



Pressupostos para a valorização da Medicina Interna

Documento síntese elaborado pelo Grupo de Trabalho criado por protocolo entre a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Introdução

A Medicina Interna assumiu uma função preponderante na organização hospitalar nacional quer no sistema público, quer privado ou social. Esta especialidade aumentou a sua área de atuação tornando-se a especialidade médica do Hospital, da urgência ao internamento, quer médico, quer em co-gestão dos doentes cirúrgicos (cada vez mais idosos e com maior número de comorbilidades), do hospital de dia, hospitalização domiciliária e das consultas de Medicina Interna gerais e diferenciadas, nomeadamente da doenças crónicas, como insuficiência cardíaca, Hipertensão arterial e dislipidemia, DPOC, Diabetes, doenças auto-imunes, doenças do fígado, doença HIV, doenças raras, entre outras. **O Internista é o médico do Hospital**, sendo que o Hospital, com o seu nível de cuidados diferenciados, é também cada vez mais um serviço de ambulatório.

Contudo as condições de trabalho dos internistas têm-se deteriorado nos últimos anos. As enfermarias de Medicina Interna são, na maioria dos Hospitais, as que têm piores condições de alojamento, onde há menor área por cama, menos instalações sanitárias por doente, e onde o espaço reservado aos médicos para trabalharem é exíguo, os postos de trabalhos (secretárias) escassos, bem como há ausência de salas para reuniões clínicas e de organização da atividade assistencial bem como para a formação de internos e ensino dos alunos. A falta de apoio de secretariado médico é uma constante que afeta a eficiência do trabalho dos internistas e os sobrecarrega.

A isto acresce:

- a desvalorização remuneratória que ocorreu com o fim da exclusividade, durante o período de formação especializada;



- a inexistência de carreira médica e a generalização dos Contratos Individuais de Trabalho (CIT) com a obrigatoriedade de realizar 18 horas de trabalho de urgência, sem progressão salarial com a antiguidade;
- a assimetria, que se verifica com as especialidades cirúrgicas e/ou técnicas, de poder complementar o vencimento com o pagamento de produção adicional.

Esta realidade fez perder a atratividade pela especialidade, tendo-se criado um círculo vicioso, em que a falta de internistas, que calculamos ser de cerca de 1000 nos hospitais do SNS (dados do colégio e da Plan-APP), implica uma enorme sobrecarga de trabalho dos atuais assistentes hospitalares de Medicina Interna e dos internos da especialidade, afastando os jovens candidatos a especialistas da Medicina Interna.

No último concurso ficaram por preencher 58,1% das vagas disponíveis (144), sendo que em 7 Hospitais nenhuma vaga foi ocupada, e que em Hospitais como o CHULN (atual ULS Santa Maria) e o CHULC (atual ULS São José) o número de vagas por preencher foi no conjunto de 24. Nos últimos 3 anos ficaram por ocupar 240 vagas de Medicina Interna. Há hospitais que há 3 anos não recebem nenhum interno!

Esta situação impõe uma reflexão urgente de modo a encontrar as propostas que permitam enfrentar a situação, que sendo complexa necessita do envolvimento e compromisso de todos os intervenientes, Órgãos de soberania, Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos, Sociedades Científicas e Sindicatos Médicos.

Com esse objetivo, a Ordem dos Médicos, por iniciativa do seu Bastonário, Dr. Carlos Cortes, e a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) decidiram criar um grupo de trabalho coordenado pelo Prof. Manuel Teixeira Veríssimo, e que integra 5 membros da Direção do Colégio de Medicina Interna e 5 membros da Direção da SPMI, cujo resultado preliminar apresentamos. Os assuntos abordados são os que foram considerados pelo grupo de trabalho como os mais prioritários e de resolução mais urgente.



1º - Perfil do internista | Programa de formação | Avaliação intercalar e Avaliação final do internato.

Perfil do internista

Todos os Internistas devem ter um perfil global, generalista, mas deve ser permitida a subespecialização, nos moldes já previstos para as subespecialidades, e o reconhecimento de competências. A formação de base não pode deixar de ser global.

