

BIBLIOGRAFIA

- Direcção Geral de Saúde. Processo assistencial integrado da Diabetes Mellitus tipo 2. 2013.
- Observatório da Diabetes. Diabetes: factos e números 2015. Relatório anual do observatório nacional da Diabetes. 2015.
- Davidson MB. Counterpoint: Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetic patients not receiving insulin: a waste of money. *Diabetes Care*. 2005; 28(6): 1531-3.
- Parkin C, Brooks N. Is postprandial glucose control important? *Clin Diabetes*. 2002; 20: 71-76.
- Dailey G. Assessing glycemic control with self-monitoring of blood glucose and hemoglobin A(1c) measurements. *Mayo Clin Proc*. 2007; 82: 229-235.
- Rodbard H, Blonde L, Braithwaite S et al. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus. *Endocr Pract*. 2007; 13: 3-68.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2008. *Diabetes Care*. 2008; 31 Suppl 1: S12-S54.
- Malanda UL, Welschen LM, Riphagen, II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SD. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 18(1).
- Malanda UL, Bot SD, Nijpels G. Self-monitoring of blood glucose in noninsulin-using type 2 diabetic patients: it is time to face the evidence. *Diabetes Care*. 2013; 36(1): 176-8.
- Farmer AJ, Perera R, Ward A, Heneghan C, Oke J, Barnett AH, et al. Meta-analysis of individual patient data in randomised trials of self monitoring of blood glucose in people with non-insulin treated type 2 diabetes. *BMJ*. 2012; 27(344).
- Aghili R, Khamseh ME, Malek M, Yarahmadi S, Farshchi A. Structured self monitoring of blood glucose in Iranian people with type 2 diabetes; A cost consequence analysis. *Daru*. 2012; 20(1): 31.
- Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. 2008.

NOTÍCIAS · NEWS

INTERNISTAS RESPONSÁVEIS POR CERCA DE 23% DE TODOS OS DOENTES SAÍDOS DOS HOSPITAIS DO SNS

Portugal tem mais de 2.600 internistas inscritos na Ordem dos Médicos, mais de 1.700 dos quais apenas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O que significa que 8,6% da totalidade dos médicos nestes hospitais são internistas, que dão resposta a milhares de doentes: em 2017, saíram dos serviços de Medicina dos hospitais do SNS 188.307 doentes, o que representa mais de 42% dos internamentos médicos (440.188) e 23% de todos os doentes saídos dos hospitais do SNS (802.129).

Estes e outros números foram apresentados na Sessão Solene de Abertura do 24º Congresso Nacional de Medicina Interna, que decorreu entre 31 de Maio e 3 de Junho, no Centro de Congressos do Algarve, nos Salgados, pelo Dr. Luís Campos, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), que cessa agora as suas funções depois de dois anos na liderança do destino dos internistas. O especialista tomou a palavra para mostrar, com recurso aos números, porque é que a Medicina Interna é uma “especialidade nuclear para o sistema de saúde” nacional.

“Em 2017 realizamos, só nos hospitais do SNS, cerca de 587 mil consultas (586.781) e fomos responsáveis pelo atendimento da grande maioria das quatro milhões e 600 mil admissões nas urgências gerais dos hospitais do SNS”, referiu. A estes dados, que confirmam o peso e importância do papel dos internistas, juntam-se vários outros números.

“Os serviços de Medicina, nos últimos 10 anos, têm tido uma taxa de ocupação média entre os 102 e os 130%, enquanto a taxa de ocupação média nos hospitais situa-se entre os 80 e os 85%. Os serviços de Medicina Interna foram responsáveis, em 2017, por 85% dos internamentos por pneumonia, 81% dos internamentos por insuficiência cardíaca, 70% dos internamentos por acidente vascular cerebral, 80% dos internamentos por DPOC e 82% dos internamentos por *lupus*”, apontou o Dr. Luís Campos, que acredita “que o sistema de saúde e os doentes precisam cada vez mais da Medicina Interna”.

