

MEDICINA INTERNA Hoje

Outubro de 2008 | Ano III | N° 9
Trimestral

ESIM

Londres adopta
“modelo de Lisboa”

ESTUDO

Internistas essenciais
para Sistema de Saúde

Luís Campos

O doente precisa
da Medicina Interna

HARTMANN



Tensoval®

duo control

INOVAÇÃO
MUNDIAL

A dupla opinião que o deixa mais seguro.



Tensoval® duo control. Sente e ouve.



A medição da tensão arterial, tão fiável
como no consultório médico!



MEDICINA INTERNA Hoje

Quem tem medo da Medicina Interna?

Já todos devemos ter perdido a conta às vezes em que nos deparámos com problemas cuja solução é óbvia, mas que se mantêm por resolver, anos a fio, a ponto de se tornarem crónicos.

Arriscamo-nos a dizer que o actual estado do sistema de Saúde é um exemplo sintomático desse mal tão português. Nesta edição, damos vários exemplos de como a Medicina Interna faz parte da solução e não do problema. Um estudo universitário vem demonstrar que a atribuição de um papel central à Medicina Interna nos hospitais faz a diferença, num tempo em que a utilização racional de recursos escassos é prática obrigatória, embora muitas vezes longe de ser conseguida. Fica provado que a diferença não está em pertencer ao sector privado ou público, uma dicotomia de contornos ideológicos na fronteira da clubite estéril, que tem servido apenas como manobra de diversão para ocultar a verdadeira raiz do problema.

Fazemos de novo a pergunta. Se a Medicina Interna contribui para um serviço óptimo com menor dispêndio de recursos, por que razão esta especialidade continua a ser tratada como um resquício jurássico, cujo desaparecimento seria, decerto, festejado por alguns?

A entrevista de Luís Campos, coordenador nacional do Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes, da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que pode ler mais adiante, dá algumas pistas para a resposta, para além de demonstrar que a única guerra em que esta especialidade está empenhada é contra a doença, e por uma saúde de qualidade.

O que mais preocupa os Internistas são os doentes. Infelizmente, ao longo dos últimos anos, temos sido obrigados a gastar algumas energias para resistir a várias e insistentes tentativas de esvaziamento da Medicina Interna, em mais do que uma frente, com destaque para algumas especialidades médicas, que reclamam a exclusividade da prescrição de certos medicamentos e do tratamento de alguns grupos de pacientes.

Na maioria dos casos, o ponto de vista da Medicina Interna tem prevalecido, graças ao bom senso de quem tem a responsabilidade de decidir sobre estas questões.

No entanto, para mal da Medicina Interna, do Sistema de Saúde e, pior que tudo, dos doentes, não esperamos tréguas nos tempos mais próximos.

Faustino Ferreira

10 ESIM

Londres adopta “o modelo de Lisboa” em 2009

Ao fim de três anos consecutivos, a Escola Europeia de Medicina Interna despediu-se de Portugal, nos dias 31 de Agosto a 6 de Setembro, no seminário da Torre d’ Aguilha, em Cascais. No próximo ano, a 12.ª edição da escola realiza-se em Londres, onde, seguindo o formato de Lisboa, permanece por três edições.

22 Luís Campos

O doente do futuro precisa da Medicina Interna

Luís Campos é um Internista multifacetado. Para além de ser director do Serviço de Medicina IV, no Hospital de São Francisco Xavier, em Lisboa, coordena o NEDAI – Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes, da SPMI, e integra o grupo de trabalho que está a criar a rede de referência de Medicina Interna no seio da ACSS. Mas foi por ter pertencido à Comissão de Reforma das Urgências, que teve maior visibilidade. Por detrás do médico existe ainda o artista plástico, que a Medicina Interna Hoje foi descobrir em entrevista.



Victor Machado

Prémio Amélia da Silva de Mello distingue trabalho sobre Malária

O júri do Prémio Amélia da Silva de Mello para as Ciências da Saúde, da José de Mello Saúde, presidido pelo professor João Lobo Antunes, decidiu atribuir o galardão, no valor de 50 mil euros, ao trabalho “O SR-B1 do hospedeiro desempenha um duplo papel no estabelecimento da infecção de malária no fígado”, apresentado pelos investigadores Maria Manuel Mota, Miguel Prudêncio e Cristina Rodrigues, da Unidade de Malária do Instituto de Medicina Molecular da Universidade de Lisboa.

Este trabalho foi distinguido entre 29 apresentados a concurso, todos eles caracterizados, pelo júri, por “uma ele-

vada qualidade”. Conforme referem os autores, a malária desenvolve-se em dois estádios distintos, que dependem um do outro. Numa primeira fase (hepática), o mosquito, ao alimentar-se, coloca o parasita da malária na corrente sanguínea do hospedeiro humano, para depois invadir as células do fígado, onde cada um vai multiplicar-se cerca de 20 mil vezes.

No entanto, a malária, também conhecida por paludismo, só se revela através dos sintomas característicos na fase seguinte (sanguínea), em que os milhares de parasitas, libertados pelo fígado na corrente sanguínea invadem os glóbulos vermelhos, destruindo-os. É nesta altura

que surgem a anemia, febres e, nos quadros mais graves, o coma e a morte.

O trabalho agora premiado incidiu sobre quais as moléculas que permitem ao parasita a invasão dos hepatócitos (células do fígado) e através de que processo.

O “agente duplo” SR-B1

Na sequência desta pesquisa, os investigadores identificaram uma molécula, denominada SR-B1, que está envolvida de forma significativa tanto na invasão das células pelo parasita da malária, como pelo desenvolvimento e multiplicação deste no fígado do hospedeiro.

Esta descoberta abre o caminho à possibilidade de no futuro se poder actuar sobre a molécula SR-B1, de modo a protegê-la e a neutralizar o papel que tem na reprodução do parasita, sem prejudicar a função que exerce no fígado.

Uma vez que a investigação incidiu sobre a fase hepática da malária, em que não existem quaisquer sintomas, a importância deste trabalho reside na abertura de uma via de prevenção de uma doença que mata milhares de pessoas, todos os anos, em todo o mundo.

A entrega do Prémio realizou-se no dia 19 de Setembro, no Centro Cultural de Belém, em Lisboa, durante as XI Jornadas dos Hospitais CUF, que reuniram mais de 500 profissionais de saúde.

Urgências e Responsabilidade Social do Amadora-Sintra reconhecidas

A Fundação Amélia da Silva de Mello atribuiu ainda o Prémio Qualidade à equipa do Hospital Amadora-Sintra, que apresentou o trabalho “Protocolo de Manchester, uma nova metodologia para a gestão do serviço de Urgência do Hospital Fernando Fonseca, entregue ao médico Paulo Telles de Freitas, da direcção clínica da unidade pública, gerida pela José de Mello Saúde. O Hospital Amadora-Sintra foi, em paralelo com o Hospital de Santo António, no Porto, a unidade pioneira na implantação desta forma de organização nas Urgências, em Portugal, e que está já a prestar apoio a unidades estrangeiras na aplicação do Protocolo de Manchester, nomeadamente em Espanha.

O discurso mais emotivo da cerimónia aconteceu na entrega da Menção Especial extra-concurso ao projecto “A Responsabilidade Social e uma População em Risco”, apresentado por Paulo Barbosa, do Hospital Amadora-Sintra.

Ao agradecer a distinção às dezenas de iniciativas que, ao longo de mais de uma década, envolveram as populações dos concelhos da Amadora e de Sintra com aquela unidade de saúde, Paulo Barbosa disse que a equipa com que trabalhou “fez do Hospital Fernando Fonseca o mais público dos hospitais portugueses”, um hospital “com uma história bonita, mas pintada de negro”.

Vem aí a “Loja do Cidadão” para o doente crónico



A Plataforma Saúde em Diálogo, estrutura que junta 29 associações de doentes, profissionais e outros parceiros do sector da Saúde, vai abrir no início de 2009, no Hospital de Faro, o primeiro “Espaço Saúde em Diálogo”, uma iniciativa vocacionada para informar a população, em particular os doentes crónicos, sobre temas de saúde da doença.

Para Maria da Luz Sequeira, directora da Plataforma em representação das farmácias, “o espaço de saúde em diálogo” vai funcionar como uma espécie de “loja do cidadão do doente e dos utentes dos serviços de saúde”. O projecto, que foi apresentado durante o III Congresso da Plataforma Saúde em Diálogo, é financiado pelo Alto-Comissariado da Saúde com 57 mil euros, verba que será complementada com apoios de mecenato.

Numa das sessões do congresso, o Director-Geral da Saúde, Francisco George, salientou que o principal desafio dos próximos dois anos é a “modernização” da saúde pública em Portugal, área que, até ao final deste, será objecto de “um grande pacote legislativo” dedicado à saúde pública. O responsável recordou ainda o que foi feito em 2008 em relação ao tabagismo, aos cheques-dentista e à procriação médica assistida.

Sob o lema “Todos juntos pela Saúde”, o III Congresso da Plataforma Saúde em Diálogo realizou-se nos dias 19 e 20 de Setembro, no auditório da Associação Nacional das Farmácias, em Lisboa, dedicado aos temas da necessidade de diálogo entre decisores, profissionais e doentes, e das questões da acessibilidade e a “iliteracia em Saúde”.



Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa



Internistas criam encontro anual e prémio de excelência

O Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE promoveu, no passado dia 30 de Maio, a primeira edição de uma reunião científica, que se pretende que venha a ter uma regularidade anual, e que designou por “Encontro na Medicina Interna”.

Esta iniciativa tem como objectivo a abordagem de temas e patologias de relevante importância clínica e de interesse multidisciplinar, que possam interessar a um amplo leque de especialidades médicas e cirúrgicas, e que venham a constituir oportunidades para que a Medicina Interna promova um encontro e um debate de diferentes perspectivas e preocupações.

O tema deste ano foi a Tuberculose, por se tratar de uma patologia passível de afectar vários órgãos e de elevada frequência na região Norte.

Após a intervenção de boas vindas pelo

Presidente do Conselho de Administração, José Alberto Marques, seguiu-se uma conferência do especialista em Medicina Interna Barros Veloso, sobre “Tuberculostáticos, Ensaios Clínicos e a Medicina Baseada na Evidência”, na qual abordou a introdução de diferentes fármacos no tratamento da Tuberculose.

Prémio Dr. Carlos Soares de Sousa

A sessão encerrou com a apresentação do “Prémio Dr. Carlos Soares de Sousa”, criado para incentivar a participação de outros Serviços de qualquer especialidade, em particular de médicos Internistas e de Medicina Geral e Familiar em formação.

O galardão chama-se “Prémio Dr. Carlos

Soares de Sousa”, como forma de homenagem ao médico Internista desde 1971, que exerceu a actividade no Hospital Geral de Santo António desde 1963, e que em 1981 ascendeu ao cargo de Chefe de Serviço, tendo exercido as funções de Director do Serviço de Medicina Interna de 1989 a 1998, ano em que se aposentou. Carlos Soares de Sousa, que esteve presente na cerimónia de entrega do prémio, foi também, Professor Auxiliar de Semiologia e Propedêutica Médica da licenciatura de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade de Porto e Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

O prémio consiste num objecto de arte concebido pelo Mestre escultor José Rodrigues, que representa alguns símbolos intimamente ligados ao exercício da arte de curar.

A redução da pressão arterial
reduz substancialmente o risco
cardiovascular.⁽¹⁾



A lercanidipina demonstrou ser um anti-hipertensor eficaz e bem tolerado para qualquer doente hipertenso na prática clínica diária, independentemente do perfil de risco cardiovascular.⁽²⁾

(1) 2007 Guidelines for the management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007; 25: 1105-1107

(2) Barros, V et al. In: J Clin Pract 2005; 60 (11): 1364-1370

RCM e preços noutra página desta publicação.

DELTA
Laboratórios

Sob licença:
RECORDATI

Laboratórios Delta, Lda. - Rua Direita de Massamá, 148 - 2745-751 Massamá - Cont. 500 802 350 - info@laboratoriosdelta.pt - www.delta.pt

Em 2009 Londres adopta “o modelo de Lisboa”

Ao fim de três anos consecutivos, a Escola Europeia de Medicina Interna despediu-se de Portugal, nos dias 31 de Agosto a 6 de Setembro, no seminário da Torre d' Aguilha, em Cascais. No próximo ano, a 12.ª edição da escola realiza-se em Londres, onde, seguindo o formato de Lisboa, permanece por três edições.