O Internista exerce, na maioria das vezes, a sua atividade acompanhando doentes, com destaque para o doente complexo e/ou de diagnóstico difícil, com multimorbilidades, tanto na enfermaria, como na consulta externa ou no serviço de urgência. Pode dedicar-se de forma predominante ou mesmo exclusiva a uma área específica: unidade de cuidados intermédios, urgência, unidade temática dedicada a uma patologia (insuficiência cardíaca, diabetes, transplantes, doenças auto-imunes, doenças hepáticas), co-gestão de doentes em unidade cirúrgica, cuidados paliativos, hospitalização domiciliária.

A generalização de “Hospitais de dia” da Medicina Interna, para resolução de agudização de doentes com patologia crónica conhecida, de que há múltiplos exemplos (insuficiência cardíaca, doenças auto-imunes, doenças hepáticas, diabetes, doença pulmonar crónica obstrutiva) permitirá uma melhor integração com os cuidados primários e a abertura de canais de acesso ao Hospital destas situações sem terem de passar pela urgência.

Todos os serviços de Medicina deverão ter uma Unidade de cuidados intermédios, que permita a monitorização e o tratamento de doentes instáveis, mas que não carecem de cuidados intensivos.

É imperioso avançar para novas organizações dos Serviços Hospitalares, com evolução para áreas/unidades funcionais com carácter multidisciplinar nas quais o Internista deve assumir um papel de coordenação, com a colaboração de diferentes especialidades.

É desejável que todas estas actividades sejam realizadas no âmbito das funções do Serviço de Medicina Interna, ao qual o Internista se deve manter ligado.

É fundamental reconhecer e atribuir maior valor à orientação diagnóstica e à decisão clínica, que os internistas realizam no processo assistencial dos



doentes que lhe são confiados. Reconhecimento esse que é já hoje dado para outras especialidades à realização de técnicas, de exames complementares de diagnóstico e dos atos cirúrgicos. A valorização da Medicina Interna implica a atribuição de incentivos quer institucionais (formação, investigação) quer remuneratórios.

A Medicina Interna deve manter a capacidade de prescrição de todos os fármacos de prescrição hospitalar.

Os Serviços de Medicina devem ser dotados de equipamentos e meios auxiliares de diagnóstico necessários à Medicina do século XXI, junto do doente (Point-of-care) como gasometria arterial, capilaroscopia, ecografia geral, cardíaca e articular com intervenção, *bladder scan*, aparelhos de ventilação não invasiva, etc.). A telemetria deverá fazer parte do equipamento base dos serviços de Medicina Interna para uma adequada monitorização dos doentes.

Importa por outro lado dotar o Sistema de Saúde dum Registo Clínico Eletrónico individual, que permita, em qualquer ponto de contacto com os serviços de saúde, obter rapidamente a informação clínica relevante de cada doente, seja no ambulatório (Cuidados Primários ou Hospitalares), seja na urgência, seja no internamento.

Os Serviços de Medicina deverão estar apetrechados com terminais informáticos modernos e atualizados, suportados por servidores adequados, que permitam nomeadamente a introdução de dados por voz, e que em simultâneo utilizem inteligência artificial para a execução de tarefas de busca de informação no processo do doente, bem como para elaboração de relatórios clínicos, nomeadamente de Nota de alta e /ou transferência.

Devem ser reconhecidos formalmente os serviços de Medicina Interna como prestadores de estágios, quer em Medicina Interna, quer em áreas específicas: Insuficiência Cardíaca Diabetes, Hepatologia, Risco cardiovascular, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Doenças Autoimunes, Doenças hereditárias do metabolismo - e que esse trabalho, além do prestígio, tenha impacto remuneratório, quer para o Serviço, quer para o próprio.