Uma afirmação que justifica socorrendo-se, uma vez mais, de números, que falam bem alto. “A evolução demográfica, particularmente o aumento da esperança de vida, faz com que atualmente tenhamos dois milhões de idosos e que, em 2050, se preveja que tenhamos três milhões e meio. Isto vai fazer aumentar o número de doentes crónicos e particularmente o número de doentes com multimorbilidades.”

O crescimento do conhecimento é, segundo Luís Campos, outro fator que confirma a necessidade dos internistas. “Estima-se que o conhecimento em geral duplique a cada treze meses. Isto origina uma fragmentação das especialidades, uma hiperespecialização, gente que sabe cada vez mais sobre cada vez menos. Isto é inexorável, mas os doentes andam ao contrário e precisam que tomem conta deles de uma forma global.”

Finalmente, Luís Campos chamou a atenção para uma “ameaça à sustentabilidade do sistema induzida pela introdução da inovação, particularmente por medicamentos que são cada vez mais caros. A necessidade de maior racionalidade, de escolhas custo-efectivas e o combate ao desperdício vão ser cada vez mais uma prioridade”. Porque os internistas em Portugal “mantiveram uma capacidade holística, cada vez mais inestimável, são flexíveis, multipotenciais e eficientes e estão preparados para liderar novos modelos de prestação de cuidados mais adaptados aos doentes”, serão eles os protagonistas preferenciais de uma mudança que urge operar. Uma mudança que, segundo Luís Campos, passa pela “criação de departamentos de medicina geridos por internistas, implementação de unidades diferenciadas, como unidades de AVC, de insuficiência cardíaca, de cuidados intermédios, de geriatria, de doenças autoimunes e outras; de modelos de cogestão dos doentes cirúrgicos, de alternativas aos internamentos, como a hospitalização domiciliária, unidades de diagnóstico rápido e uma melhor utilização dos hospitais de dia”.

Passa por “programas de integração entre os diferentes níveis de cuidados, que garantam a continuidade de cuidados e retirem os doentes crónicos das urgências” e passa ainda por “novos modelos de resposta aos doentes agudos e pela implementação dos cuidados paliativos”.

Os números apresentados são da Administração Central do Sistema de Saúde, tendo sido trabalhados pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

2. Stewart AF. Hypercalcemia associated with cancer. *N Engl J Med.* 2005; 352: 373-379.
3. Seccareccia D. Cancer-related hypercalcemia. *Can Fam Physician.* 2010; 56: 244-246.
4. Goldner WJ. Cancer-related hypercalcemia. *Oncol Pract.* 2016; 12: 426-432.
5. Mirrakhimov AE. Hypercalcemia of malignancy: an update on pathogenesis and management. *N Am J Med Sci.* 2015; 7: 483-493.
6. Bower M, Cox S. Endocrine and metabolic complications of advanced cancer. In: Doyle D, Hanks G, Cheryn NI, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 3e éd. New York, NY: Oxford University Press; 2004. p.688-90.
7. Solimando DA. Overview of hypercalcemia of malignancy. *Am J Health Syst Pharm.* 2001; 58(Suppl 3): S4-7.
8. Stewart AF. Clinical practice. Hypercalcemia associated with cancer. *N Engl J Med.* 2005; 352(4): 373-9.
9. Twycross R, Wilcock A. Symptom management in advanced cancer. 3e éd. Oxon, Royaume-Uni: Radcliffe Medical Press; 2001. p. 215-21.
10. Lumachi F, Brunello A, Roma A, Basso U. Cancer-induced hypercalcemia. *Anticancer Res.* 2009; 29(5): 1551-5.
11. Body JJ, Barlet R, Burckhardt P, Delmas PD, Diel IJ, Fleisch H, et al. Current use of bisphosphonates in oncology. *J Clin Oncol.* 1998; 16(12): 3890-9.

