

LIVE

Publicações

 justNews

MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
QUADRIMESTRAL | JAN.-ABR. 2024
ANO 9 | NÚMERO 32 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicação Periódica

*Olga Gonçalves, coordenadora
médica da UHD da ULS de
Gaia e Espinho:*

**"EM BOA HORA SE PERCEBEU QUE
AS PESSOAS PODEM SER
TRATADAS EM CASA"**

Fernando Salvador, presidente da CO do 30.º CNMI:

**"É NECESSÁRIO VALORIZAR UMA ESPECIALIDADE
QUE REPRESENTA O PILAR DOS HOSPITAIS DO SNS"**

sumário

Entrevistas

- 06 **Fernando Salvador, presidente da Comissão Organizadora do 30.º CNMI:**
“É necessário haver uma valorização positiva de uma especialidade que representa o pilar dos hospitais do SNS”
- 26 **Olga Gonçalves, coordenadora médica da Unidade de Hospitalização Domiciliária da ULS de Gaia e Espinho:**
“Em boa hora se percebeu que temos de voltar à naturalidade das coisas, como as pessoas poderem ser tratadas e ter o seu fim de vida em casa”

Reportagem

- 14 **Serviço de Medicina Interna da ULSTMAD unida de forma inédita na organização do Congresso Nacional da SPMI 2024**
Concretizar uma edição Memorável, Marcante, Maior e Melhor são os designios de toda a Comissão Organizadora do 30.º CNMI

Eventos

- 20 **14.ª Escola de Verão de Medicina Interna (EVERMI)**
Albernoa (Beja), 31 agosto – 3 setembro 2023
- 22 **9th Summer Autoimmunity School**
Quaios (Figueira da Foz), 7-10 setembro 2023
- 23 **XVIII Congresso sobre Envelhecimento – Geriatria Prática**
Coimbra, 28-29 setembro 2023
- 24 **III Encontro de Integração de Cuidados**
Lisboa, 22-23 setembro 2023
- 39 **XVI Jornadas do NE das Doenças do Fígado**
Évora, 13-14 outubro 2023
- 40 **17.ª Reunião do NE de Diabetes Mellitus**
Costa de Caparica, 20-21 outubro 2023
- 42 **4.ª Reunião do NE de Doenças Respiratórias**
Peniche, 20-22 outubro 2023
- 43 **6.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria**
Figueira da Foz, 26-27 outubro 2023

- 44 **2.º Encontro Anual do NEForMI**
Peniche, 10 novembro 2023
- 45 **Reunião dos Diretores e Orientadores de Formação em MI**
Peniche, 11 novembro 2023
- 46 **24.º Congresso do NE da Doença Vasculiar Cerebral**
Porto, 24-25 novembro 2023
- 47 **5.ª Reunião do NE de Prevenção e Risco Vasculiar**
Peniche, 30 novembro – 1 dezembro 2023

Notícias

- 41 **Mónica Reis é a nova coordenadora do NEDM**
Para cumprir um mandato de 2 anos
- 50 **1.ª edição do Curso E-learning de Emergências e Urgências em MI**
Decorre entre abril e outubro de 2024

Opinião

- 48 **Tromboembolismo venoso**
Inês Esteves Cruz



Imagem da capa
Olga Gonçalves e Fernando Salvador são os dois entrevistados desta edição.

LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares **Redação:** Miquel Anes Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Nuno Branco, Nuno Cruz **Publicidade:** Ana Mota, Diogo Varela **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade quadrimestral. Dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **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”.

Publicações



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

4º Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

28 e 29 de junho 2024
Centro Cultural Vila Flor
Guimarães

Comissão Organizadora

Carmen Valdivieso
Cristina Cunha
Francisca Delerue
Helena Sarmiento
Márcia Ribeiro
Marta Monteiro
Olga Gonçalves
Paula Lopes
Pedro Azevedo
Sofia Ribeiro
Vitória Cunha

Posters e Comunicações Orais

Data limite de submissão
17 de maio – www.spmi.pt

Organização



Secretariado

admedic+
paula.cordeiro@admedic.pt





30° CNMI

Congresso Nacional de Medicina Interna

9° Congresso Ibérico de Medicina Interna

Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura

23 - 26 Maio 2024

NO INTERIOR DA MEDICINA



COMISSÃO EUROPEIA DE SAÚDE



FERNANDO SALVADOR, PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA DO 30.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA:

“É necessário haver uma valorização positiva de uma especialidade que representa o pilar dos hospitais do SNS”

Fernando Salvador, que dirige o Serviço de Medicina Interna da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, preside este ano à Comissão Organizadora do CNMI, que, de forma inédita, é formada por todo o Serviço, constituído por cerca de 350 profissionais. Nesta entrevista concedida à Just News, o internista, que é dos mais jovens a presidir a um CNMI, alerta para a necessidade de os próximos governos se centrarem na definição de estratégias de valorização positiva da MI e de combate à desertificação do interior.

Just News (JN) – Este é um Serviço com características muito particulares, desde logo, o simples facto de existir em instituições que distam uma centena de quilómetros entre si. Esses aspetos tornam a sua gestão mais difícil?

Fernando Salvador (FS) – O Serviço de MI da ULSTMAD é um serviço único, que está baseado em três hospitais – Lamego, Vila Real e Chaves – e que tem uma grande amplitude geográfica. De Lamego a Chaves, distam sensivelmente 100 km.

Somos responsáveis pela assistência à população de todo o distrito de Vila Real e do norte do distrito de Viseu, portanto, abrangemos um considerável número de concelhos, acabando por ter uma grande dimensão assistencial e ser um dos maiores serviços de MI do SNS.

Anualmente, temos aproximadamente 9 mil doentes saídos do Internamento, fazemos em torno de 30 mil consultas e somos responsáveis pela observação de cerca de 40 mil doentes na Urgência. Esta grande dimensão quer geográfica, quer relativa à abrangência de três hospitais, acrescenta-nos atividade assistencial.

JN – Como são as proporções da atividade, nos três hospitais?

FS – Relativamente ao Internamento, os números são semelhantes em Vila Real e Chaves, registando o primeiro um valor ligeiramente superior, na ordem dos 3500 episódios por ano. Em Chaves, a taxa de internamento também é grande, fruto de um grande envelhecimento da população. Em Lamego, temos aproximadamente 1500 internamentos por ano.

Em termos de atividade de ambulatório, quer de consulta, quer de hospital de dia, verifica-se um crescimento maior em Vila Real, fruto também do maior número de internistas que existem nessa instituição. Grande parte das unidades funcionais funciona também em Lamego e em Chaves. A coordenação de muitas delas está em Vila Real e a maioria da atividade de ambulatório é efetuada em Vila Real.

Em relação à Urgência, o maior número de episódios é efetuada em Vila Real, seguido de Chaves e de Lamego, ainda que Lamego tenha também muitos doentes a recorrer ao Serviço de Urgência.

JN – Qual é a justificação para que os episódios de urgência não sejam proporcionais aos de internamento?



FERNANDO SALVADOR:

“Sempre quis regressar à minha região, para ajudar quem me é próximo”

Fernando Salvador nasceu há 40 anos, em Peso da Régua, onde foi construindo o ideal de vir a ser médico. Mudou-se para Lisboa em 2000, onde frequentou o curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas, contudo, sabia bem que desenvolver a sua carreira na capital não seria uma opção. “Sempre quis regressar à minha região, para ajudar quem me é próximo e estar perto dos meus familiares”, conta.

Apesar dessa convicção, ressalva que se integrou bem no ambiente estudantil lisboeta e que fez grandes amigos de todas as partes do país: “Gostei muito de estar em Lisboa, mas identifico-me muito com o norte. Na altura, provavelmente 2/3 dos alunos daquela faculdade eram de fora, então, estávamos todos na mesma situação, pelo que se criou um ambiente muito próximo”, revela. Durante o curso, teve muito contacto

com a Medicina Interna e percebeu que “gostaria de trabalhar em meio hospitalar e, particularmente, numa especialidade abrangente, em que visse o doente como um todo”. Nessa altura, passou por praticamente todos os serviços de Medicina Interna da Grande Lisboa. Nunca teve grandes dúvidas sobre o caminho que devia seguir e, durante o Ano Comum, apreciou a experiência de estágio na Medicina Interna do polo de Vila Real. “Achei que devia escolher esse Serviço para realizar o internato da especialidade, porque, além de ser um bom Serviço, estava próximo de casa”, refere. Após concluir esse período formativo, em 2013, acabou por estabelecer-se no CHTMAD enquanto especialista, onde dedica particular atenção à patologia autoimune. Viria a assumir a direção do Serviço em 2019.

FS – Não são, fruto da proximidade entre Lamego e Vila Real e também da diferenciação que tem o Hospital de Chaves. Nós temos uma Urgência Polivalente no Hospital de Vila Real, uma Urgência Médico-Cirúrgica no Hospital de Chaves e uma Urgência Básica no Hospital de Lamego.

Enquanto em Chaves há também outras

especialidades a ter Internamento, em Lamego, existe apenas Internamento de Medicina Interna, daí que haja uma maior transferência de doentes da Unidade de Lamego para a Unidade de Vila Real, que corresponde ao hospital central da ULSTMAD e onde existe um con-

(Continua na pág. 8)

(Continuação da pág. 7)

junto de valências disponíveis. Também a proximidade das duas cidades contribuiu para essa situação.

O Serviço é muito grande, em termos de número de profissionais de saúde. Entre internos e especialistas de Medicina Interna, somos aproximadamente 80, considerando a soma dos 30 aos 50, respetivamente. Acresce a este valor o número de enfermeiros e de técnicos auxiliares de saúde, o que resulta em 350 profissionais de saúde distribuídos pelas três unidades.

JN – No ranking dos serviços de Medicina Interna, o da ULSTMAD está em que posição?

FS – Em termos de número de doentes, é dos maiores do país. É sempre difícil compararmos serviços, porque existem várias componentes. Se nos basearmos no Internamento, temos sido sempre dos três serviços com o maior número de doentes saídos, com aproximadamente 9000. Contudo, infelizmente, não somos dos que têm um maior número de profissionais de saúde.

É óbvio que é difícil fixar médicos no interior. Essa fixação é um pouco mais fácil quando os médicos vêm fazer o seu internato em hospitais do interior porque, muitas vezes, começam a criar uma família e acabam por fixar-se na região. Por sua vez, é mais difícil contratar colegas que já tenham terminado a sua especialidade, estejam casados e até já tenham filhos, quando a sua família está no litoral. Nesse caso, é difícil trazê-los para o interior, porque não há nenhuma discriminação muito importante.

Na realidade, há vagas carenciadas, mas deviam ser mais, e era importante que os incentivos fossem otimizados, não só para profissionais de saúde, mas também para profissionais de outras áreas. Num contexto em que o teletrabalho é uma realidade cada vez mais presente, não sendo necessário estarem num grande centro, porque não, com incentivos, nomeadamente financeiros, em termos de impostos, fixar essas empresas no interior e desenvolver esse território?



JN – Os serviços de Medicina Interna que não estão localizados no norte têm noção da dimensão deste Serviço?

FS – Infelizmente, o interior do país não evoluiu em alguns aspetos, pela dificuldade associada à fixação de profissionais. A Saúde tem de evoluir porque não escolhe local. As pessoas ficam doentes tanto em Trás-os-Montes como no Alentejo ou no Algarve. Enquanto muitas das empresas que se encontram na vanguarda das novas tecnologias estão localizadas no litoral e nos grandes centros do Porto e de Lisboa, no caso da Saúde, tem de haver bons cuidados em qualquer parte. É importantíssimo que o país esteja coberto uniformemente.

Nós, como portugueses, temos deveres, mas também temos direitos, e o direto à Saúde deve ser exatamente igual para alguém que more em Trás-

-os-Montes, no Douro Litoral ou na Estremadura.

A dificuldade em fixar profissionais no interior do país

JN – Na sua opinião, o modelo existente, em que há dois hospitais como os de Vila Real e de Chaves Integrados na mesma ULS, faz sentido?

FS – Eu iniciei a minha atividade laboral aqui, enquanto interno do Ano Comum, em janeiro de 2007, no então designado CH de Vila Real / Peso da Régua. Dois meses depois, foi feita a fusão com os hospitais distritais de Chaves e de Lamego e criado o CHTMAD.

Todos os modelos, como em tudo na vida, têm vantagens e desvantagens, mas acredito que a junção destas três unidades hospitalares e a possibilidade de partilha de recursos humanos e



“Entendo que, para os hospitais funcionarem bem, deve haver alguma mobilidade profissional, mas também um quadro principal próprio de cada um.”

financeiros traz mais vantagens do que desvantagens.

JN – Quais são as desvantagens que identifica?

FS – É muito difícil fixar pessoas no interior, seja no âmbito da saúde ou não, porque há uma migração para o litoral. Eu saúdo a recente criação do Ministério da Coesão Territorial, bem como algumas das medidas que são tomadas, mas, na prática, não há nenhuma que interfira no meu dia-a-dia. Por isso, defendo que os próximos governos devam pensar seriamente no interior e na sua desertificação.

No que respeita à área da Saúde, é difícil fixar profissionais no interior e nomeadamente em hospitais que são mais pequenos ou afastados do litoral. Uma desvantagem prende-se com a distância entre as unidades hospitalares. Con-



tudo, entendo que, para os hospitais funcionarem bem, deve haver alguma mobilidade profissional, mas também um quadro principal próprio de cada um, e esta dinâmica tem existido. Há uma grande vantagem relacionada com a mobilização de recursos, atendendo à dificuldade de fixação de profissionais no interior.

JN – Sendo assim, há efetivamente médicos a percorrer 100 km para ir de Vila Real a Chaves?

FS – Sim. Eu acho que, para o desenvolvimento de projetos, é importante haver um quadro médico relativamente estável, que trabalhe maioritariamente o seu tempo num hospital. Contudo, enquanto serviço único, temos como objetivo que cada unidade funcional intervenha em cada um dos três hospitais. Acontece haver unidades em que, fruto do *know-how* e da evolução científica que se vai verificando, existe a necessidade de haver a mobilização de médicos para fazer consulta, como sucede no caso da Unidade de Hepatologia, em que os colegas se deslocam de Vila Real a Chaves.

Esta mobilização de recursos é igualmente útil no contexto em que vivemos, em que há alguma dificuldade na atividade assistencial no Serviço de Urgência. De forma a mantê-la nos três polos hospitalares, tivemos de fazer alguma

reorganização. Nesse sentido, há médicos de Vila Real a ir a Chaves e a Lamego e, pontualmente, médicos de Chaves que desempenham a sua atividade em Lamego.

Esta dinâmica estende-se também ao internato. Os internos de formação geral são recebidos em Lamego, Vila Real e Chaves, enquanto os internos de formação específica estão presentes nos dois últimos hospitais. Defendemos que aqueles que são alocados essencialmente à unidade de Vila Real passem obrigatoriamente três meses em Chaves, e que os que estão em Chaves passem seis meses em Vila Real – três no Serviço de MI e três na Unidade de AVC.

JN – O Serviço recebe um número relevante de internos de formação geral e de outras especialidades que não a MI?

FS – Sim, recebemos entre 15 a 20 internos de formação específica de outras especialidades, nomeadamente Medicina Intensiva, Nefrologia, Oncologia, Pneumologia, Hematologia, Cardiologia, MFR e Imunohemoterapia. Esses internos fazem estágios de diferentes períodos consoante o seu programa de formação.

Acresce um grande número de internos de formação geral que, dependendo das rotações, pode ser de duas dezes-

(Continua na pág. 10)

(Continuação da pág. 9)

nas. Em simultâneo, podem estar reunidos no Serviço uma centena de médicos. Somando os outros elementos que fazem parte do Serviço, contam-se cerca de 350 profissionais de saúde.

JN – Centrando-nos nos internos, trata-se de um número muito considerável de profissionais. É fácil orientar a formação de todos eles?

FS – Obviamente que chegamos a uma curva em que ter um grande número acaba por não ser vantajoso, pelo que, relativamente aos estágios de internos de outras especialidades, temos mantido a mesma distribuição e mesmo até equitativamente ao longo do ano, de forma a manter alguma estabilidade de formação. Acho que se faz uma boa formação aqui no Serviço.

Penso que no Serviço de MI da ULSTMD, nomeadamente no polo de Vila Real, a formação dos internos tem uma vantagem, fruto do forte Ambulatório. Neste momento, temos 11 unidades funcionais relativas a grandes valências, entre elas as unidades de Cuidados Avançados, Hipertensão, Hepatologia, Doenças Autoimunes, Insuficiência Cardíaca, Hospitalização Domiciliária, Diabetes e VIH, e as consultas de Tromboembolismo Venoso e de Patologia Endócrina da Grávida.

“A Medicina Interna é a especialidade fulcral e um dos pilares do SNS, eventualmente até o pilar, enquanto especialidade, dos hospitais.”

JN – Comparando com a realidade dos serviços de MI do país, esse corresponde a um número de unidades relativamente elevado?

FS – Penso que sim. A Medicina Interna é a especialidade fulcral e um dos pilares do SNS, eventualmente até o pilar, enquanto especialidade, dos hospitais.

Desde há uns anos a esta parte, fruto de ser o tronco comum de todas elas, foi-se diferenciando em unidades distintas, e nós, em Trás-os-Montes e Alto Douro, conseguimos ter quase todas essas áreas de representadas.

“Defendo que nos devemos especializar e ter mais conhecimento em determinada área, mas manter-nos internistas, que é a nossa formação, e não nos restringirmos só a uma vertente.”

Eu defendo que nos devemos especializar e ter mais conhecimento em determinada área, mas manter-nos internistas, que é a nossa formação, e não nos restringirmos só a uma vertente. Traz algumas desvantagens em termos de volume de trabalho e de dispersão, mas esta diferenciação é uma mais-valia. Claro que cada interno tem as suas particularidades, mas procuramos que tenham uma formação idêntica, sendo que é muito bom conseguirem beber conhecimento de todas estas áreas abrangidas pela MI.

Realizar reformas estruturais e diferenciar positivamente a especialidade

JN – Acredita que a tendência seja para a fragmentação e para o surgimento de competências, subespecialidades e até especialidades, como sucedeu com a Medicina Intensiva e como poderá vir a acontecer com a Urgência?

FS – Essa é uma questão muito atual e pertinente. A Urgência pode ser, possivelmente, um dos motivos pelos quais alguns internos não escolham tanto Medicina Interna. Contudo, nesse âmbito, penso que o problema reside até na organização dos serviços de Urgência. No SNS, infelizmente, assistimos muitas vezes à “colocação de pensos rápidos” e

à resolução dos problemas para os próximos três meses. A vontade do Governo de criar a Direção Executiva do SNS, pensar mais além e fazer reformas de fundo foi importante. Claro que a Medicina Interna é uma das especialidades mais importantes no Serviço de Urgência, mas os profissionais, de forma geral, “fogem” dessa vertente, não só pela atividade que a caracteriza, mas, em grande parte, pela desorganização que existe nos cuidados urgentes em Portugal.

É fácil perceber porque somos dos países da OCDE com maior recurso a serviços de Urgência, quando continuamos com 70 em cada 100 portugueses a recorrer ao Serviço de Urgência uma vez no ano. Aqui é que reside a necessidade de uma reforma estrutural, para melhorar os cuidados urgentes e evitar que os doentes com pulseiras branca, azul e verde, correspondentes às falsas urgências e a uma proporção considerável de admissões, recorram aos serviços de Urgência. Deve privilegiar-se que os doentes sejam tratados em Ambulatório, pelo seu médico de família, como acon-

“Os profissionais, de uma forma geral, ‘fogem’ da Urgência, não só pela atividade que a caracteriza, mas, em grande parte, pela desorganização que existe nos cuidados urgentes em Portugal.”

tece noutros países, o que aumentaria a eficiência das urgências hospitalares.

JN – Que estratégias podem ser adotadas para tornar a especialidade mais atrativa?

FS – Penso que a especialidade devia ser diferenciada positivamente em termos de vencimentos, dado ser muito trabalhosa e exigente. Houve algumas estratégias nesse sentido no caso das especialidades cirúrgicas, mas tal nun-

ca se verificou na Medicina Interna. Parece haver agora uma maior sensibilização dos nossos governantes para a necessidade de haver uma valorização positiva de uma especialidade que representa o pilar dos hospitais do SNS. Todos sabemos que, durante os meses de Inverno, o internista aumenta a sua atividade assistencial possivelmente em até 50%, mantendo o mesmo horário e vencimento. Provavelmente, essa forma devia ser repensada.

De igual modo, trata-se de uma especialidade muito exigente em termos de estudo, atualização científica e observação de doentes. Acredito que essa exigência possa eventualmente reduzir a atratividade da Medicina Interna e penso que é importante, obviamente, ouvir todos os interlocutores, entre eles os internos. Os serviços devem adaptar-se, de modo a terem melhores estratégias para fixar mais médicos que queiram seguir esta especialidade.

Hoje em dia, verifica-se que a nova geração tem bem presente a necessidade de conciliar a vida pessoal com a

profissional. Por isso, talvez seja preciso reduzir alguma atividade assistencial, porque, sabendo tratar-se de uma especialidade em que se trabalha muito, quem vai iniciar um internato de formação específica, se calhar, prefere escolher uma especialidade em que consiga igualmente realizar-se, mas ter uma menor carga assistencial, representada tanto por menos horas passadas no hospital como por um trabalho realizado com mais tempo e calma. Essa opção é legítima e cada vez mais valorizada, não só no setor da Saúde.

Unir o Serviço em torno da organização do Congresso e construir um programa dirigido aos principais intervenientes na Medicina Interna

JN – É entusiasmante ter o Serviço que dirige a organizar um Congresso Nacional de Medicina Interna?

FS – É muito! Era algo em que já tínhamos pensado várias vezes. Hou-

(Continua na pág. 12)





(Continuação da pág. 11)

ve algum incentivo também de alguns elementos da Direção da SPMI, da qual faço parte, de que uma ULS como esta, até pela sua dimensão, organizasse o Congresso. Acho que acaba por ser o expoente máximo, quer da SPMI, quer dos internistas.

Nós, internistas, estamos sempre ligados à Sociedade, que representa o nosso meio de comunicação para o exterior e o principal veículo de formação. Acho que qualquer serviço de Medicina Interna que ainda não teve oportunidade de o fazer terá vontade e orgulho em organizar um Congresso Nacional. Penso mesmo que o principal pagamento é o orgulho que sentimos quando algo que organizamos corre bem.

JN – A sua equipa aceitou prontamente esse desafio?

FS – Sim, penso que as pessoas estão motivadas na organização do Congresso. Obviamente que é uma experiência difícil, porque representa um grande volume de trabalho, mas penso que esta,

“Os serviços de MI devem adaptar-se, de modo a terem melhores estratégias para fixar mais médicos que queiram seguir esta especialidade.”

mos todos entusiasmados por mostrar a atividade e a diferenciação do nosso Serviço.

JN – Essa é uma atitude de louvar, dada a situação que o SNS atravessa...

FS – Nós estamos numa fase em que os portugueses estão um pouco desmoralizados e os profissionais de saúde excessivamente desmoralizados. Na minha opinião, o SNS é das maiores, se não a maior conquista da democracia portuguesa. Neste momento, está a passar a crise dos 40 anos, como se costuma dizer... Espero que consiga ultrapassá-la, mas esta é uma crise muito grave porque, tal como sucede numa empre-

sa, não é bom ter os profissionais desmoralizados.

As pessoas só rendem quando estão satisfeitas com o seu trabalho e o principal erro do Ministério da Saúde foi manter as negociações ao longo de muitos meses, durante os quais as equipas foram-se sentindo cansadas e desgastadas. Acho que todos os hospitais identificam uma generalizada desmoralização e espero que o próximo Governo acarinie os seus profissionais de saúde e esteja a acreditar no nosso SNS e que temos dos melhores serviços de saúde da União Europeia, mas, para isso, é preciso ter as pessoas moralizadas.

JN – Neste caso, aconteceu algo muito invulgar, que foi incluir todo o Serviço na Comissão Organizadora do Congresso...

FS – Sim, sempre quisemos ser inclusivos. Logo na primeira reunião, entendemos que faria sentido surgir o nome do Serviço na Comissão Organizadora e trabalharmos na organização do Congresso como um todo. Esta opção demonstra que não estamos em busca do nome que aparece associado

à CO, mas a procurar mostrar o Serviço às pessoas. Apenas tivemos que identificar o presidente, o secretário-geral e o tesoureiro da CO, eu, a Dr.ª Andreia Costa e o Dr. Paulo Carrola, respetivamente.

JN – Na construção do programa científico, procuraram ter em conta as necessidades de outros especialistas e do grupo de enfermagem?

FS – Sim, teremos todo o gosto em receber médicos de outras especialidades e vamos ter um programa de enfermagem neste Congresso, o que será inovador. Nós trabalhamos como um todo e temos cuidados diferenciados aos doentes prestados por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

Nesta componente científica, entendemos que fazia sentido envolver os enfermeiros que trabalham nos serviços de Medicina Interna, porque também eles têm muita formação neste âmbito, conhecem os fármacos que são utilizados e sabem qual é a sua tarefa no dia-a-dia ao observar os doentes.

No dia de sábado, vamos ter um programa de enfermagem em paralelo, dirigido

“Espero que o próximo Governo acarinie os seus profissionais de saúde e esteja próximo deles. É importante voltarmos a acreditar no nosso SNS, mas, para isso, é preciso ter as pessoas moralizadas.”

especificamente aos enfermeiros que trabalham nos serviços de Medicina Interna do país. Também vamos promover a submissão de trabalhos de enfermagem.

JN – Acredita que devia ser criada a figura do enfermeiro de Medicina Interna, tal como existe o enfermeiro especializado em Saúde Materna e Obstétrica, ou em Saúde Mental e Psiquiátrica?

FS – Eventualmente! Acho que, por ventura, será uma evolução, mas é uma decisão que cabe mais aos enfermei-

ros. Penso que esse grupo já se dividiu em várias áreas importantes, como a Médico-Cirúrgica, a Reabilitação, ou a Saúde Mental e Psiquiátrica, e que esse foi o primeiro passo. Os enfermeiros quiseram diferenciar-se em áreas cruciais, porque o trabalho, o grau de diferenciação e a especificidade são diferentes consoante as especialidades. Contudo, muitas vezes, os enfermeiros têm de mudar para outro serviço, seja de ação médica ou cirúrgica, o que não é bom.

No futuro, havendo uma maior estabilidade e uma menor rotatividade, penso que teria todo o interesse haver um enfermeiro de Medicina Interna. Aqui, nas unidades de ambulatório do Serviço, vamos tendo enfermeiros dedicados a determinada consulta, que têm diferenciação no seguimento daquele tipo de doente e que se mantêm estáveis ao longo dos anos. Não faz sentido que um enfermeiro que tenha traquejo no seguimento de um doente com insuficiência cardíaca esteja num circuito rotativo semanal, porque há particularidades que se aprendem a observar os doentes.

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DA ULST MAD UNIDA DE FORMA INÉDITA NA ORGANIZAÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL DA SPMI 2024

Concretizar uma edição Memorável, Marcante, Maior e Melhor são os desígnios de toda a Comissão Organizadora do 30.º CNMI

A criação de um programa dirigido à Enfermagem e de sessões que resultam de uma simbiose entre os interesses da Comissão Organizadora e da indústria farmacêutica, bem como a vontade de conseguir uma participação recorde são exemplos de assuntos desenvolvidos por alguns dos elementos da Comissão Organizadora do próximo CNMI, que, pela primeira vez, é representada por todo o Serviço de MI da ULSMAD. Como alusão a Miguel Torga, à Medicina e à Medicina Interna, a Comissão Organizadora gostaria que o evento fosse recordado como Memorável, Marcante, Maior e Melhor. A Just News conversou com alguns dos elementos da CO do 30.º CNMI.

Andreia Costa: a oportunidade de aumentar o grau de adesão dos profissionais ao evento

Andreia Costa é a internista que assume a figura de secretária-geral do 30.º CNMI. Quando soube que o Serviço em que trabalha seria responsável pela organização do evento, logo ficou entusiasmada e viu a oportunidade como “uma mais-valia para o próprio Serviço”. Enquanto secretária-geral, tem acompanhado todo o processo organizativo com o presidente do Congresso e toda a CO. “Ajudo em tudo aquilo que é necessário nas tarefas que vão surgindo”, refere.

Um dos objetivos é a tentativa de se conseguir uma participação recorde, na ordem dos 3000 participantes. Para tal, recorreu-se a algumas estratégias: “Começámos a promover o Congresso muito cedo, através da divulgação do vídeo promocional, e fizemos inclusivamente a legendagem para espanhol, até por se tratar de um congresso ibérico, para incentivar à participação dos colegas espanhóis.”

Uma das particularidades do programa identificadas por si prende-se com

a participação da indústria farmacêutica. “Além de os simpósios passarem a realizar-se em horário nobre, quando não decorrem sessões em simultâneo, o que certamente irá aumentar o interesse dos participantes, estamos a dar oportunidade à indústria de patrocinar também outras sessões”, explica.



Andreia Costa

Nascida em Carraceda de Ansiães, há 34 anos, Andreia Costa formou-se em 2013, pela Faculdade de Medicina da



Universidade de Coimbra. A passagem pelo Serviço de MI do CHTMAD, no decorrer do internato geral, foi decisiva para a escolha da Medicina Interna. Desde então, tem vindo a especializar-se na área das doenças autoimunes, por influência daquele que foi o seu orientador de internato, Fernando Salvador. Na sua opinião, trata-se de “uma área complexa da Medicina Interna, por ser abrangente e, muitas vezes, sistémica”.

À semelhança de outros colegas, além de desenvolver a sua atividade profis-

sional em Vila Real, Andreia Costa também se desloca a Lamego por causa da Consulta de Doenças Autoimunes e do Serviço de Urgência. “Cada vez mais estamos a tentar descentralizar as consultas, para benefício dos doentes”, expõe.

Paulo Carrola: a simbiose entre os interesses da CO e dos patrocinadores

Assumindo o cargo de tesoureiro do Congresso, Paulo Carrola acredita que

recebeu o convite pela forma como lida com tudo o que faz. “Gosto do rigor, de ter tudo bem definido e as contas certas”, refere.

O médico realça como “a indústria farmacêutica é um parceiro fundamental, sem o qual não seria possível realizar este evento científico”. De forma a reconhecer essa importância, nesta edição, a CO adotou um modelo diferente em relação às sessões patrocinadas. “Tentámos reduzir ao mínimo a figura do simpósio satélite, porque faz mais

sentido atender aos nossos interesses comuns e falar na existência de sessões e conferências selecionadas conjuntamente pela indústria e pela CO”, explica.



Paulo Carrola

Nesse sentido, entende que “o modelo atual reúne as condições ideais para garantir um bom programa científico aliado à participação dos patrocinadores, que veem os seus objetivos concretizados. É a simbiose desejada”.

Avaliando as despesas inerentes à organização do evento, o tesoureiro adianta que “o mais dispendioso é referente às despesas logísticas associadas ao aluguer do espaço e dos equipamentos, ao alojamento, ao catering e à deslocação da organização e dos convidados”.

O Centro de Congressos do Algarve, em Vilamoura, correspondia ao espaço ideal para a realização deste congresso: “Atendendo ao nível de participação,

(Continua na pág. 16)

(Continuação da pág. 15)

consideramos ser o melhor local em termos de salas e de alojamento. A única desvantagem é a distância a que fica de Trás-os-Montes!”

Paulo Carrola nasceu há 50 anos, em Belmonte. Após fazer a sua formação superior e todo o processo de internato em Coimbra, em 2005, quando se tornou especialista, rumou ao Interior Norte. Primeiramente, integrou o quadro de profissionais do Hospital Distrital de Lamego, sendo que, com a criação do CHTMAD, acabou por transitar para Vila Real. Ao longo da sua carreira, foi-se dedicando à área hepática.

Coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado desde 2021 (2021-2023 e 2023-2025), já integrava o seu secretariado desde 2016. Por esse motivo, está também envolvido na dinamização da sessão promovida pelo NEDF.

José Presa: o programa como fator determinante para o êxito do Congresso

Ao longo da sua carreira, e principalmente durante o biênio 2021-2023, em que presidiu à Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, José Presa teve a oportunidade de colaborar na organização de diversos eventos no âmbito da Hepatologia. Dessa forma, entendeu que “deveria trazer essa prática para o CNMI, para ajudar o Serviço e contribuir para que esta edição tenha o maior êxito possível, sendo que ele começa na construção de um bom programa”. Ficou assim responsável pelo mesmo.

O internista avança que “a primeira fase consiste na elaboração do esqueleto do programa, o que inclui a definição dos momentos chave”. José Presa salienta o trabalho que existiu no sentido de “oferecer um programa que fosse interessante e espelhasse a diversidade da Medicina Interna, chamando todos os núcleos da SPMI a dar o seu contributo”. Ao mesmo tempo, “era necessário torná-lo atrativo também para os parceiros, integrando as suas áreas de interesse no próprio programa”. Era,



José Presa

assim, fundamental “haver uma linha convergente com os associados e os parceiros”.

Com um desenho marcado fundamentalmente pela existência de mesas-redondas e conferências, em que “palestrantes apelativos apresentam temas interessantes”, também na ordem de trabalhos do último dia do Congresso está incluída uma conferência.

José Presa: “Não pode haver atividade clínica sem enfermagem.”

Considerando que “não pode haver atividade clínica sem enfermagem”, José Presa sublinha que “não seria possível excluir um grupo profissional que trabalha diretamente com a equipa médica”, pelo que, à semelhança do que sucedeu nos congressos da APEF que organizou, também neste Congresso “a enfermagem estará representada com um programa próprio”.

Nascido em Viana do Castelo, há 56 anos, José Presa formou-se em 1991, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. No ano seguinte, iniciou o internato geral no Hospital de Vila Real e não mais saiu de Trás-os-Montes. Logo no 1.º ano de internato de Medicina Interna teve a percepção de

que “os conhecimentos sobre Hepatologia eram muito escassos, não só a nível local como nacional”, tendo decidido que haveria de trabalhar para mudar esse panorama. A passagem pela Unidade de Hepatologia do Hospital Clínic de Barcelona e pela Unidade de Transplante Hepático do Hospital Geral de Santo António abriu-lhe esse caminho.

Cátia Canelas: a organização de cursos pré-congresso em Vila Real e em Vilamoura

A internista Cátia Canelas, de 37 anos, natural de Sabrosa, foi quem ficou responsável pela coordenação dos cursos pré-congresso. Especialista desde 2018 e com um percurso académico e profissional realizado em Trás-os-Montes e Alto Douro, Cátia Canelas sempre gostou da área formativa. Contudo, reconhece que, “ao estar integrada num hospital periférico, esse tipo de oportunidades são relativamente escassas, por isso, esta podia representar uma boa circunstância para estar mais ligada à formação”.



Cátia Canelas

Apesar da sua responsabilidade, a internista explica que a definição dos cursos resultou da discussão de toda a CO: “Priorizámos os nossos objetivos, que passavam também por mostrar aquilo que somos capazes de fazer e a nossa forma de organização.” Assim, além dos cursos organizados em Vilamoura, nos

dias 22 e 23 de maio, foi ainda decidido organizar três cursos, em Vila Real, no fim-de-semana anterior (dias 18 e 19). Além do Curso POCUS, que é já bem conhecido dos participantes e abrirá 32 vagas, entenderam que seria vantajoso, desde logo, oferecer um Curso de Suporte Avançado de Vida, dinamizado pela Escola de Formação em Emergência do CHTMAD. “Embora vão existindo várias edições ao longo do ano, é um curso que tem sempre grande procura e que é obrigatório no nosso currículo”, expõe. Para este curso, será aberto um máximo de 24 vagas.

Adicionalmente, será disponibilizado um Curso de Procedimentos Ecoguiados, da responsabilidade do Hospital da Luz, aberto a um máximo de 20 formandos, por se tratar de “uma abordagem muito procurada pelos internos e que as faculdades só mais recentemente começaram a explorar em termos formativos”.

Ambos os cursos destinam-se a internos ou especialistas de Medicina Interna, bem como a médicos de outras especialidades, e serão realizados na Escola Superior de Saúde, em Vila Real. Já no Centro de Congressos do Algarve, em Vilamoura, serão dinamizados cinco cursos – Curso de VNI; Curso Tratamento da DM Tipo 1: dos hidratos de carbono às bombas de insulina; Curso Abordagem de Lesões Cutâneas; Curso *Introduction to Musculoskeletal and Vascular Ultrasound*; Curso TEV – Prevenção e tratamento nos doentes de risco – da teoria à prática –, que oscilam entre as 18 e as 40 vagas.

Joana Calvão: a diferenciação associada à qualidade dos trabalhos apresentados

Responsável pela coordenação do grupo dedicado aos trabalhos, que integra outros quatro elementos para além de si, Joana Calvão distingue que, nesta edição, o objetivo foi “a diferenciação pela qualidade dos trabalhos apresentados”. Apesar da “dificuldade associada, desde logo, à avaliação de um trabalho através do seu resumo e não da sua completa extensão”, a internista

adianta que procuraram garantir essa qualidade “transferindo, de forma inédita, algumas decisões relativas à metodologia da apresentação para o júri e para a CO, em função da pontuação dos trabalhos”.



Joana Calvão

“Enquanto tradicionalmente os autores tinham a possibilidade de escolher se a submissão dos seus trabalhos se enquadraria em comunicação oral ou póster, com ou sem apresentação, desta vez, pedimos-lhes que selecionassem apenas a tipologia do trabalho submetido – caso clínico, casuística, ou imagem em medicina. Por sua vez, o júri e a CO vão decidir, em função da pontuação, quais serão selecionados para Comunicação Oral, e-Poster com e sem apresentação, e Imagens em Medicina Interna.

Joana Calvão estima que sejam submetidos cerca de 5000 trabalhos, na sua maioria por internos. Enquanto numa fase inicial a sua equipa ficou responsável por definir os *timings* relativos à submissão, a partir daí, torna-se necessário “quantificar os trabalhos submetidos, agrupá-los em várias temáticas e partilhá-los com o júri respetivo, previamente selecionado, o que corresponde a um processo complexo”. A avaliação resultará da média da soma das pontuações atribuídas por cada jurado. Após a aceitação dos trabalhos, será necessário “selecionar os elementos que irão avaliá-los no Congresso”. A internista reconhece que “este processo vai ser

muito intenso até ao fim do evento, porque mesmo nos dias em que decorre será necessário gerir salas e moderadores”. Joana Calvão, de 34 anos, é transmontana, natural de Murça. Estudou Medicina em Salamanca e realizou o internato de formação geral no Hospital de Santo António. Foi então que decidiu regressar às origens e fazer o internato de MI no CHTMAD. A boa experiência formativa levou-a a fixar-se no Serviço. Ainda que não fosse uma área do seu particular interesse durante a faculdade, desde cedo, notou que “havia na região muitos doentes com patologia hepática associada ao alcoolismo e às doenças metabólicas”, pelo que, “da necessidade de responder a essa população, surgiu o gosto pela mesma”.

Durante o seu internato, por sugestão da equipa da Unidade de Hepatologia, acabou por fazer, durante um semestre, uma diferenciação na área no Royal Free Hospital, em Londres. Quando regressou, em 2020, no último ano do internato, começou a fazer Consulta de Hepatologia, em Chaves. A restante atividade é desenvolvida na Unidade de Cuidados Avançados do Serviço de MI, que coordena.

“Nesta edição, o objetivo foi a diferenciação pela qualidade dos trabalhos apresentados”, destaca Joana Calvão.

Sónia Carvalho: o envolvimento dos artistas da região no programa social

A cargo da internista Sónia Carvalho ficou, por sua vez, a coordenação do programa social, sendo que a sua equipa pretendeu “dar voz aos artistas da região”. A animação social inicia-se logo no arranque dos cursos pré-congresso, em Vila Real, com a Tuna da Universidade de Vila Real.

(Continua na pág. 18)

(Continuação da pág. 17)

Já em Vilamoura, no decorrer do Congresso, haverá três momentos principais, durante a sessão de abertura, no jantar do presidente e no jantar de encerramento, sendo que este último terá como protagonista um artista de renome da zona. Há algo que une todos os atuantes – serem naturais da Região Norte. Sendo elemento integrante do Serviço há já vários anos, Sónia Carvalho admite que ficou “muito contente e orgulhosa com a possibilidade de o Serviço organizar este que é o maior Congresso da Medicina Interna”.



Sónia Carvalho

Apesar de ser natural de Vidago, Sónia Carvalho, de 44 anos, cresceu em Vila Real e, após se formar pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, regressou a Trás-os-Montes para dar continuidade ao seu percurso profissional. Realizou todo o internato no CHTMAD e tornou-se especialista em 2012. Ainda durante o internato, realizou um estágio de Hepatologia no estrangeiro e, desde então, tem colaborado na Unidade de Hepatologia do Serviço.

Daniel Freitas: o desenho do programa de enfermagem

Daniel Freitas, enfermeiro responsável pela Medicina B da Unidade de Vila Real, juntamente com as colegas Ana Rodrigues, da Unidade de Lamego, e

Cátia Rodrigues, de Chaves, assumiram a responsabilidade de organizar o programa de enfermagem deste Congresso.

Sendo a primeira vez que se organiza um programa de enfermagem, Daniel Freitas considerou a ideia “um desafio”, ao qual espera que “a classe de enfermagem responda”.

“Em função da atualidade e da atividade que representam nos serviços de Medicina Interna”, definiram como temas “Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação no Serviço de Medicina”, “Unidade Clínica de Ambulatório Médico (UCAM)”, Hospitalização domiciliária: UHD - O que somos o que fazemos”, “Enfermagem. Inteligência Artificial”, “Diabetes: Uma realidade em mudança”, e “Úlceras por pressão”.



Daniel Freitas

Tendo convidado, na sua maioria, enfermeiros da ULSTMAD para palestrar, caberá a Daniel Freitas fazer uma intervenção na sessão “Unidade Clínica de Ambulatório Médico” e moderar a sessão “Úlceras por pressão”.

Sendo a primeira vez que se organiza um programa de enfermagem, Daniel Freitas viu esta ideia com bons olhos e considerou-a “um desafio”, ao qual espera que “a classe de enfermagem responda”. Sendo a submissão de resumos aberta também, de forma inédita, aos enfermeiros, projeta uma boa adesão por parte dos colegas.

Natural de Vila Pouca de Aguiar, Daniel Freitas, de 41 anos, começou a trabalhar no Hospital de Cascais, em 2006, após ter estudado na Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, em Chaves. Em 2008, regressou à sua área de residência e logo integrou o Serviço de MI, aí se mantendo desde então.

Daniel Freitas é, no que à enfermagem diz respeito, o mentor do projeto de criação da UCAM do Serviço, constituída em outubro de 2019 e que dispõe de seis camas dirigidas aos denominados doentes crónicos complexos, que precisam de ser observados regularmente para evitar descompensações.

Cristiana Sousa: o entusiasmo associado à organização de um Congresso fonte de grande aprendizagem

Cristiana Sousa é a ajunta do diretor do Serviço no Hospital de Chaves. Aceitou o desafio em 2019, a convite da então diretora, Paula Vaz Marques. Com a reiteração do convite por parte de Fernando Salvador, a médica manteve-se no cargo.

Apesar da considerável distância entre Chaves e Vila Real e da dispersão populacional da ULSTMAD, Cristiana Sousa destaca que “a distância faz-se curta, se assim quisermos, havendo um diretor de Serviço que está presente a qualquer momento, através das vias de comunicação digitais, mas também fisicamente, de forma regular”.

De forma paralela, a médica consegue assegurar também essa cooperação, “servindo de ponte entre os elementos que estão em Chaves e o diretor do Serviço e a direção clínica”. No caso concreto de Chaves, “por se tratar de



Cristiana Sousa

um hospital de menor dimensão, há uma interação muito próxima entre os diferentes elementos e classes profissionais, o que facilita a dinâmica de trabalho”. Essa realidade aplica-se, desde logo, ao Serviço de MI que, nessa instituição, abrange 69 camas de internamento.

Cristiana Sousa refere que, “apesar do esforço físico e mental que a organização do Congresso implica, o orgulho que se sente é compensatório, além da aprendizagem e do estímulo que representa do ponto de vista científico”.

Para a internista, o processo de candidatura e seleção do Serviço para organizar este próximo Congresso da SPMI foi “um orgulho imenso”. No fundo, “apesar do esforço físico e mental que tal implica, a par da atividade assistencial e dos demais cargos existentes, o orgulho que se sente é compensatório, além da aprendizagem e do estímulo

que representa do ponto de vista científico”.

Neste âmbito, Cristiana Sousa acrescenta que, “atualmente, a evolução científica e tecnológica é tão grande que há uma necessidade constante de atualização nas diversas matérias e a oportunidade de organizar um Congresso que confere essa atualização é muito estimulante”. Curiosamente, em 2022, o Serviço foi convidado a organizar o 8.º Congresso de Urgência da SPMI, o que caracteriza como tendo sido “uma experiência muito exigente, mas também muito gratificante”. Agora, “ter a oportunidade de a repetir com o maior evento que há a nível nacional no âmbito da Medicina Interna é muito entusiasmante”.

Cristiana Sousa nasceu há 45 anos, em Chaves. Realizou a sua formação superior na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e manteve-se nessa zona durante os anos seguintes. O internato geral foi feito na ULS de Matosinhos e o internato complementar no Hospital de Santo António. Em 2012, no ano seguinte após ter-se tornado especialista, integrou o Serviço de MI do CHTMAD e logo ficou alocada à Unidade de Chaves. Ao longo da sua carreira, tem identificado áreas de maior preferência, nomeadamente a respiratória e a hepática, contudo, ressalva que gosta do âmbito geral da Medicina Interna.

Jorge Freire: a entejuda entre todos na dinamização da atividade assistencial e na organização do Congresso

A assumir a função de adjunto do diretor do Serviço no Hospital de Lamego desde 2011, Jorge Freire realça que há uma relação de grande proximidade entre todos os elementos do Serviço. “Procuramos entreajudar-nos e colaborar o máximo possível, por considerarmos que a existência de uma relação saudável é enriquecedora para todos e sobretudo para garantir que os doentes recebam os melhores cuidados possíveis”.

No caso da Unidade de Lamego, o mé-

dico avança que a lotação normal é de 30 camas de internamento e que a afluência ao Serviço tem sido grande. “Apesar de a área abrangida ter uma baixa densidade populacional, as fronteiras de referência não são rígidas, pelo que acabamos por receber doentes de Castro Daire, Resende, Régua, Santa Marta e Mesão Frio”, refere. A partir dos meses da primavera, identifica-se ainda “uma grande afluência de turistas naturais dos mais diversos lugares do mundo, principalmente europeus, mas também neozelandeses e australianos”, algo que admite que não acontecia tanto quando chegou ao Serviço, em 2005.



Jorge Freire

Atualmente, a par dos colegas, o internista encontra-se a participar na organização do Congresso Nacional, que identifica como sendo “uma grande responsabilidade, dado o prestígio associado ao evento”. Ao mesmo tempo, realça como “é entusiasmante, aliciante e cativante organizar esta edição e tentar superar o número de participantes e de resumos submetidos”.

Jorge Freire tem 54 anos e é natural de Aveiro. Contudo, foi em Coimbra que cresceu, se formou e tornou especialista em Medicina Interna, em 2003. Dois anos depois, integrou o Serviço de MI do Hospital Distrital de Lamego, após uma curta passagem pela cidade de Faro.

14.^a Escola de Verão de Medicina Interna (EVERMI)

Albernoa (Beja), 31 agosto - 3 setembro 2023

“Se nós deixarmos que as formações acabem, qualquer dia o médico já é mais um indivíduo da Ciência que nada tem a ver com pessoas”, evidencia Zélia Lopes, diretora da 14.^a Escola de Verão de Medicina Interna (EVERMI), que decorreu entre 31 de agosto e 3 de setembro.

Na sua opinião, “não se pode abdicar de formações como a EVERMI, onde se confraterniza e cresce na melhoria do futuro da MI”. E sublinha: “O que aqui se vem buscar é muito mais do que Ciência.”

Com um programa assente em diversas modalidades formativas, o intuito da Comissão Organizadora desta edição da EVERMI foi “percorrer temas transversais à Medicina e trazer uma visão 360 graus, dado que a Medicina do internista é precisamente generalista e global”.

“Medicina Interna 2033 – que atores e que cenários” foi o título da conferência de abertura desta EVERMI, pois, segundo Zélia Lopes, internista da ULS do Tâmega e Sousa, “quisemos antecipar como será o futuro da especialidade com base no caminho que estamos a percorrer”. Deslindando a conclusão retirada da conferência, realizada por João Sequeira, diretor de Serviço de Medicina Interna I do Hospital Fernando Fonseca (ULS de Amadora-Sintra).

“O futuro será tão mais promissor quanto melhor fizermos a leitura e a análise do nosso passado. Essa lição permitirá projetar-nos e sermos os atores que quisermos ser”, refere, salientando que “a chave do futuro da Medicina Interna está na impenhência do conhecimento,



Zélia Lopes

disciplina e arte com que os nossos mestres interpretaram e interpretam o papel do internista”.

Tal ponto de vista coloca muita importância no presente, pois, “acreditando que o destino da Medicina Interna resulta da análise de tudo o que aconteceu e o que está a acontecer agora, nós

hoje estamos a construir o amanhã e somos responsáveis pelo desfecho”. Com uma CO “sempre atenta e presente”, Zélia Lopes refere que “muito se discutiu ao longo dos dias em que decorreu a Escola, muito se aprendeu, muito crescemos e quisemos continuar a crescer na arte de ser internista”.

O encerramento desta edição ficaria marcado por uma conferência realizada por Lélita Santos, presidente da SPMI, sobre “Medicina Interna e Especialidades: Fronteiras ou Continuum”. Expectante quanto às mensagens que seriam transmitidas nessa sessão na altura em que falou com a *Just News*, Zélia Lopes deixou algumas questões: “Realizando nós também consultas temáticas, haverá aqui uma fronteira com as especialidades? Ou, na verdade, será tudo isto uma continuidade, sendo a MI a valência central?” Já após a realização da sessão, a diretora da 14.^a



EVERMI observou que a discussão apresentada “foi desafiadora e endereçou grandes questões que ficam no pensamento dos alunos”.

Esta Escola contou com três dezenas de participantes – internos de Medicina Interna de todo o país – e aconteceu, à semelhança do que é habitual, em Albernoa, Beja.

Note-se que a primeira edição da EVERMI remonta a 2010, realizada sob incentivo do internista António Martins Baptista, e teve como inspiração a Escola Europeia de Medicina Interna. Tornou-se um evento muito aguardado em cada ano por internos e formadores, onde “se aprende, criam-se e fortalecem-se laços e se cresce no orgulho de ser internista”.

A CO mantém-se atenta às questões e sugestões colocadas pelos formandos, para que a EVERMI se mantenha um marco anual de formação da SPMI.



9th Summer Autoimmunity School

Quiaios (Figueira da Foz), 7-10 setembro 2023

Ocorrendo anualmente no final do verão, desde 2015, sem interrupção e não deixando de manter o formato presencial, a Summer Autoimmunity School reúne um máximo de 40 participantes e tem acontecido sempre no Quiaios Hotel, perto da Figueira da Foz. Tem o patrocínio científico do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes da SPML.

Segundo a coordenadora, Carla Noronha, internista do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), “o curso destaca-se pelo seu compromisso em abordar complexos desafios da autoimunidade de maneira cativante e envolvente, com base na metodologia PBL (*problem-based learning*)”. E acrescenta que o mesmo “assenta sobre uma plataforma de conteúdos e avaliação que tem sido aperfeiçoada ao longo dos tempos (PULP Academy)”.

“Usamos um método de ensino misto, em que todas as aulas são presenciais, mas em que os conteúdos dados estão disponíveis online”, explica. Entretanto, “a plataforma informática que na altura foi criada tem sido constantemente melhorada ao longo do tempo, quer ao nível do acesso, como do aspeto gráfico, ou dos conteúdos. Está lá tudo, quer a

avaliação antes, durante e após o curso, como a bibliografia, por exemplo. E também é em <https://pulp.academy/>



CO da 9.ª edição da Escola (especialistas e internos de MI do HBA): Isabel Araújo (int.), Ana Isabel Reis, Ana Grilo, Joana Marques, Carla Noronha, Teresa C. Silva (int.), João Espírito Santo, Mafalda Vasconcelos (int.) e Patrícia Moreira (int.)

que os interessados se podem inscrever”.

Com uma duração de 4 dias, a Escola acolhe internos de formação específica dos vários anos e, embora a Medicina Interna esteja representada em maior número, é aberta a todas as especialidades, como a Gastrenterologia, a Pneumologia ou a Reumatologia. A última edição registou, aliás, a estreia da Patologia Clínica.

Na edição de 2023 abordou-se, por exemplo, a artrite reumatoide, o lúpus, as espondilartropatias seronegativas e a esclerose sistémica progressiva. Houve também alguma animação, nomeadamente, com a realização de um jogo envolvendo a Medicina Física e de Reabilitação (o que já é habitual), com a presença de terapeutas ocupacionais. Carla Noronha destaca que, ao longo destes 9 anos que a Escola já leva de existência, “têm sido promovidas cada vez mais discussões interdisciplinares”, nomeadamente com a Nefrologia, a Pneumologia e a Reumatologia, sendo que em 2023 foi acrescentado um novo tema, o dos exames complementares de diagnóstico.



XVIII Congresso sobre Envelhecimento – Geriatria Prática

Coimbra, 28-29 setembro 2023

Após três anos de interrupção devido à pandemia de covid-19, eis que regressou mais uma edição do Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento e Geriatria Prática, agora com o nome de Congresso. “A nova designação parece-nos melhor se adequar aos desígnios dos objetivos a que nos propomos”, justifica Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da Comissão Organizadora.

“Esta é a 18.ª edição de uma organização que se implantou na região e no país, crescendo progressivamente desde o seu início, em 2004, a ponto de se transformar no evento com maior número de participantes da Região Centro”, frisa Manuel Teixeira Veríssimo, ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e atual presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. O foco da reunião continua a ser a geriatria prática, “tentando trazer o que de mais atual existe nesta área científica, mas pretendendo-se também dar oportunidade a quem se interessa pelo tema de poder apresentar dados da sua prática e investigação, através de comunicações livres ou posters”.



Helder Esperto, secretário-geral do Congresso, e Manuel Teixeira Veríssimo



III Encontro de Integração de Cuidados

Lisboa, 22-23 setembro 2023

Adelaide Belo, presidente da The Portuguese Association for Integrated Care (PAFIC), sublinhou, na sessão de abertura do III Encontro de Integração de Cuidados, que a escolha do tema da reunião – “Fazer acontecer e acrescentar valor” – deve ser “a grande mensagem” a transmitir neste momento.

Admitindo que se possa discutir qual o melhor modelo de intervenção para promover a integração de cuidados, Adelaide Belo considera ter chegado o momento de agir. O Encontro da PAFIC, que se realizou no final de setembro, decorreu desta vez na capital, mais precisamente no Grande Auditório João Lobo Antunes, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Sublinhando que “este dia foi pensado essencialmente para permitir a partilha de experiências”, a especialista de Medicina Interna da ULS do Litoral Alentejano deixou claro que, no seu entender, “fazer” é a palavra-chave. “Eu acho que isso é o mais importante!”, frisou.

“Vamos fazer acontecer com o que temos, e já temos muitos projetos no terreno”, afirmou, chamando a atenção para as experiências que iriam ser apresentadas ao longo das jornadas. Adelaide Belo não concluiria a sua breve intervenção sem lembrar que já há projetos no terreno, usando a imagem das “peças do puzzle” que “ainda estão espalhadas” e que é preciso começar a juntar para se atingir o objetivo de “fazer a figura”.

“Qualidade assistencial e coordenação entre os vários níveis de cuidados são elementos essenciais”

“As pessoas doentes com multimorbidade são as principais utilizadoras dos nossos serviços de saúde”, contextualizou Carlos Moreira, um dos convidados a participar na sessão de abertura do III Encontro Nacional de Integração de



Comissão Organizadora:
Adelaide Belo,
Vanessa Nicolau,
Mónica Santos,
Inês Espírito Santo,
Vanessa Ribeiro,
Hugo Mendonça,
Miguel Moreira,
Cátia Gaspar
(ausentes na foto:
Carlos Russo, Joana Seringa e Vera Almeida)

Cuidados, na sua qualidade de diretor do Departamento de Medicina da agora ULS de Santa Maria.

No entanto, sublinhou que “a resposta obtida nem sempre se mostra adequada, principalmente devido ao facto de recorrerem múltiplas vezes à urgência do hospital, ficando muitas vezes internadas”. Nesses casos, “é necessária uma abordagem contínua, de forma a que as alterações do seu estado de equilíbrio patológico sejam detetadas e imediatamente controladas”, referiu aquele responsável, acrescentando: “Essa abordagem deve ser feita preferencialmente em ambulatório, o que melhora a qualidade de vida da pessoa com doença crónica, bem como a eficácia do seu tratamento”.

Carlos Moreira, que é especialista de Medicina Interna, recordou estar demonstrado que se trata de utentes que estabelecem “contactos múltiplos” com o SNS e que é possível reduzir o número de internamentos se forem identifi-



casadas precocemente as situações de agudização da doença.

“Reduzir a taxa de reospitalização é um dos objetivos a atingir na gestão da pessoa com multimorbidade, pois, tal significará melhor prestação de cuidados de saúde e melhor qualidade de vida e implicará uma redução quer nos custos como também, sobretudo, da mortalidade”, afirmou o médico.

“Envolver a própria comunidade na educação sobre a doença e no apoio ao cidadão com patologia crónica é também uma estratégia potencialmente útil na abordagem integrada que é recomendada e que se pretende”, concluiu Carlos Moreira, que, entretanto, já havia deixado expressa uma certeza:

“A qualidade assistencial e a coordenação entre os vários níveis de cuidados

são, reconhecidamente, elementos essenciais para garantir que o doente recebe, de forma atempada e efetiva, os melhores cuidados de saúde.”

“Nós precisamos de vós, de quem está no terreno!”

Catarina Baptista, que integrou a sessão de abertura como vogal do Conselho de Administração do então CHULN, não teve dúvidas em considerar que “o modelo que lidera a integração de cuidados tem provas dadas e existe no terreno”, embora seja “um modelo complexo, como todos nós estamos a experimentar neste momento”.

Referindo-se à criação das novas Unidades Locais de Saúde, disse que “podem proporcionar ganhos a nível da efici-



ência, da logística, dos materiais, mas não nos enganemos, o grande propósito desta grande transformação é que os cuidados se organizem em torno do doente, alinhando os diferentes stakeholders em objetivos de prevenção da doença, de promoção da saúde e de aquisição de valores para o doente”. “Não estou iludida, eu sei que a integração não se faz por despacho, nós precisamos de vós, de quem está no terreno!”, exclamou, dirigindo-se aos presentes na sala.

“Investir na capacitação dos utentes não desresponsabiliza os profissionais”

Eunice Carrapiço, que falou na qualidade de diretora executiva do ACES Lisboa Norte e que, entretanto, viria a assumir o cargo de diretora clínica para a área dos Cuidados de Saúde Primários, interveio a seguir e foi cautelosa: “Mexer na estrutura é muitas vezes importante e pode sê-lo para que a integração de cuidados possa, de facto, acontecer, mas não garante que um novo modelo organizativo traduza, efetivamente, uma maior integração de cuidados.”



Procurando justificar o que acabara de dizer, a especialista de MGF referiu que essa integração “implica uma mudança de cultura, uma atitude diferente das organizações, na forma como se vê a missão de cada uma e dos próprios profissionais. E, portanto, implica um processo individual de mudança, e todos sabemos como é difícil mudar os utentes e, mais difícil ainda, mudarmo-nos a nós próprios”. Eunice Carrapiço disse reconhecer que “temos certamente algumas ferramentas que podem ser facilitadoras deste processo”, como a existência de “um verdadeiro processo clínico eletrónico único” e de um plano de cuidados individual, que “envolva cada vez mais os utentes na gestão do seu próprio processo de saúde e de doença”. “Este investimento na sua capacitação não desresponsabiliza os profissionais, antes aumenta a nossa responsabilidade em lidar com diferentes níveis de autonomia dos doentes”, sublinhou Eunice Carrapiço, para concluir: “A integração de cuidados também implica uma abordagem global da pessoa no seu contexto”, isto é, “temos que ser proativos na abordagem de outros problemas que muitas vezes não são expressos pelos utentes”.

OLGA GONÇAVES, COORDENADORA MÉDICA DA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DA ULS DE GAIA E ESPINHO:

“Em boa hora se percebeu que temos de voltar à naturalidade das coisas, como as pessoas poderem ser tratadas e ter o seu fim de vida em casa”

Para Olga Gonçalves, não subsistirão muitas dúvidas sobre a vantagem da hospitalização domiciliária, o que se reflete na crescente cobertura do país com este tipo de solução: o internamento em casa. Após um longo período em que o hospital foi encarado como o reduto da saúde, a internista orgulha-se deste tendencial regresso à possibilidade de as pessoas poderem ser tratadas em casa, como é seu desejo. A recente criação da Sociedade Portuguesa de Hospitalização Domiciliária, em janeiro, que a internista fazia adivinhar nesta entrevista concedida à Just News em setembro, no decorrer da última edição da EVERMI, é mais um passo dado para a consolidação da HD.

Just News (JN) – Qual é o panorama atual da hospitalização domiciliária em Portugal?

Olga Gonçalves (OG) – Nós já cobrimos praticamente toda a faixa do litoral e, no interior do país, existem também algumas unidades. Já temos até desdobramentos de algumas unidades, que acabam por ter duas equipas no terreno, como acontece em Vila Real, devido à amplitude do território. Houve um crescendo desde 2016. A Unidade de Hospitalização Domiciliária de Gaia/Espinho, que coordeno, foi criada em 2018 e os anos seguintes foram sempre caracterizados pelo surgimento de novas unidades com uma cadência variável. Atingimos recentemente as quatro dezenas de hospitais com esta cobertura e temos esperança de poder cobrir todo o país em breve.

O Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária da SPMI identificou que algumas unidades não tinham ainda o crescimento que seria expectável em número de doentes tratados. São vários os fatores que contribuem para essa realidade, alguns deles indiretamente relacionados com as equipas, quando não são dotadas do número de médicos ou de enfermeiros suficiente. O rácio preconizado a nível internacional é de um médico e um enfermeiro para atender cinco doentes em casa.



termos doentes a morar na mesma rua, mas também podemos ter de percorrer distâncias de até 30 minutos da base UHD. Interessa-nos aliar à qualidade uma maior abrangência do número de doentes, e tendencialmente devemos caminhar para os 20 doentes internados, mas tal obriga a dispor dos meios necessários.

Com a pandemia, muitos dos médicos que estavam associados ao internamento em casa foram convocados pelos seus hospitais para voltarem ao internamento convencional e até para reforçarem as equipas de urgência, cuidados intermédios e intensivos.

JN – Mas, entretanto, as dinâmicas já foram restabelecidas, certo?

OG – Neste momento, há profissionais que já retornaram. Outras instituições foram, entretanto, redimensionadas e suspenderam, para já, a reativação das unidades.

Existe um grande paralelismo de atuação entre portugueses e espanhóis no que toca à Medicina e à Medicina Inter-

na. Algum tempo após a constituição do Grupo de Trabalho de Hospitalização Domiciliária e Telemedicina da Sociedade Espanhola de Medicina Interna, nasceu, em 2019, a Sociedade Espanhola de Hospitalização Domiciliária, que pode integrar qualquer profissional que se dedique a essa atividade.

Também em Portugal, a ideia de criar a Sociedade Portuguesa de Hospitalização Domiciliária tem vindo a ser robustecida e há um grupo a fazer a interface com a Tutela e a discutir os estatutos. Durante o 3.º Encontro de Hospitalização Domiciliária, realizado em março de 2023, em Coimbra, apresentámos junto do secretário de Estado da Saúde, que estava presente, várias conclusões e identificámos o que nos falta para podermos responder, de forma mais capaz e eficiente, ao que é esperado na hospitalização em casa.

Provavelmente, no último trimestre de 2023, será dado um passo em frente, com a constituição de uma *task force* ligada ao secretário de Estado da Saúde, para discutir as necessidades e os indicadores de qualidade que possam ser

monitorizáveis em relação ao desempenho das UHD e reformular a portaria que, em 2018, criou a HD.

JN – Acredita que este modelo está a consolidar-se?

OG – Penso que temos um caminho auspicioso e que se dissiparam já muitas das dúvidas que existiam. Aqueles que estão absolutamente convencidos da mais-valia das UHD são os doentes, as famílias e as equipas. Há pequenos nichos que duvidam da validade deste modelo, mas não tantos como no seu arranque.

As equipas de norte a sul abrangem diferentes leques de doentes. Há unidades que, neste momento, ainda têm apenas doentes oriundos das enfermarias de Medicina, enquanto outras já integram doentes das especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas. Temos, inclusivamente, uma equipa que já começou a dar os primeiros passos na HD pediátrica, que é algo muito desejado em várias zonas. Estou a referir-me ao Médio Tejo, que está a ter muito sucesso nessa experiência,



por se tratar de crianças que, por vezes, permanecem um longo período de tempo no hospital, obrigando os pais a reformular as suas vidas, quando até têm outras crianças em casa. Estando em casa, a gestão familiar é facilitada. Também a possibilidade legal de o cuidador informal poder exercer a atividade em regime de teletrabalho, que existe desde 2023, representou uma mais-valia.

Muitos de nós também já começámos a abranger as grávidas, por exemplo, quando estas desenvolvem uma situação infecciosa passível de ser tratada em casa, desde que haja algum *background* de segurança com o seu obstetra ou um colega de referência, para garantir que a gestação progride sem problemas. Algumas equipas têm conseguido incluir também doentes paliativos porque, apesar de existirem equipas na comunidade, estão longe de ser em número suficiente para responder às necessidades. Outras unidades fazem a ponte com as equipas intra-hospitalares e co-

(Continua na pág. 30)

**OLGA GONÇALVES,
COORDENADORA
DA UHD DA USLGE:**

“Em casa do doente, pratica-se uma medicina ainda mais atenta”

Contam-se já 27 anos desde que Olga Gonçalves se especializou em Medicina Interna. Ao longo deste percurso, tem dedicado especial atenção à área da Hepatologia e, a nível associativo, conhece bem a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Em 2000, integrou a Comissão Organizadora do Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI), evento que ultrapassou, pela primeira vez, a barreira dos 1000 participantes. Dois anos depois, incorporava os Órgãos Sociais da SPMI, assumindo atualmente as funções de tesoureira da Direção. De referir que foi a primeira mulher a presidir a um CNMI, em 2011. Mantém ainda ligação aos núcleos de Estudo de Formação em Medicina Interna e de Hospitalização Domiciliária.

No dia-a-dia, além da vertente de gestão, Olga Gonçalves preza muito continuar no terreno a contactar com os doentes. “É muito importante saber fazer pela experiência e não por ouvir dizer”, distingue, notando que, “em casa do doente, pratica-se uma medicina ainda mais atenta”. Por isso, sempre que pode, “quer por necessidade de substituir algum colega, quer por vontade própria”, sai para “as voltas” (visitas diárias).

(Continuação da pág. 29)

munitárias de suporte em cuidados paliativos, quando têm essa aproximação. O ideal seria intervirmos para tratar uma situação aguda sobreposta a um substrato paliativo e depois darmos lugar à equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, que fará o acompanhamento. Penso que estamos a dar passos muito seguros. O reconhecimento que vamos obtendo dos doentes e das famílias é grande e todos nós achamos que podemos fazer mais e melhor.

JN – Essa reação dos doentes e das famílias dá-vos força para continuar?

OG – Sim, isso é o mais gratificante de tudo. Aquilo que é mesmo fundamental é escutar o doente. Nós aprendemos, durante a nossa formação, que se escutarmos o doente ele dá-nos a chave do diagnóstico. Muitas vezes, a pressa com que temos de nos mover nos serviços de saúde faz com que certos passos sejam ultrapassados e isso não aconteça. O facto de estarmos em sua casa, num ambiente onde se sente seguro, mais capaz e, se calhar, até mais devolvido à sua situação basal de consciência e de orientação, leva-nos até à chave dos diagnósticos e a encontrar outros problemas de que o doente nunca tinha conseguido falar porque não era o tempo nem a hora. Há aspetos que precisam de ser amadurecidos e, muitas vezes, só nos 30 segundos finais de um diálogo de largos minutos ou quando há uma troca de olhares confiante é que o doente nos diz aquilo que é a luz para chegarmos a um diagnóstico, e essa partilha acontece em casa, de forma frequente e fácil.

“CONSTITUIR UM GRUPO DE ASSISTENTES OPERACIONAIS COM FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CASA”

JN – Também vários grupos privados têm vindo a constituir UHD. Tal não devia justificar que o Programa Nacional de Implementação das UHD nos Hospitais do SNS fosse alargado ao setor privado?

OG – Acredito que essa possa ser uma das questões em discussão entre a task

“Muitas vezes, só nos 30 segundos finais de um diálogo de largos minutos ou quando há uma troca de olhares confiante é que o doente nos diz aquilo que é a luz para chegarmos a um diagnóstico, e essa partilha acontece em casa, de forma frequente e fácil.”

force. Uma das discussões que tivemos relativamente à futura Sociedade Portuguesa de Hospitalização Domiciliária centrou-se na definição dos seus sócios e desde logo os nossos colegas do setor privado mostraram vontade de a ela pertencer. A dinâmica de trabalho nas esferas pública e privada é muito semelhante. A diferença está na capacidade económica, que favorece a HD privada e que nos faz muita falta.

Todos nós temos estado a fazer, ao longo do país, uma análise da razão pela qual os doentes são referenciados às unidades, triados pelas equipas, mas não são admitidos, levando a taxas de não admissões muito expressivas, e temos percebido que, em quase todas as unidades, neste contexto pós-pandemia, tem havido um declínio de aceitação das famílias. Na “era covid-19”, vencidos os primeiros receios de que o doente fosse para casa e contaminasse o resto da família, tínhamos, muitas vezes, pelo menos um elemento da família em teletrabalho, que nos dava a segurança da vigilância do doente. O retorno das pessoas ao trabalho presencial veio trazer dificuldades nesse sentido. Por outro lado, também temos a percepção de que a nossa população está mesmo envelhecida e, além de precisar de apoio a nível cognitivo, também do ponto de vista funcional está mais dependente, o que, gradativamente, tem representado desafios adicionais.

Efetivamente, muitas vezes, não temos *background* familiar e nalgumas instituições privadas esta dificuldade consegue ser ultrapassada. Por exemplo, em hospitais da CUF, foi constituído um corpo de assistentes operacionais que podem assumir a função de cuidadores naquele período em que a família está fora de casa.

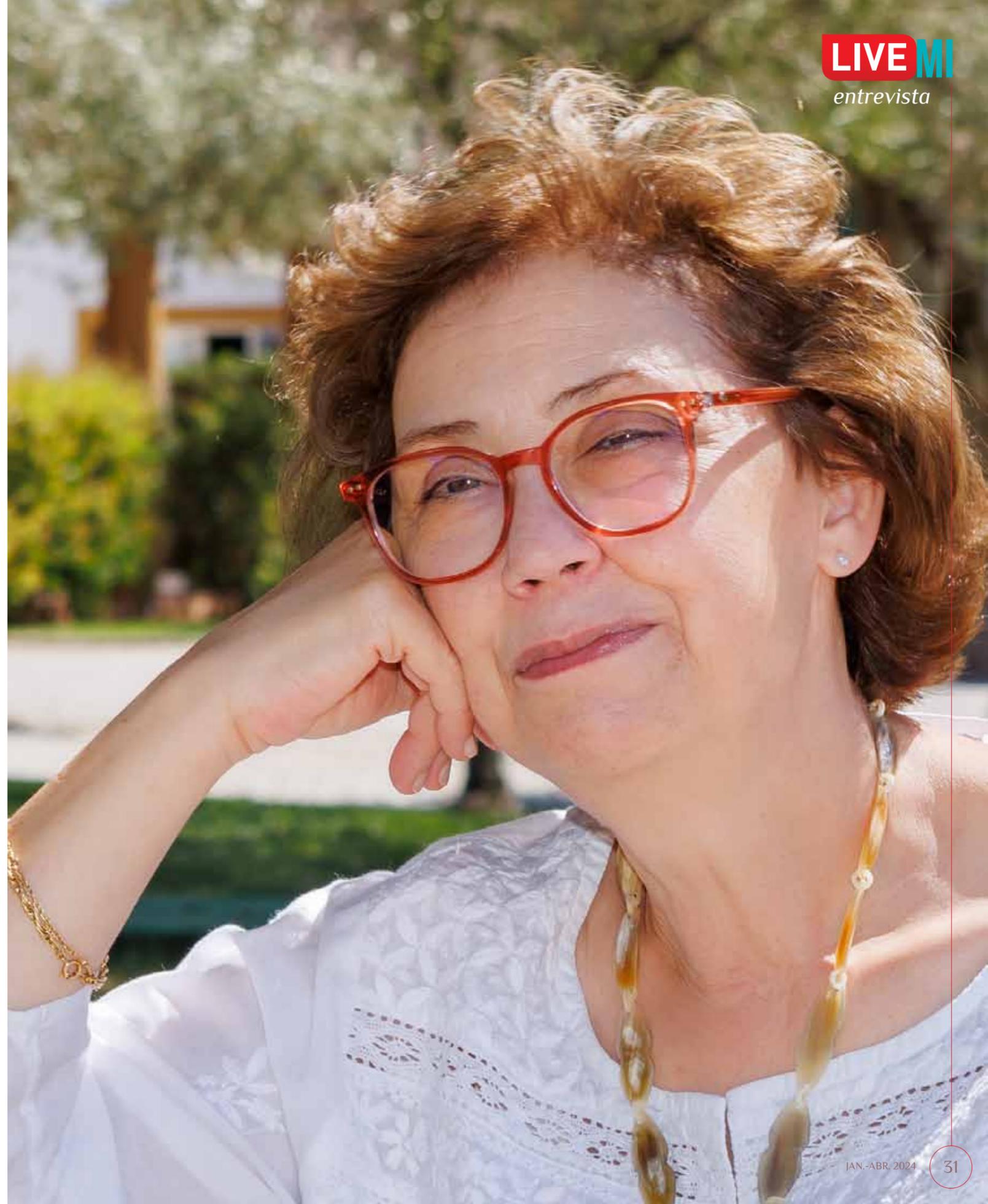
A maior parte, senão todas as equipas, neste momento, fazem perfusão de fármacos em bombas eletrónicas, substituindo a administração feita pelo enfermeiro a cada seis, oito ou doze horas. Contudo, tal requer que o doente tenha um nível de cognição e de funcionalidade que lhe permita acionar o telemóvel para contactar a equipa, em caso de necessidade. Há muitos idosos que não podem ficar sozinhos. Se tivéssemos um corpo de profissionais com formação e idoneidade reconhecidas, conseguiríamos colmatar algumas das dificuldades e cumprir todos os requisitos necessários à admissão de vários doentes.

“Se tivéssemos um corpo de profissionais com formação e idoneidade reconhecidas para serem cuidadores, conseguiríamos cumprir os requisitos necessários à admissão de vários doentes.”

JN – Esse método utilizado por alguns grupos privados deveria ser adotado também pelo Serviço Nacional de Saúde?

OG – Sim, não há dúvida alguma de que, a breve trecho, teremos de fazer outro tipo de equação. Vai ser preciso trabalhar muito em bolsas de cuidadores. Em VNG/Espinho, gostaríamos de ser pioneiros com algumas propostas e estamos a estudar a forma como as conseguiríamos consubstanciar, para ser possível internar em UHD os doen-

(Continua na pág. 32)



(Continuação da pág. 30)

tes que querem muito ir para casa e cumprem todos os critérios à exceção desse. Não seria uma ação difícil de implementar se houvesse um empenho global da comunidade local.

Por outro lado, quase todas as instituições hospitalares têm doentes em unidades exteriores, alguns dos quais correspondentes a internamentos sociais. Urge repensar as soluções para cuidar na fase aguda da doença, na convalescença e na cronicidade não descompensada. Diz respeito a todos.

JN – Como é que essa ação se materializaria? Seria, igualmente, através de assistentes operacionais?

OG – Eventualmente. Os hospitais poderiam constituir um grupo de assistentes operacionais com formação específica para a prestação de cuidados em casa. Embora pertencessem ao corpo hospitalar, quando houvesse necessidade, poderiam fazer uma transição do seu local de prestação de cuidados.

JN – No caso dos doentes institucionalizados, essa questão não se coloca. Essas pessoas têm vindo a beneficiar dos cuidados de HD?

OG – Tem acontecido, sim. Algumas UHD, em Portugal, têm integrado doentes das ERPI e é perfeitamente exequível fazê-lo. Para o doente, é sempre vantajoso. Perante a referenciação de um doente institucionalizado, as equipas fazem a avaliação preferentemente no local onde ele estiver e, se estiverem reunidos os critérios de internamento, então é integrável. Na sua maioria, são doentes idosos, acamados ou com uma dependência física importante, pelo que é fundamental poupá-los a fazer grandes deslocações e sair do seu referencial.

Essa articulação tem de ser protocolizada, para que se saiba quem deve fazer o quê. A equipa UHD vai substituir em quê o enfermeiro que está de serviço? Como fazer para evitar a existência de duas linhas de orientação e garantir que o doente segue um plano terapêutico único?

Muitos doentes já beneficiaram des-



tes cuidados em várias UHD do país e com sucesso. As coordenações das ERPI viram esta possibilidade com bons olhos e as administrações hospitalares também entenderam perfeitamente tratar-se de uma grande vantagem, sobretudo nos períodos de inverno, em que muitos destes doentes eram encaminhados diretamente para o hospital. Deste modo, o facto de não irem para o hospital faz com que não regressem pior ao seu Lar. Estamos a revitalizar esse caminho, que tinha ficado um pouco suspenso durante a pandemia.

“NÃO SUBSISTIRÃO MUITAS DÚVIDAS SOBRE A VANTAGEM DA HD”

JN – Da experiência que tem em VNG/ /Espinho e das partilhas feitas pelos colegas, identifica uma crescente referenciação por parte dos serviços à UHD, ou a admissão dos doentes ainda depende muito da proatividade das suas equipas?

OG – Desde o primeiro trimestre de 2023 que, em VNG/Espinho, temos disponível uma plataforma de referenciação de doentes, que estava projetada desde o início do nosso programa.

Tal veio permitir a qualquer médico do hospital, na Urgência, como no Internamento e na Consulta, referenciar um doente para a UHD de forma fácil. O colega só tem de referir o tipo de serviços que pretende, seja a complementação de um esquema terapêutico, a reabilitação, ou o ensino da família e do doente. Muitas vezes, os doentes descem de nível de dependência e é preciso dar-lhes tempo para que se consciencializem e adaptem. Algumas das intercorrências infecciosas que surgem devem-se à falta de tempo suficiente para as famílias aprenderem a prestação de cuidados. O colega também deve indicar qual será o médico que a equipa poderá contactar numa situação de dificuldade ou necessidade de esclarecimento, se o doente tem de ser reavaliado no hospital durante o internamento em casa e se fica com uma consulta agendada.

Nesta plataforma, a assistente social regista o resultado da avaliação social, o enfermeiro preenche várias informações, como a localização de feridas e a existência ou não de património vascular, e o médico procede à sua avaliação. O colega referenciador recebe, depois, um e-mail indicando se o doente reúne ou não os critérios para ser admitido.

JN – O ato de referenciar é fácil?

OG – O objetivo é que este processo seja muito ágil, de maneira que qualquer médico acione este mecanismo se estiver perante um doente internado que tenha de fazer antibiótico durante mais uma semana e tenha atingido um ponto de estabilidade que lhe permita ir para casa. No caso de um diagnóstico recente de diabetes, por exemplo, é necessário consolidar conhecimentos do ponto de vista alimentar e relativamente à monitorização da doença, execução das pesquisas e identificação dos sinais de alarme.

Por isso, muitas vezes, não se trata apenas de mais alguns dias de antibiótico. Nós podemos ajudar neste processo de adaptação à vida normal. Neste momento, cobrimos praticamente todas as áreas cirúrgicas, à exceção daquelas cuja especificidade obriga a uma determinada monitorização que não conseguimos fazer. Penso que não subsisti-

rão muitas dúvidas sobre a vantagem que pode haver. Temos consciência de que continuamos a ser uma gotinha no oceano, mas, no global, já seria encerrável um hospital de média dimensão com o total de doentes que temos de norte a sul do país.

“Continuamos a ser uma gotinha no oceano, mas já seria encerrável um hospital de média dimensão com o total de doentes que temos de norte a sul do país.”

JN – Essa plataforma estará disponível também noutras instituições?

OG – Ainda não. No seguimento da nossa divulgação, vários hospitais mostraram interesse neste meio, que acreditamos ser uma mais-valia, porque conseguimos fazer um uso inteligente da tecnologia a nosso favor. Na mesma plataforma, o médico que propõe o doente recebe a resposta sobre se pode ou não ser admitido. A segurança está garantida e conseguimos fazer o processo num tempo muito mais rápido.

“TEMOS QUE NOS FAZER PRESEÇA DE CASA, CONQUISTANDO O DOENTE, PARA QUE NÃO SEJAMOS SÓ UMA VISITA”

JN – Qual tem sido a reação dos internos face a este modelo? Têm mostrado curiosidade e interesse em fazer estágio nestas unidades?

OG – No caso de VNG/Espinho, temos recebido internos do 4.º ano de Medicina Interna, tanto da nossa como de outras instituições. Mas há unidades de outros hospitais a receber internos de outras especialidades, o que nos leva a crer que temos de fazer uma divulgação maior. Os internos que têm estagiado connosco têm gostado e dizem sentir que entraram no mundo real, pois conseguem

percecionar que, por vezes, a nota de alta que entregam a um doente, ainda que muito bem elaborada, sucinta e exata, não beneficia o doente e os cuidadores como esperado.

Só quando entramos em casa do doente é que percebemos que os pedidos que lhe fizemos, como a reformulação da sua dieta, não são totalmente exequíveis, porque, para tal, precisaria, por exemplo, de uma disponibilidade pecuniária que não tem. Outras vezes, falamos de forma muito técnica e os doentes não nos entendem. Sem sermos paternalistas ou usarmos linguagem desapropriada a doentes adultos, devemos preferir um discurso claro, que traduza o plano terapêutico proposto. Já ultrapassámos há muito tempo a fase em que o médico impunha e o doente tinha que cumprir. A HD tenta viabilizar que o doente seja um dos parceiros no plano terapêutico, tal como o seu médico e enfermeiro de família, os seus cuidadores e familiares. Nós temos ainda muita iliteracia – não apenas de saúde, pois continuamos com um índice de analfabetismo não tão desprezível quanto isso – e um grande desconhecimento do ponto de vista digital. Por isso, muitas vezes, o nosso trabalho passa por elaborar um guia terapêutico simples, e até por colocar imagens nas caixas de medicação, para que aqueles que não sabem ler possam associá-las ao momento do dia em que a devem tomar. Estes são alguns dos contributos que podemos dar para o bem-estar do doente.

JN – Esse tipo de cuidado e humanização que é exigido às equipas das UHD poderá não ser partilhado por todos os clínicos. Pensa que os cursos de Medicina estão a preparar os futuros médicos a estar sensíveis a estas matérias?

OG – Provavelmente haverá hipótese de se poder crescer e tentar esta sensibilização. Eu penso que ninguém vem impunemente para a Medicina. Uma das coisas que a minha geração, já com algumas décadas de trabalho, pensa é: “Será que uma nota excelente numa prova de acesso nos garante que vamos ter um médico de excelência?”

(Continua na pág. 34)

(Continuação da pág. 33)

Acredito que ninguém vem para Medicina se não gostar de estar com pessoas, não tiver dotes de comunicabilidade, grande capacidade de escuta e de estudo, hábitos de raciocínio e uma dose importante de paciência.

No dia-a-dia, a SPMI tem promovido cursos para desenvolvimento de *soft skills* relacionadas com capacidades humanas, como liderança, orientação de equipa e gestão de momentos difíceis.

Curiosamente, alguns dos internos que, à partida, reconhecíamos como tecnicamente muito bons, mas cujo contacto com o doente poderia ser menos glorioso, quando transportados para este nível de prestação de cuidados, revelam uma capacidade de interação muito interessante e surpreendente.

A Medicina, como quase tudo na vida, também é engenho e arte. O engenho vem-nos dos anos da faculdade, do nosso estudo aturado, mas a arte nasce connosco, embora também a possamos desenvolver.

JN – Mas a HD, por acontecer precisamente num espaço muito íntimo do doente, exigirá aos profissionais uma atenção e um cuidado adicionais?

OG – Quem está a fazer HD está a fazê-lo com empenho. Temos dito e eu acredito também que nem todos os profissionais se adequam a este tipo de trabalho. É preciso não ter medo de

“Os internos sentem que entraram no mundo real, ao perceberem que, por vezes, a nota de alta que entregam a um doente, ainda que muito bem elaborada, sucinta e exata, não beneficia o doente e os cuidadores como esperado.”



entrar na casa dos doentes, mas também é necessária alguma sensibilidade e delicadeza de trato para saber como entrar. Temos que nos fazer presença de casa, conquistando o doente, para que não sejamos só uma visita.

Muitas vezes, quando voltamos a um bairro, já nos abrem alas para podermos chegar mais rapidamente. Em VNG, num dos bairros que já visitámos e ao qual alguns profissionais iam mais atemorizados por poder vir a ser uma situação mais hostil, quando as pessoas se aperceberam de quem éramos, foram rapidamente libertar espaço para podermos estacionar junto da casa do doente. Esses gestos acabam por conquistar quem está no terreno.

A HD é um desafio para quem se disponibilizar a envergar a prestação de cuidados como uma profissão e a en-

frentar desafios diários com programas mais ou menos estabelecidos; para quem tiver a humildade de aceitar que todos os dias se aprende muito com os doentes. Se o profissional gostar de estar com pessoas e sentir que tal ação dá significado a cada um dos seus dias, e conseguir incorporar esta mudança de cenários que, por vezes, é tão rápida, ele estará no sítio certo.

JN – Vê as tecnologias como uma ameaça ao diálogo estabelecido entre os jovens médicos e os doentes?

OG – Não acredito que a grande capacidade que os nossos internos têm em relação ao campo digital os tenha distanciado de tudo o resto. Acho que estamos a conseguir um equilíbrio, no sentido em que as *skills* digitais não retirem disponibilidade ao médico para o

mais importante, que é estar com o doente. Durante a pandemia, realizámos muitas consultas telefónicas e videochamadas, mas nada supera o que nos proporciona a expressão do olhar do doente. Por aí, conseguimos perceber se que aquilo que lhe estamos a propor é o que lhe vai custar mais a fazer, por exemplo. E temos de ter sensibilidade para não sermos taxativos. O bom senso clínico não pode nunca ser abandonado. As linhas de orientação são apenas isso – uma orientação – e aquilo que nos é pedido enquanto médicos é que as adaptemos aos doentes. Essa sensibilidade só acontece no dia-a-dia, nos diversos palcos. Perante um doente de 85 anos, que sempre foi fumador, e está em grande risco de poder desenvolver uma agudização ainda maior da sua situação respiratória, é preciso ter cuidado na sua abordagem.

Ele irá mesmo conseguir entrar em abstinência tabágica? Devemos confrontá-lo numa situação de urgência ou quando estiver mais calmo e recetivo?

Penso que, na maior parte das vezes, se a pessoa não tiver essa sensibilidade, as próprias cadeiras da faculdade encarregam-se de a fazer perceber que não está no sítio certo. O meu curso de Medicina foi muito árido porque o contacto com o doente era tardio e escasso. A reformulação que, entretanto, foi havendo do plano de estudos, com a introdução de cadeiras que desde muito cedo colocam o estudante de Medicina junto do doente, facilitou este diálogo.

Nós somos sempre nós e as nossas circunstâncias, e os nossos eventos de vida também nos marcam e, por vezes, precisamos de passar por eles. Entendo que a capacidade de, sem nos envol-



“A HD tenta viabilizar que o doente seja um dos parceiros no plano terapêutico, tal como o seu médico e enfermeiro de família, os seus cuidadores e familiares.”

vermos, sermos empáticos e transmitirmos mensagens aos doentes – não apenas como médicos, mas também como pessoas que eventualmente já viveram a circunstância de perto, através de outros doentes ou de pessoas muito próximas – tem mais peso do que uma imposição que desça como uma ordem.

“COM A APROXIMAÇÃO À MGF, CONSEGUIMOS LUCRAR MUITO EM TERMOS DE SAÚDE GLOBAL”

JN – Considera que os colegas de MGF têm referenciado mais os seus utentes às UHD?

OG – Sim, mas penso que a prática poderá ser desenvolvida. Em VNG/Espinho, os colegas já têm uma via verde de

(Continua na pág. 36)



(Continuação da pág. 35)

referenciação para a UTAMI, e quando esta equipa considera que o doente tem critérios de internamento em UHD, faz-nos essa proposta.

Acontece também recebermos telefonemas dos colegas dos CSP que já tenham tido a experiência de ter utentes internados connosco. Perante uma nova descompensação da insuficiência

cardíaca, por exemplo, já nos perguntaram se tínhamos hipótese de avaliar, e porque nós já conhecíamos o doente, a sua estrutura familiar e as condicionantes que apresentava até fizemos a admissão em casa. Alternativamente, podemos pedir ao colega que nos envie diretamente o doente.

Através das partilhas que as equipas vão fazendo, temos a perceção de que tem havido um crescendo de contactos pelos nossos colegas de MGF, sobretudo devido à experiência acumulada, que é o melhor cartão-de-visita. Esta via de acesso pode e deve ser intensificada, partindo do princípio que vamos entrar noutra época invernal, em que a demanda da Urgência vai crescer, quando muitos doentes escusariam de a ela recorrer.

Por isso, seria desejável que pudéssemos ter, à semelhança do que já acontece no Hospital Garcia de Orta, por exemplo, durante um mês, um interno de MGF connosco, para conhecer melhor esta realidade. Esses colegas já estão habituados a fazer visitas domiciliárias, pelo que esse não é um ambiente que lhes seja estranho nem hostil. Mas, para ser estabelecida uma conexão entre nós, mais importante do que

fazer uma dissertação teórica sobre o assunto seria poderem ter a experiência prática. Podíamos ter um maior número de utilizadores de HD graças a isso.

JN – Acredita que, com a generalização das ULS, essa articulação pode ser facilitada?

OG – Eventualmente, sim. Já tínhamos o exemplo da ULS Matosinhos, que abrange uma área densamente populacional, mas geograficamente não muito dispersa, diferente da realidade que temos em VNG/Espinho. Penso que haverá um entendimento e uma coesão entre as pessoas para benefício do doente e agilização do plano terapêutico. As maiores dificuldades poderão surgir a nível organizacional e administrativo – A quem cabe a direção de determinada valência? Como é feita a contratualização? Do ponto de vista estritamente clínico, a dinâmica não será diferente porque, pelo menos em VNG/Espinho, sempre que um doente é internado connosco, damos conhecimento à sua equipa de família, e, na grande maioria das vezes, recebemos um e-mail de resposta. Em muitos internamentos, vamos mantendo a par e passo o contacto com o

médico de família e chega a acontecer aquilo que é desejável que é podermos combinar, antes da alta, como será a próxima execução de pensos, por exemplo, para os colegas poderem organizar-se e munir-se dos materiais necessários.

Até ao início da pandemia, chegámos a dar alta com a presença da equipa de família do doente (médico e enfermeiro). Tudo fica mais acertado se as equipas do hospital e do ambulatório estiverem juntas a conversar com o doente e a família. Quando tal não acontece, tentamos que o doente antecipe consulta de seguimento agendada na sua unidade de saúde.

JN – Esse contacto é muito desejável até para haver uma sintonia entre os dois?

OG – Exatamente, acho que ainda temos bastante para crescer e que se ganha muito com esta colaboração. Durante muitos anos, os colegas diziam haver uma certa imposição do assistente hospitalar sobre a atuação do médico de família. Se todos tivermos uma ideia semelhante em termos de diagnóstico ou de avanço diagnóstico e convergirmos no mesmo plano terapêutico, é bastante mais tranquilo.

Nada é mais aflitivo e transtornador para um doente do que receber opiniões divergentes, quando até tem alguma dificuldade em perceber o que é a sua doença e como esta deve ser tratada e se corre perigo de vida. Em alguns hospitais, nomeadamente do sul de Espanha, é normal o médico de família ser convidado a participar na reunião de discussão do Serviço quando o seu doente está lá internado, e não deixa de ser ouvido. É preciso sensibilidade e sabedoria para se ser capaz de tentar perceber por que razão o médico de família tomou determinada atitude ou prescreveu de certa forma, em vez de avançar imediatamente para uma crítica negativa. O colega pode ter alguma informação adicional que justifique o facto de não estar a prescrever o último fármaco, como o doente ter mais alguma contraindicação que não tenha partilhado ou não ter dinheiro para o comprar.

Por vezes, dirigir um telefonema estratégico ao médico de família leva-nos a descobrir um contexto sociofamiliar

que desconhecíamos e que até motiva o tipo de postura do doente. Com esta aproximação, conseguimos lucrar muito em termos de saúde global.

JN – Qualquer UHD deve integrar uma equipa multidisciplinar?

OG – Sim. No último Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária, foram conhecidos os resultados de um inquérito que fizemos sobre o corpo de profissionais das equipas e percebemos que algumas têm fisioterapeutas, enquanto outras têm enfermeiros de reabilitação. Algumas contam com o apoio muito episódico de psicólogo... Em VNG/Espinho, além de médicos internistas, enfermeiros generalistas e de reabilitação, nutricionista, assistente social, assistente técnica e assistente operacional, gostaríamos muito de ter psicólogos e terapeutas ocupacionais. Não é raro chegarmos a uma enfermaria e termos seis pessoas a olhar para o vazio ou para uma televisão, que até nem está a transmitir o programa que querem ver, completamente imóveis, a desenvolver uma miopatia de desuso e outra “intelectual”. Se não for minimamente estimulado, o doente vai ficar para sempre cristalizado dentro do seu mundo. Se tivermos a hipótese de o estimular, sem fazê-lo de forma infantil, seria uma mais-valia.

Perante uma população tão geronte como a nossa, era essencial que, aliado ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação ou fisioterapeutas, houvesse, também em regime HD, profissionais dedicados à dimensão ocupacional, o que poderia até contribuir para uma mais rápida evolução cognitiva dos doentes.

JN – Qual tem sido a dinâmica adotada pelas equipas do ponto de vista da seleção dos seus elementos?

OG – A maior parte das equipas está a optar pela rotação, a cada três ou seis meses, geralmente. Os coordenadores podem ficar mais tempo, mas, nalguns casos, há igual rotatividade. Acho que já se esbateu aquela ideia de que o internista se torna menos internista quando passa para a casa dos doentes. Muito pelo contrário! Ganham-se

outras coisas, fazem-se diagnósticos de novo e os colegas sentem-se entusiasmados.

Atualmente, a opinião geral é de que há vantagem em que os internistas integrem o corpo clínico da Medicina Interna e, periodicamente, transitem para as UHD. Não sei se se alguma vez haverá uma linha

“Por vezes, dirigir um telefonema estratégico ao médico de família leva-nos a descobrir um contexto sociofamiliar que desconhecíamos e que até motiva o tipo de postura do doente.”

de orientação... Acredito que ao fim de algum tempo as pessoas queiram voltar. Outras não exprimem o desejo de querer regressar ao internamento convencional. Também existe uma discussão nacional quanto à égide sob a qual estas unidades, que atendem doentes de várias índoles, devem estar.

“HÁ UM MOVIMENTO MUNDIAL DE HD, EXISTINDO DIFERENÇAS ENTRE A REALIDADE PENINSULAR E O RESTO DO MUNDO”

JN – Qual é a realidade da HD além-fronteiras?

OG – A HD existe noutros países europeus. O último congresso mundial, que decorreu em março de 2023, contou com uma interessante representação portuguesa em termos de número de trabalhos submetidos, pósteres apresentados e mesas-redondas integradas. Haveria cerca de 40 países representados, entre eles Espanha, França, Itália, Estados Unidos, Brasil e Coreia do Sul. As vivências não são tão díspares como possa parecer. Lembro-me bem da apresentação teatral feita por um

(Continua na pág. 38)

“A capacidade de sermos empáticos e transmitirmos mensagens – não apenas como médicos, mas também como pessoas que já viveram a circunstância de perto através de outros – tem mais peso do que uma imposição que desça como uma ordem.”

(Continuação da pág. 37)

grupo de Israel, inserida na dificuldade de comunicação entre as equipas e os cuidadores, dramatizando um contacto telefónico entre a filha de uma doente e a médica. Aqueles colegas conseguiram transmitir quais são as maiores dificuldades de comunicação com que se deparam, diariamente, em Israel, e todos nós nos revimos naquele cenário.

Há, realmente, um movimento mundial de HD, sendo que existem diferenças entre a realidade peninsular e o resto do mundo. À exceção da França, onde existem as duas vertentes e até uma intercomunicação entre si, em todos os outros países, a HD é assegurada por entidades privadas. Na sua maioria, estavam representadas as equipas profissionalizadas, que nada têm a ver com a medicina estatal, e que ficaram muito espantadas quanto à rapidez com que surgiram unidades em Portugal em tão pouco tempo. Eu penso que era algo que já se ambicionava há bastante tempo. As pessoas queriam há muito poder ser tratadas em casa e, quando essa oportunidade surgiu, aproveitaram-na.

JN – Há pontes de contacto mais diretas entre Portugal e algum desses países?

OG – Sim, pela proximidade, trabalhamos muito com Espanha. Estamos a estudar a possibilidade de, enquanto futura Sociedade Portuguesa de Hospitalização Domiciliária, juntamente com a SEHAD, nos associarmos à Sociedade Ibero-americana de Hospitalização Domiciliária. A dificuldade está em perceber como poderíamos ser membros, quando os países latinos que a integram têm uma HD privada.

JN – Como vê a criação da Sociedade Portuguesa de Hospitalização Domiciliária?

OG – É a evolução natural no âmbito do trabalho multi e interdisciplinar das equipas de HD. Os internistas que as compõem podiam já integrar o respetivo Núcleo de Estudos no seio da SPMI. Importava que todos os profissionais pudessem ser congregados numa Sociedade que se constitua espaço de debate, reflexão, força dinamizadora da

atividade e entidade representante e interlocutora com a Tutela.

Ao NEHospDom cumpre o desígnio de ser o garante da qualidade científica daquilo que é feito.

Médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e operacionais, administradores hospitalares – seremos membros da Sociedade.



JN – Será um grande passo em frente na afirmação da HD?

OG – Sim, esta convergência de esforços era já muito desejável. Era a evolução natural por que esperávamos. Penso que, nesta área, há crescimento para acontecer. Não acho que seja um modismo ou algo inventado agora por nós. A Medicina Interna já tinha palcos mais que suficientes para poder desenvolver a sua ação.



“Importava que os profissionais pudessem ser congregados numa Sociedade que se constitua espaço de debate, reflexão, força dinamizadora da atividade e entidade representante e interlocutora com a Tutela.”

Entendo que em boa hora se percebeu que temos que voltar à naturalidade das coisas, como as pessoas poderem ser tratadas e ter o seu fim de vida em casa. Antigamente, os mais ricos eram tratados em casa e só a população mais pobre ia ao hospital. Nós mudámos o paradigma e fizemos com que o hospital fosse o reduto da saúde. Tem de continuar a sê-lo, mas em situação especiais. Desde que a pessoa esteja confortável e que a equipa UHD tenha confiança de que tem um palco de atuação sem arriscar nada, é também em casa que a pessoa doente pode ser tratada.

XVI Jornadas do NE das Doenças do Fígado

Évora, 13-14 outubro 2023

Com perto de centena e meia de participantes, decorreu em Évora a última reunião da Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado da SPMI, com um programa de um dia e meio, como habitualmente tem acontecido, como sucedeu, aliás, com as anteriores Jornadas, em Bragança.

Segundo Paulo Carrola, coordenador do NEDF, “há sempre duas mesas que têm muita recetividade, a dos hot topics e a dos hard topics, abordando, respetivamente, os temas mais quentes e os mais complexos da Hepatologia”.

Nunca falta também a abordagem à doença hepática crónica e o debate em torno de outras “áreas de influência”, como as hepatites víricas, as doenças autoimunes ou a transplantação.

Paulo Carrola acaba por destacar aquela que foi a primeira comunicação das Jornadas, dedicada à questão da inteligência artificial. No seu entender, aliás, “a Hepatologia é uma das áreas da Medicina onde a IA tem tido uma maior evolução, não só na parte da imagem, mas também no aspeto clínico”.



NEDF – Mandato 2023-2025

Coordenador
Paulo Carrola (ULS de TM e Alto Douro) ①

Coord. adjunta
Suzana Calretas (ULS de Coimbra) ②

Secretariado
Cristiana Batouxas (ULS do Nordeste) ③
Joana Calvão (ULS de TM e Alto Douro) ④
Francisco Teixeira (ULS do Alto Minho) ⑤
Margarida Eulálio (ULS da Região de Aveiro) ⑥
Mónica Sousa (ULS de São José) ⑦
Rita Serras Jorge (ULS do Médio Tejo) ⑧
Sofia Ferreira (ULS de Santo António) ⑧

17.^a Reunião do Núcleo de Estudos de Diabetes *Mellitus*

Costa de Caparica, 20-21 outubro 2023

A organização da última Reunião do NEDM ficou nas mãos de profissionais do Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta (HGO), instituição agora integrada na recém-criada ULS de Almada-Seixal, e marcou a despedida de Estevão Pape do cargo de coordenador deste Núcleo da SPMI.

“Nos últimos seis anos, com a implantação e divulgação da ciência pura, construímos um Núcleo forte”, sublinha o médico, explicando que para tal terá contribuído bastante “a criação de parcerias autênticas” com outras sociedades científicas, destacando a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM) e a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD). Entretanto, o encontro da Costa de Caparica ficará na história das reuniões anuais do NEDM porque incluiu um espaço dedicado à enfermagem e que mobilizou umas largas dezenas de elementos, como a foto publicada nesta página documenta. Cláudia Ferrão, enfermeira da Unidade Integrada de Diabetes do HGO, aceitou o desafio que lhe foi lançado por Estevão de Pape para concretizar um *workshop*, tendo contado com a colaboração de três colegas de diferentes instituições: Ana Matilde Cabral (Hospital Beatriz Ângelo), Rosário Bastos (Via Verde Saúde Almada) e Daniela Santos (SAMS).



Comissão Organizadora da 17.^a Reunião: Filipa Monteiro, Conceição Escarigo, Estevão Pape, Sara Ramalho, Letícia Santos, Andreia Nunes e Inês Fonseca Marques (foto pequena)



Estevão Pape com as enfermeiras Ana Matilde Cabral, Rosário Bastos, Daniela Santos e Cláudia Ferrão



PARA CUMPRIR UM MANDATO DE 2 ANOS

Mónica Reis é a nova coordenadora do NEDM

A médica Mónica Reis assumiu o cargo de coordenadora do NEDM - Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus da SPMI no final de outubro, por ocasião da 17.^a Reunião Anual daquele que é um dos núcleos mais antigos da SPMI.

A sua lista havia sido sufragada em ato eleitoral realizado dias antes daquela Reunião, para cumprir um mandato de 2 anos, sucedendo assim a Estevão Pape, do HGO (ULS de Almada-Seixal), que coordenava o NEDM desde 2017, tendo atingido o limite máximo possível de três mandatos sucessivos. De referir que, para além da própria Mónica Reis, uma parte significativa dos elementos que a acompanham já integravam a anterior equipa do NEDM, facto demonstrativo da “vontade de se querer continuar o trabalho que vinha sendo feito”. Depois, “decidimos convidar para integrar o projeto colegas que eram da nossa confiança, uns mais jovens, outros menos, mas com uma larga experiência na diabetes e com áreas de interesse diferenciadoras”. Voltar a implementar a figura do dinamizador em cada um dos hospitais, uma ideia que já terá sido posta em prática no passado, é algo em que a nova coordenadora quer apostar, “assumindo esse colega o papel de elo de ligação com o Núcleo”. No seu entender, esta necessidade acaba por ser mais premente nas unidades hospitalares “de menor dimensão, mais distantes dos grandes centros e, portanto, com menos visibilidade”.

“Os hospitais mais pequenos têm muitas vezes grupos de trabalho robustos na área da diabetes, mas pouco conhecidos e valorizados, embora desenvolvam frequentemente uma atividade fantástica e de grande valor para a comunidade médica e particularmente para os doentes”, sublinha Mónica Reis. Criar, dentro do Núcleo, um grupo de internos de formação específica com interesse na diabetes, “promovendo, assim, o debate, a criatividade e o crescimento profissional”, é um dos pontos do Plano de Ação desenhado pela nova coordenação do NEDM. Incentivar a investigação científica e o desenvolvimento de estudos multicêntricos nesta área e manter a certificação em Diabetes *Mellitus* para internistas atribuída pela SPMI são outros dois aspetos que merecem destaque por parte de Mónica Reis.

Interesse pela diabetes surgiu durante o curso de Medicina

Integrando o Serviço de MI do H. de Vila Franca de Xira (ULS do Estuário do



Lêlita Santos, presidente da SPMI, e Mónica Reis

Tejo), Mónica Reis, que nasceu em Portimão há 49 anos, coordena a Unidade Integrada de Diabetes, que agrega à própria Consulta de Diabetes o apoio de outras especialidades, de que é exem-

NEDM - Mandato 2023-2025

Coordenadora
Mónica Reis (ULS do Estuário do Tejo) ①

Coord. adjunta
Fátima Pinto (Hospital da Horta)

Secretariado
Edite Nascimento (ULS de Viseu Dão-Lafões) ②
Rita Nortadas (APDP) ③
Mário Esteves (ULS do Médio Ave) ④
Rúben Reis (ULS do Arco Ribeirinho) ⑤
Conceição Escarigo (ULS de Almada-Seixal) ⑥
Rita Paulos (ULS da Lezíria) ⑦
Isabel Lavadinho (ULS do Norte Alentejano) ⑧
José Guia (ULS de Lisboa Ocidental) ⑨



4.ª Reunião do NE de Doenças Respiratórias

Peniche, 20-22 outubro 2023

A decisão de dedicar a 4.ª edição da Reunião do Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias da SPMI, que se realizou em Peniche, ao tema das urgências respiratórias justifica-se, no entender de Pedro Leuschner, “pela transversalidade com que os internistas se deparam com problemas respiratórios quando fazem Urgência”.

O coordenador do NEDResp, médico da ULS de Santo António, considera o tema “cativante e relevante porque a Urgência é o local onde os internistas normalmente estão representados”.

Este Núcleo teve a sua génese no Hospital de Santo António porque, como explica Pedro Leuschner, “sentíamos uma grande assimetria entre o que era a nossa realidade e o que se observava na maioria dos serviços de MI dos restantes hospitais do país. Com efeito, há várias décadas que acumulávamos experiência e dedicação à área respiratória na nossa instituição”.

A sessão de abertura da 4.ª Reunião do NEDResp contou com a presença da Sociedade Portuguesa de Pneumologia,

representada por Nuno Cortesão, e do GRESP - Grupo de Doenças Respiratórias da APMGF, através de José Augusto Simões. A mesa incluía ainda José Miguel Maia, que presidiu à CO do evento. Importa referir que a conferência que se seguiu à cerimónia inaugural, subordinada ao tema “Insuficiência respiratória”, foi assegurada por Alfredo Martins, primeiro coordenador do NEDResp, tendo a sessão sido moderada pelo internista João Sá. No âmbito da Reunião, realizaram-se ainda o Curso de Tratamento não Invasivo da Insuficiência Respiratória - Inaloterapia, ONAF, CPAP, VNI; o Curso de Envolvimento Pulmonar nas Doenças do Tecido Conjuntivo; o Curso de Função Respiratória - Da Função ao Doente e o Curso Básico de Ecografia Pulmonar (CBecoP).



Secretariado do NEDResp-SPMI: José Miguel Maia (tesour.), Rui Barros, Mariana Meireles, Isabel Neves, João Neves (coord.-adj.), Pedro Leuschner (coord.), Alfredo Martins, Raquel Calisto e Cláudia Ferrão



Nuno Cortesão, José Augusto Simões, Pedro Leuschner e José Miguel Maia



Participantes no Curso de Função Respiratória, coordenado por Nuno Cortesão



João Sá e Alfredo Martins

6.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria

Figueira da Foz, 26-27 outubro 2023

Com cerca de 170 participantes, decorreu na Figueira da Foz, mais precisamente no Hotel Oasis Plaza, mais uma reunião do NEGERMI – Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI. O programa das sessões estendeu-se por dois dias completos, tendo a sessão de abertura incluído a entrega da 2.ª Bolsa NEGERMI – Estágios Clínicos em Geriatria.

Em debate estiveram, nomeadamente, os temas da incontinência urinária e da obstipação, as novidades em termos de doenças respiratórias no idoso, o consentimento no idoso com incapacidade, a patologia cardiovascular em Geriatria, as estratégias para melhorar os cuidados aos idosos com fraturas de fragilidade e as boas práticas na gestão do doente idoso em internamento. Conferências foram quatro: “E quando o doente não come... por anorexia?”, “Nutrição entérica em doentes com demência – onde estão os limites?”, “O Serviço de Urgência e o idoso” e “Programming cost action 21122”.



Sofia Duque, coordenadora do NEGERMI



2.º Encontro Anual do NEForMI

Peniche, 10 novembro 2023

Os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) e as Unidades Locais de Saúde (ULS) dominaram o programa do último Encontro do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna da SPMI, coordenado por Susana Neves Marques. O conferencista convidado foi Ricardo Mestre, que participou na qualidade de secretário de Estado da Saúde. As internistas Olga Gonçalves (Vila Nova de Gaia), Luísa Eça Guimarães (Póvoa de Varzim / Vila do Conde) e Ireneia Lino (Évora), coordenadoras de três projetos de Hospitalização Domiciliária, foram três das presenças em Peniche.



Susana Neves Marques e Lélita Santos



Reunião dos Diretores e Orientadores de Formação em MI

Peniche, 11 novembro 2023

“A atratividade da Medicina Interna” foi o tema de mais uma edição desta Reunião, que é uma iniciativa da SPMI, presidida por Lélita Santos, e realizada com a colaboração do Colégio da Especialidade de Medicina Interna, atualmente presidido por Faustino Ferreira. A escolha da MI pelos internos, a permanência dos especialistas nos serviços de MI e a questão das subespecialidades, em particular a de Urgência e Emergência, motivaram o debate entre os participantes.



24.º Congresso do NE da Doença Vascular Cerebral

Porto, 24-25 novembro 2023

Presidido por Luísa Fonseca, médica do Serviço de Medicina Interna do Hospital de São João, o Núcleo de Estudos da Doença Vascular da SPMI concretizou a 24.ª edição do seu Congresso, mais uma vez no Porto, com um intenso programa de um dia e meio. Já no final do Congresso, foram entregues dois prémios promovidos pelo NEDVC: “AVC e Investigação Clínica” e “AVC e Investigação Básica”, que consistem num estágio de 3 meses em Oxford e Madrid, respetivamente.



Luísa Fonseca

5.ª Reunião do NE de Prevenção e Risco Vascular

Peniche, 30 novembro - 1 dezembro 2023

Presidida por Rodrigo Leão, da ULS de São José, decorreu em Peniche, no início de dezembro, a 5.ª Reunião do NEPRV. Realizada em formato unicamente presencial, registou um número elevado de participantes, na ordem das duas centenas.

Na sessão de abertura, a presidente da SPMI fez questão de referir que, embora não sendo um dos mais antigos das duas dezenas de núcleos que aquela Sociedade tem, “é um dos principais e tem tido uma pujança enorme nos últimos anos”. Saudando o

seu “dinamismo” e o facto de “ver muita gente jovem a abraçar esta área”, Lèlita Santos não deixou de lembrar o primeiro coordenador do NEPRV, Pedro Marques da Silva, entretanto já falecido.

Vitória Cunha, internista da ULS de Almada-Seixal, também recordou o papel daquele médico na criação do Núcleo, em 2015, bem como a primeira Reunião do mesmo, que aconteceu em 2019. Entretanto, integrado no seu evento anual, o NEPRV organizara, na véspera, um Curso pré-Reunião, coordenado por Rogério Ferreira, internista da ULS de Coimbra. Dedicado à hipertensão arterial secundária, teve lotação esgotada, reunindo médicos especialistas e internos de formação específica de todo o país.



Secretariado do NEPRV: Rogério Ferreira (represent. Centro), Diogo Cruz (coord. adj.), Vitória Cunha (coord.), Ana Tornada (tesour.), Francisco Nóvoa (represent. Norte), Patrícia Vasconcelos (represent. Sul) e Rodrigo Leão (secret.-geral)

Tromboembolismo venoso

A área do tromboembolismo venoso é extensa, engloba várias condições e trata-se de uma temática propensa a áreas cinzentas e a temas controversos. A sessão apresentada na 5.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular teve o intuito de abordar algumas das áreas que frequentemente levantam dúvidas quanto à orientação de determinadas patologias na prática clínica. Incidiu em três grandes áreas, a abordagem da trombose venosa superficial (TVS), o estudo de trombofilias e ainda algumas particularidades na abordagem do tromboembolismo pulmonar (TEP).

Começando com a trombose venosa superficial, existe a ideia de que se trata de uma situação frequentemente benigna, sendo que, inclusivamente, se levanta a dúvida sobre a necessidade de realização de eco doppler e mesmo quanto a indicação terapêutica com anticoagulação. Num dos maiores estudos observacionais sobre a trombose venosa superficial, verificou-se que a extensão ao sistema venoso profundo ou ocorrência de tromboembolismo pulmonar concomitante ao diagnóstico ocorre em cerca de 25%, 17,2% dos doentes apresentaram trombose venosa profunda concomitante no membro contralateral e em 10,2% desenvolveram complicações tromboembólicas nos primeiros 3 meses (incluindo TVP, TEP, progressão de TVS ou recorrência de TVS)⁽¹⁾.

Deste modo, na *guideline* “Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis” da European Society for Vascular Surgery está recomendada a realização de eco doppler em doentes com suspeita de TVS, para determinar a extensão do trombo e excluir TVP assintomática⁽²⁾. As orientações mais recentes sobre este tema, nomeadamente na *guideline* da *Thrombosis Canada* de 2022, recomendam também a realização de eco doppler pelos mesmos motivos, sendo que, a nível de tratamento, quando TVS confirmada e isolada, deve ser orientada tendo por base, por um lado, a distância a junções com o território venoso profundo e, por outro, a extensão do trombo⁽³⁾.



Inês Esteves Cruz

Assist. hospitalar de MI. Membro da Consulta de Doenças Tromboembólicas do H. Egas Moniz, ULS de Lisboa Ocidental

No caso de TVS que dista menos de 3 cm da junção safeno-femoral ou safeno-popliteia, os doentes devem receber tratamento com anticoagulação oral durante 3 meses (dado elevado risco de progressão ao sistema venoso profundo). TVS que dista mais de 3 cm das junções e com trombo de dimensões superiores a 5 cm está aconselhada a realização de doses profiláticas de anticoagulação durante 45 dias (nomeadamente heparina de baixo peso molecular como a enoxaparina 40-80 mg/dia ou tinzaparina 4500-10.000 U/dia, fondaparinux 2.5 mg/dia ou rivaroxabano 10 mg/dia).

Por outro lado, se trombo com dimensões inferiores a 5 cm, pode ser considerado apenas uso de AINE orais/tópicos, compressas (quentes ou frias, dependendo do grau de inflamação), elevação do membro e terapia de compressão (pondera-se ainda tratamento com anticoagulação em caso de TVS com sintomatologia grave ou fatores de risco para propagação de trombo, nomeadamente, história prévia de TVS, TVP/TEP, cancro ativo, gravidez, terapia hormonal, cirurgia recente, trauma).

A segunda temática abordada prendeu-se com a indicação para o estudo de trombofilias e contemplou também a dúvida quanto à utilização de novos anticoagulantes orais (NOAC) na síndrome anticorpo antifosfolípide (SAAF). O termo trombo-

filia é geralmente utilizado para descrever condições hereditárias ou adquiridas associadas a uma predisposição acrescida para trombose, podendo ser divididas em trombofilias hereditárias ou adquiridas. As trombofilias hereditárias mais relevantes são o fator V Leiden (variante F5 G1691A), a mutação gene protrombina (variante F2 G20210A) e o *défice* de proteínas C, S e anti-trombina. As trombofilias adquiridas mais importantes são o SAAF, a hemoglobinúria paroxística noturna, doenças mieloproliferativas (trombocitose essencial, policitemia vera, mielofibrose primária) e ainda a presença da mutação JAK2 na ausência de fenótipo de doença mieloproliferativa. No passado era realizado um estudo mais avançado englobando outras mutações ou défices, nomeadamente determinação do fator VIII, quantificação da homocisteína, pesquisa de variantes da MTHFR e da PAI-1. Devido à inexistência de dados que confirmem um incremento de risco significativo, aliado ao facto que estes testes podem ser condicionados por vários fatores, atualmente, foram excluídos do painel de trombofilias⁽⁴⁾.

Na população com tromboembolismo venoso, as trombofilias com maior prevalência são o fator V Leiden em heterozigotia, mutação do gene protrombina em heterozigotia e o SAAF.

Na população com tromboembolismo venoso, as trombofilias com maior prevalência são o fator V Leiden em heterozigotia, mutação do gene protrombina em heterozigotia e o SAAF. Por outro lado, as trombofilias associadas a maior risco de primeiro evento trombótico são os *défices* de proteína C, S e *antitrombina*, o

fator V Leiden em homozigotia, a mutação do gene da protrombina em homozigotia, defeitos trombofílicos combinados e o SAAF (principalmente se triplo positivo)⁽²⁾.

O documento mais relevante nesta área é a *guideline* “Thrombophilia testing: A British Society for Haematology”, publicada em 2022, que de uma forma geral recomenda que o estudo não deve ser realizado de uma forma rotineira, devendo ser efetuado apenas se os resultados influenciarem a orientação do doente. O estudo está recomendado em doentes com TEV com idade jovem < 40 anos, sem fatores de risco identificados (evento não provocado) ou fatores de risco *minor*, e com história familiar de TEV em pelo menos um familiar de 1º grau. Relativamente à testagem de familiares de doentes com trombofilias, esta deve ser seletiva a familiares do 1º grau assintomáticos, de doentes com *défice* de proteína C, S e antitrombina, dependendo de circunstâncias pessoais (p.ex. mulher que planeia engravidar).

Quanto à testagem de trombofilias em doentes com tromboembolismo atípicas, não deve ser realizada apenas por ter sido uma trombose atípica, aconselham a avaliação do painel de distúrbios mieloproliferativos (nomeadamente pesquisa de mutação JAK2) em doentes com trombose atípica e alterações sugestivas em hemograma, efetuar também a pesquisa de mutação JAK2 em doentes com tromboembolismo em território esplâncnico ou venoso cerebral (na ausência de um fator provocatório, mesmo se hemograma normal), e por fim, testar SAAF em doentes com tromboembolismo atípicas, na ausência de fator provocatório⁽⁴⁾.

Sabendo que o SAAF é das trombofilias mais prevalentes e também das que apresentam maior risco trombótico, deve ser considerado o seu estudo nas seguintes condições: após evento trombótico não-provocado ou provocado por fator de risco *minor* e em doentes com eventos trombóticos em território arterial na ausência de outros fatores de risco vasculares (principalmente se idade < 50 anos). Destaca-se que, por ser uma trombofilia adquirida, não deve ser testada

em familiares de doentes com TEV. Atualmente, sabemos que os antagonistas de vitamina K são os únicos recomendados para prevenção secundária, devendo ser pretendido um alvo INR entre 2 e 3, ou mais elevado se trombose recorrente, e eventualmente pode ser adicionada ainda antiagregação com ácido acetilsalicílico, se eventos arteriais. O estudo deve ser realizado fora de fase aguda de doença e repetido com intervalo de 12 semanas, sempre realizado sem anticoagulação. Os doentes com positividade para os três anticorpos (anticoagulante lúpico, anticorpo anticardiolipina e anticorpo anti-B2-glicoproteína) são os que apresentam maior risco trombótico e os que apresentam o anticoagulante lúpico positivo isoladamente, e também têm maior risco de eventos.

Nos doentes com TEP de alto risco, ou seja, aqueles que se apresentam com instabilidade hemodinâmica, a realização de trombólise sistémica está recomendada, não levantando grandes questões.

Considerando a questão sobre a eventual utilização de NOAC no SAAF, foi apresentada uma revisão sistemática e meta-análise de 5 estudos, publicada em outubro de 2023 “*Therapy with direct oral anticoagulants for secondary prevention of thromboembolic events in the antiphospholipid syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised trials*”. As principais conclusões foram de que não

existe benefício na escolha de NOAC em alternativa aos antagonistas de vitamina K para a prevenção secundária; os NOAC aparentam ser menos efetivos, em especial em doentes com eventos trombóticos arteriais; e a alteração de antagonistas da vitamina K para NOAC também não trouxe benefício a nível de risco hemorrágico. No entanto, levantam a hipótese de um subgrupo de doentes com SAAF apenas com eventos trombóticos venosos poder beneficiar de tratamento com NOAC (sendo necessário mais estudos nesta área)⁽⁵⁾.

Na terceira parte da apresentação, foram abordadas algumas particularidades sobre a abordagem do tromboembolismo pulmonar, nomeadamente sobre a realização de trombólise em doentes com risco intermédio, quanto ao tratamento de TEP subsegmentar e ainda de TEP incidental. Nos doentes com TEP de alto risco, ou seja, aqueles que se apresentam com instabilidade hemodinâmica, a realização de trombólise sistémica está recomendada, não levantando grandes questões. A dúvida coloca-se em doentes com risco intermédio alto, que contempla subgrupo de doentes com PESI elevado (PESI classe III-V ou PESI simplificado ≥ 1), disfunção do ventrículo direito (evidente em ecocardiograma ou TAC torácica, e elevação de marcadores de necrose miocárdica). Neste grupo de doentes está recomendada a realização de terapêutica anticoagulante, mas atualmente não está recomendada a realização de trombólise sistémica como primeira linha, encontrando-se reservada a doentes com agravamento hemodinâmico sob terapêutica anticoagulante, como terapia de resgate⁽⁶⁾. Estas recomendações prendem-se com o risco hemorrágico global associado e em particular com a ocorrência de acidente vascular cerebral hemorrágico não desprezível em estudos prévios⁽⁷⁾.

As *guidelines* da CHEST 2021 consideram que em doentes selecionados, com TEP agudo que sofrem um agravamento clínico (diminuição da tensão arterial, aumento da frequência cardíaca, agravamento da insuficiência respiratória

(Continua na pág. 50)

(Continuação da pág. 49)

ou da disfunção ventricular direita, ou aumento dos marcadores de necrose miocárdica) sob terapêutica com anticoagulação, ainda que ainda não tenham desenvolvido hipotensão, pode ser realizada trombólise sistêmica, desde que o risco hemorrágico seja aceitável⁽⁷⁾. Portanto, neste momento, ainda não há um consenso sobre a realização de trombólise em doentes com TEP de risco intermédio alto, sendo que se encontram em curso alguns estudos relacionados com o tema (nomeadamente o PEITHO-3 trial).

Relativamente ao TEP subsegmentar, temos a consciência de que os avanços a nível radiológico condicionam sobrediagnóstico e, por outro lado, verifica-se a ocorrência de falsos positivos condicionados por artefactos. A presença de TEP subsegmentar pode ainda ser considerada um achado fisiológico, uma vez que o pulmão serve como uma rede que impede pequenos trombos de atingirem a circulação arterial. Por último, pequenos estudos observacionais não demonstraram recorrência sintomática em

doentes não tratados. Assim, pode ser considerado não realizar terapêutica anticoagulante em doentes assintomáticos e com TEP subsegmentar. Doentes com indicação efetiva para tratamento: doentes com neoplasia ou história de TEV prévio, TEP condicionando insuficiência respiratória e ainda doentes que apresentem concomitantemente TVP(8). E quanto ao TEP incidental, o que está recomendado é a mesma estratégia terapêutica quer para fase aguda, quer quanto a decisão de anticoagulação a longo termo que para TEP sintomático.

Concluindo, o tromboembolismo é uma área em constante atualização, pelo que reuniões como a realizada recentemente pelo Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular são importantes no que toca a uma atualização contínua e melhoria nos cuidados prestados aos nossos doentes.

Referências:

1. Decousus H et al. POST (Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis) Study Group. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study.

Ann Intern Med. 2010 Feb 16;152(4):218-24. doi: 10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00006. PMID: 20157136.

2. Stavros K. Kakkos, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. Eur J Vasc Endovasc Surg (2021) 61, 9e82.

3. Superficial Thrombophlebitis, superficial vein thrombosis, Thrombosis Canada, 2022.

4. Thrombophilia testing: A British Society for Haematology guideline, 2022.

5. Adelhelm JBH et al. Therapy with direct oral anticoagulants for secondary prevention of thromboembolic events in the antiphospholipid syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. Lupus Sci Med. 2023 Oct;10(2):e001018. doi: 10.1136/lupus-2023-001018. PMID: 37899090; PMCID: PMC10619019.

6. Konstantinides SV et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2020 Jan 21;41(4):543-603.

7. Meyer G et al PEITHO Investigators. Fibrinolysis for patients with intermediate-risk pulmonary embolism. N Engl J Med. 2014 Apr 10;370(15):1402-11. doi: 10.1056/NEJMoa1302097. PMID: 24716681.

8. Stevens SM et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2021 Dec;160(6):e545-e608. doi: 10.1016/j.chest.2021.07.055. Epub 2021 Aug 2. Erratum in: Chest. 2022 Jul;162(1):269. PMID: 34352278.

1.ª edição do Curso *E-learning* de Emergências e Urgências em MI

A SPMI vai realizar, através do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI), a 1.ª edição do Curso *E-learning* de Emergências e Urgências em Medicina Interna. O curso, que tem início em abril, termina dia 30 de outubro e visa promover “a aquisição e consolidação de conhecimentos na abordagem das patologias do foro da MI mais prevalentes em ambiente de Urgência”. Será o caso das urgências cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, metabólicas, gastroenterológicas e renais. Para Maria da Luz Brazão, coordenadora do Núcleo, a realização desta formação justifica-se plenamente, uma vez que o trabalho desenvolvido nas urgências exige “uma enorme destreza

e sistematização de atitudes, deteção rápida e sequencial das disfunções que possam pôr em risco a vida, e instituição de tratamento imediatamente após a sua identificação”.

A iniciativa que este ano é lançada vai ao encontro dos objetivos do Núcleo,

fazendo a sua responsável questão de lembrar que “os internistas trabalham no serviço de Urgência dos hospitais portugueses 24h por dia, 7 dias por semana, durante todo o ano”.

Nesse sentido, considera que, “pela sua capacidade de liderança, aliada a um edifício teórico sólido e destreza na execução de técnicas, o internista é o especialista ideal para lidar com todas as exigências da prestação deste tipo de cuidados médicos, sendo o gestor ideal do doente agudo”.

Este Curso *E-learning* é dirigido, portanto, a internos ou especialistas de MI, mas está também aberto a médicos de outras especialidades e a internos de formação geral.

Este Curso é dirigido a internos ou especialistas de MI, mas está também aberto a médicos de outras especialidades.

X CONGRESSO NACIONAL DE AUTOIMUNIDADE

XXIX REUNIÃO ANUAL DO NEDAI

27·28·29

Junho 2024

CENTRO CULTURAL DE BELÉM

LISBOA



30° CNMI

Congresso Nacional de Medicina Interna

9º Congresso Ibérico de Medicina Interna

Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura

23 – 26 Maio 2024

NO INTERIOR DA MEDICINA