

Dezembro de 2011 • Ano VI • Nº22 • Trimestral

Medicina Interna *Hoje*



JUNTOS SOMAMOS VALOR

João Sequeira Carlos
Presidente da Associação Portuguesa
de Medicina Geral e Familiar

Medicina Interna em foco
na Reforma Hospitalar

NOVO

XONKOR[®] 450 mg

Extracto seco de raiz de *Valeriana Officinalis*



Perturbações do sono

- **Dificuldade em Adormecer**
- **Alterações Temporárias do Sono**



Alívio da tensão nervosa

- **Tensão Nervosa Ligeira**



Titular da AIM:



Korangi - Produtos Farmacêuticos, Lda.
Rua do Vinho, N.º 17 • 2765-388 Estoril
Tel.: 219 251 901 • e-mail: geral@korangi.pt

PARA UM SONO NATURAL E EFICAZ

Resumo das características do Medicamento:

Medicamento Não Sujeito a Receita Médica. **Nome do medicamento:** Xonkor 450 mg Comprimidos revestidos. **Composição qualitativa e quantitativa:** Cada comprimido revestido contém 450 mg de extracto (sob a forma de extracto seco) de *Valeriana officinalis* L. **Forma farmacêutica:** Comprimidos revestidos. Comprimido branco, redondo, biconvexo. **Indicações terapêuticas:** Alívio temporário da tensão nervosa ligeira e da dificuldade temporária em adormecer. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos, idosos e crianças com mais de 12 anos de idade. Alívio da tensão nervosa ligeira: 1 comprimido até três vezes ao dia. Perturbações do sono: 1 comprimido meia hora ou uma hora antes de deitar. Caso seja necessário, pode tomar-se também um comprimido ao início da noite. Os comprimidos devem ser tomados inteiros com um pouco de água ou outro líquido. Os comprimidos não devem ser mastigados. Devido ao facto do início do seu efeito ser gradual, os comprimidos de Xonkor 450 mg não são indicados para um tratamento agudo da tensão nervosa ligeira e das perturbações do sono. Os comprimidos de Xonkor 450 mg devem ser tomados continuamente durante 2-4 semanas, de forma a maximizar a sua eficácia. O doente deverá consultar o médico caso se verifique um agravamento dos sintomas ou se estes não melhorarem após 2 semanas de utilização contínua do medicamento.

Contra-indicações: Hipersensibilidade conhecida à substância activa, valeriana, ou a qualquer um dos excipientes. Não se recomenda a sua utilização deste medicamento em crianças com menos de 12 anos de idade, durante a gravidez ou o aleitamento. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Este medicamento contém sacarose e glucose. Cada comprimido revestido contém 268,36 mg de sacarose e 102,99 mg de glucose. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase-lap ou má absorção de glucose-galactose, não devem tomar este medicamento. **Interações medicamentosas e outras formas de interacção:** Existem apenas dados limitados relativamente às interações farmacológicas com outros medicamentos. Não pode excluir-se a ocorrência de efeitos aditivos com hipnóticos e outros fármacos sedativos, motivo pelo qual, como medida geral de precaução, não se recomenda uma co-medicação. O efeito da valeriana pode ser potenciado pelo álcool. Deve, por conseguinte, evitar-se um consumo excessivo concomitante de álcool. **Efeitos indesejáveis:** Podem muito raramente ocorrer sintomas gastrointestinais, tais como náuseas ou cólicas abdominais. **Data da revisão do texto:** Setembro de 2010.

Leia atentamente o folheto informativo e em caso de dúvida ou persistência dos sintomas, consulte o seu médico ou farmacêutico. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.



Faustino Ferreira

Internamente falando...

“Estamos em crer que a gestão integrada do doente por parte do Médico Internista – funcionando este como uma espécie de médico assistente do doente – melhorará a qualidade da prestação e a percepção de uma maior satisfação por parte dos doentes”. A afirmação é de José Mendes Ribeiro, coordenador para o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, em declarações à *Medicina Interna Hoje*. Na sequência do relatório apresentado em Novembro, fomos ouvir o coordenador do trabalho sobre as conclusões e as expectativas quanto à implementação das medidas apresentadas. Um artigo que vale a pena ler.

Nesta edição, destaque ainda para a entrevista ao colega João Sequeira Carlos, Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, uma participação que surge no âmbito da plataforma conjunta estabelecida recentemente entre a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna, que veio a culminar numa audiência com o Ministro da Saúde. Nesse encontro, as duas associações apresentaram a visão partilhada sobre as medidas a adoptar com vista à optimização dos recursos e melhoria da qualidade assistencial do Serviço Nacional de Saúde.

Na entrevista, João Sequeira Carlos afirma, com todo o fundamento, que esta convergência veio inverter uma estra-

nha ‘tradição’ que ditou o afastamento entre a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna. Esta união pode certamente contribuir para aumentar a capacidade de intervenção das duas especialidades, em prol de uma política de saúde adaptada às exigências da actual conjuntura socioeconómica. As duas especialidades médicas que representam mais de 8 mil médicos têm, no actual contexto, um papel fundamental na garantia da qualidade da prestação de cuidados de saúde e na gestão racional dos recursos existentes. Alguém duvida...?

A fechar, destaque para ao interessante paralelismo apresentado pela jornalista Carla Marina Mendes, no artigo “Fazer o Diagnóstico do SNS”. No seu entender, o que falta é um internista para fazer o diagnóstico do que vai mal na Saúde. Uma visão global para analisar as complexas contas, a evolução da despesa, o orçamento e verificar onde é que, efectivamente, reside o problema, qual a fonte de doença. Bem visto... Para este ano, que promete ser difícil, Carla Marina Mendes espera que “a tutela siga o exemplo da Medicina Interna e olhe para a Saúde com o olho treinado do internista”.

Seja como for, o que esperamos é que 2012 nos traga as melhores soluções para o tratamento da nossa Saúde. Vejamos...

ponto por ponto +

4 Olho clínico

Música e jornalismo nos 60 anos SPMI
A uma só voz
Medicina Interna no Parlamento

6 Vox pop

Medicina Interna em foco
Entrevista a José Mendes Ribeiro

7 Raio x

A Gestão da Doença Crónica
Por António Martins Baptista

8 Alta voz

AVC – A importância do Internista
Por André Amaral Gomes e Elika Pinho

10 Uma palavra a dizer

Entrevista a
João Sequeira Carlos
Presidente da Associação Portuguesa
de Medicina Geral e Familiar

16 Primeiros passos

Lição de Humildade
Por Marco Ribeiro Narciso

17 Do lado de cá

Fazer o diagnóstico do SNS
Por Carla Marina Mendes

Música e jornalismo nos 60 anos SPMI



Depois de um ano preenchido com diversas iniciativas para assinalar os 60 anos de actividade, a SPMI encerrou as comemorações desta efeméride com uma sessão solene no Centro Cultural de Belém.