A Medicina Interna e a urgência

O Internista deverá manter atividade regular no Serviço de Urgência (SU) como uma das vertentes essenciais do seu trabalho, devendo, contudo, o horário



padrão de prestação deste serviço ser de 12 horas semanais. Só este limite temporal permitirá aos Internistas manterem de forma efetiva e competente as outras vertentes da sua atividade clínica (enfermaria, consulta, ensino, investigação, etc.). Os períodos de urgência deverão alternar dias e noites. Existem atualmente serviços onde a equipa fixa só faz urgência durante o dia, nos dias úteis, ficando para os internista do Serviço de Medicina as noites e os fins de semana.

Os serviços de urgência devem ser reconhecidos como serviços de ação médica, mas não são serviços de Medicina Interna. Assim, alguns internistas poderão trabalhar em SU durante uma parcela maior do seu horário semanal ou mesmo em *full-time*, em equipa dedicada, mas estes regimes são excecionais e apenas praticados se houver acordo explícito do próprio: portanto, não devem ser impostos como se esses fossem os modelos “normais” do trabalho do Internista.

O papel do Internista no SU tem de ser focado no doente grave e/ou complexo, na patologia médica aguda ou agudizada, nunca em todo e qualquer doente do foro médico. Deverão ser implementadas medidas que permitam a diminuição da afluência não justificada, por razões clínicas aos SU, evitando a sua utilização pelos doentes que podem ser avaliados noutra nível de cuidados.

O Internista assume naturalmente no SU um papel de liderança na formação de internos e na gestão das áreas médicas no Serviço de Urgência, nomeadamente nas dedicadas aos doentes graves e muito graves (incluindo Sala de Emergência).

De imediato, e face à carência de médicos para assegurar o normal funcionamento da urgência, todas as especialidades médicas e cirúrgicas deverão voltar a ter maior presença no SU. Nomeadamente os internos da formação especializada deveriam fazer urgência na sua área lata de conhecimento, médica ou cirúrgica, e não apenas na sua área específica de especialização, até ao último ano do internato; algumas especialidades atualmente ausentes do SU poderão também ser chamadas a colaborar, até que existam equipas de profissionais dedicados à atividade nesses locais.



Programa de formação

O programa de formação está em revisão pelo Colégio da Especialidade e deverá ser apresentado em breve, atualizando e modernizando. O programa de formação deverá manter o seu foco na formação de um Internista de perfil global, generalista. Não impedindo que um interno possa, durante os 2 últimos anos do internato, começar a interessar-se mais por alguma área clínica ou técnica específica, tal não deve servir para lhe atribuir um título nessa área.

Deve ser ponderada a redução do tempo (excessivo) atualmente permitido para estágios opcionais. Na mesma linha, a redução de 6 para 3 meses do estágio de Cuidados Intensivos, irá permitir que esses 3 meses restantes sejam utilizados para estágio obrigatório em Cuidados Intermédios.

O *logbook* deverá passar a ser um instrumento de registo e monitorização da formação de cada Interno.

Avaliação intercalar

Manter os moldes atuais, que devem estar em linha com os objetivos e os métodos de avaliação (p. ex. o modelo de exame teórico) previstos para o exame final, a generalizar e uniformizar em todos os hospitais.

Avaliação final do internato.

Avançar com o exame teórico em modelo de teste final e igual para todos.

Deverá ser proposto um modelo *standard* de CV, com limite de nº de páginas.

2º - Dotação dos serviços de Medicina Interna em recursos | carga de trabalho por período de trabalho | limites ao trabalho contínuo | tempo protegido para formação e investigação

A sobrecarga de trabalho dos internistas reflete-se na falta de atratividade nesta especialidade. A versatilidade e a capacidade de executar múltiplas funções em diversas áreas hospitalares tornam esta especialidade alvo de *multitasking* e com múltiplas solicitações que tornam incomportável o seu exercício com a qualidade desejada. Neste sentido, torna-se crítica a definição clara da distribuição da carga horária, bem como a limitação das dotações assistenciais, para segurança dos doentes e dos profissionais de saúde.