► FUNDAÇÃO PORTUGUESA DO PULMÃO QUER TODOS OS FUMADORES JOVENS A FAZER ESPIROMETRIAS

É um exame importante. Tão importante como a medição da tensão arterial para quem sofre de hipertensão ou da glicemia para os diabéticos. Mas apesar de conseguirem dar “uma ideia assertiva da qualidade da saúde dos pulmões”, sendo essenciais para o diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), como explica o Prof. Doutor José Alves, presidente da Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP), as espirometrias só são acessíveis a alguns. É por isso que a FPP aproveitou o Dia Mundial sem Tabaco, que se assinalou a 31 de maio, para reforçar a necessidade de se fazerem mais deste tipo de exames, tornando-o “mais democrático, espalhado pelo País” e acessível aos fumadores, sobretudo os mais jovens e até os mais recentes. Um trabalho a que a FPP quer dar a sua ajuda.

“É preciso insistir no diagnóstico precoce e no ensino da população”, reforça o especialista, que não concorda com a realização de espirometrias aos fumadores apenas a partir dos 40 anos, como preconizam as *guidelines* nacionais. “Se esperarmos pelos 40, pode haver uma perda de função respiratória que já não é recuperável.” Até porque, acrescenta, “só se nota uma perda da função respiratória quando está nos 60%. É, por isso, preciso intervir nos fumadores e a FPP pretende, juntamente com as farmácias, fazer uma campanha nacional para a realização de espirometrias aos fumadores, sobretudo os mais jovens”.

A Dra. Paula Pinto, pneumologista, explica que a espirometria é “um exame não doloroso” e que “mede a quantidade de ar que uma pessoa é capaz de inspirar ou expirar cada vez que respira, ou seja, a quantidade de ar que um indivíduo é capaz de colocar para dentro e para fora dos pulmões e a velocidade com que o faz”, concordando que “devem ser efetuados todos os esforços para aumentar a acessibilidade à espirometria nos diversos níveis de saúde”.

Para a realização deste teste é necessário um técnico especializado e um médico, a quem cabe a leitura do resultado. Apesar de tudo isto, o Prof. Doutor José Alves considera que a democratização das espirometrias é exequível, através de programação e organização. “Marca-se um dia e faz-se, nesse mesmo dia em que o técnico se desloca às farmácias, uma série de exames, que depois o médico vai poder avaliar.” Gastos que, com a deteção precoce, se transformam numa “poupança enorme. Não estamos a querer tirar o protagonismo ao Serviço Nacional de Saúde, a quem cabe a realização destes exames. Mas a disponibilizarmo-nos para o fazer a quem não tem acesso fácil e rápido. É esse o nosso objetivo”.

A DPOC é uma doença que afeta o sistema respiratório, “causando obstrução das vias aéreas, sendo a sua principal causa o tabagismo”, explica a Dra. Paula Pinto. “Esta doença tem um forte impacto na vida das pessoas e no Sistema Nacional de Saúde”. Trata-se de uma doença que, de acordo com dados recentes, atinge cerca de 14% da população portuguesa com mais de 45 anos “e está ainda subdiagnosticada. Atualmente, estima-se que a nível mundial 250 milhões de pessoas sofram de DPOC, prevendo-se que, em 2030, a DPOC seja a terceira causa de morte”.

É uma doença que se instala progressivamente e “afeta maioritariamente fumadores ou ex-fumadores”, pelo que “a procura de ajuda junto do médico é tardia e numa fase em que os sintomas já são muito limitantes. Muitas vezes, a ida ao médico só acontece porque o doente teve um episódio de agravamento que obrigou a uma ida ao hospital em episódio de urgência, que sendo suficientemente grave pode inclusivamente levar a um internamento (estes casos são classificados como agudizações). O sentimento de culpa associado a esta doença também motiva algum afastamento dos doentes da procura do seu médico, pois consideram os sintomas uma consequência natural de fumarem”, refere a especialista.

► SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA DISPONIBILIZA “BOOKLET” SOBRE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NA DIABETES

O “booklet” “Educação Terapêutica na Diabetes – Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes”, uma publicação conjunta dos Grupos de Estudo de Enfermagem, Nutrição e Educação Terapêutica da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, encontra-se disponível para “download” em: http://spd.pt/images/booklet_educacao_terapeutica.pdf