“A Medicina e a Música”, uma con-

ferência ao piano apresentada pelo Maestro António Victorino D’Almeida, foi o mote para a sessão, à qual se seguiu um debate sobre o mesmo tema que juntou o Maestro, Barros Veloso e Luís Dutshmann, dois proeminentes internistas que ao longo dos anos

têm mantido uma ligação especial à música.

O evento encerrou com a entrega dos prémios de jornalismo “Uma perspectiva sobre a Medicina Interna”, que distinguiram quatro trabalhos nas categorias de Imprensa, Rádio e Televisão.

A uma só voz

A SPMI e a APMGF (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar), em conjunto com os colégios das especialidades da Ordem dos Médicos, uniram-se para apresentar ao Ministério da Saúde a visão comum sobre as medidas a adoptar com vista à optimização dos recursos e melhoria da qualidade assis-

tencial do Serviço Nacional de Saúde. Consciente de que as especialidades médicas de carácter generalista têm, no actual contexto socioeconómico, um papel fundamental na garantia da qualidade da prestação de cuidados de saúde e na gestão racional dos recursos existentes, a Plataforma deseja contribuir de forma posi-

tiva e pró-activa para a solução dos problemas.

Colocar o doente no centro do sistema, desincentivar o acesso ao Serviço de Urgência e apostar na prevenção primária foram os pressupostos da proposta apresentada em audiência com o Ministro da Saúde, no passado mês de Novembro.



António Martins Baptista, José Barata, Faustino Ferreira



Barros Veloso, António Victorino D'Almeida, Luís Dutshmann



Alexandra Borges, João Franco, António Martins Baptista



Marcos Borga e Isabel Nery, António Martins Baptista, Luís Cunha Ribeiro



Jorge Correia, Luís Cunha Ribeiro, António Martins Baptista



João Franco, António Martins Baptista

Medicina Interna no Parlamento

No âmbito das comemorações do seu sexagésimo aniversário, a SPMI apresentou na Assembleia da República o percurso de mais de meio século de existência, numa exposição que esteve patente no início de Dezembro.

Composta por oito painéis colocados num dos corredores do Parlamento, a exposição permitiu fazer uma viagem por seis décadas da Medicina Interna em Portugal através da apresentação de documentos de arquivo, curiosidades e material com elevado interesse histórico.





Reforma Hospitalar

Entrevista a José Mendes Ribeiro

Medicina Interna em foco

“Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os profissionais no Centro da Mudança” é o título do Relatório elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH) e apresentado em Novembro de 2011. Desenvolvido com o intuito de responder aos compromissos assumidos por Portugal no Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, as conclusões do relatório vão no sentido de melhorar a eficiência hospitalar, o acesso e a qualidade das prestações de saúde, a governação e o desempenho dos profissionais e garantir a sustentabilidade financeira. A Medicina Interna assume, neste processo, um papel essencial, o qual foi reconhecido pelo Grupo de Trabalho que apresentou a proposta de criação do médico internista gestor do doente. Para conhecer em detalhe a posição do Grupo sobre este tema a Revista *Medicina Interna Hoje* foi ouvir José Mendes Ribeiro, coordenador do trabalho.

O Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, de que foi coordenador, apresentou recentemente o seu Relatório. Que balanço faz desse trabalho e, em traços gerais, quais as conclusões e propostas que gostaria de destacar?

Destacava três aspectos que considero relevantes no Relatório apresentado: o foco na qualidade como a prioridade absoluta da reforma dos hospitais; o cidadão sempre em primeiro lugar, pensando o sistema em função das suas necessidades; o rigor na gestão com um

total envolvimento dos profissionais nos processos de decisão e de gestão de cuidados. Gostava também de referir que o trabalho desenvolvido cumpriu o prazo de entrega pedido pelo Governo. Esse é também um aspecto pelo qual nos regozijamos, num país que anda sempre com algum atraso e com doentes em lista de espera.

Uma das propostas apresentadas é a da criação do Médico Internista gestor do doente. De que modo pensa que esta função pode contribuir para a eficiência e para a melhoria da prática clínica?

A medicina é cada vez mais multidisciplinar e a abordagem ao doente crescentemente multipatológica. O Médico Internista ocupa um espaço único no sector hospitalar. É o médico que tem uma visão global do doente, que faz uma síntese dos diversos saberes e que interpreta de uma forma abrangente aquela “pessoa” sem estar condicionado pela visão de uma especialidade específica que naturalmente pode ter tendência a hipervalorizar a sua área. Além disso, o Médico Internista é um médico residente do hospital, que pode acompanhar o doente desde a sua admissão até à sua alta, contribuindo para uma maior eficiência e eficácia no processo de prestação de cuidados, justamente porque tem uma visão do todo e não uma visão parcial. Estamos em crer que a gestão integrada do doente por parte do Médico Internista – funcionando este como uma espécie de médico assistente do doente – melhorará a qualidade da prestação e a

percepção de uma maior satisfação por parte dos doentes.

O desenvolvimento de um trabalho deste tipo, que implica um estudo e o envolvimento de fundo com uma determinada realidade, tem certamente para quem o conduz o objectivo de que seja, de facto, colocado em prática. Quais são as suas expectativas no que diz respeito à implementação das propostas apresentadas?

Pelos contactos que fomos desenvolvendo com muitos responsáveis do sector e pelo elevado número de contributos recolhidos, seja na fase inicial do estudo como na fase da sua discussão pública, fomos percebendo a enorme ansiedade que havia no sector a reclamar uma reforma de fundo, diria mesmo estrutural, para este segmento importante da prestação de cuidados.

A sociedade portuguesa está em profunda mudança e o nível de exigência que se coloca, não apenas pela pressão do apoio financeiro internacional mas sobretudo pela velocidade da inovação clínica, impõe e exige um novo tempo e uma nova filosofia de rigor na gestão hospitalar. Procurámos dar um contributo consistente, profundo e sério relativamente aos desafios que se colocam ao sector e ao País.

Estamos convencidos de que o Governo estará empenhado em levar à prática muitas das recomendações que produzimos, pois as mesmas representam uma enorme oportunidade de modernização do panorama hospitalar português.



