 uma perda de interesse nos inibidores da glicoproteína IIb/IIIa, sendo referido que a maioria dos estudos que apoiavam o seu uso é prévia à utilização por rotina dos inibidores da P2 12. É destacado que doentes tratados com prasugrel ou ticagrelor não devem ser submetidos a terapêutica com inibidores da glicoproteína IIb/IIIa, ficando esta terapêutica reservada para situações de recurso durante intervenções percutâneas.

Mantendo-se as recomendações no que se refere à anticoagulação na fase aguda, há a destacar, no que se refere à anticoagulação crónica, algumas novidades introduzidas pelas *guidelines* de 2015.

Não estando recomendado em doentes tratados com prasugrel ou ticagrelor o rivaroxabano na dose de 2,5 mg 2 vezes por dia, pode ser associado ao AAS e ao clopidogrel em doentes de alto risco para eventos coronários e baixo risco hemorrágico.

Em doentes com indicação para anticoagulação oral prolongada (por exemplo, fibrilhação auricular e CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC  $\geq 2$ ), propostos apenas para terapêutica médica ou bypass coronário, a indicação é a manutenção do anticoagulante oral associado a AAS ou clopidogrel durante 12 meses, sendo descartada a terapêutica tripla (anticoagulante oral, AAS e clopidogrel) e o prolongar da antiagregação após este período de tempo.

Doentes com indicação para anticoagulação sujeitos a intervenção coronária percutânea devem manter terapêutica tripla durante o menor período de tempo possível: se baixo risco hemorrágico, indicação para terapêutica tripla durante 6 meses, completando os 12 meses apenas com o anticoagulante oral e um dos antiagregantes IIaC; se alto risco hemorrágico o período de terapêutica tripla é encurtado para 4 semanas IIaC.

Apesar de ser encorajado nos doentes anticoagulados a suspensão da antiagregação após os 12 meses, é feita a ressalva que, no caso de doentes de alto risco para eventos coronários, se poderá optar por manter anticoagulação e antiagregação em conjunto cronicamente.

Sem apresentarem uma revolução das indicações prévias, as novas *guidelines* da ESC publicadas em 2015 atualizam diversos pontos com impacto na atividade clínica, merecendo uma leitura atenta para lá do que se encontra destacado neste artigo.

Fica a sugestão de consulta do documento original, através do link: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehv320>

ESPAÇO

# internos

## de Medicina Interna



6.ª ESCOLA DE VERÃO DA MEDICINA INTERNA

## EVERMI é cada vez mais um “laboratório pedagógico”

***O cunho interativo foi reforçado na 6.ª edição da Escola de Verão da Medicina Interna (EVERMI), que decorreu entre os dias 10 e 12 de setembro, em Beja, para estimular a aprendizagem e o espírito de grupo entre os internistas.***

Aprender, partilhar, evoluir em grupo foram os objetivos centrais de mais uma edição da EVERMI, a sexta, que a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna organizou para os jovens internos da especialidade e que contou com 35 participantes de todo o país. Segundo António Martins Baptista, diretor da EVERMI, o modelo do programa científico manteve-se, mas ganhou impulso a componente mais prática.

“Vamos sempre fazendo novas experiências pedagógicas, mas uma das sessões que repetimos este ano, e que tinha sido muito bem recebida na 5.ª edição, foi o “Laboratório de Ecografia”, embora com um padrão ligeiramente diferente. Queremos criar mais interatividade, estar mais próximos de quem nos está a ouvir, de maneira a envolvê-los no ensino”, explica, acrescentando que o balanço foi muito positivo.

O conceito tem a sua génese na Escola Europeia de Medicina Interna e apresenta-se cada vez mais sólido. Tal não significa cristalização. Segundo António Martins Baptista, o futuro do projeto

será aquele que os jovens internos ditarem, uma vez que também eles têm uma palavra a dizer sobre o conteúdo do programa científico no final da formação. Ou seja, a evolução será no sentido de

“procurar sempre a melhor maneira de ensinar os jovens internos de MI” e de criar um “espírito forte” na especialidade. Um objetivo que, na sua opinião, está a ser alcançado: “A verdade é que é destas escolas, não só em Portugal como a



nível europeu, que têm saído os jovens dirigentes da MI.”

Nuno Bernardino Vieira, codiretor da EVERMI, realçou igualmente a importância de criar laços entre os internos que frequentam a formação. “São de locais diferentes, pouco se conhecem, e esta iniciativa permite-lhes estabelecer laços que podem ser pontes importantes no futuro para trabalharem em conjunto, para desenvolverem trabalhos de investigação multicêntricos”, afirma. Ao mesmo tempo, estão a receber “motivação

para que defendam sempre a especialidade e para que a vivam com muito ânimo e empenho”.

Além de conferências, *workshops* e do “Laboratório de Ecografia”, a formação desenrolou-se com a discussão de casos clínicos e com sessões práticas e interativas. Entre os especialistas convidados para assumir o papel de formadores estiveram Luís Campos (Hospital de S. Francisco Xavier) e Maria da Luz Brazão (SESARAM). Emílio Vale, presidente da Sociedade Espanhola de Me-

dicina Interna, moderou um dos três *workshops*.

Nuno Bernardino Vieira esteve igualmente no papel de formador, mas também ele já foi formando na Escola Europeia de Medicina Interna. “É algo que me dá muito prazer. Como já estive do outro lado, sei como foi importante a ESIM para a minha formação. Por isso, acredito que é uma mais-valia para estes novos colegas”, frisa.

A aprendizagem é, contudo, bidirecional e fora da sala da formação são todos internistas. “Lá fora somos todos colegas uns dos outros. Não há grande distanciamento. O papel de professor acaba por diluir-se. Temos um pouco mais de experiência do que eles, mas também aprendemos”, nota o codiretor da EVERMI.

A Comissão Organizadora da Escola de Verão é composta por Carla Araújo, José Mariz, Maria João Lobão, Raquel Cavaco, Ricardo Louro, Susana Marques e Zélia Lopes.



## O que dizem os internos que participaram na 6.ª Edição da EVERMI



**Joana Pires Sequeira**  
Interna do 5.º ano  
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde

“Já conhecia o conceito e, por outro lado, era a última oportunidade, uma vez que estou no 5.º ano. São momentos muito bons de aprendizagem. As sessões têm qualidade e o teor é muito prático. O facto de serem grupos pequenos permite que haja uma maior partilha de experiências entre colegas e até de algumas angústias. Sou representante local do meu centro hospitalar e é sempre bom conhecer outras realidades do país. Depois, há a parte de convivência, de socialização com os colegas. É uma oportunidade para dar também o meu contributo como interna mais velha.”