Chris Davidson sucede a António Martins Baptista como director da escola, mantendo o que define como “o modelo de Lisboa”, que combina a vertente formativa e profissional com o espírito da descoberta pelo convívio, como garantiu o Inter-

nista britânico à Medicina Interna Hoje, numa antecipação da próxima ESIM.

Em tempo de balanço, MIH falou com António Martins Baptista, Chris Davidson e Stefan Lindgren, que fizeram o balanço da reunião, onde estiveram mais de 70 internos de 25 países europeus, EUA e Canadá, e lançaram as expectativas para a próxima edição. Não deixámos igualmente de ouvir os relatos dos internos de Medicina Interna que, nesta edição, passaram por Lisboa.

ESIM despediu-se de Portugal





António Martins Baptista

“No fim de cada escola, muitos alunos saem daqui a dizer ‘eu sou um Internista europeu’, o que é um sentimento gratificante”. É deste modo que António Martins Baptista, o dinamizador das três edições da ESIM que se realizaram em Portugal, resume a satisfação pelos resultados da última iniciativa.

Que comentário faz a esta última edição da ESIM em Portugal?

Este é o último ano da escola em Portugal e é o terceiro ano em que organizamos esta iniciativa. Neste tempo fomos aprendendo, e modificámos ligeiramente a organização de acordo com as críticas que foram sendo feitas, para atingir um grau cada vez maior de satisfação. Assim, nesta edição creio que os resultados são excelentes.

Após esta experiência de três anos a dirigir a ESIM, que aspectos destaca mais?

Ao longo de três anos o panorama manteve-se, e estiveram sempre os melhores de cada país, para criar um espírito

É gratificante ver crescer o espírito europeu nos alunos

europeu de Medicina Interna, e para melhorar as qualidades próprias. Esta é uma escola especial, não é apenas um escola como as outras, é um escola criada para os internos de Medicina Interna de cada país, que são seleccionados pelos seus chefes e pelas direcções das respectivas especialidades, que são para aqui enviados para melhorar as suas qualidades. Todo o curso é pago pela própria sociedade, ou seja, há um investimento dos médicos de cada país de modo a criar elites de qualidade.

Com esta e outras iniciativas deste tipo, a Medicina Interna está a crescer e a ser mais reconhecida?

Notamos hoje uma lenta melhoria do reconhecimento da população e dos decisores políticos em relação à Medicina Interna. Isso, espero, fará com que não se cometam mais alguns dos erros do passado, no sentido de se tirar o reconhecimento à Medicina Interna, não só em termos económicos, como da qualidade da prestação de serviços. Estamos a tentar unificar os serviços ao doente, nos últimos 30 anos o sistema evoluiu de acordo com os interesses dos médicos, de reduzirem a sua área de reconhecimento, porque ela é enorme, e os médicos, a certa altura, sentiram-se confortáveis com a situação de serem especialistas só com um aspecto.

Mas, a certa altura, percebemos que corríamos o risco de ter super-especialistas

de quase nada, e começou-se a perceber que esses super-especialistas não viam o doente como um todo. Agora, creio que há um lento reconhecimento de que nos hospitais quem deve receber o doente tem de ser alguém que olhe para ele de um modo sistematizado, e que, depois, se precisar pede ao especialista que veja a sua parte.

Um dos pressupostos da Escola é a aproximação e troca de experiências sobre a realidade europeia da Medicina Interna. Sente uma evolução em termos de integração e visão comum europeia?

No fim de cada escola, muitos alunos saem daqui a dizer ‘eu sou um Internista europeu’, o que é um sentimento gratificante.

A diabetes é um dos temas em foco nesta edição da ESIM, a Medicina Interna vai ser determinante nesta área, face à pandemia mundial a que estamos a assistir?

Os Internistas já têm um papel importante na diabetes. Mas, no futuro, a importância da patologia vai seguramente crescer. O curso de diabetes foi uma maneira que encontrei de, com a autorização das instâncias internacionais, envolver mais portugueses, que assim vêm, pelo menos, conhecer melhor a escola.



Stefan Lindgren

O modelo de Lisboa conseguiu combinar os objectivos da Escola

Para o presidente da Federação Europeia de Medicina Interna, Portugal elevou o patamar de qualidade da ESIM.

Como avalia o percurso da ESIM, agora que atingimos a 8.ª edição?

Desde a edição inicial, em Espanha, que temos desenvolvido o formato, combinando a realização de encontros de discussão entre todos os países europeus e os eventos sociais. O objectivo é sempre o da reflexão sobre a organização dos cuidados de saúde, as considerações sobre legislação de cada país, e o ir aprendendo muito sobre cada país.

Que evolução observou nestes oito anos?

O formato desenvolveu-se para um modelo interactivo, mais baseado no trabalho em grupos, e em tempos de discussão, de ideias, apresentação de questões e visões. O modelo de Lisboa conseguiu combinar os objectivos da Escola, com os residentes da ESIM a trabalharem em grupo sobre casos que cada um apresenta, e, fora do dia de trabalho, com um tempo importante, social, mas em que se continuam a discutir estes temas. O crédito deste modelo é para António Martins Batista, que estabeleceu desde logo um patamar elevado de qualidade, e, agora, a experiência vai servir para levarmos o formato sempre mais longe.

A organização do sistema de Saúde esteve sempre no centro dos fóruns de discussão da ESIM. Com este fórum, avançamos para uma visão europeia de um sistema de Saúde?

O sistema de Saúde está assente em valores básicos de cada sociedade, e esses valores são diferentes de país para país, o que, claro, se reflecte no sistema de Saúde. Por isso não creio que algum dia venhamos a ter um sistema de Saúde comum na Europa, porque cada país tem necessidades específicas. Mas é importante que na ESIM se possa aprender sobre sistemas diferentes, e depois levar novos conhecimentos para cada um dos países.



Chris Davidson

Queremos ser um marco no ano médico em Londres

Chris Davidson é o próximo director da ESIM, que se realiza em Londres no final do Verão de 2009. Para o médico britânico a escola é uma oportunidade para mostrar aos colegas europeus o que de melhor se faz na Medicina Interna do seu país.

Como vai ser a próxima ESIM em Londres?

A ESIM desenvolveu-se muito desde que mudou de Alicante para Lisboa, seguindo e melhorando sempre o conceito inicial do Prof. Merino. Em Londres, os dois princípios básicos vão continuar a ser a combinação da formação académica e da discussão, com os aspectos sociais.

Vão fazer mudanças no modelo de discussão?

Não planeamos fazer grandes mudanças. Tudo vai continuar assente nos workshops, com conferencistas chave, sem incidir apenas em temas académicos, mas também em áreas profissionais. O que esperamos é que se crie uma perspectiva sempre mais completa da Medicina europeia.

Que expectativa têm da participação de internos em Londres?

Contamos com o muito entusiasmo transmitido pelos internos britânicos que aqui estiveram nas edições anteriores, agora, a nossa expectativa é de que esta iniciativa seja um marco no ano médico em Londres, com grande adesão dos médicos. Queremos também aproveitar a reunião para apresentar o que há de melhor na Medicina britânica.

O que esperam da ESIM em Londres?

É importante que, no fim, os internos mantenham e desenvolvam um conhecimento aprofundado dos sistemas de Saúde, e da política da Saúde, mas é igualmente decisivo que eles tenham a capacidade de se focarem no doente, e que troquem experiências e compreendam as diferentes formas de estar na Medicina.



Como os jovens vivem

a Medicina Interna



Maika Silla, de Barcelona

“Estamos a recuperar o que há de grande na Medicina”

“Estamos a recuperar o que há de grande na Medicina. Passaram os anos da subespecialização, e agora parece que se está a reforçar o tronco comum na Medicina Interna, com a visão do doente como um todo. Isso está a ressurgir e agrada-me”. É com entusiasmo que Maika Silla, interna de Medicina Interna em Barcelona, fala da experiência da ESIM, resumindo numa palavra o seu balanço da presença em Lisboa: “Esperança”, porque a escola é, sobretudo, “uma aposta no futuro”.

Pior tudo isto, a futura Internista espanhola vive a ESIM como “uma oportunidade estupenda para a troca experiências, para ver como funciona a Medicina noutros países, e como funciona a política na Saúde, além do convívio”.

Para Maika Siila ser Internista “foi uma opção clara”, logo que escolheu a Medicina: “Querida a Medicina Interna desde o princípio, interessavam-me a visão do doente e o repto do diagnóstico, que se apresenta num doente com politpatologia. Esse é o desafio que me atrai mais na Medicina”.

“Algo que sempre quis”

Para Rosalie Meunier, de Montreal, a Medicina Interna “é algo que sempre quis, desde que era estudante que era isso que seguia”. Para a quebequense, a escolha da especialidade é também uma opção política, uma vez que é activista de uma organização do seu país em defesa do sistema público de Saúde, e de uma visão global da Medicina e do doente, tema em constante debate

no seu país, “acho que devemos envolver-nos mais, porque é crucial para os doentes, por isso estou envolvida nestas questões políticas enquanto profissional”.

“Este é um tema em constante discussão no Canadá, porque há forças políticas que gostariam de instalar um sistema assente em cuidados privados, e eu acredito muito no sistema público”, explica, lembrando as diferenças entre o Canadá e o país vizinho, os EUA, lembrando que o sistema canadense é mais próximo dos europeus, uma das razões que a trouxe a Lisboa e que a faz querer participar em todas as discussões.



Rosalie Meunier, Montreal, Canadá



Isabelle Amigues, de Lyon,

“Era isto que eu queria”

“Escolhi a Medicina Interna no segundo ano do curso, quando descobri a maneira como os Internistas pensam, e como trabalham o diagnóstico e a decisão, era isso que eu queria”. Isabelle Amigues, francesa, de Lyon, descobriu a Medicina Interna, e decidiu que esta ia ser a sua especialidade quando trabalhou no hospital com enfermei-

ros, ainda estudante, e compreendeu a importância de ver o doente como um todo. Para esta médica francesa a ESIM “é uma grande ideia, primeiro que tudo, e estou a apreciar o convívio, as visões diferentes, e a discussão”. Além do mais, sublinha: “Aqui todos gostamos da Medicina Interna, o que é estimulante para o convívio”

“Uma experiência muito especial”



Maria Averina, Tromsø,
Noruega

“Esta é uma experiência muito especial, de comunicação, de troca de ideia e de conceitos”, salienta a norueguesa Maria Averina, que exerce Medicina num país onde ser Internista é um passo obrigatório na carreira de um médico.

“Na Noruega, para ser geriatra, ou nefrologista, ou hematologista, precisamos de ser Internistas, e de cumprir seis anos de especialização, para só depois, com a experiência, adquirimos a especialidade”, explica.

Para a médica norueguesa a presença num evento como a ESIM deveria ser obrigatória, tal como o intercâmbio entre países: “Trabalhar fora ajuda a abrir a mente, ser mais tolerante, e a ser mais humano”, realça, lembrando que a circulação de médicos e estudantes de Medicina entre países é uma tradição na Escandinávia.

“Sou Internista pura”



Raquel Cavaco Hospital
Pulido Valente, CHLN

Raquel Cavaco, do Hospital Pulido Valente/Centro Hospitalar de Lisboa Norte, define-se como uma “Internista pura”, assumindo uma opção que, afirma, fez há muito, contra todos os inconvenientes: “É uma escolha assumida, apesar da retribuição e sobrecarga de trabalho, porque esta foi uma descoberta feita ao longo da minha formação, do internato geral”.

A escola, explica, começou com “a dificuldade que tinha em escolher um órgão, apercebi-me que ficava limitada”, e pela descoberta simultânea de que queria regressar “à raiz da Medicina”, do “antigo médico, que tudo sabe e tudo faz”.

A ESIM é, naturalmente, um “momento extraordinário”, onde se “promove a relação entre países, e, ao mesmo tempo que se participa numa reunião científica de alta qualidade, se aprofundam os aspectos sociais e da cultura.”

O controlo é liberdade.

O aparelho Glucocard G e as tiras teste Glucocard Gsensor constituem um sistema prático de última geração para determinação da glicémia de modo excepcionalmente cómodo. Detectar a Diabetes é o primeiro passo para o Controlo.