Enfermaria

A observação, investigação, decisão terapêutica, prevenção e planeamento da abordagem do doente internado numa enfermaria, todo o raciocínio clínico implicado nestas tarefas, consomem muito tempo diário e requerem a total disponibilidade do internista. Neste sentido o tempo dedicado à enfermaria, não pode estar, em situação alguma, sobreposto com outras atividades (exemplo: consulta externa, consultoria, urgência interna, etc.).

O Assistente Hospitalar deverá ter um período diário de **45 minutos por doente internado**, que, nos atuais contratos, significa que cada internista deverá ter a seu cargo cerca de 6 a 8 doentes/dia, consoante a carga horária para a atividade de enfermaria. Preferencialmente, estes doentes devem manter a mesma equipa médica durante todo o internamento.

Outras atividades

A carga horária dedicada às restantes atividades que podem e devem ser solicitadas ao Internista, devem estar claramente definidas no horário e, em circunstância alguma, duas atividades devem estar sobrepostas. A carga mínima deve ser:

- Consulta externa de Medicina Interna:
 - Primeiras consultas - 40 minutos
 - Subsequentes - 20 Minutos
- Hospital de dia
 - Dependente do tempo do procedimento/tratamento
- Consultoria
 - 45 min / doente observado

Descansos diurnos e noturnos



Os períodos de trabalho devem ter o limite máximo de 12 horas consecutivas. Este princípio aplica-se a todos os tipos de trabalho, incluindo as urgências externa e interna.

Durante o dia (8h-20h) quando completar 4 horas de trabalho, o médico tem direito a uma pausa de ½ hora. Durante a noite (20h-8h) ao fim de 4 horas de trabalho, o médico tem direito a uma pausa de 1h. Estes períodos podem ser acoplados, de acordo com o melhor interesse da organização e do médico. Assim, a título de exemplo, em 12h diurnas o médico tem direito a 60 minutos de descanso. Em 12h noturnas tem direito a 120 minutos de descanso.

Tempo protegido para formação e investigação

Pelo menos uma hora semanal, das 40h de horário, deverá ser consagrada à investigação. Outros formatos de tempo para investigação, poderão ser permitidos para projetos concretos, desde que aprovados pela Direção de Serviço e Direção Clínica.

Uma hora semanal, das 40h de horário, deverá ser consagrada à formação. No caso de o médico ser orientador de formação deverá ter 2 horas por semana destinada a esta função. Os quinze dias úteis de formação anual, dever-se-ão manter.

3º - Metodologia da avaliação de idoneidade formativa dos Serviços | Revisão dos Critérios de Idoneidade e do formulário de inquérito de avaliação anual das capacidades formativas

Os formulários de Caracterização dos Serviços para atribuição de Idoneidade e determinação da capacidade formativa têm muitos anos e têm sido decalcados ano após ano. É necessário que a OM através do seu Colégio de Especialidade de Medicina Interna atualize e reformule o documento, permita o seu preenchimento e assinatura on-line, bem como a validação automática dos



dados apresentados. A auscultação prévia e a inclusão de possíveis contributos dos Diretores de Serviço serão do maior interesse.

Aspetos a considerar na elaboração dum novo formulário:

- Excluir as questões sobre arquivo clínico, biblioteca ou disponibilidade de internet.
- Informação sobre aplicações de informação clínica disponíveis (UpToDate, Dynamed ou outro).
- Informação sobre acesso à versão digital, de revistas científicas com revisão por pares e indexadas. Quais?
- Composição da Comissão Pedagógica do Serviço responsável pela formação.
- Rever critério de taxa de mortalidade do internamento (para 20%).
- Criar campo para recolha de informação sobre:
 - Unidade de Cuidados Intermédios ou equiparada.
 - Unidade de Orto geriatria
 - Unidades de Ambulatório/ Hospital de dia
 - Unidade de Hospitalização Domiciliária.
- Rever lista de Consultas passíveis de realização pela Medicina Interna: Medicina Interna, Diabetes, HTA e Risco Vascular, Doença Vascular Cerebral, Doenças Raras, Infeção VIH/SIDA, Insuficiência Cardíaca, Doenças Autoimunes, Doenças Hepáticas, Tromboembolismo Venoso, Hipertensão Pulmonar, Patologia da Grávida, Medicina Paliativa e Patologia Tiroideia.
- Listagem de técnicas realizadas pela Medicina Interna: Cateterismo Venoso Central, Punção Arterial, Toracocentese, Paracentese, Punção Lombar, Biópsia pleural, Mielograma / Biópsia óssea, Biópsia Hepática, Entubação Endotraqueal, Dreno Pleural.
- Existência de médicos com experiência de Ecografia Point-of-Care e de ecógrafo alocado ao serviço.
- Rever listagem de Estágios Opcionais possíveis: Doenças Autoimunes, Doenças Vasculares Cerebrais, Infeção VIH, Doenças Hepáticas, Cuidados Intermédios, Cuidados Paliativos, Insuficiência Cardíaca, Ecografia Point of Care, Investigação Clínica.