**Vasco Batista**  
Interno do 3.º ano  
CH do Tâmega e Sousa

“Fui aconselhado por colegas a frequentar a Escola. Está a ser uma experiência agradável, num local bonito. Aliás, esta experiência ficou acima das minhas expectativas. Não foi nem um pouco maçador. A formação foi muito dinâmica e com verdadeiros especialistas nesta área. Além da competência que demonstraram, sabem também criar uma relação com o público, o que facilita a comunicação entre os internos, que são os nossos futuros colegas.”



**João Pedro Gomes**  
Interno do 2.º ano  
CH e Universitário de Coimbra

“Levo daqui uma experiência interessante e que é multidirecional, com internos e especialistas de vários locais e com experiências diversas, que nos alertam para todas estas realidades. Como era um grupo pequeno, permitiu que pudéssemos aprender, conversar, trocar experiências e ter visões diferentes. Foi enriquecedor para nós e, com certeza, também o será para os doentes, que vão acabar por beneficiar destas nossas evoluções.”





*Ser interno de Medicina Interna no...*

## Hospital de Braga



**Vânia Gomes**

Interna de Medicina Interna, Hospital de Braga

A consulta externa de Medicina Interna (2h semanais) é transversal ao longo do internato. As consultas temáticas são distribuídas (1.º ano – 6 meses “Hipertensão Arterial”; 2.º ano – 6 meses “Risco Cardiovascular”; 3.º e 4.º anos – total de 6 meses “Consulta VIH e Doenças Infeciosas”; 5.º ano – 12 meses “Doenças Autoimunes”). Contudo, os internos nunca chegam a ter consulta em nome próprio e só pontualmente estão na consulta sem o respetivo especialista.

12 horas do horário normal de trabalho são no Serviço de Urgência, alternando semanalmente entre trabalho diurno e noturno e maioritariamente alocadas à área de atendimento dos doentes mais graves. Habitualmente, é necessário fazer entre 12 a 24h de horas extraordinárias por mês. A partir do 2.º ano, o interno é integrado (uma tarde por semana) numa equipa de Urgência Interna, assegurando o atendimento permanente às complicações médicas urgentes de todos os doentes do hospital.

Desde 2014 que, em parceria com a Escola de Ciências para a Saúde da Universidade do Minho, os internos recém-chegados integram uma equipa organizada de Investigação (Básica / Clínica), cujo objetivo é a produção de investigação científica rigorosa e de mérito. Existem ensaios clínicos a decorrer, sobretudo na área da imunidade. O interno pode escolher até 12 meses de estágios opcionais em áreas de interesse, a realizar na própria ou noutra instituição, de acordo com a valência. Auxilia no ensino pré-graduado dos alunos de Medicina da Universidade. É avaliado anualmente num exame cujos moldes cumprem os requisitos do Exame Final de Especialidade.

As reuniões científicas são semanais e da responsabilidade de uma equipa funcional (a escala e os temas, por exemplo, “Reunião Clínica Interdisciplinar”, “Imagens em Medicina”, “Tema Teórico”, “Mitos e Realidades”, são afixados trimestralmente). Existem ainda as sessões de “Formação Médica Contínua”, que visam a apresentação de temas médicos pertinentes por parte dos especialistas, e as sessões de apresentação dos doentes internados ao diretor do serviço, ambas semanais.

Em suma, considero o dia-a-dia do interno de Medicina Interna no Hospital de Braga versátil e um constante desafio.

Com uma estrutura arquitetónica moderna construída de raiz, o Hospital de Braga abriu portas em maio de 2011 e assegura cuidados médicos a 1,2 milhões de pessoas dos distritos de Braga e de Viana do Castelo. A Medicina Interna ocupa um papel central e o funcionamento do Serviço sofreu várias reorganizações nos últimos anos.

Ao novo interno de Medicina Interna é atribuído um orientador de formação, em cuja equipa funcional fica integrado e na qual permanecerá, salvo exceções pontuais, até ao final do internato. O horário-tipo consiste em 40 horas semanais, sendo que a maioria destas se resume à assistência aos doentes internados, onde o interno vai aprimorando o *savoir-faire* com um grau de aprendizagem progressiva e de autonomia conquistada ao longo dos anos.

# A urgência hospitalar também é “uma oportunidade de diagnóstico de VIH”

**“O serviço de urgência é a ‘porta de entrada’ da maioria dos doentes no hospital e, por conseguinte, uma oportunidade de diagnóstico de VIH, desde que o clínico esteja alerta.” A afirmação é de Fátima Leal Seabra, membro da Comissão Organizadora do Curso de Infeção VIH para Internistas – Abordagem no Serviço de Urgência.**

A formação, que decorreu em Évora, nos dias 25 e 26 de setembro, foi organizada pelo Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), com o apoio do Núcleo de Estudos da Doença VIH (NED-VIH) daquela Sociedade.

De acordo com a representante do NIMI no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, este curso, dirigido a internos de MI, teve como principal objetivo facilitar o diagnóstico do VIH no serviço de urgência. “O VIH é uma doença crónica e é o internista que acaba por gerir o doente crónico e não apenas a situação aguda por si só”, justificou.

“O VIH não surge só nos indivíduos com estigmas sociais. Qualquer um pode ter o diagnóstico da infeção, que se prende com os sintomas mais banais, e só quando pensamos nessas situações é que conseguimos diagnosticá-las”, referiu, acrescentando que o diagnóstico pode ser feito tanto aos 90 anos como aos 18. No curso, foram abordados os sintomas e sinais associados ao VIH (febre, adenopatias, queixas respiratórias, digestivas, neurológicas e cutâneas), noções básicas de terapêutica antirretroviral, interações medicamentosas e profilaxias pós-exposição. Houve tempo ainda para a apresentação de casos clínicos.

Fátima Leal Seabra aproveitou a oportunidade para agradecer ao NEDVIH, sobretudo ao seu coordenador, Telo Faria, e aos secretários Rosas Vieira (CH Gaia/Espinho) e Umbelina Caixas (CH Lisboa Central/H. S. José) pelo apoio prestado. Apesar de inicialmente terem sido estipuladas 30 vagas para inscrições, a verdade é que este curso acabou por reunir 47 participantes.