FIABILIDADE DE RESULTADOS
Não necessita de Calibração



COMODIDADE E CONFORTO
Micro-gota de apenas 0,6 µL



SIMPLICIDADE E SEGURANÇA (BVC)
Sistema de controlo do volume da amostra



LIBERDADE DE ESCOLHA (AST)
Local Alternativo ao Teste (Anelão)



FACILIDADE E RAPIDEZ
15 segundos



INFORMAÇÃO
360 memórias com data e hora



SOFTWARE MENADIAB
Gestão de glicémias capilares.

GLUCOCARD™
Gmeter

Linha de Apoio ao Utilizador
800 200 468



Alzheimer Portugal alerta portugueses para a doença

No âmbito do Dia Mundial da Pessoa com Doença de Alzheimer, celebrado a 21 de Setembro, a associação Alzheimer Portugal alertou e sensibilizou os portugueses para a doença e para as necessidades especiais das pessoas com demência e familiares através das comemorações anuais, que decorrerem entre os dias 17 de Setembro e 5 de Outubro. As comemorações foram encerradas com a “Caminhada Memorável na Serra de Sintra” que levou pessoas com

demência e familiares em passeio pelo Parque Natural da Serra de Sintra, no dia 28 de Setembro, e com a atribuição de um “Fim-de-semana Inesquecível” a quatro casais, nos dias 4 e 5 de Outubro, em Monte de Arneiros. A doença de Alzheimer, de causa ainda desconhecida, provoca a neurodegeneração e o conseqüente agravamento, progressivo e irreversível, das funções cerebrais culminando na total perda de autonomia. Estima-se que, em Portugal, mais de 70 mil pessoas sofram desta doença que atinge, maioritariamente, a faixa etária a partir dos 60 anos. Todos os anos, na Europa, são diagnosticados 800 mil novos casos.

Associação de doentes com Behçet em formação



Cerca de uma dezena de pessoas reuniram-se, em Maio passado, em Lisboa, para tentarem lançar as bases para a criação da primeira associação de cidadãos que sofrem da Doença de Behçet, uma patologia rara que, embora não existam números concretos, atingirá cerca de mil portugueses. Os promotores do encontro consideraram prioritário sensibilizar a comunidade mé-

dica para a existência desta doença, ainda desconhecida por muitos profissionais da saúde e que é muito cara à Medicina Interna, por afectar vários órgãos e sistemas. Esta doença, pouco divulgada em Portugal, tem nas aftas uma das manifestações mais comuns. Mas quando se associam a outros sintomas, as aftas podem ser um sinal de que uma pessoa sofre da Doença de Behçet.

O diagnóstico médico aponta nesse sentido quando, para além do surgimento de aftas orais com uma recorrência superior a três episódios por ano, se manifestam aftas genitais, lesões oculares inflamatórias, lesões cutâneas (hiper-actividade a picadas e borbulhas do tipo da acne, por exemplo), queixas articulares, ou flebites.

Esta patologia, também conhecida como a Doença da Rota da Seda, pode ser tratada, se for convenientemente diagnosticada.

Cancro da próstata



Doença mata 1800 homens todos os anos

O carcinoma da próstata causa a morte de 1800 homens em Portugal, a cada ano que passa. Trata-se do cancro mais frequente no homem e a segunda causa de morte devido a esta doença. No entanto, o número de mortes poderia diminuir se “os homens não fossem ao médico apenas quando surgem os sintomas. Nessa altura já será tarde demais para conseguir a cura”, sublinhou Francisco Rolo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia (APU), durante a Semana Europeia das Doenças da Próstata, que decorreu até 15 de Setembro. A APU alertou ainda para a necessidade de os homens fazerem exames anuais às doenças da próstata, pois só desta forma é possível despistar este tipo de doenças.

O carcinoma da próstata tem elevadas possibilidades de cura, mas apenas se for diagnosticado precocemente. O exame do PSA (antigénio específico da próstata), um dos mais comuns, consiste numa análise sanguínea que associada a outros exames como o toque rectal e a biópsia permite o diagnóstico e determinar o estágio do cancro da próstata.

A ForPoint, a Europacolon Portugal e o Grupo de Investigação do Cancro Digestivo apresentaram uma pesquisa inédita, que indica que a prevalência de cancro colorectal em Portugal é de 0,97 por cento. Ou seja, a doença atinge 80.540 pessoas, em Portugal. O estudo revela ainda que, só no ano passado, surgiram 6391 novos casos deste tipo de cancro.

De acordo com Vítor Neves, presidente da Europacolon, “estes novos dados representam uma evolução da doença em Portugal, nos últimos anos, e mostram a dimensão preocupante do cancro colorectal na população portuguesa e a necessidade emergente de canalizar um maior número de recursos humanos e financeiros no combate a esta doença. Estes números justificam também que é preciso apostar em campanhas de sensibilização e que é necessário a implementação de um rastreio nacional junto dos portugueses com mais de 50 anos”.

Dos doentes identificados neste estudo como tendo cancro colorectal, 44 por cento eram do sexo masculino e tinham uma idade média de 62 anos.

Por outro lado, o diagnóstico deste cancro foi efectuado pelo clínico geral em 49 por cento dos casos, por um médico especialista em 31 por cento e na urgência hospitalar nos restantes 21 por cento. O estudo revela ainda que em 19 por cento dos casos, o diagnóstico foi efectuado num exame de rotina não específico para esta doença, sem qualquer tipo de sintomas.



Cancro colorectal atinge mais de 80 mil portugueses

Rastreio é decisivo

A respeito destes dados, o presidente da Europacolon alerta para a maior preocupação “com os milhares de pessoas que nunca fizeram qualquer tipo de rastreio ou teste para detectar a presença do cancro colorectal”.

Como primeiros sintomas os doentes identificaram o sangue nas fezes (62 por cento), o mal-estar geral (46 por cento), a diarreia (25 por cento), a obstipação (23 por cento) e a anorexia (17 por cento).

Margarida Damasceno, membro da direcção do Grupo de Investigação do Cancro Digestivo, refere que a valorização, pelo doente, dos primeiros sintomas são um factor primordial para a

detecção atempada da doença que, juntamente com o exame físico e um conjunto de meios auxiliares de diagnóstico, poderá levar a um tratamento precoce, adequado ao cancro colorectal.

O cancro colorectal é o segundo cancro de maior incidência na Europa e o segundo de maior incidência e mortalidade em Portugal. A nível mundial estima-se que exista um novo caso a cada 30 segundos e uma morte em cada minuto. Este estudo foi realizado pela ForPoint, Instituto de Formação e Inovação na Saúde, a uma amostra de 10.394 indivíduos, com 18 anos ou mais. A margem de erro é inferior a 0,1 por cento.

Casados controlam melhor a glicémia



Um estudo realizado por um grupo de alunos da Universidade Nova de Lisboa, com a colaboração da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, concluiu que as pessoas casadas controlam melhor os valores da glicémia.

A análise prova que há uma correlação entre o estado civil e o controlo da glicémia nos pacientes com diabetes tipo 1.



Os indivíduos solteiros têm um risco cinco vezes superior ao dos casados de terem um mau controlo da diabetes. Entre as razões apontadas para este fenómeno, merece destaque o apoio do cônjuge, que se revela fundamental na maioria dos casos, o que leva a concluir que o acompanhamento social deve estar a par do acompanhamento médico dos diabéticos.



Gilead e APEF

atribuem bolsas de estágios em Hepatologia

A Gilead Sciences está a apoiar a atribuição de bolsas de Estágios da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF), numa iniciativa que procura incentivar a formação pós-graduada, de internos e especialistas, em Centros Hepatológicos de excelência. O estágio, a decorrer no estrangeiro, será financiado pela APEF através de uma bolsa com o valor de 5000 euros.

Para 2009, estão já abertas as candidaturas para atribuição de bolsas de estágios que deverão ser entregues até 31 de Dezembro de 2008. Através da atribuição dos estágios, que poderão ter a duração máxima de três meses, a procura-se promover a investigação, formação e troca de ideias relacionadas com as doenças hepáticas que constituem a quarta causa de morte precoce no país.

Para a Gilead Sciences apoiar a atribuição de bolsas de estágios significa apostar na formação e no aprofundamento de conhecimentos que poderão contribuir para um melhor desempenho de todos aqueles que lidam diariamente com doenças hepáticas.

A doença hepática é já uma das dez principais causas de morte em Portugal, o real impacto do doente hepático em Portugal está ainda por determinar, considerando os doentes em consulta (hepatites B e C, esteatose), a doença hepática crónica em internamento, os doentes oncológicos (carcinoma hepatocelular), ou o transplante hepático, entre outras condições.

Doenças da tiróide afectam 10% da população portuguesa

Um em cada dez portugueses sofre de doenças da tiróide, patologias bastante comuns que afectam sobretudo as mulheres, e cujos principais distúrbios são o hipotiroidismo e o hipertiroidismo. No entanto, os casos de nódulos e de cancro da tiróide são cada vez mais frequentes. Trata-se de um alerta da Sociedade Europeia da Tiróide, que comemora 50 anos em 2008.

A elevada prevalência destas doenças tem preocupado os especialistas nacionais que apontam a pouca informação e divulgação como uma das principais causas para a detecção tardia da doença. Só em Portugal, surgem por ano mais de 400 novos casos de cancro da tiróide, dos quais 20 resultam em morte.

Futuro da Medicina Interna em debate



O Fórum Hospital do Futuro, em mais uma das edições dos seus "Lunch&Learn" realiza um encontro sobre "O Papel da Medicina Interna no Hospital do Futuro", dia 30 de Outubro, em Lisboa. O objectivo desta sessão passa por debater qual o papel da especialidade de Medicina Interna nos hospitais de hoje e nos hospitais do futuro, tendo em conta a sua especificidade e objectivos e o contexto da Saúde actual e futuro.

Os oradores convidados vão ser Fausto Ferreira (na foto), da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, e Pedro Lopes, Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. A sessão realiza-se no Hotel Villa Rica, em Lisboa, entre as 13h00 e as 15h00.

Consulta da Diabetes no Hospital de Santo António

A Consulta Terapêutica Educacional da Diabetes (CTED) foi desenvolvida e está a ser concretizada no Hospital de Santo António, no Porto, por uma equipa de saúde multidisciplinar, com o objectivo de fornecer ao diabético, após o diagnóstico, estratégias para uma melhor compreensão e uma maior autonomia na gestão da doença.

A missão é partilhada por uma equipa composta por um médico, enfermeiro, nutricionista, podologista, assistente social e psicólogo, numa altura em que os dados apontam para cerca de um milhão de diabéticos em Portugal e para o facto de a Diabetes Mellitus (DM) de tipo 2 ser a principal causa de cegueira, insuficiência renal e doença cardio e cerebrovascular.

A CTED permite uma abordagem global

do doente, permitindo identificar e tratar de forma eficaz problemas de várias ordens, que poderão estar na base do mau controlo metabólico. Mais de metade dos doentes que integraram a fase piloto da CTED foram já referenciados aos cuidados do médico de família.

A Diabetes Mellitus tipo 2 tem vindo a aparecer com maior frequência em idades mais jovens, em particular nos países mais desenvolvidos, resultado de excessos alimentares, sedentarismo e obesidade. Começam a aparecer, em Portugal, casos de diabetes tipo 2 em idades inferiores aos 20 anos. São diversos os factores de risco e os principais prendem-se com o facto haver familiares de primeiro grau com diabetes, antecedentes de intolerância à glicose, anomalia da glicose em jejum, história de dia-



betes gestacional, história de macrosomia fetal, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade abdominal, excesso de peso, entre outros.



Unidade de AVC no Funchal em Outubro

O Hospital Central do Funchal, na Madeira, dispõe, desde Outubro, de uma unidade própria para o tratamento e acompanhamento de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). De acordo com o médico Internista Rafael Ferreira, esta unidade resulta de um esforço multidisciplinar de várias especialidades, tais como Neurologia e Neurocirurgia, Medicina Interna, Cardiologia, Imuno-terapia, médicos de Medicina Física e Reabilitação, Neuro-radiologistas, Terapeutas da fala, Terapeutas ocupacionais, entre outros especialistas, para além de Enfermeiros gerais e de reabilitação. Neste

serviço, que fica localizado próximo das Urgências e dos Cuidados Intensivos, “será feito o tratamento mais adequado aos doentes que, nos primeiros dois ou três dias, merecem uma vigilância apertada, precisam de muitos exames, e de atenções que, juntas, têm muito mais valor no tratamento global do paciente do que se forem isoladas”.