António Martins Baptista
Presidente da SPMI

A Gestão da Doença Crónica

A gestão da Doença Crónica não tem sido abordada pelo nosso sistema de saúde de uma forma abrangente e compreensiva. A própria formação médica clássica não tem preparado os clínicos para a abordagem destes doentes, cada vez mais esclarecidos, que exigem ter opinião sobre a gestão da sua própria patologia e que não aceitam verdades absolutas. Necessitam de um conselheiro amigo, muito bem informado sobre a sua doença e o estado da arte, que os orientem perante as opções que muitos já conhecem. A generalidade dos médicos não está preparados para esse papel. São doentes que vagueiam entre as estruturas de saúde, muitas vezes perdidos, sem um porto de abrigo, entre as tormentas das agudizações que exigem internamento e as dificuldades de seguimento continuado, nas fases de acalmia. Nos últimos anos, começou a ser claro que uma estratégia para o seguimento destes doentes tem que ser alinhada. Nos hospitais vemos estes doentes com doença hepática crónica, insuficiência cardíaca ou doença pulmonar obstrutiva crónica, entre muitas outras, num vaivém de agudizações e internamentos, com poucas semanas de intervalo, quase sempre com entradas pelo Serviço de Urgência e com escassa informação sobre a estratégia de seguimento no Centro de Saúde ou até de internamentos noutros Hospitais. Por sua vez, o Médico de Medicina Geral e Familiar vai recebendo informação avulsa dos vários internamentos, com frequentes variações da terapêutica proposta, sem vislumbrar uma verdadeira estratégia de seguimento continuado. Esta falha comunicacional entre Cuidados Primários e Hospitalares, que se estende muito para além da gestão da doença crónica, tem neste caso

consequências quase dramáticas para o doente e sua família. Começamos então pela **Comunicação**, que é absolutamente essencial numa estratégia de Gestão da Doença Crónica. Em primeiro lugar, comunicação com o doente e sua família ou acompanhantes, através de sessões de ensino e debate, comunicação social, folhetos informativos, sites especializados nas várias doenças e monitorização e orientação telefónica (PEX. Glicemia ou PA), para esclarecimento das melhores práticas e evitar as medidas terapêuticas incorrectas, praticadas tantas vezes com a melhor das intenções. Por outro lado e com carácter de urgência, montar um esquema de seguimento destes doentes em plataformas informáticas específicas de seguimento multilateral, para que os vários especialistas necessários tenham conhecimento das decisões diagnósticas e terapêuticas entre si. Será benéfico que se criem grupos de trabalho entre os Internistas e Médicos de MGF, com apoio de outros Especialistas hospitalares, psicólogos e assistentes sociais, de uma determinada área geográfica, com reuniões periódicas, para estabelecer critérios diagnósticos, terapêuticos e de apoio, uniformes para cada doença crónica. Se todos se conhecerem e falarem a mesma linguagem, tudo estará mais facilitado para os nossos doentes, com uma menor taxa de agudizações e consequente poupança significativa para o sistema e para o País. Outro factor essencial para obter uma solução racional é a **Acessibilidade**. O doente crónico necessita de uma porta sempre aberta a que recorrer, quando qualquer factor inesperado da sua doença se altera. Nos dias de hoje, a ausência desta faz com que o doente habitualmente espere até ao limite do seu desespero, altura em que recorre ao

Serviço de Urgência, talvez o local menos indicado para a gestão da sua doença, onde cada diferente médico lhe modifica as indicações terapêuticas, ao seu próprio sabor e saber. Com recurso fácil e expedito ao seu médico, quer ao de MGF, quer ao Internista hospitalar, que se manterão entre si em comunicação e sintonia, o doente evitará muitos dos actuais internamentos, desorientação e descontinuidade no seguimento da sua doença.

Quantas vezes o médico de MGF pede um exame complementar de diagnóstico ou terapêutica e fica meses à espera que ele se efectue? Também aqui, a ligação privilegiada com o Internista, funcionando em estruturas idealizadas para este efeito, de tipo "Hospital de Dia", tem o condão de abreviar a execução de actos específicos das especialidades médicas, actuando este como gestor da ligação intra-hospitalar na doença crónica. E para que não se pense que estamos a falar de futurologia, há já um acordo entre as várias estruturas representativas das especialidades de MGF e Medicina Interna (Colégios da OM, APMGF e SPMI) sobre este assunto, que foi recentemente apresentado à Tutela sob a forma de uma Plataforma Comum.

Haja **Coragem Política** para modificar o *status quo*, criando inicialmente experiências piloto no terreno, antes de implementar definitivamente este modelo, para o qual os médicos estão desde já disponíveis e em pouco tempo veremos os nossos doentes crónicos melhor estabilizados, mais apoiados, menos confusos e com menor consumo de Urgências e exames, num exemplar caso de melhoria de cuidados, com significativa poupança de meios.



AVC

A importância do internista

CASO CLÍNICO 1:

Homem 51 anos, antecedentes pessoais de Enfarte Agudo do Miocárdio aos 42 anos, e diagnósticos de Hipertensão Arterial e Dislipidemia. Inicia quadro de hemiparésia direita, desvio da comissura labial para a esquerda e afasia grave. Electrocardiograma com Hemibloqueio Anterior Esquerdo, QS em V3; TAC Cerebral sem imagens sugestivas de lesões isquêmicas agudas intracranianas. Na ausência de contraindicações realizou tratamento trombolítico com rt-PA com melhoria importante do déficit motor, sendo posteriormente admitido na Unidade de AVC. Do estudo realizado nesta unidade destaca-se o Ecocardiograma Transtorácico, que

mostrou compromisso ligeiro da função sistólica do ventrículo esquerdo, aneurisma apical com hipocinésia dos segmentos médios da parede e septo anterior. Estudo protrombótico com polimorfismo PAI-1 homozigótico. Repetiu TAC Cerebral - área de enfarte em território da Artéria Cerebral Média Esquerda, com sinais de reperfusão. Iniciou antiagregação com Aspirina 48 horas após TAC de controlo. Alta da unidade ao 4.º dia de internamento, durante o qual se manteve electrocardiograficamente sempre em ritmo sinusal.

Evolução neurológica favorável. Iniciou hipocoagulação, pouco depois, em ambulatório, que mantém 6 meses após o evento, bem como antiagregação plaquetária.

CASO CLÍNICO 2:

Mulher, 39 anos, vítima de acidente de viação. Transportada ao Serviço de Urgência encontrando-se consciente, orientada e hemodinamicamente estável. Descrição de ligeiro desvio da comissura labial para a direita. Da abordagem diagnóstica efectuada, a salientar: traumatismo torácico (múltiplas fracturas de costelas, pneumotórax esquerdo, contusões pulmonares); TAC Cerebral sem alterações. Sem fracturas vertebrais. Internada na Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia. Descrita diminuição da força muscular do membro superior direito, de novo, pelo que repete TAC Cerebral que revelou lesão isquémica aguda parietal esquerda. Transferida

para a Unidade de AVC. Exame neurológico: parésia facial menor esquerda, parésia do membro superior direito (força muscular grau 4 proximal e grau 2 distal), hipostesia do mesmo território. Dado o contexto de traumatismo é realizado AngioTAC dos troncos supra-aórticos: dissecação cervical distal de ambas as artérias carótidas internas. Ecodoppler cervical/transcraneano: dissecação bilateral das artérias carótidas internas, sem oclusão. Ecocardiograma sem alterações. Iniciada hipocoagulação com heparina. Apesar de alguma melhoria neurológica progressiva, a TAC Cerebral realizada ao 6.º dia, evidência de hipodensidade frontal direita de novo e aumento da extensão da área de isquemia prévia, com lesão isquêmica subaguda fronto-parieto-occipital esquerda. Repete Ecodoppler com alterações hemodinâmicas sugestivas de oclusão da artéria carótida interna direita e a artéria carótida interna esquerda com estenose 60-70 %. Manteve estabilidade clínica e neurológica com défice apenas discreto, tendo alta sob hipocoagulação oral.