NO CURSO, FORAM ABORDADOS OS SINTOMAS E SINAIS ASSOCIADOS AO VIH, NOÇÕES BÁSICAS DE TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL, INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E PROFILAXIAS PÓS-EXPOSIÇÃO.



PUBLICIDADE

# ANDAR: associação defende os doentes com artrite reumatoide há duas décadas



**Arsisete Saraiva**  
Presidente da Direção da ANDAR

Os principais objetivos da ANDAR são: a divulgação da defesa dos interesses dos doentes com AR, visando a sua qualidade de vida e a integração social, familiar e laboral, mediante a difusão de conhecimentos e de medidas de prevenção no combate àquela doença; a realização de programas e ações de informação; a promoção de edições sobre a doença; a organização de encontros de doentes onde possam expressar as suas dificuldades e dúvidas em relação à sua doença; a colaboração com outros serviços nacionais ou estrangeiros; para troca de informações; a construção de um centro de acolhimento para doentes com AR – este é, sem dúvida, o objetivo mais importante e ambicioso da associação ANDAR.

A principal atividade da ANDAR é, em primeiro lugar, a ajuda a todos os doentes com AR, quer sejam associados ou não da ANDAR, porque entendemos que o devemos fazer independentemente de serem ou não associados.

Outras atividades, comuns, de uma maneira geral, a outras associações de doentes, são o apoio médico-social e o atendimento telefónico, em que a nossa disponibilidade é total. Esta atividade é muito importante porque muitos doentes que vivem sozinhos e se sentem isolados sentem necessidade de conversar connosco sobre a sua doença e sobre os seus problemas, é quase como estar a fazer psicanálise, isso conforta-os e dá-lhes confiança. Temos, também, os encontros mensais com grupos de doentes, “grupos de auto ajuda”. Nestes encontros são sempre acompanhados por um técnico de saúde.

Falando sobre a artrite reumatoide, podemos dizer que a AR é uma doença inflamatória crónica, que se manifesta por dor articular, rigidez e inchaço. Estima-se que existam em Portugal 0,5 a 0,7 de doentes com AR, conforme o Reuma Censos, que determinou a prevalência das doenças reumáticas em Portugal, sendo o primeiro estudo nacional de larga escala no nosso País.

Os custos com a perda de produtividade e a falta ao trabalho rondam alguns milhões de euros, sendo que os doentes com AR são os que têm pior qualidade de vida e maior incapacidade funcional.

De causa ainda desconhecida, pode afetar outros órgãos, como os olhos, a pele, o coração, os pulmões e as glândulas salivares e lacrimais. Inicia-se quase sempre entre os 30 e os 50 anos de idade, mas também é frequente aparecer após a menopausa.

Atinge mais o sexo feminino do que o masculino, não escolhe raças ou clima. Alguns fatores de risco conhecidos são as mulheres fumadoras, o pós-parto e o pós-menopausa. Facto curioso é que as mulheres com AR melhoram durante a gravidez e com a amamentação.

A AR começa, geralmente, por atingir as pequenas articulações das mãos e dos pés, mas pode afetar outras articulações do corpo, originando dificuldades acrescidas nas atividades da vida diária, chegando a impedir a realização de tarefas tão simples como abrir uma porta, cortar o pão, fazer a sua higiene pessoal ou simplesmente pegar num copo de água. É muito penoso e desesperante para o doente ter de depender de uma terceira pessoa para o ajudar a fazer estas tarefas.

O diagnóstico precoce é fundamental, para um melhor e mais rápido tratamento, travando assim a destruição das articulações e a incapacidade futura. A ANDAR tem vindo, nos últimos 20 anos, a divulgar às populações, aos doentes reumáticos, em geral, e aos familiares e doentes com AR, em particular, informação sobre a doença e o seu tratamento.

É imperioso alertar a população para os riscos de um diagnóstico tardio na AR. Entendemos que as autoridades de saúde devem incluir no Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas ações de divulgação junto da Medicina Geral e Familiar, nos centros de saúde e hospitais do SNS que abrangem o público em geral, enquanto a Associação mantém a divulgação junto dos seus associados, através do Boletim Informativo, das Jornadas Anuais e de ações junto das autarquias e das juntas de freguesia.

Por último, apenas uma referência aos novos tratamentos, os chamados “biológicos”, ou, mais corretamente, biotecnológicos, uma terapêutica inovadora que veio revolucionar o tratamento na AR. Todos os doentes com critérios de inclusão devem ter acesso ao melhor tratamento, obtendo uma melhor qualidade de vida. O Estado, tratando melhor estes doentes com AR, obtém mais ganhos em saúde. Porque são doentes que deixam de ter baixas por incapacidade ao serviço, gastam menos medicação, têm menos internamentos, menos cirurgias e continuam a descontar os seus impostos.

A Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatoide – ANDAR -- é uma instituição particular de solidariedade social sem fins lucrativos, fundada em 5 de abril de 1995.

A artrite reumatoide (AR) foi a primeira doença a ter um dia nacional em Portugal. A ANDAR surgiu para colmatar uma lacuna que existia na área desta patologia e da necessidade de defender os doentes com AR, a falta de uma associação que pudesse defender os direitos dos doentes, de os encaminhar para a consulta certa, orientando-os e indicando-lhes o caminho e os passos certos para obterem uma consulta da especialidade.



PUBLICIDADE

1.ª EDIÇÃO TEVE LUGAR NA FIGUEIRA DA FOZ

# Summer Autoimmunity School para internos

As doenças autoimunes representam cerca de 5% das patologias totais, sendo por isso importante apostar no conhecimento e atualização. Carla Noronha, médica de Medicina Interna do Hospital Beatriz Angelo, dedica-se a esta área há mais de 10 anos e decidiu que era o momento de organizar a primeira edição da Summer Autoimmunity School, dirigida a internos das mais diversas especialidades.



Carla Noronha

“As doenças autoimunes são patologias raras, mas, quando surgem, geralmente, atingem vários órgãos e sistemas e podem aparecer no dia-a-dia do internista, mas também do



oftalmologista, do dermatologista, do pneumologista, ou do gastroenterologista, entre outros especialistas, devendo, por isso, a abordagem ser multidisciplinar”, sublinhou a coordenadora da Escola, que decorreu durante quatro dias, entre 10 e 13 de setembro, na Figueira da Foz.