A par dos cuidados médicos, a Unidade quer criar um protocolo de recomendações com a duração de um ano, de maneira a que o paciente saiba também o que deve fazer, bem como onde e quando se deslocar durante esse período.

Orçamento da Saúde inalterado em 2009

O Governo aprovou, dia 2 de Outubro, em Conselho de Ministros, as verbas finais para as dotações que cada Ministério vai receber no Orçamento de Estado para 2009. No caso da Saúde o valor final de 8,2 mil milhões para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) vai subir pouco mais de 2 por cento, ou seja, em linha com a inflação de 2,3 por cento, prevista para o próximo ano, avançou o jornal “Diário Económico”.



Idosos portugueses malnutridos

dentemente do local do rastreio”, concluiu o documento, citado pela agência Lusa.

Ainda assim, 18 por cento dos inquiridos afirmaram já ter recebido terapêutica nutricional, em 43 por cento dos casos aconselhada pelo médico e em 36 por cento das situações, recomendada por um dietista ou nutricionista.

Questionados sobre a quantidade de alimentos que ingerem na refeição principal, cerca de metade dos entrevistados afirma comer metade dos alimentos.

O estudo decorreu entre Março e Junho e envolveu 2.221 indivíduos com 65 anos ou mais, rastreados em farmácias, lares e hospitais.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, o processo de envelhecimento da população portuguesa, expresso no índice de envelhecimento, que é actualmente de 112 idosos por cada 100 jovens, aumentará em 2046 para 238 pessoas com mais de 65 anos, por cada 100 pessoas até aos 14 anos.

Sete em cada dez pessoas com mais de 65 anos estão malnutridas em Portugal, revela o estudo NutriAction2008, divulgado a propósito do Dia Mundial do Idoso, a 1 de Outubro. No caso dos hospitais, 70 por cento dos idosos rastreados em hospitais e lares registaram perdas de peso superiores a cinco por cento entre os últimos três a seis meses.

“São indivíduos com baixo peso aqueles que, em maior percentagem, tiveram uma perda de peso superior a 5 ou 10 por cento, nos últimos três a seis meses, indepen-

Hospital de Seia sem internamento e cirurgia

O Hospital de Seia vai ficar sem os serviços de Internamento e Cirurgia entre Outubro e Dezembro, por causa das obras de construção do novo hospital. A proximidade do actual edifício com o novo está na origem do seu encerramento por “razões de segurança”. Durante esse período, os doentes vão ser encaminhados para o Hospital da Guarda. Desde 1 de Setembro, o Hospital de Nossa Senhora da Assunção deixou de receber novos doentes na Medicina Interna e, no caso da Cirurgia, o mesmo acontece desde o dia 12 do mesmo mês. “O encerramento será temporário e por razões de segurança, porque o edifício dista apenas metro e meio do alçado principal do novo”, justifica Eduardo Silva, presidente do Conselho de Administração (CA) da unidade de saúde de Seia, acrescentando que o que se pretende com esta medida é “garantir a boa circulação de pessoas e visitas, bem como assegurar o normal acesso das ambulâncias e restantes veículos”.

Governo anuncia novas unidades de saúde



A Ministra da Saúde, Ana Jorge, revelou, a 2 de Julho passado, que o Governo aprovou um programa especial de financiamento para 2008, para uma rede de cuidados de saúde e de assistência, que vá ao encontro das necessidades de todos os portugueses e em concreto dos idosos, no sentido de garantir uma maior qualidade de vida desta faixa da população”.

O investimento, de 15 milhões de euros, permitirá, de acordo com a ministra da Saúde, “a criação de novas unidades a desenvolver pelo sector social ou privado e por instituições do Serviço Nacional de Saúde”. O anúncio foi feito na Conferência Desafios para o Futuro “Saúde na Terceira Idade”, organizada pela seguradora Tranquilidade.



Andreia Abreu Lopes

Aluna de Mestrado em Economia,
Faculdade de Economia da Universidade
Nova de Lisboa. Artigo baseado no
projecto "Internal Medicine in the
Portuguese Hospitals". Trabalho orientado
pelo professor Pedro Pita Barros.

À semelhança do que acontece com vários países da Europa, também o Estado Português garante o direito à saúde de todos os cidadãos portugueses através de um Serviço Nacional de Saúde. Cabe ao Estado assegurar esse direito através das políticas do Ministério da Saúde. Contudo, o peso da saúde nas despesas públicas portuguesas alerta-nos para alguma reflexão quanto à performance e eficiência dos hospitais públicos. Ainda aliado a este panorama estão as cada vez mais frequentes iniciativas privadas no sector da saúde, que nos remetem para a questão: até que ponto os hospitais públicos terão um melhor desempenho que os hospitais privados? Parte da resposta poderá estar relacionada com a capacidade de organização interna de cada hospital assim como na eficiência que diferentes modelos de funcionamento poderão trazer. É neste contexto que a especialidade de Medicina Interna assume uma relevância peculiar pelas suas características. Dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento não-cirúrgico de doenças que afectam os adultos, a Medicina Interna tem como principal função reintegrar conhecimentos dispersos pelas diferentes especialidades ou subespecialidades que

Investigação comprova papel determinante da Medicina Interna na utilização racional de recursos nos Hospitais

Ser privado ou ser diferente?

dela originaram, permitindo desta forma tratamento do doente como um todo.

No entanto, são vários os pareceres sobre esta especialidade. Por um lado, os serviços de Medicina Interna estão associados a elevados custos hospitalares o que, em conjunto com a tendência para a criação de especialidades médicas, tem conduzido a um decréscimo do seu papel dentro do hospital. Por outro lado, teorias e estudos sobre funcionamento e organização hospitalar têm vindo a defender a relevância e vantagens desta especialidade dentro dos hospitais devido a sua abrangência.

A existência de um hospital privado que atribuiu à Medicina Interna um lugar de destaque dentro da sua organização funcional, do qual é exemplo o Hospital da Luz, estimulou o interesse em estabelecer uma comparação com alguns hospitais públicos. Terá o Serviço de Medicina Interna do Hospital da Luz um melhor desempenho que os restantes hospitais? Para comparação, tomou-se um conjunto de cinco hospitais públicos.

A principal conclusão defende que o Serviço de Medicina Interna do Hospital da Luz teve um melhor desempenho, em média, que o grupo dos hospitais públicos considerados, no ano do seu arranque. O Hospital da Luz está associado uma menor utilização de recursos se tivermos em conta que, em média, reduz a duração do episódio de internamento de cada paciente. Ainda, para uma menor utilização de recursos, tem melhores resultados finais uma vez que a admissão neste Hospital surge associada a uma menor mortalidade. Esta comparação teve em conta as diferenças na complexidade clínica dos casos tratados nos vários hospitais analisados. Com

melhores resultados em termos de mortalidade e menos recursos usados (tomando como indicador indirecto o tempo de internamento), a diferente organização do papel da Medicina Interna parece ter vantagens económicas sem custos em termos da qualidade clínica.

Será então a organização funcional do Hospital relevante para a sua performance? As evidências sugerem que a capacidade de organização interna afecta o desempenho hospitalar, e que o papel de destaque atribuído à Medicina Interna no Hospital da Luz parece auferir-lhe melhores resultados. Se este aspecto vier a ser corroborado por outros estudos que sejam desenvolvidos, terá implicações importantes para a organização hospitalar.

Mas o que estará por detrás dos diferentes resultados atingidos pelo grupo dos hospitais públicos? Além dos privados, será que também os hospitais públicos terão autonomia para adaptar os seus modelos de funcionamento?

Partindo do princípio que a organização interna do Hospital é determinante no seu desempenho, e caso os Hospitais públicos não tenham essa capacidade de organização interna, concluímos então que a prestação de cuidados de saúde pelo sector privado estará mais adaptada e como tal será mais vantajosa.

Resta-nos saber se os Hospitais públicos terão, ou não, capacidade de ensaiar diferentes modelos de organização, provando aos cidadãos portugueses que uma performance hospitalar exemplar está mais relacionada com os modelos de organização funcional hospitalar que propriamente a natureza da prestação dos cuidados (pública ou privada).



O doente do futuro precisa da **Medicina Interna**

Luís Campos, Coordenador Nacional do NEDAI – SPMI

Luís Campos é um Internista multifacetado. Foi Director do Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco Xavier, em Lisboa, e é, actualmente Director do Serviço de Medicina IV do mesmo hospital. Coordena o NEDAI – Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes, da SPMI e integra o grupo de trabalho que está a criar a rede de referência de *Medicina Interna* no seio da ACSS. No entanto, foi o facto de ter pertencido à Comissão de Reforma das Urgências, que lhe deu maior visibilidade. Por detrás do médico existe ainda o artista plástico, que a Medicina Interna Hoje foi descobrir nesta entrevista.

Entrevista

Alguma tensão que existe por vezes entre a Medicina Interna e as subespecialidades resulta de um fraco entendimento do que são os novos paradigmas da medicina moderna.

Integrou e integra vários grupos de trabalho com influência no novo desenho dos cuidados de saúde em Portugal. Sendo Internista, em que medida conseguiu contribuir para que a Medicina Interna assumisse o papel de charneira que muitos lhe reconhecem?

Esse reconhecimento é o resultado de um contributo colectivo, de muitos Internistas que, pela sua capacidade e pela sua forma de se relacionarem com os pares, os gestores e os doentes, têm conseguido afirmar a importância da Medicina Interna. O meu contributo é um entre muitos outros, alguns que estão activos, outros que já se retiraram. Na realidade o Internista é o especialista do doente adulto, acompanha-o desde que deixa de ser criança, até à morte, é o seu médico assistente, o que ouve as suas queixas físicas mas também os seus problemas de outra ordem, o que o trata de uma forma integral, solicitando, quando necessário, o apoio de outras especialidades ou de outro tipo de profissionais. O Internista tem uma enorme experiência hospitalar, trabalhando em áreas nucleares, como sejam a urgência, as enfermarias de Medicina, cuidados intermédios, cuidados intensivos, cuidados especiais, como as unidades de AVC, hospitais de dia e consulta externa. Esta experiência habilita-o para equacionar

os problemas do doente, priorizá-los, elaborar um plano diagnóstico e terapêutico, fazer os diagnósticos difíceis, tratar as doenças em fase crítica, tratar as doenças sistémicas, tratar os doentes com muitas patologias associadas. Naturalmente que para desempenhar estas funções e tomar as difíceis decisões que têm de ser tomadas o Internista deve evidenciar um conjunto de capacidades que eu costumo resumir numa frase: fazer o que é correcto fazer, da forma certa, no momento certo e no sítio certo. Mas o Internista é também o médico mais capaz para articular a intervenção dos outros profissionais e, pela sua natureza, interessa-se por áreas de fronteira, que têm impacto no resultado dos cuidados prestados aos doentes, e por isso consegue fazer a ponte com todos os outros tipos de saber, como a gestão, a qualidade, os sistemas de informação, a ética, a medicina baseada na evidência, a antropologia, a sociologia, entre outros. É por isso que muitos Internistas ocupam lugares de topo na gestão dos hospitais e a Medicina Interna é, como diz, uma especialidade charneira, particularmente no hospital, mas não só...

Pensa que esse papel que descreve está consolidado? Não teme a pressão das outras especialidades? Começamos pela segunda questão. Vive-

mos num mundo em acelerada mutação. Provavelmente nunca houve na história uma geração que assistisse e fosse agente de tão formidáveis mudanças como a nossa. Uma das características destes tempos é o aumento exponencial do conhecimento. Em Medicina, por exemplo, todos os anos são publicados cerca de três milhões de artigos. É impossível, em qualquer actividade profissional, alguém manter-se actualizado. O que estamos actualmente a dizer corre o risco de já estar obsoleto. A tendência, para fazer face a este fenómeno, é a especialização e a subespecialização. Cada vez os médicos sabem mais sobre cada vez menos. Hoje, por exemplo, já é difícil encontrar um médico cardiologista generalista. Ou é ecografista ou cardiologista de intervenção ou arritmologista ou tem outra diferenciação. Se for a um serviço de Oftalmologia de um hospital central é fácil encontrar mais de dez consultas subespecializadas. Veja o que está a acontecer nas sociedades científicas, com nascimento frequente de sociedades dedicadas apenas a uma doença. Ora os doentes seguem em sentido contrário. São cada vez mais velhos, com mais doenças crónicas ou doenças crónicas associadas e com mais problemas sociais. Nos Estados Unidos, por exemplo, cerca de metade da população tem uma doença crónica, mas um quarto

da população tem duas ou mais doenças crónicas associadas. E estes doentes são os grandes consumidores de recursos. Veja-se o exemplo da *Medicare*, que gasta 60 por cento do seu orçamento com 20 por cento dos doentes que têm cinco ou mais doenças associadas. Ou seja, os doentes precisam, cada vez mais de um especialista generalista, que faça a síntese e os aborde de forma holística. Eu diria que, no futuro, vamos cada vez mais precisar dos dois tipos de profissionais. Pessoas altamente especializadas, com muito treino numa determinada técnica, procedimento ou patologia rara e os médicos da síntese, como sejam os médicos de Medicina Geral e Familiar, os Pediatras ou os Internistas, que façam a abordagem integral do doente e articulem a intervenção dos subspecialistas quando necessário. Este problema não é exclusivo da Medicina mas transversal a todas as áreas do conhecimento. É por isso que Edward Wilson, num conhecido livro sobre a unidade do conhecimento, dizia que o mundo vindouro será governado por sintetizadores. A mim acontece-me cada vez mais ver entrar doentes no meu consultório com sacos cheios de exames a dizer-me “Dr., já percorri tantos especialistas que agora venho ter consigo para pôr tudo junto”. É por isso que alguma tensão que existe por vezes entre a Medicina Interna e as subspecialidades resulta de um fraco entendimento do que são os novos paradigmas da medicina moderna. O extraordinário movimento hospitalista, nos EUA, resulta muito desta necessidade. Mas existe ainda outra característica da Medicina Interna, fundamental, nos tempos que correm, que é a flexibilidade: a

Medicina Interna é como as células-mãe pluripotenciais da medula, que se conseguem diferenciar noutras células. O Internista tanto trabalha na Urgência, como na enfermaria, no hospital de dia, nos cuidados intensivos, ou na consulta. É muito comum haver, nos serviços de Medicina, unidades de AVC, de doenças auto-imunes, de diabetes, de insuficiência cardíaca, entre outras. Não quer dizer que o Internista seja capaz de fazer tudo, de maneira nenhuma. Tem é a capacidade de se diferenciar num vasto leque de áreas, de acordo com os seus gostos, mas também com as necessidades dos doentes, das instituições e das regiões onde trabalha. A flexibilidade, num mundo em franca mutação, é uma qualidade inestimável e é particularmente importante para os serviços de Saúde e para os doentes.

Não respondeu ainda à primeira parte da pergunta...

Se eu penso que o actual papel da Medicina Interna está consolidado? Diria que está, mas existem ameaças e oportunidades. Do lado das ameaças, existe o perigo do aparecimento de novas especialidades, que reduzam drasticamente o espaço da Medicina Interna, e ainda a tendência para privilegiar as especialidades tecnológicas, em detrimento das especialidades ditas cognitivas, onde se inclui a Medicina Interna. Mas por outro lado, penso que a Medicina Interna está, actualmente, face a enormes oportunidades, particularmente no caso português. O trabalho que está a ser feito para a definição da rede de referência da Medicina Interna é uma ocasião ímpar de perspectivar essas oportunidades e

redefinir a missão da Medicina Interna. Se me é permitido, gostaria de enfatizar particularmente três. A primeira é sobre o seu potencial papel num modelo global de resposta ao doente crónico. O problema da resposta ao doente crónico preocupa actualmente todos os países e o facto de estes doentes representarem cerca de 60 a 80 por cento dos gastos em saúde é, já em si, razão suficiente para justificar essa preocupação. Se pensarmos que as doenças crónicas duplicarão até 2030, na população com mais de 65 anos, então, se calhar, há mesmo razão para alarme. Actualmente a resposta aos doentes crónicos é dada através das urgências e é baseada nos episódios agudos, reactiva e segmentada. É a chamada “Síndrome do Radar”. O doente está fora do radar, entra no radar quando recorre ao serviço de urgência, aí é tratado da descompensação da sua doença crónica e depois volta a sair do radar. No serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier os 1800 doentes com quatro ou mais admissões anuais, eram responsáveis por 10 mil episódios de admissão e 70 por cento desses doentes vinham por descompensação de doenças crónicas. Responder a estes doentes exige uma mudança de paradigma na prestação de cuidados, uma resposta pró-activa, que garanta continuidade de cuidados, que acabe com esta divisão artificial entre cuidados primários e secundários, que encare o doente como parceiro nos cuidados, que apoie os auto-cuidados, que se apoie em sistemas de informação robustos, que parta de uma avaliação dos variados tipos de necessidades que as pessoas sentem e dê uma resposta integrada, baseada em equipas multi-



disciplinares, que promoverão cuidados adequados a cada doente, quer sejam médicos, de enfermagem, de reabilitação, psicológicos, sociais ou outros. Penso que estas equipas devem ser lideradas por Internistas, que levarão a sua *expertise* para fora das paredes dos hospitais, solicitando o apoio das subespecialidades sempre que este seja útil, e que esta liderança deveria ser uma parceria com os especialistas de Medicina Geral e Familiar. Naturalmente que isto pressupõe que as urgências hospitalares deixem de ser uma das principais fontes de financiamento dos hospitais e que este tipo de actividade passe a ter um financiamento específico.

Falou ainda em mais duas áreas...

Outra vertente em que a Medicina Interna pode desempenhar um papel importante, se é que ainda vamos a tempo, é nos chamados hospitais de proximidade. Com a reforma das Urgências, houve um conjunto destes hospitais, de menor dimensão, que perderam o serviço de urgência, dando lugar à criação de protocolos, que motivaram a redefinição da

missão destas unidades, numa solução que, quanto a mim, é de difícil gestão e não é a que melhor serve as populações. Na realidade espartilharam-se estes hospitais, que pertenciam à rede hospitalar, por três redes. Criaram-se consultas abertas para substituir as urgências, mas entregou-se a sua responsabilidade à rede de cuidados primários. Na minha opinião os médicos de Medicina Geral e Familiar têm de resolver os problemas agudos, não urgentes, dos seus doentes, mas nos próprios centros de saúde. Depois transformaram-se as enfermarias em cuidados continuados, entregando-se a sua gestão à respectiva rede. Finalmente garantiu-se um forte ambulatório, assegurado por médicos de várias especialidades, em alguns casos com cirurgia do ambulatório, que só poderá ser mantido à custa dos hospitais mais diferenciados, ou seja da rede hospitalar. Vai ser difícil esta coabitação de três redes diferentes num espaço comum. Tendo as enfermarias sido transformadas em cuidados continuados, estas unidades apenas poderão receber doentes vindos de jusante, dos hospitais mais diferencia-

dos. Na minha opinião, é possível um internamento de proximidade para doentes que não têm casos emergentes mas que apresentam situações agudas, que podem ser internados através das consultas abertas do próprio hospital ou do Centro de Saúde, evitando a deslocação das famílias para pontos mais distantes. Estas enfermarias deveriam estar dependentes dos hospitais de maior dimensão, para poder flexibilizar a actuação entre estes dois níveis. E para apoiar estas enfermarias, assim como as unidades de convalescença, as unidades de cuidados paliativos, as consultas externas e as consultas abertas, deveria manter-se, como especialidade residente, a Medicina Interna. Estas equipas poderiam ir dos serviços hospitalares dos hospitais maiores. Os Internistas deviam mesmo sair dos hospitais e estender a sua consultadoria até aos centros de saúde.

Mas alguns desses hospitais estão a ser integrados em Centros hospitalares...

É verdade. Na realidade foram criados 13 novos centros hospitalares, nos últi-



As grandes armas da Medicina Interna são a história clínica do doente, a sua observação e a sua capacidade de raciocínio clínico. Com isto conseguem-se três quartos dos diagnósticos.

mos três anos, que representam cerca de 8500 camas. Esta foi uma reforma extraordinária da rede hospitalar e curiosamente a mais silenciosa. Eu penso que esta mudança poderá ser benéfica, pelas sinergias e facilidade de articulação que possibilita, mas deve ser avaliada. No entanto esta mudança poderá revelar-se um desastre, se for feita a opção pela especialização complementar, à maneira do Centro do Médio Tejo, que tem as especialidades espalhadas pelos três hospitais e obriga os doentes, muitos deles idosos e incapacitados, a fazerem a via sacra dos três hospitais para poderem ter cuidados hospitalares completos. Eu defendo que um deles deve ser o hospital “central” do centro, concentrando a urgência e todas as outras especialidades, e os outros devem ser hospitais de proximidade ou duplicar apenas as especialidades básicas. Mas para que tal aconteça tem de haver muita pedagogia junto dos presidentes de Câmara. Para terminar o tema das novas oportunidades para a Medicina Interna, penso que, mesmo nos hospitais, é preciso redefinir o papel da Medicina Interna. Sou apologeta de um departamento forte de Medicina Interna, onde os doentes sejam tratados directamente pelos Internistas e onde os outros especialistas sejam cha-

mados, para patologias mais raras, ou para realizar exames complementares. Este é o modelo que traz mais qualidade e eficiência e que está a ser implementado, com sucesso, no hospital de São João. Mas, para além deste modelo organizacional, penso que o Internista hospitalar deve assumir novas funções, na garantia da continuidade de cuidados entre episódios de internamento ou mesmo no mesmo episódio, quando o doente sofre transferências internas.

Um pouco à semelhança do que acontece no sistema bancário, com o gestor de conta?

Sim, de certa forma, poder-se-ia dizer que o Internista poderia ser o gestor do doente, dentro do hospital, que garantisse uma continuidade de cuidados entre episódios, porque aquilo que se verifica é que, muitas vezes, os doentes entram no hospital para serviços diferentes e são recebidos como se fossem desconhecidos. Mas mais que gestor do doente seria a face conhecida do doente que o tranquilizaria em cada entrada no hospital, transmitindo aos colegas, de viva voz, o seu conhecimento do doente, que o trataria, caso fosse internado num serviço cirúrgico, e que estaria acessível, telefonicamente ou por *mail*, entre epi-

sódios de internamento ou de consulta, para o informar, apoiar ou encaminhar em caso de necessidade, a ele ou ao seu Clínico Geral.

Há estudos independentes que demonstram como a Medicina Interna consegue obter o mesmo resultado com menos custos associados. Por que razão é tão difícil perceber que esta especialidade é importante e se deve investir nela?

Em todo o mundo há a tendência para privilegiar as especialidades tecnológicas, porque estas são as mais rentáveis para os hospitais. Isto traduz-se em maior prestígio e mais retorno económico para aquelas especialidades e numa dificuldade cada vez maior para captar internos, não só para a Medicina Interna mas também para as especialidades ditas cognitivas, menos tecnológicas. As grandes armas da Medicina Interna são a história clínica do doente, a sua observação e a sua capacidade de raciocínio clínico. Com isto conseguem-se três quartos dos diagnósticos.

No entanto, na sociedade contemporânea, há uma mitificação da tecnologia e não há nenhum doente que se sinta bem tratado se não fizer um TAC. Para mim é escandaloso que seja melhor remunera-

rada uma ecografia, feita por um imagiologista, durante dez minutos, do que uma consulta em que o Internista ouve as queixas do doente, observa-o, analisa a pilha de exames que o doente já traz consigo, faz um plano diagnóstico, pede novos exames, faz um plano terapêutico, prescreve, esclarece o doente, forma-o, negocia mudanças de estilo de vida e sugere prevenções.

Eu defendo que tem de haver uma discriminação positiva das especialidades cognitivas, entre as quais a Medicina Interna, mas considero que uma mudança no financiamento, que já começa a ser contratualizado por algumas seguradoras, poderá ser determinante. Falo na substituição de uma lógica de financiamento por acto ou por produção, que incentiva a realização de um maior número de actos ou exames por uma lógica de pacote ou capitação, que promova a economia de actos ou exames.

Por exemplo, se uma seguradora, em vez de pagar uma urgência e todos os actos que o doente realizou nessa urgência, pagar um pacote fixo por cada urgência, a competência clínica do médico que observar o doente economizando exames desnecessários será valorizada de outra forma. Um provável cenário de escassez de recursos irá acelerar esta mudança.

Concorda com a ideia de que a Medicina Interna é a electricidade dos hospitais, que não se vê mas que, se faltar, dá-se logo pela falta dela?

(Risos) Essa é uma boa imagem, mas não é verdade que a Medicina Interna não se veja. É uma especialidade visível e fundamental. Os Internistas não são invisíveis porque estão em todos os cená-

rios nucleares do hospital, da Urgência às enfermarias, passando pelos cuidados intensivos, hospitais de dia e consultas. Temos uma presença forte nesses ambientes.

Não somos, de maneira nenhuma, pouco visíveis. Aliás, o facto de sermos, nesta altura, cerca de 1800, no Serviço Nacional de Saúde, de estarmos presentes em todos os níveis de hospitais, de sermos responsáveis por cerca de 20 por cento dos internamentos, darmos à volta de 500 mil consultas por ano, e de estarmos nas Urgências hospitalares, onde são atendidos mais de seis milhões de doentes, todos os anos, já dá uma ideia da produção da Medicina Interna.

Podemos identificar o Internista como o especialista do diagnóstico?

Não só, também do tratamento. Os Internistas tratam todas as doenças que, em consciência, se sentem competentes para tratar, mas a sua acuidade clínica é particularmente posta à prova quando estamos perante diagnósticos difíceis e complexos. Temos um bom modelo de Internista no Dr. House...

Na realidade serão muito mais simpáticos...

Espero que mais simpáticos, e sobretudo com mais senso, mas eventualmente menos *sexy*, a julgar pelas apreciações do sector feminino... (risos)

Integrou a comissão que reorganizou a rede de urgências, em Portugal.

Qual o impacto dessa reorganização, que suscitou tanta contestação, e que função deve a Medicina Interna desempenhar nesta nova

organização, que já está em funcionamento?

Antes de mais devo esclarecer que a rede está de facto a ser implementada, mas a sua versão completa exigirá ainda aberturas, encerramentos e requalificações que ainda não sucederam. Na verdade, foi uma reforma dolorosa, talvez mal explicada, mas necessária e estruturante, corajosa do ponto de vista político e impecável, do ponto de vista técnico. O desenho da nova rede de urgências irá melhorar o acesso e a qualidade da assistência urgente no nosso país, diminuindo a morbilidade e a mortalidade dos doentes com esse tipo de patologia. Repare que mais de 90 por cento da população irá ficar a menos de 30 minutos de algum ponto da rede de urgências. Mas o seu impacte extravasa a rede de urgências e é profundamente relevante para a própria rede hospitalar. Antes da reforma tínhamos 73 hospitais que diziam que tinham urgências médico-cirúrgicas ou polivalentes. Desses, 44 por cento tinham uma população de referência primária inferior a 100 mil habitantes e 49 por cento tinham menos de 200 camas. Por exemplo, havia 23 hospitais com apenas um ou dois cardiologistas e 12 hospitais que tinham um ou dois anestesistas. Hoje, a especialização induziu uma mudança na medicina moderna que é a necessidade de trabalho em equipa, que permita diferenciação mas também experiência. Para tal, o hospital tem de ter economia de escala. Os hospitais de agudos não devem ter menos de 200 camas e desejavelmente não menos de 150 mil pessoas na população de referência directa. Muitos destes hospitais não preenchiam estas condições e não conseguiam res-



ponder como verdadeiros hospitais de agudos nem tinham uma capacidade real para albergar uma Urgência do nível que reclamavam. A Comissão Técnica veio propor, e isso foi publicado em Diário da República, a existência de 44 urgências médico-cirúrgicas ou polivalentes, o que na prática define apenas 44 hospitais como verdadeiros hospitais de agudos. Por outro lado, a reforma das urgências teve ainda um efeito importantíssimo, que foi acabar com uma outra confusão, mais grave, ao encarar-se os Serviços de Atendimento Permanente (SAP), a funcionar nos centros de saúde, como serviços de Urgência, quando muitas vezes funcionavam com um único médico e sem qualquer capacidade de responder a situações urgentes. Os médicos de Medicina Geral e Familiar têm que tratar as situações agudas, não urgentes, dos seus doentes, condições como gastroenterites, infecções urinárias ou respiratórias, lombalgias e outras, mas podem fazê-lo através de consultas abertas, não programadas ou outra forma que entendam.

Acabavam por funcionar como uma placa giratória para os verdadeiros serviços de urgências?

Conduzir para os SAP doentes com enfartes, Acidentes Vasculares Cerebrais ou politraumatizados era atrasar o tratamento adequado destes doentes e

umentar a mortalidade e morbilidades destas situações. Lembre-se que a janela de terapêutica óptima para o enfarte são seis horas, para o AVC são três horas e para os politraumatizados será ainda menos.

Já referiu que o futuro passa pelo trabalho de equipa. Pensa que isso vai ser possível tendo em conta as disputas de terreno que existem, com especialidades a quererem autonomizar-se ou a exigirem a exclusividade na prescrição de determinados medicamentos?

Eu penso que as tentativas de retirar capacidade à Medicina Interna de tratar os doentes que realmente trata, com todas as armas terapêuticas recomendadas pelas normas de boa prática, poderá ter efeitos devastadores para a especialidade em si, mas principalmente para os doentes. Esse caminho obrigaria os Internistas a andarem com um manual para saberem continuamente se estavam a actuar dentro da lei e os doentes passariam, *in limine*, a terem de ser recebidos, não por um médico, mas por uma enorme cooperativa de subespecialistas em cada um dos seus órgãos ou sistemas. Espero que os decisores tenham sempre o bom senso de resistir a essas pressões de afirmação corporativa de algumas especialidades. Assinalo que, de facto, nem o Ministério da Saúde ou

os seus órgãos, como o Infarmed, nem sequer a Ordem dos Médicos, deram alguma vez cobertura a esse tipo de reivindicações. O âmbito da nossa actuação é o conteúdo dos tratados de Medicina Interna, inclui as doenças sistémicas e as de órgão ou sistema, mas a nossa especificidade é mais do que a soma de especialidades. É o tratamento integral do doente. E essa missão implica uma sobreposição de conhecimentos com todas as especialidades médicas. Os Internistas podem tratar qualquer doente da área médica, conforme nos é reconhecido pelo Estatuto da Ordem dos Médicos. O nosso limite é a consciência da nossa capacidade para tratar as múltiplas patologias que diagnosticamos. Como todos os médicos, temos de assumir a responsabilidade das nossas decisões, perante cada doente, quer sob o ponto de vista deontológico, quer mesmo criminal. Há seguramente doentes que beneficiarão por serem tratados por um especialista de órgão, outros por um Internista, outros pela cooperação dos dois, mas os Internistas estão capacitados para fazer esta avaliação. Temos consciência de que, em algumas patologias, é importante ter experiência e uma casuística que a permita. Por isso é comum a criação de consultas ou unidades diferenciadas nos serviços de Medicina. No meu serviço, por exemplo, existem várias consultas, para além da de Medicina Interna, como



uma consulta de Doenças Auto-imunes, que iniciei há cerca de 25 anos no Hospital Egas Moniz, uma consulta de Diabetes, uma de Diabetes em grávidas e uma dedicada aos AVC. Noutros serviços existem consultas de Hipertensão, Insuficiência Cardíaca, Dislipidémias, Doenças tromboembólicas e outras. Para uma especialidade generalista, o desenvolvimento de determinadas áreas é importante porque estimula a diferenciação e a experiência nessas áreas, permitindo a introdução de protocolos e o incremento da actividade científica dos serviços. Mas, acima de tudo, dá uma resposta de qualidade às reais necessidades dos doentes. É um erro pensar que uma consulta especializada é apenas a que é feita por uma determinada especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos. Quase todas as especialidades têm consultas diferenciadas em determinadas patologias, sem que haja o reconhecimento dessas subespecialidades. Por outro lado, cada vez mais as consultas especializadas são asseguradas por equipas multidisciplinares. Veja-se o caso da Senologia, das Doenças Auto-imunes, da Diabetes e outras.

Um dos palcos dessa disputa territorial tem sido, precisamente, o das doenças auto-imunes. É uma área com muitos problemas?

As doenças auto-imunes são, de facto, uma das patologias mais caras à Medicina Interna, por serem difíceis de diag-

A especialização induziu uma mudança de paradigma na medicina moderna que é a necessidade de trabalho em equipa.

nosticar, por terem um carácter multi-sistémico, por terem um amplo espectro de gravidade, podendo assumir quadros graves, por vezes fatais, e por exigirem medicações difíceis de manejar. São doenças que resultam de uma disfunção do sistema imunitário, em que há agressão a estruturas internas do organismo. São doenças como o Lúpus, a Esclerodermia, a Artrite Reumatóide, a Espondilite, as vasculites, a tiroidite auto-imune, a Diabetes tipo I, a Esclerose Múltipla e muitas outras. Calcula-se que atinjam cerca de 5 por cento da população, o que representaria, em Portugal, 500 mil pessoas. Algumas destas doenças têm um carácter mais multisistémico, como o Lúpus, outras agredem mais um órgão em particular, como a tiroidite, mas todas elas podem ter envolvimento sistémico. Assim, são doenças transversais a um conjunto de especialidades e que frequentemente beneficiam da cooperação de várias especialidades. Na Medicina Interna há um vasto conjunto de Internistas com larga

experiência nestas patologias, que, através de uma rede de cerca de 40 consultas de Doenças Auto-imunes ou de Imunologia Clínica, algumas existentes há mais de 25 anos, distribuídas pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, e abrangendo praticamente todos os distritos do país, asseguram uma abordagem diferenciada a este tipo de doentes. Apesar de os problemas da inevitável sobreposição de competências não suscitarem problemas com outras especialidades, o mesmo não se verifica com a Reumatologia que, através de alguns dos seus líderes, tem tentado retirar-nos a capacidade de prescrição das terapêuticas biológicas, fármacos que vieram, de facto, modificar significativamente o prognóstico de algumas destas doenças, mas que podem ter efeitos adversos graves, que acabam por ser tratados nos serviços de Medicina. A Medicina Interna é responsável por cerca de 40 por cento das prescrições de terapia biológica na Artrite Reumatóide e nas Espondilartropatias e, pela sua distribuição, só com a Medicina Interna se consegue garantir um acesso diferenciado a este tipo de terapêuticas. Reconhecendo que estas terapêuticas são subprescritas em Portugal, em comparação com outros países, seria de todo o interesse para estes doentes a conjugação de esforços e não esta guerra contínua e desgastante que nos é movida por alguns elementos, dentro da Reumatologia.

O poder político tem compreendido esse princípio?

Acho que sim. Acaba de sair um despacho sobre a comparticipação de vários produtos biológicos, que estabelece regras que me parecem razoáveis e sensatas nos objectivos de aumentar o acesso a este tipo de fármacos, mas ao mesmo tempo garantir a segurança dos doentes. Não atribui exclusividade a nenhuma especialidade, fala na necessidade de consultas certificadas e de elas serem asseguradas por especialistas com experiência, do acesso diário ao médico e da obrigatoriedade dum registo nacional auditável, que garanta que os doentes que estão a fazer produtos biológicos são os que têm indicação, que estão a ser monitorizados correctamente, que os resultados estão a ser avaliados e quais os efeitos adversos. Esse despacho vai ser regulamentado por uma comissão, no seio da DGS, que inclui várias especialidades e onde a Medicina Interna está representada.

Realizou-se recentemente, no Porto, o Congresso Mundial de Auto-imunidade, que envolveu várias especialidades médicas. Pensa que esta foi uma oportunidade de “enterrar” o machado de guerra e perceber que o tratamento destas doenças exige complementaridade?

A Medicina Interna não tem nenhuma guerra com a Reumatologia ou com os reumatologistas, mas temos o direito de nos defendermos quando somos atacados, nomeadamente quando é posta em causa a nossa competência para tratar estas doenças e quando nos querem restringir o direito de prescrição. Nós respeitamos a Reumatologia e reconhecemos o seu crescimento e afirmação, mas que ela se faça no campo da ciência e não à custa de

pressões, agressões e um certo tipo de autopromoção, que não entendemos. Por exemplo, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) patrocina uns cartazes que são distribuídos nos centros de saúde, onde se descrevem algumas das 100 doenças que classificam como reumáticas, e que dizem atingir cerca de 3 milhões de portugueses, dizendo que os portadores destas doenças devem ser referenciados ao Reumatologista. Pergunto para onde e para quem, se existem, de acordo com o sítio da SPR na Internet, 111 reumatologistas em Portugal continental e ilhas, apenas 65 nos hospitais do SNS, havendo muitos apenas a meio tempo e, no Continente, apenas nove estão colocados em hospitais fora das regiões das três grandes cidades? Os Internistas não asseguram consultas de Reumatologia mas apenas consultas dedicadas às Doenças Auto-imunes, que são doenças crónicas inflamatórias e sistémicas, e estas consultas estão praticamente confinadas aos hospitais do SNS. Estas doenças são uma pequena parte da sua lista, mas nós sentimo-nos particularmente preparados para as tratar, pelo seu carácter multi-sistémico e pelo seu amplo espectro de gravidade. Para bem dos doentes, era absolutamente desejável que partíssemos para uma cooperação baseada em respeito mútuo. Talvez isso venha a ser possível com a nova geração de Reumatologistas, com os quais temos já alguns bons exemplos de entendimento em alguns hospitais. No que diz respeito ao Congresso Mundial de Auto-imunidade, ele foi, de facto, um ponto alto de afirmação da Medicina Interna portuguesa, pois foi o NEDAI, e particularmente as unidades do Norte, que o conseguiram trazer para Portugal. Esta reunião, onde participaram mais de 2000 pessoas de 57 países, e onde eu próprio e

o Dr. Carlos Dias fomos vice-presidentes, teve mais de 300 portugueses de variadas especialidades, num leque muito abrangente.

O NEDAI, que coordena há quatro anos, tem demonstrado uma dinâmica notável. Quais são as vossas prioridades?

O NEDAI, que agrega mais de 250 Internistas, tem como prioridades melhorar a qualidade da assistência aos doentes com patologias auto-imunes, assistidos por Internistas, mas também afirmar a responsabilidade da Medicina Interna na abordagem e tratamento dessas patologias. Assim, vamos realizar, no próximo ano, o nosso XV encontro nacional, temos promovido diversos cursos pós graduados. Desenvolvemos um software único no mundo – o RIDAI (Registo Informático de Doenças Auto-imunes) – que vai permitir a informatização de todas as consultas de doenças auto-imunes, com óbvios efeitos a nível da qualidade, pela padronização da actuação que vai permitir, estamos a implementar um Registo Nacional de Doenças Auto-imunes da Medicina Interna, atribuímos um prémio anual de investigação em Auto-imunidade, que tem o patrocínio do Laboratório Schering-Plough, criámos um sítio na internet para doentes e profissionais (www.nedai.org) e editamos folhetos informativos para os doentes. Este são os principais projectos que desenvolvemos e para os quais temos contado com um óptimo apoio da indústria farmacêutica.

É consultor do maior grupo privado português de Saúde para a construção de novos hospitais no âmbito das Parcerias Público-Privado (PPP). O

A Medicina Interna não tem nenhuma guerra com a Reumatologia ou com os reumatologistas, mas temos o direito de nos defendermos quando somos atacados, nomeadamente quando é posta em causa a nossa competência para tratar estas doenças.

que pensa do abandono da gestão clínica no modelo das PPP?

Tenho pena que tenha sido abandonado. Tinha mais sentido a responsabilização conjunta pela construção e pela gestão, projecto da autoria do Prof. Correia de Campos, em que fomos pioneiros no mundo. De resto, considero a construção de novos hospitais um óptimo investimento, em primeiro lugar porque é barato. Lembre-se que o orçamento anual de um hospital dá para construir um novo, e estamos a falar de um investimento com retorno, porque hospitais a funcionar em edifícios obsoletos podem gerar ineficiências de cerca de 20 por cento.

Veja-se os milhões de euros que se gastaram e continuam a gastar nos Hospitais Civis de Lisboa, alguns instalados em mosteiros medievais, e o que se podia ter poupado se se tivesse construído o Hospital de Todos os Santos, há 30 anos, como planeado.

Como vê o modelo destes novos hospitais?

Tentar imaginar hospitais para funcionarem nos próximos 30 anos, é um exercício altamente estimulante e é, também, uma oportunidade de trabalho em equipa, em que se juntam vários tipos de saber, desde a medicina, à arquitectura, à gestão e à engenharia. O modelo que defendo é o de um hospital que alie a dignidade que deve ter

um edifício destes com a escala humana. É o que eu designo como modelo Alhambra, porque a arquitectura árabe é um bom exemplo desta convergência.

É preciso não esquecer que o hospital é, muitas vezes a maior empresa da região e modela a paisagem da cidade onde se implanta. Por outro lado é fundamental ser expansível e flexível, porque há uma grande margem de imponderabilidade na evolução futura das necessidades dos doentes mas também da evolução da oferta.

Depois, tem que ser um hospital que satisfaça os doentes, atraia os profissionais, seja guiado pelas melhores práticas, tenha uma cultura de segurança dos doentes e faça a ponte para os cuidados fora do hospital. Naturalmente que cada um destes princípios tem consequências arquitectónicas e organizacionais que dariam para um tratado, mas vou apenas aqui enunciar alguns aspectos, tais como a preocupação de um ambiente para a cura, o acesso a luz natural, vista da natureza, cores adequadas, controlo do ruído, arte, respeito pela privacidade, entre outros; adjacências, fluxos e circuitos simples e funcionais; sistema de informação robusto; investimento tecnológico; organização centrada nos doentes; agregação de especialidades por *clusters*; espaços intersticiais que promovam o encontro de diferentes especialidades e o intercâmbio de conhecimentos; creches que permitam

às mães estarem perto dos filhos, como já existiram nos hospitais. Estes são apenas alguns exemplos possíveis.

Pensa que foi negativa a redução de dez para quatro novos hospitais em PPP, para a gestão clínica?

É óbvio que nesta resposta há um conflito de interesses, mas isso não me impede de tentar responder. Por um lado parece-me negativo e um desrespeito pelos grupos privados, criar expectativas para determinados volumes de investimento que depois são substancialmente reduzidos. É muito diferente um grupo preparar-se para responder a dez hospitais, cujo concurso decorreria ao longo de três anos, do que para quatro em que o concurso vai decorrer em mais do dobro dos anos. Espanha começou depois de nós e já tem hospitais construídos. Nós atribuímos ao fim de cinco anos o primeiro hospital.

Por outro lado parece-me que seria benéfica a existência de vários modelos de gestão. Hospitais públicos geridos por privados, hospitais EPE, SPA e SA. É preciso recordar que o sistema de saúde é um sistema complexo, adaptativo, com um grande área de imprevisibilidade, e a melhor forma de encarar estes sistemas não é seguramente a uniformização baseada em crenças, mas estimular a diversidade, monitorizar com rigor, estimular as experiências de sucesso e inibir as más.

O médico por detrás da objectiva

Para além de médico Internista é também fotógrafo e videógrafo, com várias exposições regulares desde 1981, e actualmente com uma retrospectiva a decorrer em seis locais diferentes do país. Em que medida consegue transportar para a Medicina os princípios da arte fotográfica e vice-versa?

Há dois tipos de ligação. A primeira tem a ver com a vocação. Quem escolhe a Medicina são, em princípio, pessoas que gostam de pessoas e se interessam pela natureza humana. Essa é uma motivação comum com a actividade artística que leva muitos médicos a desenvolverem esta área. Veja-se o caso da literatura, com Miguel Torga, Júlio Dinis, António Lobo Antunes ou Fernando Namora. Todos eles são ou eram médicos. Para além disso, a fotografia é para mim uma interface com a realidade e uma forma de eu transmitir a forma como eu a interpreto, e não há dúvida que a Medicina, os hospitais, as Urgências são um dos mais formidáveis observatórios sociológicos da natureza humana.

Diria que a actividade artística contribui, de algum modo, para reforçar a componente humanista do médico?

Não é preciso ter actividade artística para ter uma profunda visão humanista da Medicina. O que eu sinto é que, para além da componente técnica, científica, humana, há uma componente estética, do domínio dos sentidos, que a actividade artística me permite desenvolver.

Consegue definir-se enquanto artista?

Para mim, o artista é um *passeur*, um passador, no sentido descrito por Michel Certeau, de alguém que transporta pessoas através de fronteiras, para territórios desconhecidos. Nas minhas exposições, pretendo, que cada pessoa, não saia da mesma forma que entrou, que sejam espaços de transcendência, espaços iniciáticos. Daí a importância que dou à encenação das próprias exposições, através da luz, do uso da grande escala, do dispositivo de montagem, para conseguir contrariar a banalização da imagem, que caracteriza a sociedade actual e permitir que as pessoas tenham tempo de parar, contemplar, e de se relacionarem com o que vêem, através de toda a sua carga experiencial, e se sintam atingidas, tocadas. O *punctum* de que falava Roland Barthes.

Vê algum paralelismo entre a arte de revelar fotografias e a arte do diagnóstico médico?

É curiosa essa pergunta. Nunca tinha pensado nisso. Não tenho dúvidas de que existe alguma componente de arte no processo de diagnóstico. É um processo evolutivo, em que nós somos despertados por estímulos ou informações diferentes, e em que temos de antever aquilo de que vamos à procura. O diagnóstico não é um exercício cego, mas orientado. Nós só descobrimos aquilo que procuramos. Mas há sempre surpresas e temos de as saber integrar. Também na fotografia, eu sei exactamente

Veja-se os milhões de euros que se gastaram e continuam a gastar nos Hospitais Cívicos de Lisboa, alguns instalados em mosteiros medievais, e o que se podia ter poupado se se tivesse construído o Hospital de Todos os Santos, há 30 anos, como planeado.

o que quero fotografar e tenho de estar preparado para as oportunidades e tomar decisões relativamente à câmara, ao filme, à luz, ao local, à hora do dia, entre outros aspectos. Neste processo criativo há sempre alterações que resultam das várias opções que surgem ao longo desse processo, há sempre acasos que podem modificar o resultado final. Ninguém diagnostica aquilo em que não pensa e ninguém fotografa o que não se preparou para fotografar.

É médico-fotógrafo ou fotógrafo-médico?

Sou médico e sou fotógrafo, ou melhor artista plástico, na medida em que me integro muito mais no circuito das artes plásticas. A fotografia e o vídeo são, porventura, de entre as áreas artísticas, as que me é mais possível compatibilizar com uma actividade tão absorvente como é a Medicina, porque se podem dividir em projectos temporizáveis.

O que mais gosta de fotografar?

É curioso porque uma retrospectiva é uma prova de fogo à coerência de uma obra mas também à tentação em que alguns caem de se acomodarem a fórmulas de sucesso e tornarem-se ilustradores de si próprios. E eu fiquei contente com o que vi nesta retrospectiva. Há alguns temas que atravessam a minha obra. Uma delas é a de limar, territórios limiares, o tempo limiar, situações limiares, outro é o da perda, seja ela radical, como no caso da morte, mas também a perda da sensação de pertença a um sítio, das tradições



TRANSURBANA, 1994-2008



TRANSURBANA, 1994-2008



PARADISE TROLL, 2006, Vídeo

ligadas ao ciclo da natureza e à paisagem, da identidade dos pequenos sítios, o crepúsculo dos heróis. Ainda o tema da cidade e dos seus habitantes, o retrato e o auto-retrato, o rosto enquanto afirmação da individualidade, marca do tempo, prefiguração da morte, mas também o rosto opaco que esconde os mistérios que cada um carrega. É difícil sintetizar os temas de uma obra. Todos os objectos estéticos que produzimos são uma forma de partilhar uma interpretação da realidade. O resultado da nossa apreensão sensível do que nos rodeia ou do que está dentro de nós, e muito disso é do domínio do indizível. O melhor é mesmo ver.

Como vê o futuro da Medicina Interna, em Portugal, a preto e branco, ou a cores?

(Risos) Essa é uma pergunta maldosa, porque eu tanto gosto da estética do preto e branco como da cor. Mas se quer associar a cor a uma perspectiva positiva, então opto pelo futuro a cores. Mas, tal como na fotografia, temos de estar preparados para agarrarmos as oportunidades.

Como dizia Peter Drucker “a melhor maneira de prever o futuro é criá-lo” Se o resultado for bom, ganham os Internistas, mas ganham sobretudo os doentes e o sistema de saúde.

PROPRIEDADE



DIRECTOR
Faustino Ferreira

EDIÇÃO E REDACÇÃO

LPM
Comunicação

Edifício Lisboa Oriente,
Av. Infante D. Henrique,
n.º 333 H, 4.º Piso, Escritório 49
1800-282 Lisboa

DIRECTOR COMERCIAL
Nuno Miguel Duarte
nunoduarte@lpmcom.pt
Tel.: 96 214 93 40

CONSULTORA COMERCIAL
Sónia Coutinho
soniacoutinho@lpmcom.pt
Tel.: 96 150 45 80

Tel. 21 850 81 10 - Fax 21 853 33 08

Telef. 21 850 81 10 • Fax 21 853 04 26
Email: lpmcom@lpmcom.pt

Powered by Boston Media

Impressão
RPO Produção Gráfica, Lda.
Trav. José Fernandes, n.º 17 A/B
1300 - 330 Lisboa

Periodicidade: trimestral
Tiragem: 5.000 exemplares

Distribuição gratuita aos associados
da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
Assinatura anual: 8 euros

Depósito Legal n.º 243240/06
Isento de Registo na ERC
ao abrigo do artigo 9.º
da Lei de Imprensa n.º 2/99,
de 13 de Janeiro

Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna
Rua da Tobis Portuguesa, n.º 8 - 2.º sala 7/9
1750-292 Lisboa
Tel. 21 752 0570 / 8 • Fax 21 752 0579
secretariado@spmi.webside.pt
NIF: 502 798 955

www.spmi.pt



Actividade física combate predisposição para obesidade

A actividade física permite minimizar o risco de ganhar peso em pessoas com disposição genética para engordar, revela um estudo de investigadores norte-americanos americanos publicado em Setembro, na revista *Archives of Internal Medicine*.

O principal autor do estudo, Evadnie Ramper-saud, da Universidade de Miami Flórida, deu conta de que “as mutações genéticas ligadas à

predisposição para a obesidade estão presentes em 30 por cento da população europeia”.

Para determinar o impacto do exercício e do regime alimentar sobre a predisposição para engordar, os médicos analisaram o DNA de 704 adultos *amish*, uma comunidade descendente de europeus, com boa saúde e uma idade média de 43,6 anos.

As predisposições genéticas manifestaram-se apenas entre os indivíduos sedentários ou que realizavam pouca actividade física, e não tiveram efeito sobre os mais activos que a média.

Bayer investiga nova vacina contra Linfoma

A Bayer está a trabalhar numa vacina contra o Linfoma Não Hodgkin (LNH), no centro biotecnológico de Halle, na Alemanha. A terapia em desenvolvimento consiste na utilização da planta do tabaco para produção do componente activo da vacina. Trata-se de uma terapêutica personalizada para cada doente, que activa o sistema imunológico para que detecte e destrua as células malignas. Os ensaios clínicos de Fase I têm início já em 2009.



Para Wolfgang Plischke, membro do Conselho de Administração da Bayer AG, “os cancros não são todos iguais. Há diferentes tipos de tumores e os tratamentos têm de ser específicos e adaptados. O objectivo é, por mé-

todos biotecnológicos, produzir um fármaco individual para cada doente”.

O LNH é o quinto tipo de cancro mais comum, com uma incidência de 70 mil novos casos/ano na União Europeia.



Café prolonga vida das mulheres

O consumo regular de café, no máximo seis por dia, pode prolongar a vida e está relacionado com uma menor incidência de problemas cardíacos. Estas conclusões constam de um estudo da Universidade Autónoma de Madrid publicado recentemente pela revista *Anais de Medicina Interna*. A autora do estudo, Ester López García, do Departamento de Medicina Preventiva e

Saúde Pública da Escola de Medicina desta universidade, sublinha que é preciso aprofundar as conclusões, principalmente sobre as hipóteses de o consumo de café ter efeitos benéficos nas pessoas que sofrem de problemas cardíacos, cancro ou outras doenças. Ainda assim, os dados já disponíveis apontam para os benefícios do café.

Os investigadores estudaram 84.214 mulheres e 41.736 homens, que não sofriam de cancro ou de doenças cardíacas.

Os participantes responderam a questionários periódicos sobre a frequência de consumo de café, outros hábitos alimentares,

o consumo de tabaco e o estado de saúde. Os investigadores compararam depois a taxa de mortalidade por problemas cardíacos ou por cancro com os hábitos de consumo de café. As mulheres que consumiram dois ou três cafés por dia reduziram em 25 por cento o risco de problemas cardíacos durante o período em que foram seguidas, entre 1980 e 2004. Entre as mulheres que não bebiam café, 18 por cento desenvolveu complicações cardíacas.

Em relação aos homens, o nível de consumo não foi associado a um maior ou menor risco de morte.

Os investigadores descartaram também uma relação entre estes dados e a cafeína, já que quem consumiu descafeinado também apresentou uma incidência de morte menor do que as pessoas que não consumiram este tipo de café.

Dieta do futuro passa pelo ADN

Uma ementa personalizada, que atenda exclusivamente às necessidades do organismo de cada indivíduo, de acordo com seu perfil genético, que reduza as hipóteses de engordar e de desenvolver doenças crónicas, pode parecer algo distante da realidade, mas está já em estudo, através da nutrigenómica e da nutrigenética.

Ambas as especialidades procuram compreender de que forma a combinação dietética interfere na saúde. A nutrigenómica considera o efeito dos nutrientes no funcionamento dos genes. Já a nutrigenética analisa como os genes afectam a forma como o organismo tira proveito do alimento.

Para o gastroenterologista e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, José Figueiredo Penteadó, “combinadas as duas linhas, será possível modular uma dieta única e mais apropriada para cada

pessoa. Cada indivíduo tem características genéticas e um organismo diferentes do outro. Isso faz com que cada um responda de forma distinta aos alimentos”.

De acordo com a nutricionista e mestre em Medicina Interna, da Universidade Federal do Paraná, Lucyanna Kalluf, isso acontece porque determinadas dietas não funcionam da mesma maneira para todos. “Cada indivíduo tem os seus genes específicos, a sua etnia, para além de factores de risco diferentes face ao estilo de vida, ambiente, metabolismo e fisiologia. Uma pessoa com problemas gástricos, por exemplo, não absorve os mesmos nutrientes que quem não tem o problema. Outras têm alterações bioquímicas como colesterol alto, risco de cardiopatias, entre outras, que diferenciam o metabolismo e, com isso, necessitam de uma atenção personalizada”.



Google Health “armazena” historial clínico online

O Google Health é um dos serviços mais recentes do motor de busca mais utilizado da actualidade, onde os internautas podem guardar o respectivo historial clínico. Desta forma, basta ter acesso a um computador com ligação à Internet e qualquer pessoa pode aceder à ficha médica em qualquer ponto do globo.

O objectivo deste serviço é o de permitir aos utilizadores o controlo do seu próprio historial clínico, ao guardar dados sobre exames complementares de diagnóstico tais como radiografias, resultados de análises clínicas, número de internamentos e em que hospitais, a medicação que toma, entre outras funcionalidades.

A vantagem para o utilizador é poder consultar os seus dados médicos em qualquer computador e facultá-los, de imediato, a um clínico ou hospital e acelerar diagnósticos e prescrever tratamen-



tos em qualquer parte do mundo.

O passo dado pela Google originou muitas dúvidas devido aos possíveis riscos para a confidencialidade dos dados médicos dos doentes.

Em resposta, a empresa afirmou que

a plataforma de acesso ao Google Health é totalmente independente da plataforma que permite aos utilizadores navegar no motor de pesquisa do Google. “Foi instaurada uma política de protecção de dados privados muito segura”, disse Marissa Meyer que salienta o facto de o Google armazenar “uma cópia dos dados médicos, numa base de dados controlada pelo utilizador, que o Google apenas aloja”.

O Google Health foi testado em mais de 1.300 voluntários do hospital Cleveland Clinic, dos Estados Unidos, com resultados que ultrapassaram as expectativas iniciais da Google.



Novo tratamento
contra a SIDA de
toma única diária

Foi recentemente divulgado pela Gilead Sciences e pela Bristol-Myers Squibb, um medicamento inovador que permite tratar doentes infectados com o VIH/SIDA recorrendo apenas a um comprimido por dia. O medicamento permite facilitar e simplificar o tratamento da doença, contribuindo para uma maior qualidade de vida dos doentes.

Este novo medicamento consegue um objectivo perseguido há vários anos, de reunir todo o tratamento num único comprimido, uma vez por dia, em vez de obrigar à toma de dezenas de comprimidos repartidos por diversas tomas diárias. A infecção pelo VIH é uma das maiores pandemias de todos os tempos e novos dados começam a surgir comprovando que o tratamento é um importante factor para o controlo da doença. As empresas que desenvolveram o novo fármaco salientam, em comunicado, que o novo medicamento é um “importante contributo para a adesão dos doentes à terapêutica”, ao simplificar o tratamento farmacológico.

Comunicação sem fios perigosa em hospitais



Os sistemas de comunicação sem fios, também conhecidos por *wi-fi*, ou *wireless*, usados em muitos hospitais para saber onde se encontram os equipamentos, podem ter consequências fatais. Um estudo holandês demonstrou que os chips de identificação sem fios, ou por radiofrequência, interferem com máquinas de apoio

vital, tais como ventiladores, *pacemakers* externos e máquinas de diálise, tal como acontece com os telemóveis. O estudo demonstrou a necessidade de as unidades de saúde testarem todos os sistemas baseados nas comunicações sem fios, antes de se decidirem pela instalação dos mesmos, o que, até agora, não estava a ser feito.

NO COMBATE AOS RADICAIS LIVRES

RADICAIS LIVRES – O QUE SÃO?

São elementos altamente instáveis que têm o poder de danificar as células do organismo com as quais entram em contacto.

Embora a formação de **radicais livres** seja constante, o nosso organismo possui mecanismos para a contrariar.

Diversos factores de risco – **poluição, stress socio-profissional, tabagismo, sedentarismo, processos inflamatórios e**

infecciosos, hipertensão arterial, etc... – contribuem para a produção exagerada de radicais livres.

Estes factores podem contribuir também para o desenvolvimento de doenças cancerosas e cardiovasculares e situações degenerativas como aterosclerose, artrite, cataratas, envelhecimento precoce, entre outras.

ANTIOXIDANTES – O QUE SÃO?

São substâncias capazes de neutralizar os **radicais livres**, protegendo, assim, o organismo dos processos de **oxidação** que constantemente se desenvolvem.

São exemplos de antioxidantes certas vitaminas, como a C e a E, alguns minerais, como o selénio e o zinco, e carotenóides, como o betacaroteno e a luteína, que, se estiverem disponíveis no organismo em dosagens adequadas, podem desactivar os radicais livres.

Estas vitaminas e minerais antioxidantes podem ser encontrados nos alimentos, pelo que se recomenda uma alimentação regrada e equilibrada.

Quando esta boa prática não é seguida de forma constante, o recurso a suplementos minero-vitamínicos antioxidantes torna-se, então, necessário.

PORQUÊ PRESCREVER

EVER-FIT^{PLUS} ?

Porque o **EVER-FIT^{PLUS}** é o **ÚNICO** suplemento minero-vitamínico antioxidante que fornece vitaminas e minerais em dosagens adequadas para proteger o organismo das agressões dos **radicais livres**.

O cientista e biólogo americano Professor William Pryor considera a utilização dos antioxidantes como um novo conceito de terapêutica:

"Estamos perante uma nova e brilhante fronteira, a possibilidade de prevenir algumas destas horríveis doenças, com meios excepcionalmente simples."



COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA ADEQUADA

1 COMPRIMIDO POR DIA / TODOS OS DIAS

APRESENTAÇÃO: EMB. DE 30 E 90 COMP.

Herbesser®

Diltiazem

viver... *com o coração*

60
90
sr 120
sr 180
sr 240



UMA VENDA FARMACÉUTICA 800 305 478

E-mail: farmaceutica@laboratoriosdelta.pt

DELTA
Laboratórios
www.delta.pt

Laboratórios DELTA, Lda - Rua Direita de Massamá, 140 - 2715-701 Souto • Telef.: 21 430 8300 • Fax: 21 430 8300 • E-mail: info@laboratoriosdelta.pt • N.º 500 902 260 - Sociedade por quotas - Capital Social € 500 000 - C. R. E Delta sob o N.º 2017 No. 102 L.º C.4 • ICM Incentivo saúde publicação