Exceto quando existem as visitas de avaliação da idoneidade, todo o processo acaba por ser unidirecional caracterizando-se pela ausência de feedback aos serviços. Hoje mais do que nunca, os serviços, e em particular as Direções, necessitam de apoio e consultadoria nesta área.

Propõem-se que, para além do preenchimento do formulário, seja instituído um processo de acompanhamento e monitorização, que abaixo se explicita as linhas gerais de funcionamento:

- Cada serviço terá uma equipa de consultores (3) exteriores ao serviço, mas membros do Colégio, nomeados pela Direção do Colégio.
- A consultadoria basear-se-á em reuniões on-line entre a equipa e a direção de serviço, uma logo no início após a receção dos resultados do questionário de idoneidade para complementar a informação recolhida, uma segunda para comunicar ao serviço a decisão do colégio e discutir essa posição, bem como possíveis estratégias de melhoria contínua do processo formativo no serviço e uma terceira de monitorização da atividade formativa a realizar no segundo semestre após o Verão.
- Estas seriam oportunidades acima de tudo para aconselhamento e para potenciar a melhoria contínua no processo formativo nos serviços. Quando este processo identificasse lacunas importantes, seriam então desencadeadas as visitas de Verificação de Idoneidade.

4º - Plano de intervenção específico para os Hospitais Problema (com mais de 80% de vagas sobrantes)

A elevada percentagem de vagas sobrantes (58,2%), no concurso de acesso realizado em 2023, para a formação específica de Medicina Interna revelou que a especialidade deixou de ser atrativa para os médicos recém-formados e que esse interesse é bem menor em alguns hospitais. Desde há vários anos que os inquéritos de satisfação realizados pela Ordem dos Médicos, aos médicos internos, definiam esta tendência que não é exclusiva da Medicina Interna.



Quadro com Identificação dos Hospitais Problema

	totais		sobrant		Ocupada	%sobrant
ARSLVT		92		63	29	68,50%
CHUL Norte	16		13			81,25%
H Vila Franca de Xira	5		5			100%
H Santarém	8		8			100%
ARS Alentejo		14		9	5	64%
H Évora	4		4			100%
ULS Baixo Alentejo	3		3			100%
ULS Norte Alentejano	2		2			100%
ARS Centro		39		26	13	66,66%
CH Tondela - Viseu	6		5			83,30%
CHU Cova da Beira	3		3			100%
H D Figueira da FOZ	3		3			100%
ULS Castelo Branco	4		4			100%
ARS Norte		81		32	49	39,50%
H N ^a S ^a Oliveira - Guimarães	6		5			83,33%
RA Açores		8		7	1	87,50%
H Angra do Heroísmo	3		3			100%
H Ponta Delgada	3		3			100%

As causas são certamente múltiplas, mas algumas parecem estar relacionadas com as instituições onde a procura foi nula ou muito baixa. Identificamos como “Hospitais-Problema” aqueles onde mais de 80% de vagas de Medicina Interna ficaram por ocupar.

Ao fazer uma análise destes “Hospitais-Problema” compreende-se que parece haver um problema geográfico, mais grave no Centro, Lisboa/Vale do Tejo e Açores.

No entanto, as dificuldades encontradas e as justificações são transversais a outras especialidades com vagas sobrant, assim como na globalidade do SNS.



Se alguns hospitais não são atrativos, a especialidade de Medicina interna também deixou de o ser. A especialidade de Medicina Interna não é atrativa para os internos e até para os próprios internistas, que tentam afunilar a sua diferenciação para limitar a sua atividade clínica, sobretudo se com essa diferenciação puderem reduzir a sua atividade no serviço de urgência.

São várias as justificações (estruturais, logísticas e de recursos humanos) que identificamos na generalidade dos casos, que metodologicamente decidimos não individualizar, sendo que elencamos em seguida algumas das causas identificadas e algumas propostas que consideramos relevantes para inverter um processo que infelizmente se vai estabelecendo e agravando ao longo dos últimos anos:

- Falha nos recursos humanos nos serviços, embora estes tenham quadros “hipertrofiados” com Internistas alocados a outras tarefas, fora do serviço, como por exemplo, em trabalho efetivo nos serviços de Medicina Intensiva, ou no Serviço de Urgência (equipas fixas).
- Dificuldade na contratação e falta de incentivos financeiros para especialistas de Medicina Interna, inclusive com desigualdades regionais. Não é possível dissociar esta desigualdade com as diferentes condições de vida, diferente em várias regiões, nomeadamente o custo de habitação...
- Ausência de progressão na carreira médica, com atrasos sucessivos e demora prolongada na realização de exames para Assistente Hospitalar Graduado e a abertura rara e com exíguo número de vagas de concursos para Assistente Graduado Sénior, originando quadros clínicos empobrecidos e depauperados. Deixou de haver progressão dentro de cada Grau, que antigamente acontecia de 3 em 3 anos em detrimento de concursos “congelados”, com o respetivo prejuízo financeiro que daí advém.
- Falta de condições estruturais adequadas para observação de doentes em regime de internamento, consulta externa e urgência
- Falta de acesso a biblioteca eletrónica e dimensionamento de condições de trabalho (suporte informático adequado)



- Provável problema de liderança, que pode explicar assimetrias regionais na escolha da especialidade.
- Falta de solidariedade e intervenção dos CA, nalguns hospitais, nas estratégias de sustentação dos SU, sobrecarregando em exclusivo os Internistas para garantir a manutenção do funcionamento dos SU.
- Falta de diferenciação positiva de internistas, em áreas específicas da Medicina, o que permitiria a fixação de Internistas atraídos por projetos inovadores e não só asfixiados pela atividade assistencial exacerbada pela falta de dimensão dos quadros de pessoal.

Algumas medidas a implementar (para além dos pontos frisados previamente que devem merecer abordagem específica) para tentar resolver e inverter esta situação, cuja tendência é exacerbar-se, em círculo vicioso, pois quanto menos Internos houver, menos especialistas se formarão e a missão será cada vez mais difícil e dolorosa de cumprir.

Assim, propõe-se:

- Permitir a criação de subespecialidades, nomeadamente a de Urgência e Emergência Médica do Adulto, tal como proposto pelo CEMI em outubro de 2023 e ainda a aguardar aprovação. Outras poderão suceder, tais como Geriatria, Cuidados Paliativos...
- As equipas de urgência terão de ser reorganizadas, deixando de existir equipas “específicas fixas indiferenciadas” com horário limitado, que deixam a resolução dos problemas complexos para a Medicina Interna, quando esta assume os turnos.
- Não atribuir tarefas/atos, que não são obrigatoriamente atos médicos, aos internos ou aos especialistas, como por exemplo, a responsabilidade de colheitas de análises dos doentes internados, privando-os da observação minuciosa desses mesmos doentes, uma vez que se encontram ocupados com outras tarefas.
- Auditar individualmente, de imediato e de forma regular, estes serviços, para adequar a resposta imediata a outro tipo de situações que podem escapar, numa era de total comunicação e circulação de notícias de



forma indiscriminada (ex. grupos de *WhatsApp* a alertar para não escolha de serviços...)

5º - Garantir a atratividade da Medicina Interna

Por uma discriminação positiva enquanto especialidade suporte do Hospital

Para aumentar a atratividade da Medicina Interna e garantir que ela possa assumir a função de coordenação da assistência do doente hospitalar no nosso SNS, é necessário criar incentivos que permitam a sua discriminação positiva, contrariando aquilo que tem vindo a acontecer. Par tal, a remuneração dos internistas deverá passar a ter uma componente variável dependendo do desempenho dos serviços e dos seus membros.

Os serviços de Medicina Interna deverão ser avaliados em diversas áreas e parâmetros, discriminados em níveis/intervalos consoante o resultado. Todos os resultados deverão ainda ser delimitados pela complexidade de cada serviço (“case mix”). Damos como exemplos de áreas e parâmetros a considerar:

Áreas: Atividade, Qualidade, Acesso, Investigação e Formação

1 – Atividade realizada e custo

- I. Número de doentes internados | altas ano
- II. Número de doentes internados assistidos | altas por Assistente
- III. Número de consultas ano
 - i. dentro dos Tempos Máximo de resposta Garantida (TMRG)
 - ii. primeiras consultas
 - iii. subsequentes
- IV. Número de consulta por ano por Assistente
 - i. dentro dos Tempos Máximo de resposta Garantida (TMRG)
 - ii. primeiras consultas
 - iii. subsequentes
- V. Número de consultas | consultoria noutros serviços
 - i. Total
 - ii. por Assistente
- VI. Número de doentes assistidos em Hospital de dia



VII. Custo médio do doente padrão (indicador da ACSS)

2. Qualidade

- I. Demora média clínica por case mix | excluindo casos sociais
- II. Readmissões a 30 dias
- III. Mortalidade hospitalar por case mix
- IV. Complicações: quedas, infeções nosocomiais
- V. Continuação de cuidados: consultas de seguimento após internamento no primeiro mês após alta.
- VI. Sistemas de vigilância e auditoria (por exemplo antibiotic stewardship, reconciliação terapêutica, farmacologia clínica)
- VII. Protocolos de atuação para as principais patologias em MI (exemplos: pneumonia, insuficiência cardíaca, distúrbios hidro-electrolíticos, sépsis)
- VIII. Reuniões equipa e multidisciplinariedade (comissões hospitalares, grupos de discussão multidisciplinar)
- IX. PROMs (entrega informação, alívio sintomas, compreensão do diagnóstico e plano terapêutico)

3. Acesso

- I. Tempo espera consulta, hospital de dia e consultoria.

4. Investigação e Formação

- I. Número artigos publicados em revistas indexadas
- II. Número trabalhos de investigação apresentados em Congresso
- III. Número de participação em ensaios clínicos
- IV. Número de Internos de Medicina Interna a cargo do serviço
- V. Número de Internos de outras Especialidades no serviço
- VI. Número de alunos de Medicina
(valores globais do serviço e por AH)

6 de setembro de 2024.



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

O Grupo de Trabalho para a Valorização da Medicina Interna

Coordenador

Manuel Teixeira Veríssimo

António Martins Baptista

Arsénio dos Santos

Diogo Cruz

Faustino Nunes Ferreira

Fernando Salvador

Isabel Albuquerque

Lèlita Santos

Luis Duarte Costa

Nuno Bernardino Vieira

Sara Drumond Freitas

Nota – O presente documento foi inicialmente elaborado pelo GT, e divulgado em 3 de junho de 2024, internamente na Ordem dos Médicos, e aos associados da SPMI, tendo sido amplamente discutido até ao final de julho, nomeadamente num webinar com os diretores de serviços, noutra webinar com Internos, e num último em 9 de julho, aberto a todos os internistas. Foram ainda recebidos contributos com críticas e sugestões, quer na Ordem dos Médicos quer na SPMI, com base nos quais foi feita revisão final, que agora se apresenta.