A especialista lembra que estas patolo-

gias exigem muitas vezes uma abordagem de doentes críticos em ambiente de cuidados intensivos, assim como um “olho” que consiga englobar os conceitos todos no mesmo doente e tratá-lo a ele e não à doença. Na sua opinião, a melhor pessoa para o fazer é o internista.

A ideia de criar esta Escola surgiu da evolução de um conceito que Carla Noronha já tinha criado em 2007 – *workshop* interativo em doenças autoimunes –, o seu projeto de mestrado, que alia a metodologia de casos-problema com a disponibilização dos conteúdos e avaliação *online*, sendo *paper free*.

“Julgámos que seria interessante evoluir, quer aproveitando o conceito de escola (ficarem alojados todos e conviverem), quer o conceito do próprio verão, e aproveitar o que este nos pode dar (a praia e todas as atividades que podem ser feitas nesta estação do ano), daí ser dirigido só para internos de todas as especialidades médicas, embora a grande maioria seja de Medicina Interna”, adiantou.



Com o patrocínio científico da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Ordem dos Médicos, a Escola contou com 40 alunos (internos do 1.º ao 5.º ano) e com a participação de preletores das áreas da Medicina Interna, Reumatologia, Oftalmologia, Dermatologia, Gastrente-



Maria Lobo Antunes, Ana Isabel Reis, Adriana W. Soares, João Espírito Santo, Carla Noronha, Ana Catarina Rodrigues e Ana Grilo

# de várias especialidades



rologia, Pneumologia e Investigação especialmente dedicados a esta temática. No futuro, Carla Noronha espera que a Escola possa alargar quer o âmbito, quer a dimensão. E considera mesmo: "Quem sabe se não estamos perante uma ideia a exportar "

REALIZADAS EM ELVAS, NOS DIAS 26 E 27 DE JUNHO

# “Doença VIH/SIDA e CSP” foi o tema das XVI

**“Doença VIH/SIDA e CSP” foi o tema escolhido para as XVI Jornadas sobre a Infeção VIH, que se realizaram nos dias 26 e 27 de junho, no Hotel de Santa Luzia, em Elvas. Organizadas pelo Núcleo de Estudos da Doença VIH (NEDVIH) da SPMI, coordenado por Telo Faria, contaram com a participação de profissionais de Medicina Interna, MGF, Infeciologia e Pneumologia.**

Telo Faria, que também é responsável pela Consulta Multidisciplinar de Doenças Infecciosas da Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo (ULSBA) e coordenador do Programa Regional para a Infeção VIH/SIDA 2012/2016, deu a conhecer a experiência regional do Alentejo

na implementação do programa VIH/SIDA.

António Diniz, diretor do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA da Direção-Geral da Saúde (DGS), que participou na mesa-redonda “Programa Nacional da Infeção VIH/SIDA e experi-

ência regional”, realçou que “os últimos dados disponíveis, referentes a 2013, apontam para a continuação do decréscimo de novos casos notificados de infeção por VIH no nosso país, o que é muito positivo”.

Na sua opinião, este decréscimo vai

continuar, tendo em conta os quatro aspetos inovadores previstos no Programa Nacional: a participação dos CSP no “Programa Troca de Seringas”; a realização de testes rápidos; a introdução do sistema informático que gere todo o percurso das pessoas infetadas em seguimento no hospital, do ponto de vista clínico, laboratorial, terapêutico e de contratualização; e a consti-



tuição de uma rede de referência hospitalar.

Quem também realçou os dados positivos do Programa foi o secretário de Estado Fernando Leal da Costa. À margem das Jornadas, disse à *Just News* que “foram efetuados cerca de quatro mil testes rápidos nos CSP, abrangendo as cinco regiões de saúde, de acordo com a estra-



# Jornadas sobre a Infeção VIH

tégia definida de privilegiar as de maior incidência de infeção nos anos imediatamente anteriores a 2013”.

Quanto às Jornadas, Fernando Leal da Costa considera que “iniciativas que visem sensibilizar os profissionais de saúde e promover a integração e articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados constituem sempre um contributo valioso para a prevenção do VIH”.



António Diniz, Telo Faria, Margarida Silveira, Emilia Duro, José Robalo e Filomena Araújo



Nas próximas cinco páginas, reproduzem-se alguns textos originalmente publicados no *Jornal das XVI Jornadas sobre a Infeção VIH*, incluindo a entrevista a Telo Faria

*Já foi ver hoje o que se passa na Saúde?*

# A infeção VIH e a Igreja Católica Apostólica



## Albino Reis

Diretor de serviço e capelão, Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, CH de Vila Nova de Gaia Espinho

Quando, nos anos oitenta, o mundo se alarmou com os primeiros casos de SIDA, muitas vezes se levantaram para falar de um castigo divino contra os homossexuais e os promíscuos, pela sua sexualidade desordenada. Também entre os católicos essa foi, mesmo de algumas figuras de primeiro plano, a opinião manifestada.

Hoje, a Igreja Católica Apostólica Romana aparece como uma das instituições mais empenhadas e na vanguarda da assistência aos infetados pelo VIH, oferecendo apoio e uma abordagem baseada nos valores e na dimensão humana da sexualidade.

As campanhas de prevenção da SIDA que se centram, de forma unilateral e quase exclusiva, na propaganda e na distribuição de preservativos, a Igreja responde sublinhando as limitações inerentes a essa medida preventiva e continua a afirmar a sua convicção de que a luta para travar a propagação da doença vai além da questão dos preservativos.

Mais: a Igreja propõe a abstinência fora do matrimónio, a fidelidade no matrimónio ou à parceira (ao parceiro) que se elegeu para partilhar a vida e o não uso de drogas intravenosas como os únicos meios moralmente corretos e seguros para prevenir a difusão da SIDA.

Por isso, a Igreja concentra a sua ação em programas de prevenção nas comunidades, nas escolas e nas famílias e no acolhimento e assistência direta aos infetados pelo VIH.

Há em todo o mundo mais de 1500 projetos de instituições católicas de apoio a doentes de SIDA, que beneficiam, por ano, pelo menos quatro milhões e meio de pessoas (além de milhares de crianças órfãs de pais que morreram com a doença), em diferentes áreas de combate à pandemia. Só em África estão dois terços destes programas ligados a congregações religiosas. Dados da ONUSIDA revelam que mais de um quarto dos projetos ligados ao tratamento dos doentes com SIDA é iniciativa da Igreja Católica e se concentram sobretudo nos países mais pobres do Globo.