CASO CLÍNICO 3:

Homem 77 anos. Dislipidemia, medicada. História de tromboembolismo

pulmonar dez anos antes. Início súbito de afasia e paresia da extremidade do membro superior direito, dando entrada no Serviço de Urgência 30 minutos depois com discreta disartria e parésia facial esquerda menor. Estudo feito na Urgência sem alterações sendo admitido na Unidade de AVC já sem défices neurológicos valorizáveis. Assintomático durante o internamento. Do estudo realizado destaque para estenose aterosclerótica de cerca de 55-60 % na bifurcação da carótida comum e início da interna à direita, com repercussão hemodinâmica. Alta hospitalar no dia 4 antiagregado e medicado com estatina. Aproximadamente 5 meses após alta hospitalar inicia de forma súbita parestesias do membro superior esquerdo e posterior parésia do mesmo. Deu entrada no Serviço de Urgência 3 horas após, com discreta disartria e parésia facial esquerda menor, sem outros défices neurológicos. TAC Cerebral sem alterações agudas bem como restante estudo sumário efectuado. Admitido em enfermaria sendo transferido para Unidade de AVC nesse mesmo dia por agravamento transitório do quadro clínico. Realizou Ecodoppler carotídeo que mostrou progressão da placa aterosclerótica anteriormente identificada,

estando a ocluir 80-85% do lúmen, com marcada repercussão hemodinâmica, com sinais de colateralização. Submetido a endarterectomia no 11.º dia de internamento. Sem défices neurológicos objectiváveis à data de alta hospitalar.

CONCLUSÃO:

A Doença Vascular Cerebral é uma patologia extremamente frequente, cuja diversidade de formas de apresentação ultrapassa a noção mais habitual que assume ser uma área de intervenção algo monocromática. Este aspecto, associado à sua incerta evolução clínica e resposta aos tratamentos instituídos, multiplicidade de métodos complementares de diagnóstico utilizáveis e a necessidade do seu uso racional, reforça a importância do papel do Internista na sua abordagem. Os três casos clínicos apresentados ilustram o carácter variado desta doença e algumas áreas de decisão diagnóstica e terapêutica em que o bom senso da Medicina Interna é bem-vindo.

Casos Clínicos apresentados por:
André Amaral Gomes e Erika Pinho,
Internos de Medicina Interna do
Hospital S. João

Congresso reúne 400 clínicos

O Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da SPMI é já considerado um encontro de referência na área do AVC, tendo a 12.ª edição registado a participação de 400 clínicos de todo o país e de várias especialidades aglutinadas pela visão integradora da MI.

A Trombólise, o AVC no Adulto e o Painel de Peritos, no qual foram apresentados e discutidos casos clínicos difíceis constituíram algumas das sessões com maior adesão dos participantes. O papel preponderante do Núcleo da SPMI como motor do conhecimento na Doença Vascular Cerebral reflec-

tiu-se na criação e apresentação do Prémio "AVC e Investigação Básica" criado com o objectivo de estimular a investigação no AVC em todas as suas vertentes.

O 13.º Congresso já está agendado para 23 e 24 de Novembro de 2012.

A união faz o futuro sustentável



João Sequeira Carlos, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar revelou à Revista Medicina Interna Hoje quais as motivações que levaram à recente criação de uma plataforma conjunta entre a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna, um movimento que veio inverter o afastamento tradicional entre as duas especialidades e que pretende contribuir para a qualidade e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O presidente da APMGF recordou ainda o papel assistencial do médico de família e a importância de um forte investimento nos cuidados de saúde primários.

A PLATAFORMA MGF E MI

Recentemente a APMGF e a SPMI, acompanhadas dos colégios das especialidades da OM, criaram uma plataforma de interesses de onde saiu um documento conjunto que foi apresentado ao Governo. Quais as vantagens desta união de especialidades?

A vantagem é evidente. A Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar congregam cerca de 8000 médicos, facto

que confere grande importância a esta força de trabalho no sistema de saúde. São duas especialidades médicas de âmbito generalista fulcrais na prestação de cuidados de saúde e preponderantes na definição de uma cultura organizacional que permita tornar sustentável o SNS. Destes pressupostos é consequente o benefício de ser criada uma plataforma em que as organizações representativas das duas especialidades estejam presentes. Queremos inverter uma estranha

“tradição” que ditou o afastamento entre a MGF e a Medicina Interna. Unidos podemos aumentar a capacidade de intervenção em prol de uma política de saúde adaptada às exigências da actual conjuntura socioeconómica.

Considera que existem pontos convergentes e que os problemas dos internistas são próximos dos problemas dos médicos de Medicina Geral e Familiar ou a actuação justificou-se mais

pela complementaridade de cuidados primários/cuidados secundários e continuados?

Existem claramente pontos de convergência que derivam do facto de as duas especialidades terem âmbito generalista. Os internistas e os médicos de família terão por isso aspectos similares no que concerne a problemas e desafios na sua prática profissional. Neste registo gostava de realçar o problema sentido na colocação dos novos internos. As duas especialidades encontram-se entre as que apresentam menor capacidade de atrair os jovens médicos. Esta tendência preocupa-nos e a APMGF tem reflectido sobre esta matéria no sentido de encontrar respostas que apontem o caminho para aumentar a atractividade da MGF.

As propostas apresentadas ao Ministro da Saúde assentam em três pressupostos: colocar o doente no centro do sistema, desincentivar o acesso ao Serviço de Urgência e apostar na prevenção primária. De que modo se pode educar a população no sentido de evitar, por exemplo, o recurso indevido aos serviços de urgência?

O último relatório sobre Portugal emanado do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde alude ao fenómeno da elevada utilização dos serviços de urgência hospitalar, referindo que no nosso país o volume de atendimento nesse contexto é 100 por cento superior ao Reino Unido e 50 por cento superior a França. Uma das questões para que aponta o documento da plataforma MGF - Medicina Interna diz respeito ao sinal errado dado pela tutela. O investimento desproporcionado e crescente nos serviços de urgência (infra-estruturas e recursos humanos) reforçou a ideia da conveniência e da facilidade do recurso à urgência como modo de resolução dos problemas de saúde. A população encara esse contexto de atendimento como uma porta de fácil acesso ao SNS e não como um serviço de excepção que deveria estar organiza-

do para atendimento de situações agudas de natureza emergente e urgente. Devem ser transmitidas mensagens à população que invertam o actual padrão de procura. O papel do médico de família é essencial nesta matéria em termos de educação e de acesso. O sistema de saúde deve estar organizado no sentido de aumentar a acessibilidade nos CSP onde é possível resolver cerca de 90 por cento dos problemas de saúde.

Uma melhor articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários (CSP) é um dos caminhos apresentados no documento conjunto. Em termos práticos, como é que pode/deve ser feita essa articulação?

Sem uma verdadeira articulação de cuidados entre os hospitais e os CSP gera-se um cenário de menor segurança para o paciente, com implicações negativas na eficiência do sistema. Esta articulação deve estar assente numa lógica de cuidados partilhados em complementaridade, na qual seja criada uma nova dinâmica que contrarie a clivagem cultural organizacional e as diferenças existentes nos perfis e objectivos assistenciais dos profissionais envolvidos. Para que tal aconteça é desde logo imperativo que exista maior proximidade entre as unidades de saúde com mecanismos de ligação efectiva e relação inter-pares. Um exemplo prático é a realização de reuniões periódicas de consultadoria entre especialidades hospitalares e a MGF. Nos locais onde foram implementadas constatou-se uma melhoria evidente na articulação de cuidados, permitindo otimizar a referenciação adequada às necessidades dos pacientes. Outro pressuposto fundamental é a implementação de um sistema de informação partilhada com processo clínico electrónico único. Este é um factor crítico de garantia da segurança do paciente ao minorar a possibilidade de erros, ao evitar a duplicação de procedimentos e exames complementares, e ao tornar explícito

a todos os agentes de saúde os problemas de saúde e respectivos riscos envolvidos. Gostava ainda de referir, para além da componente assistencial, outra área onde deve ser estimulada a ligação entre os hospitais e CSP. A Formação e a Investigação são estruturantes da prestação de cuidados de saúde com qualidade. Seria fundamental existir uma agenda partilhada e projectos comuns.

A APMGF

Recentemente a Associação que representa adoptou uma nova designação de Medicina Geral e Familiar ao invés da anterior Médicos de Clínica Geral. Esta é a adaptação a uma nova realidade ou apenas pretende seguir a actualização do nome da especialidade?

É mais do que uma simples mudança de nome. A alteração estatutária que conferiu uma nova designação à Associação resulta de múltiplos factores. Há desde logo um pressuposto evidente que concerne à actualização da designação da especialidade que estava por efectuar no nome da Associação desde há cerca de 15 anos, altura em que a Ordem dos Médicos adoptou o termo "Medicina Geral e Familiar". Deste modo, o passo que agora demos vem subtrair ao nome da Associação fundada em 1983 a expressão anacrónica "Clínica Geral" que apesar de subsistir no léxico médico deixou de ser utilizada para denominar a nossa especialidade. Há depois outros motivos que explicam o facto de apenas agora ter ocorrido esta alteração. Nos últimos anos a pressão para que a designação incorporasse o nome da especialidade foi crescente fruto da maior expressividade de representantes da nova geração de médicos de família. O "novo" nome representa também a oportunidade para criar um novo ciclo motivacional junto dos sócios para colocar a Associação rumo ao futuro. É uma fase de grandes desafios na qual queremos estimular todos os médicos de família a encontrar na exercício da sua prática a

motivação e a determinação para cuidar com humanismo e proximidade os seus pacientes. Mais do que um novo nome é a afirmação de uma cultura médica contemporânea, resposta para a necessária sustentabilidade dos sistemas de saúde do século XXI e garantia de qualidade, eficiência e equidade nos cuidados prestados à população.

Esta mudança de nome revela maior proximidade do indivíduo no seu contexto social? Porque é que esta visão é tão relevante para a especialidade?

A especialidade já mudou de nome há muito tempo – a designação Medicina Geral e Familiar tem utilização corrente em Portugal há cerca de 20 anos. E o facto de ter sido adoptada esta designação reflecte o que a especialidade representa em termos conceptuais e práticos. O médico de família é especialista na pessoa e na sua família levando em conta o contexto biopsicossocial de cada indivíduo. Quer isto dizer que o médico de família acompanha a pessoa ao longo do seu ciclo de vida familiar sabendo que a sua passagem pelas diversas fases desse ciclo encerra factores que são determinantes para a sua saúde. Para além desta abordagem personalizada holística, a prática da especialidade rege-se pela abrangência de cuidados em termos de idade, género e patologias, não se restringindo apenas ao foco no indivíduo doente. A consulta de Medicina Geral e Familiar não é centrada na doença, havendo espaço privilegiado para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Os Médicos de MGF são os guardiões da Promoção para a Saúde e Prevenção da Doença, um capítulo importante da vossa actuação e que se desdobra em muitas áreas, desde a gravidez, aos cuidados materno-infantis, à sexualidade, alimentação, exercício e hábitos de vida saudáveis e envelhecimento

activo e acompanhado. Como encara esta missão?

É uma missão que decorre das competências, aptidões e atitudes que a formação em MGF confere aos médicos de família. Por este motivo a MGF é uma área assistencial e académica com um corpo de conhecimento próprio. É uma especialidade exigente que obriga a uma elevada capacitação técnica e científica dos seus profissionais. A abrangência de cuidados que a prática da MGF impõe é o que estimula e motiva os médicos de família mas também é o que lhes exige maior atenção no que concerne ao desenvolvimento profissional contínuo. Nesse campo o objectivo é manter actualizados os conhecimentos e tornar mais robusta a capacidade de gerir a complexidade e lidar com a incerteza. E esta missão só é possível porque não trabalhamos isolados. Contamos com uma equipa de saúde que suporta a prestação de cuidados neste registo.

Sente que o Estado fornece os elementos e suporte necessário para o desenvolvimento cabal destas áreas de prevenção e de promoção da saúde?

Existem programas de promoção da saúde e prevenção da doença implementados pela tutela que não têm adequada aplicação prática. Isto porque não basta publicar orientações técnicas e divulgar informação. É necessário envolver os profissionais de saúde e organizações com intervenção de proximidade na comunidade. Quando esses agentes estiverem comprometidos e motivados será mais fácil a população sentir os efeitos dos programas desenhados pela tutela. Actualmente, os CSP não conseguem dedicar o tempo devido a este tipo de actividades. Infelizmente os profissionais de saúde estão absorvidos em tarefas assistenciais focadas na doença e na resposta a solicitações urgentes. Neste contexto torna-se difícil executar

programas de promoção da saúde e prevenção da doença. O suporte necessário seria capacitar mais profissionais de saúde e criar incentivos para esse tipo de actividade.

Porque “prevenir é melhor que remediar”, a poupança que um Estado consegue com a aposta na prevenção é efectiva. Considera que, por este ser um caminho longo de percorrer, que não dá resultados imediatos, pode desmotivar a aposta e os apoios neste campo?

Todos sabemos que é na prevenção da doença que está a solução para tornar sustentáveis os sistemas de saúde. Num cenário utópico de menor carga de doença os custos associados aos recursos no sector da saúde diminuiriam. O cenário oposto é o que conhecemos – com menos tempo para a prevenção e com a actividade centrada na doença, afastamo-nos inexoravelmente da via salutogénica criando um ciclo vicioso no qual o volume crescente de atendimentos gera maior morbidade, e consequentemente aumento de custos. Numa lógica de réplica imediata à pressão das necessidades expressas orientadas para a doença, a governação na saúde é direccionada para o investimento em sistemas de resposta rápida – serviços de urgência, consultas de recurso e atendimento de doença aguda. O contexto assistencial que resulta desta estranha fórmula política não promove a saúde e de forma paradoxal aumenta a carga de doença a par de maior acessibilidade a cuidados curativos.

SISTEMA DE SAÚDE

Concorda com a forma como foi feita a revisão das taxas moderadoras e com os critérios que estão na base desta subida? Não poderiam as isenções ser revistas em função dos rendimentos dos utentes ou com base noutros critérios?

Lamento que nesta matéria como em muitas outras no actual momento do país a pressão para as alterações agora em curso tenha vindo do exterior. Nas exigências do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica inscreve-se também a revisão das taxas moderadoras mas fica a sensação de que o modelo seguido podia ter sido outro. Ainda assim os dados oficiais da tutela apontam para cerca de sete milhões de portugueses enquadrados nas tipologias possíveis de isenção. Espero que com este cenário se evitem situações de iniquidade na prestação de cuidados e no acesso aos serviços de saúde.

Como avalia a transição dos Centros de Saúde para as Unidades de Saúde Familiar? Está a ser uma boa transição? A população ficou a ganhar?

A reforma dos CSP iniciada em 2005 foi assente na matriz conceptual e assistencial defendida pela Associação desde a sua fundação. O facto de ter sido possível transpor as ideias para o plano da operacionalização política deixa-nos satisfeitos. O processo desta reforma é encarado por muitos analistas políticos como um caso de sucesso ímpar na história da democracia portuguesa. As USF criaram uma dinâmica de trabalho em equipa e de compromisso com resultados em saúde que permitiu revitalizar os CSP, tornando estas características uma realidade transversal a todas as unidades de saúde neste nível de cuidados. Esta realidade conferiu aos CSP uma capacidade de desenvolvimento e renovação, criando um contexto de inovação permanente e valor que tornam mais sustentável o sistema de saúde. A população ganha em acesso e qualidade. Este cenário positivo é atestado pelos resultados alcançados nos indicadores de saúde que têm melhorado de forma significativa. Contudo, a APMGF está atenta aos riscos que as medidas de



Apelamos para que a prioridade política revelada de forma recorrente no discurso da tutela seja consequente e que os ajustamentos orçamentais expressem um maior investimento nos CSP

restrição orçamental podem comportar para a necessária concretização plena da reforma em curso.

O que pensa da necessidade de prorrogação dos contratos a termo dos profissionais das Unidades de Saúde Familiares?

Nas USF a dinâmica de trabalho de equipa de matriz multiprofissional é essencial para o seu sucesso. A solidez e estabilidade das equipas dependem das condições contratuais de todos os

profissionais que as compõem. Como tal torna-se indispensável garantir que os vínculos laborais não cessem, sob pena de ser abalado um dos pilares das unidades de saúde nos CSP.

A redução do pagamento entre 25 e 37 por cento das horas extraordinárias dos médicos terá que tipo de consequências nos cuidados primários?

O impacto é conhecido e julgo que será transversal a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde. A par de outras medidas inscritas no plano de ajustamento orçamental influi em questões de âmbito laboral que, por imperativo ético e deontológico, não devem interferir na relação com os nossos pacientes.

Qual a sua opinião acerca das alterações ao Programa Nacional de Vacinação, alterando as idades de participação das vacinas, reduzindo a janela de cobertura da população jovem (caso do HPV, Hepatite B e Sarampo)?

Devemos confiar na decisão das entidades competentes e responsáveis. As orientações definidas pela DGS, de teor técnico-científico, e pelo Infarmed, em matéria de comparticipação, são baseadas na evidência científica. Acredito que estão salvaguardados os princípios de protecção da saúde pública e o interesse da população. É na interacção de responsabilidade e confiança que deve estar assente o funcionamento dos diversos sectores da sociedade. Espero que este ciclo virtuoso esteja a ser cumprido na situação apontada. É essa a expectativa que tenho como médico e como cidadão.

A APMGF, ainda sob a anterior designação, levou a cabo diversas campanhas de comunicação e informação ao público. Uma delas, por exemplo, foi a emitida na TSF em 2008 até meados de 2009. Como vê esta parceria com

- Sem uma verdadeira articulação entre os hospitais e os CSP gera-se um cenário de menor segurança para o paciente com implicações negativas na eficiência do sistema.

os média e de que forma deve a especialidade utilizar esta via para chegar à população?

A rubrica diária na TSF foi um caso de sucesso. Ainda hoje as intervenções dos médicos de família envolvidos são recordadas.

Os programas emitidos podem ainda ser acedidos na área de arquivo do sítio de internet da TSF. Foi uma das parcerias que tivemos com os média e que permitiu chegar à audiência da rádio com informação clara sobre diversos temas de saúde e alusivos à promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. No fundo, a razão do sucesso é simples. O médico de família na sua prática clínica diária intervém durante a consulta em temas de educação para a saúde. A relação de confiança e proximidade que estabelecemos com os pacientes permite abrir um espaço de informação e de esclarecimento de dúvidas. Todos os dias somos solicitados para o fazer. Quando intervimos nos média limitamo-nos a agir de forma natural como numa consulta, sendo inevitável transparecer uma imagem de grande realismo.

Perante a situação difícil que o país atravessa, considera que o SNS pode estar em causa como o conhecemos actualmente?

A situação económica e financeira em que nos encontramos obriga a um ajustamento de todos os sectores, pelo que

a vida sociopolítica pode mudar em relação ao que hoje conhecemos. Mas por ser um momento crítico tenho a firme expectativa de que os pilares fundamentais do serviço público devem ser alvo de reorganização orçamental para garantir a sua sustentabilidade. Só assim pode ser assegurado que nós e as gerações futuras venhamos a usufruir com dignidade e equidade dos serviços a que temos direito fundamental.

Acredito que o SNS não seja colocado em causa. Antes, deve ser fortalecido com políticas corajosas, baseadas na evidência, bem fundamentadas e centradas nas necessidades reais dos cidadãos. E na perspectiva da APMGF tal só pode ser alcançado com um forte investimento nos CSP por serem a forma mais adequada para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde. Apelamos para que a prioridade política revelada de forma recorrente no discurso da tutela seja conseqüente e que os ajustamentos orçamentais expressem um maior investimento nos CSP.

Esta é a melhor estratégia para a gestão racional dos recursos e controlo adequado da despesa. A APMGF será intransigente na defesa deste princípio e da especialidade – só uma Medicina Geral e Familiar robusta e verdadeiramente basilar do sistema resulta em cuidados de saúde com maior qualidade e em melhor saúde na população.



João Sequeira Carlos é licenciado em Medicina pela Universidade de Lisboa, exercendo o cargo de Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, desde 2009. Médico de família no Hospital da Luz, desde 2006, onde coordena no Departamento de Medicina Geral e Familiar deste hospital, um projecto inovador que permitiu integrar serviços vocacionados para enviados de saúde primárias num ambiente hospitalar polivalente.

Thermoval[®]
duo scan

O Novo Standard na Medição da Temperatura.

Rápido e clinicamente preciso.



Ouvido



Testa



PROPRIEDADE



DIRECTOR
Faustino Ferreira

EDIÇÃO E REDACÇÃO



Edifício Lisboa Oriente,
Av. Infante D. Henrique,
nº 333 H, 4º Piso, Escritório 49
1800-282 Lisboa
Telef. 21 850 81 10 • Fax 21 853 04 26
Email: lpmcom@lpmcom.pt

Consultora Comercial
Sónia Coutinho
soniacoutinho@lpmcom.pt
Tel.: 96 150 45 80

Tel. 21 850 81 10 - Fax 21 853 04 26

Impressão

RPO Produção Gráfica, Lda.
Trav. José Fernandes, nº17 A/B
1300 - 330 Lisboa

Periodicidade: trimestral
Tiragem: 4.000 exemplares

Distribuição gratuita aos associados
da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Assinatura anual: 8 euros

Depósito Legal nº 243240/06
Isento de Registo na ERC
ao abrigo do artigo 9º
da Lei de Imprensa nº 2/99,
de 13 de Janeiro

Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna
Rua da Tobis Portuguesa, nº 8 - 2º 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

+ primeiros passos



Marco Ribeiro Narciso
1.º Ano do Internato Complementar
de Medicina Interna
Centro Hospitalar Lisboa Norte
– Hospital Pulido Valente

Lição de Humildade

Filho de médicos – e apesar de ter crescido numa aldeia a caminho de Mafra – cedo me apercebi que queria “ser como os meus pais”. Além do fascínio infantil com a figura paternal, intrigava-me a forma como olhavam para o meu pai. Não se tratava de reverência ou admiração – tinha nascido na mesma casa onde se encontrava a exercer medicina quando eu era criança e todos lhe chamavam “Má-rinho”, nome do rapazinho que costumava atirar pedras às lavadeiras nos rios – seria carinho?

Tendo passado tardes em criança debaixo da secretária de um guiché no Centro de Saúde (férias escolares de filhos de pais médicos) e trabalhado desde os 15 anos ao 4.º ano da faculdade com os meus pais, que pertenciam já mais tarde à direcção de duas clínicas, acabei por ter contacto com o ambiente de ambulatório e a prática de algumas especialidades antes mesmo de começar os anos clínicos. Nenhuma me apelava particularmente – cada especialidade parecia ter uma área de actuação estanque, reduzida e desligada do todo do doente ou até mesmo das diversas dimensões da mesma patologia. A própria organização dos serviços o favorecia: doentes recorrem a cada especialista como um carro a uma garagem (“mecânico” dos rins, coração...)

À medida que fui sendo integrado na vida hospitalar apercebi-me da existência da Medicina Interna como a forma mais “pura” de exercer Medicina – o raciocínio clínico concilia a integração de conhecimentos numa perspectiva cada vez mais aprofundada mas sem esquecer a dimensão holística do indivíduo. Permite o crescimento como indivíduo numa família, comunidade, como médico curador, cuidador e professor... e como bónus permite saciar a “sede” de saber, aquela curiosidade que nos

faz ficar acordados a estudar – sabendo “quem” estamos a ajudar (porque podemos construir uma relação duradoura com os nossos doentes).

Estudei Medicina no hospital onde os meus pais se conheceram e eu nasci – Santa Maria. Hospital Universitário, bloco de cimento ainda com as marcas de uma revolução que tinha, na altura, 29 anos. Lugar algo frio, que acabei por chamar casa e onde estão neste momento bastantes dos meus amigos. Fui fazer o internato geral para um hospital periférico e embora tenha adorado o ambiente e pessoas, acabei por optar regressar ao Centro Hospitalar Lisboa Norte pelas condições de trabalho e a ligação ao ambiente académico. Dentro do Centro, fui colocado no Hospital Pulido Valente que, no seu melhor, foi a junção do ambiente de hospital pequeno com os recursos e *know-how* de centro académico. Ironicamente, face à reestruturação hospitalar prevista para 2012, não se sabe à data de entrega deste manuscrito o seu destino.

Ao terminar o primeiro ano do internato posso dizer que não me veria a fazer outra coisa na vida. Tive a oportunidade de crescer imenso como médico e como pessoa, aprendendo com cada doente e aproveitando cada hora-extra não remunerada que fiz (que todos os internos do país fazemos) como oportunidade de valorização profissional e pessoal. A maior lição? Talvez humildade perante a doença, e a noção de que por vezes o nosso papel não é “curar”. Maior desafio? Enfrentar o “desconhecido” com muito estudo e tentar manter o *standard of care* num contexto de “crise”, em que os órgãos decisores não conhecem e não se importam com o doente. Futuro? Não sei – mas é uma das coisas fantásticas desta especialidade: assim como o doente que nos entra pela enfermaria – pode ser tudo.



Fazer o Diagnóstico do SNS

Carla Marina Mendes*

Quando me pediram para escrever sobre medicina interna, confesso que tive que parar para pensar por uns instantes. E não foi por não saber do que se trata quando nos referimos a esta área da medicina. Mas é que, em época de crise, com a tesoura da austeridade a atacar em todas as frentes, percebi que também o meu raciocínio estava refém da actual conjuntura.

Teria sido melhor se me tivessem pedido para escrever sobre este tema, pensei de imediato. Até porque nem a Saúde escapou. Sofrem os profissionais do sector, com os cortes que tornam o trabalho um desafio ainda maior, e sofrem os doentes, transformados em utentes, a quem cabe pagar cada vez mais para aceder aos cuidados que, garante a Constituição, são – ou deviam ser – tendencialmente gratuitos.

Numa altura em que a palavra sacrifício ganhou novo significado, servindo, no dicionário da crise, de justificação para quase tudo, desde as reduções nos salá-

rios, aos aumentos no trabalho, escrever sobre as dificuldades económicas teria sido tarefa bem mais fácil.

Depois, decidi concentrar-me na medicina interna. E quanto mais pensava nos internistas, aqueles a quem cabe lançar um olhar global sobre o doente, dei por mim a voltar ao assunto da crise. E a perceber que, afinal, os dois temas até estão ligados. Senão veja-se: quando o nosso organismo nos prega uma partida e nos força a deslocar ao hospital, a quem cabe fazer o diagnóstico do problema? Ao médico interno, que mais não é do que um especialista na generalidade. É a ele que cabe fazer uma análise global, que faz a ponte entre as diferentes especialidades, que olha para além dos óculos redutores de, por exemplo, um cardiologista, a quem apenas o coração merece interesse, ou um neurologista, cuja atenção está presa ao que se passa na complexidade da mente.

E o que é que isto tem a ver com a crise? É que percebi que, afinal, aquilo que

nos falta é um internista para fazer o diagnóstico do que vai mal com a nossa Saúde. Um especialista na globalidade, capaz de olhar para as complexas contas, para a evolução da despesa, para o orçamento e verificar onde é que, efectivamente, reside o problema, qual a fonte de doença que tem tornado tão pouco eficiente o nosso Serviço Nacional de Saúde. Alguém capaz de ir além dos pormenores e dar sentido a palavras como sustentabilidade, estratégia, défice, capaz de garantir que a racionalização dos recursos é feita de forma racional, que os gastos não fogem ao controlo. À beira de um novo ano que, dizem as vozes no poder, promete ser «muito difícil», resta-nos esperar que a tutela siga o exemplo da Medicina Interna e olhe para a Saúde com o olho treinado do internista, para não só detectar os problemas e avançar com soluções, mas ainda para ser capaz de evitar que estes aconteçam. Os portugueses agradecem.

*Jornalista do jornal Destak

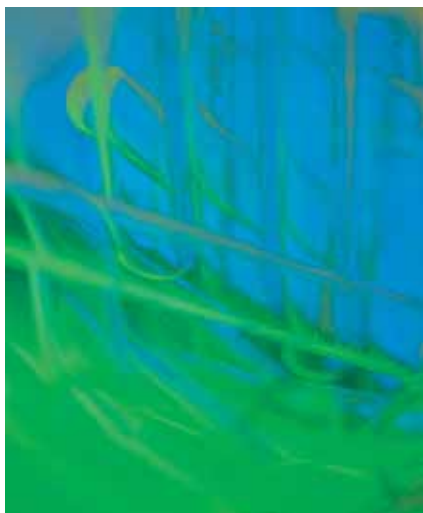
Eventos Médicos

13.º CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
8 a 10 de Março de 2012
 Hotel Cascais Miragem, Lisboa
 Informações: www.congressospmfr.org

1.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE PARENTALIDADE
9 e 10 de Março de 2012
 Fundação Eng. António de Almeida, Porto
 Web: www.ciparentalidade.ipnnp.pt

VIII JORNADAS TRANSFRONTEIRIÇAS LUSO-ESPAÑHOLAS DE MEDICINA INTERNA
16 e 17 de Março de 2012
 Centro de Negócios Transfronteiriço, Elvas

18.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA
3.º CONGRESSO IBÉRICO DE MEDICINA INTERNA
23 a 26 de Maio de 2012
 Tivoli Marinotel, Vilamoura



Para mais informações, inscrições ou submissões de abstracts:
 Telefone 217 520 570 • Fax 217 520 579
 Email: secretariado@spmi.webside.pt

Sugestão de leitura

“A Doença e a Morte na Dinastia de Bragança”

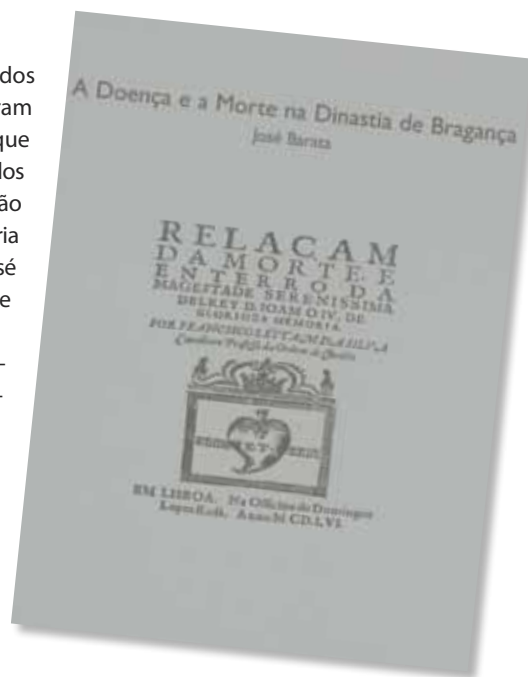
Os aspectos menos conhecidos das personalidades que fizeram parte da Casa de Bragança e que não são habitualmente tratados na historiografia convencional são desvendados no livro da autoria do médico e investigador José Barata, editado recentemente pela SPMI.

O lançamento desta obra, integrado no programa de comemorações do 60.º aniversário da Sociedade, comprova o carácter abrangente da Medicina Interna e a sua especialização no diagnóstico: o estudo dos episódios de doença e das causas de morte dos monarcas da Casa de Bragança.

José Barata pretende trazer ao leitor uma perspectiva evolutiva do conhecimento médico em Portugal quer em termos clínicos, quer em termos de farmacopeia, num período de importância crucial para a história da ciência no mundo ocidental.

O facto é que, apesar de rodeados dos cuidados de saúde mais diferenciados do seu tempo e de terem acesso às mais avançadas terapêuticas conhecidas em cada época, a maioria dos reis desta dinastia não ultrapassou a sexta década de vida, demonstrando as limitações da medicina pré-científica.

Em casos pontuais, foi mesmo solicitada a colaboração de eminentes figuras da medicina europeia para dar parecer sobre situações clínicas mais comple-



xas, as quais, na maioria dos casos, pouco ou nada acrescentaram às decisões dos clínicos nacionais, atestando a actualização da medicina portuguesa.

Com esta obra, “não se pretende, sugerir diagnósticos definitivos a partir da documentação estudada”, esclarece o autor, acrescentando que “se alguns registos são claramente sugestivos quanto à etiologia de determinado quadro clínico, outros são suficientemente latos para suscitar múltiplas conjecturas diagnósticas”.

A dinastia de Bragança reinou em Portugal durante quase três séculos, entre 1640 e 1910, abrangendo um período histórico que se estende do pré-Iluminismo até à Idade Moderna.



Esperança é ficar mais forte todos os dias.

Conviver com o cancro, é um processo de adaptação.

É difícil descobri-lo e por vezes complicado aceitá-lo. É uma batalha, e para lutar é preciso ter energia e força para lidar com ela. **Fortimel Extra**, é um suplemento hiperproteico e hipercalórico que o ajuda a reforçar a sua alimentação diária. Fique mais forte com **Fortimel Extra**. Disponível na sua Farmácia, em 4 agradáveis sabores de morango, café, chocolate e baunilha.



dentispray benzocaína

Embalagem com frasco nebulizador de 5 ml
Benzocaína 50 mg/ml