Ainda recentemente, o papa Francisco elogiou os membros da Igreja “que se esforçam – sobretudo na África – para educar as pessoas sobre responsabilidade sexual e castidade”, como forma de prevenir a epidemia do vírus VIH, e se dedicam ao cuidado dos doentes infectados.

As reticências da moral católica em relação ao uso generalizado do preservativo são por demais conhecidas. No caso concreto da prevenção contra a infeção pelo VIH têm uma razão acrescida: quando se afirma, como faz a Igreja Católica, que a promiscuidade sexual favorece a propagação da SIDA, é absurdo recomendar medidas que, implicitamente, relativizam essa posição.

# A mulher e a doença VIH – menopausa



## Umbelina Caixas

Assistente hospitalar graduada de Medicina Interna, Hospital de São José, CHLC

Em 2013, a UNAIDS estimava que, de 35 milhões de indivíduos infetados pelo VIH, metade eram mulheres e cerca de 13% da população adulta tinha 50 ou mais anos.

A terapêutica antirretroviral combinada permitiu um aumento da esperança de vida dos indivíduos infetados próxima da população geral, esperando-se que em 2015-2020 metade tenham 50 ou mais anos de idade e vivam com condições clínicas que habitualmente acompanham o processo do envelhecimento, como a menopausa, nas mulheres.

Na população geral, a idade média para a menopausa é de 52 anos, nas mulheres infetadas pelo VIH os dados, ainda que controversos, apontam para uma menopausa precoce entre os 40-49 anos. Para além de fatores comuns à população geral, a imunodeficiência associada à infeção VIH e a co-infeção HCV parecem ser fatores preditores de menopausa precoce na mulher VIH.

A menopausa está associada à progressão de doenças crónicas (ex: HTA, diabetes, diminuição da massa óssea),

sendo expectável que nas mulheres infetadas, de base, mais suscetíveis, o risco seja mais precoce, com consequente diminuição da qualidade de vida em idades mais jovens.

A menopausa é um processo universal e irreversível, associado ao envelhecimento e consequente falência da função ovárica; é definida clinicamente após 12 meses de amenorreia e laboratorialmente por redução dos estrogénios e aumento da FSH.

A literatura aponta para uma clara relação entre menopausa e infeção VIH, sendo os níveis baixos de estrogénios associados a imunossenescência, à transmissão e replicação do VIH e à resposta aos antirretrovirais. Os estrogénios são substrato e moduladores das isoenzimas do citocromo P450 com esperado impacto no metabolismo dos antirretrovirais. Os estudos sugerem que existem outras alterações moleculares na menopausa (ex: FSH, IL6, NO, TGF-beta) a influenciar a patogénese do vírus e a resposta à terapêutica.

Os sintomas associados à perimenopausa e menopau-

# Romana

Contudo, quando fala da SIDA ou de outros aspetos da vida humana, a Igreja não faz Doutrina para situações individuais e casos concretos. Uma coisa é a Doutrina como lei geral e a orientação da Igreja sobre determinados comportamentos, a nível de tese, e outra coisa é o acompanhamento de pessoas e questões concretas. Daí que não sejam poucas as vozes a fazer-se ouvir, mesmo de cardeais (Martini, na Itália) ou bispos (Ilídio, em Portugal), em favor do uso do preservativo como um “mal menor”, em nome de um bem maior que é a defesa da vida. O cardeal Martini e o bispo Ilídio falavam a propósito da obrigação moral de o doente infetado pela SIDA usar o preservativo para proteger o seu companheiro.

ABC (Abstinence, Being Faithful and Condom Use – Abstinência, Fidelidade e Uso do preservativo – que não é a parte decisiva) parece ser a barreira contra a difusão do VIH. Pelo menos, quando olhamos para o caso do Uganda. Nos anos 80 do século XX, este país da África era o epicentro da catástrofe da SIDA, mas foi capaz de mudar a tendência de propagação da doença. Conseguiu reduzir de 30 para 7 a contaminação por VIH, com uma política de estímulo à abstinência sexual dos solteiros, à fidelidade entre os casados e uma educação responsável sobre o uso de preservativos.

sa, particularmente os vasomotores, são mais frequentes na mulher infetada.

Para além do risco de transmissão sexual na mulher ser duas vezes superior, as alterações fisiológicas da menopausa tornam as mulheres particularmente vulneráveis à infeção VIH após contacto sexual de risco, com consequente aumento de novos casos nesta etapa da vida da mulher.

As comorbilidades, a plurimedicação, a adesão à terapêutica e a degradação da função cognitiva são fatores que individualizam esta população. O facto de se tratar de uma população sexualmente ativa, onde o rastreio é frequentemente esquecido e a dificuldade em definir se determinada sintomatologia é consequência do envelhecimento ou da infeção VIH, são fatores que invariavelmente conduzem ao diagnóstico tardio na menopausa. É urgente uma melhor definição do impacto da menopausa na infeção VIH, na resposta e individualização da terapêutica e, claro, intervenções na área do diagnóstico precoce dirigidas à mulher nesta particular fase da sua vida adulta.

# Gravidez e VIH

O objetivo da Obstetrícia é que a gravidez seja planeada, devidamente acompanhada e que termine com um recém-nascido e uma mãe saudáveis. Atualmente, este desiderato já é possível em mulheres ou casais afetados pelo VIH.

A consulta pré-concepcional tem um papel fundamental para o sucesso de uma gravidez. Na mulher infetada pelo VIH, deve verificar-se a eficácia da terapêutica antirretrovírica e a sua adequação à gravidez, fazer um exame ginecológico, uma colpocitologia e o diagnóstico e tratamento de outras infeções de transmissão sexual.

Os casais serodiscordantes para o VIH têm a possibilidade de ter um filho biológico, devendo ser informados acerca das opções reprodutivas mais seguras. Se é o homem o parceiro infetado, a lavagem de esperma seguida de inseminação ou técnicas de procriação medicamente assistida é o procedimento mais seguro.

No entanto, a conceção natural com relações sexuais confinadas ao período fértil é, atualmente, uma opção com pouco risco, desde que o parceiro infetado esteja sob terapêutica e com carga viral indetectável desde há 6 meses, no mínimo. O acompanhamento destes casais é, atualmente, uma das áreas de maior desafio em saúde reprodutiva.

A gravidez constitui uma indicação absoluta para terapêutica antirretrovírica. Efetivamente, uma terapêutica eficaz e a manutenção da carga viral indetectável daí resultante constituem o pilar fundamental para minorar – ou anular – o risco de transmissão vertical. Mais de 40 dos casos de transmissão mãe-filho devem-se a ausência, ou a insuficiência, de terapêutica na gravidez.

Mulheres já medicadas e que engravidam devem manter o mesmo esquema terapêutico, desde que seja eficaz. Os fármacos antirretrovíricos não têm evidenciado uma teratogenicidade que limite a sua utilização no 1.º trimestre. Mesmo o efavirenze (categoria D/FDA) pode ser mantido, atendendo às conclusões de uma recente meta-análise: a incidência de anomalias foi baixa (1,6%) e idêntica em esquemas contendo, ou não contendo, efavirenze.

Com viremias inferiores a 1000 cópias/ml, pode ser planeado um parto vaginal. Também não é necessário AZT intraparto, desde que haja boa adesão à terapêutica e não existam fatores de risco obstétricos (prematuridade, corioamnionite, hemorragia).

A cesariana eletiva está recomendada quando a carga viral é superior a 1000 cópias/ml, associada a AZT em perfusão endovenosa e toma única de nevirapina 2 a 3 horas antes.

A amamentação está desaconselhada em todas as mulheres infetadas pelo VIH, sendo o aleitamento artificial a melhor opção nos países desenvolvidos.



**Cristina Guerreiro**

Assistente graduada de ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Alfredo da Costa CHLC  
Responsável pela Consulta de Imunodepressão e de Patologia de Adição

A CONSULTA PRÉ-  
-CONCEPCIONAL TEM UM  
PAPEL FUNDAMENTAL PARA O  
SUCESSO DE UMA GRAVIDEZ.  
NA MULHER INFETADA PELO  
VIH, DEVE VERIFICAR-SE  
A EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA  
ANTIRRETROVÍRICA E A SUA  
ADEQUAÇÃO À GRAVIDEZ.

TELO FARIA, COORDENADOR DO NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE A INFEÇÃO VIH DA SPMI:

# “A MGF e a MI são as especialidades indicadas para o seguimento partilhado dos doentes com VIH”

**“A MGF e a Medicina Interna são as especialidades indicadas para o seguimento partilhado dos doentes com VIH”, salienta Telo Faria, coordenador do Núcleo de Estudos sobre a Infecção VIH da SPMI e presidente das XVI Jornadas sobre a Infecção VIH. Em entrevista, aquele médico, que também é coordenador regional do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA, fala da realidade alentejana, mas traçou ainda o retrato nacional da epidemia.**

**Just News JN ...O que mudou na região do Alentejo desde a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2015**

**Telo Faria TF** ...Existe o Programa Nacional de Controlo da Infecção VIH, cujo coordenador é o Dr. António Diniz, e os respetivos programas regionais. No caso concreto do Alentejo, temos, naturalmente, o nosso programa, adequado à nossa realidade, com uma equipa no terreno. O programa regional surge no contexto em que Portugal se encontra e no qual o Alentejo também se inclui, com valores preocupantes, quer em termos de prevalência, quer de incidência da infecção VIH. Em termos de prevalência, temos 0,7%, ou seja, um infetado por cada 140 pessoas. É um valor francamente alto, apenas ultrapassado pela Estónia e pela Letónia. É de realçar que, apesar do decréscimo progressivo do número de notificados com VIH e SIDA – e estes são dados importantes –, a incidência continua a ser de 13,1 por 100 mil habitantes, o que constitui o terceiro maior valor da União Europeia, também a seguir à Estónia e à Letónia. Abrange, sobretudo, populações com comportamentos particularmente vulneráveis, como utilizadores de drogas endovenosas, trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, reclusos e imigrantes, ultrapassando os 55 e chegando mesmo aos 100. A percentagem de diagnósticos tardios é de

60%, o que também constituiu o dobro da média europeia.

É neste contexto que estamos a trabalhar. Os números e as linhas de incidência e de prevalência da região Alentejo estão de acordo com o quadro nacional. A elevada prevalência deve-se, também, ao facto de se tratar de uma doença crónica, em que as pessoas vivem muito mais tempo e bem. As metas que pretendemos atingir, quer em termos nacionais, quer regionais, são: reduzir em 25% o número de novas infeções por VIH, em 35% os diagnósticos tardios de infecção por VIH e em 50% o número de novos casos de SIDA, reduzir em 50% o número de mortes por SIDA e aumentar para 95% a percentagem de indivíduos que dizem usar preservativo em relações sexuais ocasionais. Temos também por objetivo eliminar a transmissão vertical (0%) e alargar a todos os hospitais da região o sistema SI.VIDA.

**JN ...Como pretendem alcançar estes objetivos**

**TF** ...As ferramentas que temos para atuar são, precisamente, a implementação, a nível nacional, do sistema informático SI.VIDA, que vai permitir a existência de uma rede de doentes seropositivos para VIH. Será mais fácil fazer a gestão no que respeita a estudos epidemiológicos, por exemplo, tornando mais eficaz o seguimento destes doentes. Trata-se de uma população flutuante que, por razões várias,

muda com frequência de residência. Com este sistema informático, teremos as coisas facilitadas em termos de saber o historial do doente, percebendo, por exemplo, quando ele chega a outro hospital.

Pretendemos também reforçar as ações de educação, informação e prevenção em meio escolar e, ainda, apostar num programa direcionado para os grupos vulneráveis, com articulação com as ONG. Realizamos também ações de formação para técnicos de saúde e reforçamos o programa de troca de seringas. Por fim, temos a implementação e realização de uma rede de deteção precoce da infecção, através dos testes rápidos, a nível dos CAD, dos CDP, dos CSP e dos DICAD. É basicamente com estas ações que se pretende alcançar os objetivos do nosso Programa Regional.

**JN ...Estes objetivos têm vindo a ser cumpridos**

**TF** ...Estamos a trabalhar para isso e os objetivos estão a ser cumpridos de acordo com as nossas próprias condições de trabalho. O Litoral Alentejano é uma das nossas prioridades. É fundamental que haja um CAD e uma consulta de seguimento de doentes com VIH nesta região do Alentejo.

**JN ...É coordenador do Programa Regional desde 2012. O que o levou a assumir este cargo**

**TF** ...Sou o responsável pela Consulta de Doenças Infecciosas do Hospital de Beja desde 2000 e, quando me foi feito o convite, aceitei o desafio. Esta é uma área que me fascina, de que gosto muito, enquanto internista, não apenas por razões clínicas, mas também pela perspetiva sociológica, psicológica e cultural de ver o doente. É uma doença com múltiplos matizes, além da parte clínica. Naturalmente que, perante o convite, ponderei, tendo em conta o que isso representa em termos de responsabili-

de, mas acabei por aceitar. Tenho uma equipa organizada e as coisas estão a funcionar de acordo com o previsto.

**JN ...Qual o balanço que faz da implementação deste Programa que termina no próximo ano**

**TF** ...O balanço nunca é como pretendemos. A realidade fica sempre aquém daquilo que se pretende inicialmente. Contudo, as coisas estão a evoluir de modo positivo, o que é gratificante. De qualquer forma, existem alguns pontos prioritários de intervenção, como é o caso do Litoral Alentejano, que já referi, e ainda o reforço da implementação dos testes rápidos nos cuidados primários de saúde, ou o melhorar da componente multidisciplinar das consultas.

**JN ...Quais são realmente as principais áreas articulares relativamente ao Litoral Alentejo**

**TF** ...Trata-se de uma área com um número preocupante de infetados, onde não há uma consulta de seguimento e nem sequer um CAD, que é fundamental em termos de prevenção e acompanhamento dos doentes. Muito devido ao porto de Sines, temos uma população mais flutuante e com mais comportamentos de risco.

**JN ...Como caracteriza a região do Alentejo no que respeita à doença**

**TF** ...Naturalmente que não é das que apresentam maior prevalência, como as de Lisboa, Porto, Setúbal e Algarve. Temos cerca de 1100 doentes infetados com VIH. Não é alarmante, em termos de números absolutos. Contudo, não deixa de o ser em termos de prevalência e incidência.

**JN ...E em relação aos doentes**

**TF** ...Relativamente aos nossos doentes, 65% são homens. A faixa etária predominante situa-se entre os 30 e os 49 anos. Porém, nos últimos anos, tem havido um aumento dos casos acima dos 50 anos,



mas essa é uma questão nacional e não só regional. Em termos epidemiológicos, o panorama da infeção mudou muito. Há cerca de 15 anos, era menor a transmissão por via sexual, a predominante era a via endovenosa. A situação inverteu-se, muito especialmente devido ao programa de "redução de danos", com a utilização da metadona, programa esse extremamente bem conseguido e um dos melhores a nível europeu e mesmo mundial. A transmissão do VIH por via endovenosa foi significativamente reduzida.

**JN ... ual o n mero de novos casos –or ano**

**TF ...**Como disse, apesar de ainda preocupante, a incidência está a diminuir a nível nacional e também no Alentejo. Teremos cerca de 60 doentes novos por ano.

**JN ...E os novos casos em –essoas idosas continuam a a–recer**

**TF ...**Sim, regista-se, nesse aspeto, um número considerável e superior ao de há uns anos, o que acontece porque a doença tem

hoje um caráter de cronicidade. Os doentes vivem muitos mais anos, felizmente, do que antigamente, e vivem bem, chegando assim à terceira e até à quarta idade. Há também outra razão importante, o facto de existirem no mercado fármacos para as disfunções sexuais que permitem a muitos doentes o retomar da vida sexual, tornando-se assim potenciais infetados e contagiando posteriormente outros parceiros ou parceiras.

**JN ...Há nove anos que integra a Direção do Núcleo de Estudos da Doença VIH da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna SPMI tendo assumido a sua coordenação em 2014. Quais os objetivos a que se –ro– e este Núcleo**

**TF ...**A SPMI teve o seu ano de formação em 1951 e, passados alguns anos, progressivamente, foram-se construindo núcleos de estudo diferenciados. O nosso Núcleo foi criado em 1997, na altura, com a designação de Núcleo de Estudo da Infeção VIH, para dar resposta assistencial nos diversos hospitais distritais e centrais ao seguimento dos doentes com esta patologia, a par

com outras especialidades, nomeadamente a Infeciologia e a Pneumologia.

Além desta vertente, temos uma componente formativa, com a realização de jornadas anuais e a participação noutros eventos científicos, como palestras, cursos e congressos, entre os quais o próprio Congresso Nacional de Medicina Interna. Um dos pontos do programa da atual Direção são as ações de formação sobre doença VIH a nível hospitalar, com enfoque nas unidades distritais e nos cuidados de saúde primários e com a participação de outras áreas diretamente relacionadas com a doença VIH, nomeadamente, Psiquiatria, Proctologia, Gastroenterologia, Psicologia, Ginecologia, Ciências Farmacêuticas, Enfermagem e Ciências da Nutrição.

Outro aspeto que quero realçar prende-se com a articulação com outros núcleos da SPMI, nomeadamente com o de Doenças Autoimunes, o de Hepatologia e o de Diabetologia, no sentido de criar competências nas respetivas áreas, em estreita ligação com a SPMI e o Colégio da Especialidade de Medicina Interna.

**JN ... ual a importância da Medicina Interna no seguimento destes doentes**

**TF ...**As preocupações da MI relativamente à área do VIH são de dois âmbitos. Por um lado, as comuns a todas as especialidades que seguem doentes infetados e que se prendem com a prevenção, o diagnóstico precoce, o seguimento e o tratamento destes doentes. Por outro lado, a MI é uma especialidade privilegiada neste seguimento, tendo em conta a sua perspectiva multiorgânica e holística de ver o doente. Esta postura da MI vai ao encontro da noção de doença VIH, enquanto doença crónica, uma vez que vão surgir, mais cedo ou mais tarde, as comorbilidades inerentes ao avanço da idade, além das repercussões em todos os sistemas orgânicos da própria infeção e, ainda, os efeitos secundários da medicação antirretrovírica.

**JN ... Por que se escolheu a temática Doença VIH/SIDA e os CSP como mote –ara as VI Jornadas Nacionais VIH**

**TF ...**O enfoque dado aos CSP nas nossas Jornadas prende-se com dois vetores

principais. Em primeiro lugar, com a área da prevenção e do diagnóstico precoce da doença VIH, em segundo, com a participação dos nossos colegas da Medicina Geral e Familiar no seguimento partilhado dos doentes, tendo em conta o caráter crónico da doença VIH. Note-se que a terapêutica antirretrovírica de que dispomos, e que está de acordo com o estado da arte, é eficaz, apresenta reduzidos efeitos secundários e exige a toma de um número mínimo de comprimidos diários. Além do caráter multidisciplinar das nossas consultas, estes dois últimos itens são as principais causas de uma boa adesão à terapêutica, que deverá rondar os 95 %.

Neste contexto, além da gestão desta patologia enquanto doença crónica e de alguns dos seus efeitos secundários, nomeadamente metabólicos, mais cedo ou mais tarde irão surgir nestes doentes as comorbilidades inerentes ao processo de envelhecimento, cujas especialidades indicadas para o seu seguimento são a MGF e a MI. São estes dois itens – a prevenção e o diagnóstico precoce, bem como o caráter de doença crónica – que constituem os dois pilares de uma maior intervenção dos CSP nesta temática. Isto numa perspetiva, como disse, de gestão partilhada em rede destes doentes. Há experiências muito positivas noutros países, como a França e a Inglaterra.

#### JN ... uando que este modelo vai ser adotado em Portugal

**TF ...** Não há *timings*. É uma questão de formação, de tempo e de confiança mútua entre as consultas que seguem doentes com VIH e os CSP. Tudo isto tem de ser feito com tempo e diálogo e com o envolvimento de todas as partes, nomeadamente, através de acordos e consensos.

#### JN ... A quem se destinam estas Jornadas

**TF ...** A todos os médicos, mas particularmente aos de Medicina Geral e Familiar e aos internistas e ainda a outras especialidades, como Infeciologia e Pneumologia, que seguem doentes com VIH.

#### JN ... uais as –rinci–ais temáticas a abordar

**TF ...** As Jornadas são subordinadas, como já referimos, ao tema “Doença VIH/SIDA e CSP”. Começamos, hoje, com uma mesa-redonda onde abordaremos o Programa Nacional de Infecção VIH/SIDA 2012/2016 e a experiência da região Alentejo. Contamos com a presença do coordenador nacional, o Dr. António Diniz, e de um elemento da equipa de coordenação regional. Como comentado-

res, teremos colegas das regiões Norte, Centro e Sul do país e, ainda, da Medicina Geral e Familiar e da Saúde Pública. Nunca foi dado tanto relevo a estas duas especialidades, na problemática do VIH. Vamos ter depois outro debate, subordinado ao tema “CSP e doença VIH”. Contamos, mais uma vez, com a intervenção de colegas de MGF, Saúde Pública e também de internistas que seguem doentes com infeção VIH. Os temas abordados serão “Diagnóstico precoce e integração dos cuidados de saúde hospitalares”, “Equipa de saúde e adesão ao plano terapêutico” e “A perspetiva dos CSP”.



Amanhã, vamos ter a mesa-redonda “A mulher e a doença VIH”. Os assuntos a discutir serão “Adolescência”, “Gravidez” e “Menopausa”, com palestrantes de referência nestas áreas. O último espaço debruça-se sobre “A doença VIH e sexualidade” e conta com a presença de uma sexóloga, uma psicóloga social, um clínico, uma jornalista e um sacerdote da Igreja Católica Apostólica Romana. Por fim, vamos prestar uma homenagem ao Prof. Carlos Vasconcelos, uma personalidade de relevo no campo da Medicina Interna, da Imunologia e da doença do VIH.

#### JN ... ual o –onto da situação do acompanhamento destes doentes em termos nacionais com–ativamente com o de outros –a ses O nosso modelo está adequado

**TF ...** Temos um bom Serviço Nacional de Saúde, talvez dos melhores do mundo.

#### TELO FARIA:

### Apesar das minhas raízes estarem nos Açores, considero o Alentejo a minha terra afetiva

Telo Faria nasceu em 1960, na Ilha do Faial, nos Açores. Com oito anos de idade, mudou-se para o continente, onde viveu em várias regiões do país. “ medida que o meu pai ia subindo na carreira de funcionário público, eu ia acompanhando.” Licenciou-se, em 1984, pela FMUC e optou pela Medicina Interna devido à visão holística da especialidade. Contudo, afirma que, contrariamente à maioria dos médi-

cos, não quis desde sempre seguir Medicina. Optou pela área das Ciências no liceu e acabou depois por escolher Medicina. Considera ter tido pelo menos uma pessoa que o terá influenciado:

“Em criança, quando vivi em Almod var, tínhamos um amigo de família com algum fascínio pela Medicina que falava muito comigo e com os seus netos, tentando incutir-nos este gosto. Penso que houve aí algum peso.”

Foi para Beja através do serviço militar, mas optou por ficar a viver e a trabalhar nesta cidade. “Gosto muito do Alentejo, identifico-me. Apesar de as minhas raízes estarem nos Açores, considero ser esta a minha terra afetiva”, refere.

Pai de uma jovem de 20 anos, Ana Marta, aluna de Ciências da Nutrição, Telo Faria privilegia muito a amizade, o convívio e as relações afetivas, sobretudo com os amigos e “entes queridos”, afirmando que são também o pilar do seu equilíbrio. Além de tudo isto, o médico não está alheio do mundo em que vive e participa,

enquanto cidadão, na vida da sua cidade, assumindo o cargo de presidente de uma assembleia de freguesia.

Nos tempos livres, gosta de ir ao cinema e ao teatro, de ouvir música e de praticar desporto. Gosta também de literatura, com uma predileção por poesia, que o acompanha desde os seus 15 anos, tendo, inclusivamente, um programa regular, semanal, de divulgação da mesma, numa rádio local, “Entre nós e as palavras”.

Neste contexto, disponibilizamos também um bom acompanhamento destes doentes. Fazemos o seu seguimento de acordo com o estado da arte, com consultas multidisciplinares, que têm bons indicadores. A parte que, até há pouco tempo, apresentava algumas lacunas era a da prevenção. Considero que o facto de termos valores ainda elevados de prevalência e incidência e de diagnósticos tardios se deve a um trabalho, na área da prevenção e diagnóstico precoce, inicialmente realizado sem a metodologia, organização e eficiência desejadas.

Apenas nos últimos anos temos vindo a apresentar alguns resultados com evidentes melhorias.

As razões desta fragilidade devem-se a fatores de organização do serviço de saúde nesta área, à ausência de campanhas dirigidas a grupos e populações com vulnerabilidades particulares e, ainda, a fatores de ordem sociocultural complexos da nossa cultura mediterrânica. Nos últimos anos, e com o atual programa, creio que esta área está a melhorar, embora os números ainda sejam preocupantes.



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE