

Rede de Referenciação Hospitalar

MEDICINA INTERNA



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

Rede de Referenciação Hospitalar

Medicina Interna

Grupo de Trabalho

Armando Carvalho (coordenador)	Medicina Interna	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Carlos Dias	Medicina Interna	Centro Hospitalar de São João, Porto
Anabela Morais	Medicina Interna	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Manuel Teixeira Veríssimo	Medicina Interna	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Miguel Castelo-Branco Sousa	Medicina Interna	Centro Hospitalar da Cova da Beira
Luís Campos	Medicina Interna	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Nuno Bernardino Vieira	Medicina Interna	Centro Hospitalar do Algarve
Laura Silveira, José Ferrão		ARS Lisboa e Vale do Tejo
Fernando Tavares, Fernanda Oliveira		ARS Norte
Adriano Natário		ARS Alentejo
Adriano Rodrigues	Medicina Interna	ARS Centro
Ana Lopes	Medicina Interna	ARS Algarve
Carlos Moreira	Medicina Interna	Direcção-Geral da Saúde
Cristina Ribeiro		Direcção-Geral da Saúde
Gabriela Maia		ACSS

ÍNDICE

Índice Tabelas	4
Índice Figuras	5
1 – Enquadramento legislativo e histórico	6
2 – Âmbito da Especialidade hospitalar	13
3 – Epidemiologia das Condições Clínicas mais frequentes	16
4 – Caracterização da Situação Nacional Atual.....	21
5– Necessidades previsíveis de cuidados e de recursos	35
5.1. Indicadores.....	35
5.2. Estimativa das necessidades de cuidados e de recursos	37
6– Caracterização e definição dos diferentes níveis.....	39
6.1. Definição dos tipos de patologias, procedimentos, equipamentos e tecnologias esperados, por nível.....	39
6.2. Localização Esperada dos Serviços de Urgência da Especialidade	42
6.3. Caracterização Esperada das Equipas	43
6.4. Arquitetura das RRH	46
7- Monitorização da RRH.....	49
8– Anexos.....	51
9 – Abreviaturas, siglas e acrónimos	66

ÍNDICE TABELAS

	Pág.
Tabela 3.1: Diagnósticos principais mais frequentes nos doentes internados em Medicina Interna	22
Tabela 4.1: Internamento em Medicina Interna por Região de Saúde (2008 a 2015)	27
Tabela 4.2: Internamento em Medicina Interna por Região de Saúde e Hospital	27
Tabela 4.3: Primeiras Consultas e Subsequentes por Região de Saúde (2013 a 2015)	30
Tabela 4.4: Consultas por Região de Saúde e Instituição Hospitalar (2013 a 2015)	30
Tabela 4.5: Número de sessões de hospital de dia de especialidades médicas (2013 a 2015)	34
Tabela 4.6: Médicos de Medicina Interna por Região (31/12/2015)	34
Tabela 4.7: Médicos de Medicina Interna por Região (31/12/2015) - Médicos ETC	35
Tabela 4.8: Pessoal Médico de Medicina Interna por Grau (31/12/2015)	35
Tabela 4.9: Distribuição dos Médicos de Medicina Interna por faixa etária e por Região	36
Tabela 4.10: Cobertura da População pelos Médicos de Medicina Interna do SNS, por Região	37
Tabela 4.11: Quadro evolutivo do número de Médicos Internos (2010 a 2016)	37

ÍNDICE FIGURAS

	Pág.
Figura 3.1: Distribuição etária dos doentes internados num serviço de Medicina Interna	20
Figura 3.2: Distribuição das comorbilidades mais frequentes nos doentes internados em MI	21
Figura 4.1: N° de admissões na urgência por 100 habitantes na OCDE (2001 a 2011)	32
Figura 4.2: N° total de atendimentos na urgência geral hospitalar (2007 a 2015)	33

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com diversos desafios desencadeados, sobretudo, pelas alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica.

Considerando as vertentes do acesso e a equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no seio do SNS, e a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que as diferentes instituições hospitalares garantam a prestação de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados. Neste âmbito, as Redes de Referência Hospitalar (RRH) assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspetivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Em termos históricos, as RRH tiveram origem no **Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI**, na sequência das principais recomendações do Subprograma de Saúde 1994-1999, constituindo-se, na altura, como o quadro de referência de suporte ao processo de reforma estrutural do sector da saúde. No eixo prioritário relativo à melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, a medida 2.1 do referido programa (“Rede de Referência Hospitalar”) objetivava implementar RRH pelas áreas de especialização tidas como prioritárias, visando a articulação funcional entre hospitais, mediante a diferenciação e identificação da carteira de serviços, de modo a responder às necessidades da população, garantindo o direito à proteção e acesso na saúde.

Deste modo, as RRH instigaram um processo de regulação e de planeamento da complementaridade entre instituições hospitalares, contribuindo para a otimização e gestão eficiente da utilização de recursos, com vista a assegurar um quadro de sustentabilidade a médio e longo prazo do SNS.

Vários são os normativos legais e documentos técnicos que abordam a temática das redes hospitalares e a sua importância estratégica como garantia da sustentabilidade e eficiência do SNS. A Lei n.º 64-A/2011, de 30 de dezembro, que aprovou as **Grandes Opções do Plano para 2012-2015**, bem como o **Programa do XIX Governo Constitucional**, preconizavam a melhoria da qualidade e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, mediante a reorganização da rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação de cuidados.

Na sequência do Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, foi criado o **Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar**

(GTRH) – Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de agosto, publicado no Diário da República, II Série, n.º162, de 24 de agosto – cujo relatório final, intitulado “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” definiu oito Iniciativas Estratégicas, corporizadas, cada uma, por um conjunto de medidas, cuja implementação e monitorização promoverão o cumprimento de um programa de mudança com a extensão, profundidade e densidade exigidas numa verdadeira reforma estrutural do sector hospitalar português.

No seu relatório, o GTRH defendia que na reorganização da rede hospitalar deviam ser considerados diversos fatores, nomeadamente: (i) critérios de qualidade clínica; (ii) proximidade geográfica; (iii) nível de especialização; (iv) capacidade instalada; (v) mobilidade dos recursos; (vi) procura potencial; (vii) acessibilidades; (viii) redes de referência por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sociodemográfica de cada região.

O GTRH elencou, ainda, um conjunto de fragilidades inerentes às RRH existentes à data, designadamente: (i) desatualização da maioria das redes (a maioria tinha sido elaborada até 2006 e nunca ajustada); (ii) inexistência de um modelo único e homogéneo do documento; (iii) inexistência de aprovação ministerial para algumas das RRH publicadas; (iv) ausência de integração entre RRH de diferentes especialidades que se interpenetram; (v) inexistência de inclusão dos setores convencionados e privados (nos casos em que se possa aplicar), contemplando apenas o universo do SNS; (vi) falta de integração do conceito de Centros de Referência e (vii) indefinição quanto ao prazo de vigência das RRH.

No primeiro Eixo Estratégico “Uma Rede Hospitalar mais Coerente” o GTRH propôs a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de forma estruturada e consistente e dotada de elevados níveis de eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Para o efeito, com o desígnio de redesenhar a rede hospitalar naqueles pressupostos, foi proposta a revisão das RRH em vigor, bem como a elaboração das redes inexistentes, promovendo-se uma referência estruturada e consistente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (considerando toda a rede de prestação, desde os cuidados de primeira linha aos mais diferenciados), assegurando uma melhor rentabilização da capacidade instalada aos níveis físico, humano e tecnológico.

De igual forma, o **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** apresenta um conjunto de orientações nos eixos estratégicos “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, propondo o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, cuidados pré-hospitalares, serviços de urgência, entre outros, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Ademais, o **Plano Nacional de**

Saúde – Revisão e extensão a 2020 sugere, no eixo “Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde”, “O desenvolvimento de redes de referência de cuidados não apenas de base geográfica, mas também de hierarquia de competências técnicas”. Pretende-se, deste modo, uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados.

Por outro lado, a **Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril** (revogada pela Portaria n 147/2016, de 19 de maio), estabelecia os critérios que permitiam categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento na rede hospitalar, procedendo à sua classificação.

Acresce que a carteira de valências de cada instituição hospitalar seria operacionalizada através do contrato-programa, de acordo com o respetivo plano estratégico. Perante um quadro de reorganização das instituições de saúde hospitalares (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de valências, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a redefinição do que devem ser os cuidados hospitalares e como se devem integrar com os diferentes níveis de cuidados, com a garantia de uma melhor articulação e referência vertical, permite intervir complementarmente no reajuste da capacidade hospitalar.

Desta forma, as RRH desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, nomeadamente: (i) diagnóstico e terapêutica; (ii) formação; (iii) investigação e (iv) colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades e subespecialidades hospitalares.

Assim, as RRH permitem a: (i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de especialidade em questão; (ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias, concentrando experiências e permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados e (iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

Nesta conformidade, a **Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho**, estabelecia os critérios de criação e revisão das RRH, bem como as áreas que estas deviam abranger. De acordo com o número 2 do artigo 2.º daquele diploma, foram determinados os princípios aos quais as RRH deviam obedecer, nomeadamente: “a) permitir o desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos; b) eliminar duplicações e subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício; c) permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado; d) contribuir para a melhoria global da qualidade e eficácia clínica pela concentração e

desenvolvimento de experiência e competências; e) contribuir para a diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração indevida de doentes em localizações menos adequadas; f) definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada; g) permitir a programação estratégica de investimentos, a nível nacional, regional e local e h) integrar os Centros de Referência.”

No sentido de dar cumprimento ao disposto na portaria supramencionada, o **Despacho n.º 10871/2014, de 18 de agosto**, veio determinar os responsáveis pela elaboração e/ou revisão das RRH. Com efeito, o processo iniciou-se com a elaboração das seguintes RRH: Oncologia Médica, Radioterapia e Hematologia Clínica; Cardiologia; Pneumologia; Infecção pelo VIH e SIDA; Saúde Mental e Psiquiatria; e Saúde Materna e Infantil, incluindo Cirurgia Pediátrica. Posteriormente, o **Despacho n.º 6769-A/2015, de 15 de junho**, veio designar os responsáveis pela elaboração ou revisão das RRH de Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cirurgia Cardiorádica, Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Hepatologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Nefrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Patologia Clínica, Neurorradiologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia.

Também o **XXI Governo Constitucional**, no seu programa para a saúde, preconiza a redução das desigualdades entre os cidadãos no que respeita ao acesso à prestação de cuidados, bem como o reforço do papel do cidadão no SNS. Ora, a capacitação do cidadão pressupõe a disponibilização de informação relevante para a sua tomada de decisão, por forma a optar pela instituição do SNS onde pretende ser assistido, de acordo com as suas preferências, critérios de conveniência pessoal e da natureza da resposta das instituições.

Com a publicação da **Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio**, que surge precisamente com o intuito de reforçar o papel do cidadão no SNS, contribuir para a melhoria da sua governação bem como para a melhoria da gestão hospitalar, são revogadas as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 de abril, e a 123-A/2014, de 19 de junho. Nesta perspetiva, foram definidas como medidas fulcrais a “promoção da disponibilidade e acessibilidade dos serviços” aos utentes e “a liberdade de escolherem em que unidades desejam ser assistidos”, mediante a articulação com o médico de família e cumprindo a hierarquização técnica e as regras de referenciação em vigor, indo ao encontro do preconizado na Lei n.º 7-B/2016, de 31 de março, que aprova as **Grandes Opções do Plano para 2016 -2019**.

A referida Portaria objetiva: (i) definir o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS (independentemente da sua natureza jurídica e tendo como princípio a definição das RRH) e (ii) continuar o processo de criação e revisão das RRH.

Por último, o **Despacho n.º 6696/2016, de 12 de maio**, veio designar os responsáveis pela elaboração das RRH nas especialidades de: Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética, Dermato-venereologia, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Genética Médica, Imunoalergologia, Imuno-hemoterapia, Infeciologia, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

No âmbito das RRH, da organização hospitalar e da articulação entre os diferentes níveis de cuidados, a Medicina Interna, especialidade com longa história e reconhecida importância no nosso sistema de saúde, deve desempenhar um papel central na estrutura e na organização hospitalar, com ganhos importantes em eficiência na prestação de cuidados.

Historicamente, a designação “Medicina Interna” (*Innere Medizin*) foi usada nos finais do século XIX para distinguir uma nova diferenciação médica que se baseava nos conhecimentos de fisiologia, bacteriologia e patologia, então emergentes. A Medicina Interna assume-se como especialidade vocacionada para a abordagem do doente com doenças “internas”, suscetíveis de tratamento médico, excluindo, portanto, as patologias cirúrgicas, obstétricas e pediátricas, as quais em conjunto com a Medicina Interna passaram a ser designadas de especialidades básicas.

Com o grande desenvolvimento científico ocorrido a partir de meados do século XX, tornou-se difícil ao médico internista abranger todos os conhecimentos relacionados com a sua atividade, bem como dominar o uso crescente das novas tecnologias, pelo que surgiram múltiplas especialidades vocacionadas para a abordagem compartimentada do doente. O apoio tecnológico e a redução da área de conhecimento passaram a ser motivo de atração para as novas gerações de médicos, o que levou ao aumento de especialistas nestas áreas e à multiplicação de serviços hospitalares, com a consequente diminuição da intervenção da Medicina Interna.

Em Portugal, o reconhecimento da Medicina Interna como especialidade, pela Ordem dos Médicos, ocorreu apenas em 1983. Esta curta existência como especialidade médica oficial, apesar da longa tradição nos hospitais portugueses e dos grandes vultos que a cultivaram, poderá ser uma das razões pelas quais o papel e o âmbito da Medicina Interna ainda são pouco conhecidos pela população portuguesa.

No entanto, as pessoas reconhecem que depois do deslumbramento causado pelo impacto tecnológico da segunda metade do século XX, surgiu neste início do século XXI um sentimento de desumanização do exercício da medicina, como consequência da banalização do ato médico e da sobrevalorização das novas tecnologias.

Paralelamente, a importância da Medicina Interna torna-se crescente, em resultado de vários fatores: (i) os hospitais têm de fomentar a racionalização do recurso às novas tecnologias e melhorar a assistência médica na sua componente humana; (ii) o envelhecimento da população e o conseqüente aumento das doenças crónicas e co-morbilidades; (iii) a hiperespecialização crescente, induzida pelo crescimento do conhecimento e pela evidência da relação volume-quantidade, na abordagem de algumas patologias ou na realização de determinados procedimentos. Estes fatores determinam a necessidade de haver médicos com uma visão abrangente do doente e dos cuidados de saúde.

A nível internacional a especialidade de Medicina Interna é uma das reconhecidas pelo Comité Permanente da União das Especialidades Médicas Europeias (UEMS) em Bruxelas e em todos os países da União Europeia. Por definição é uma disciplina abrangente, integrando todos os aspetos da patologia, bem como todas as especialidades de órgão, mas o trabalho assistencial dos internistas, bem como a sua formação, é largamente determinado pela organização nacional dos serviços de saúde nos diferentes países europeus.

No Norte da Europa é uma especialidade básica (tronco comum) necessária para permitir o acesso a outra especialidade médica. Nestes países existem internistas, mas poucos se consideram como tal, pois dão maior importância à sua subespecialidade. Estes médicos perderam a capacidade de atuarem enquanto internistas gerais e isso tem criado substanciais dificuldades nos sistemas de saúde para responder ao tipo de doentes que hoje habita os hospitais.

Na Europa do Sul, a Medicina Interna é uma especialidade autónoma, baseada no Hospital, com uma função integradora, não só do conhecimento, mas também dos meios disponibilizados pela organização hospitalar. A sua influência é reconhecida, existindo serviços de Medicina Interna em todos os hospitais gerais.

Em 2016 foi aprovado o Curriculum Europeu da Especialidade de Medicina Interna, documento elaborado em conjunto pela União das Especialidades Médicas Europeias (UEMS) – Secção de Medicina Interna e pela Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM).

Nos Estados Unidos da América (EUA) a Medicina Interna é atualmente composta por dois ramos: o clássico, que é uma especialidade de ambulatório e de cuidados primários, definindo-se como a especialidade dos “*Doctors for Adults*” (*American College of Physicians*); o mais recente, surgido nas últimas duas décadas com o movimento hospitalista, em que os internistas se dedicam unicamente aos doentes internados. Esta especialidade, que tem um perfil semelhante (mas não igual) ao da Medicina

Interna portuguesa, representa a reintrodução de uma especialidade médica generalista no hospital, tendo sido a que mais cresceu nos EUA nos últimos anos, ultrapassando atualmente os 50 mil médicos.

Em Portugal há, do nosso ponto de vista, uma situação privilegiada, porque se preservou o carácter generalista da Medicina Interna: o impedimento da dupla titulação, desde 1994, a regulação pelo Estado do número de internos para cada especialidade, de acordo com as necessidades do país e a capacidade formativa, o reconhecimento da importância da Medicina Interna pelas sucessivas equipas ministeriais da saúde e o prestígio e a forma como os internistas portugueses têm defendido a Medicina Interna. O resultado é que Portugal é o segundo país da OCDE com melhor ratio entre as especialidades generalistas e as outras e a Medicina Interna é a especialidade com mais médicos nos hospitais do SNS.

2 – ÂMBITO DA ESPECIALIDADE HOSPITALAR

A Medicina Interna é uma especialidade médica que tem como missão diagnosticar e tratar doentes adultos portadores de doenças sistémicas ou de órgão, cuja gravidade exija intervenção médica diferenciada. Como especialidade médica básica, deve ser exigente no seu programa de formação, insistindo na importância da abordagem do doente como um todo, na anamnese e no exame objetivo como metodologia de trabalho, o que, sem prejuízo da necessidade de usar meios complementares de diagnóstico, permite fazer cerca de três quartos dos diagnósticos e é essencial para a orientação subsequente dos doentes.

A Medicina Interna fomenta um processo interdisciplinar de trabalho, assumindo a função aglutinadora dos intervenientes e estabelece a ponte com outros tipos de saber, como a gestão, a qualidade, os sistemas de informação, a ética, a medicina baseada na evidência, a antropologia, a sociologia, etc.

O internista é potencialmente competente para abarcar todo o espectro de gravidade das doenças do foro médico e proporcionar aos doentes os cuidados adequados em internamento, desde a assistência urgente e emergente até aos cuidados intensivos, intermédios, de enfermaria, paliativos e continuados, assim como em ambulatório, seja na consulta externa, no hospital de dia ou no internamento domiciliário.

Todas as doenças médicas sistémicas ou de órgão são potencialmente do âmbito do internista, existindo, contudo, um universo de doentes para os quais a especialidade de Medicina Interna está particularmente preparada:

- a) Doentes com doenças comuns de órgão ou sistema, do foro médico;
- b) Doentes cujo diagnóstico clínico não é evidente;
- c) Doentes com várias patologias – evitando a intervenção de múltiplas especialidades, a duplicação de exames e a interação de fármacos, com a conseqüente diminuição dos custos;
- d) Doentes idosos com patologia aguda ou crónica agudizada;
- e) Doentes com patologia sistémica, infecciosa, autoimune, com risco vascular, metabólico, hepática, etc.;
- f) Doentes em fase terminal com indicação para cuidados paliativos;
- g) Doentes em situação clínica urgente ou emergente admitidos no hospital;
- h) Doentes cirúrgicos com patologias médicas;
- i) Doentes com doenças raras.

Num mundo em acelerada especialização e subespecialização, o internista assume-se como um sintetizador. Cada vez mais serão necessários médicos altamente especializadas, com muito treino numa determinada técnica, procedimento ou patologia rara, mas também médicos da síntese, que, como o internista, façam a abordagem integral do doente e articulem a intervenção das outras especialidades quando necessário.

O internista tem também a capacidade de se diferenciar num vasto leque de áreas, de acordo com as necessidades dos doentes, das instituições e das regiões onde trabalha. Esta flexibilidade é uma qualidade inestimável e é particularmente importante para os serviços de saúde e para os doentes, sendo uma das razões, a par do envelhecimento populacional e inerente polipatologia, porque a Medicina Interna tem ganho progressiva relevância no sistema hospitalar.

A diferenciação dos internistas tem surgido em diversas áreas, geralmente multidisciplinares e não coincidentes com o âmbito das outras especialidades médicas, como sejam a diabetes mellitus, as doenças autoimunes sistémicas, a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais, o trombo-embolismo, as dislipidemias, a nutrição clínica, as doenças hepáticas, os cuidados paliativos, a infeção VIH, a geriatria e outras. Para além de corresponder às necessidades locais, esta diferenciação permite ao internista aliar à sua capacidade de abordagem holística a experiência numa patologia ou num grupo de patologias onde concentra mais a sua atividade científica e a sua prática clínica.

A Medicina Interna deve assumir um papel de liderança na resposta aos doentes crónicos. Responder a estes doentes exige uma mudança de paradigma na prestação de cuidados, uma resposta pró-ativa, que garanta continuidade de cuidados, que encare o doente como parceiro, que apoie os autocuidados, 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 multidisciplinares, que promoverão cuidados adequados a cada doente, quer sejam médicos, de enfermagem, de reabilitação, psicológicos, sociais ou outros. Estas equipas deverão integrar internistas, que levarão a sua experiência para fora do hospital, solicitando o apoio das outras especialidades sempre que seja útil, numa parceria com a Medicina Geral e Familiar.

A Medicina Interna poderá garantir a continuidade na assistência nos sucessivos episódios de internamento, tornando-se assim no gestor do doente, dentro do hospital. O internista, mais que gestor do doente, deverá ser a face conhecida do doente que o tranquiliza em cada admissão no hospital, transmitindo aos colegas, de viva voz, o seu conhecimento do doente, que o trata, caso seja internado, em qualquer serviço (incluindo os cirúrgicos) e que estará acessível, telefonicamente ou por e-mail, entre episódios de internamento ou de consulta, para o informar, apoiar ou encaminhar em caso de necessidade, a ele ou ao seu Médico de Família.

A criação de grandes departamentos, onde os internistas assumam todos os doentes médicos agudos, coordenando a intervenção das outras especialidades, será o modelo mais adequado, já adotado em alguns hospitais portugueses, como o Hospital Pedro Hispano, o Hospital Beatriz Ângelo, o Hospital da Luz e o Hospital CUF Porto. Estes departamentos, para além de enfermarias gerais, devem ter unidades diferenciadas, ou pela metodologia assistencial (por exemplo, cuidados intermédios, cuidados paliativos, geriatria), ou por entidade nosológica (por exemplo, insuficiência cardíaca, doenças autoimunes, acidente vascular cerebral, etc.), onde os internistas, sozinhos ou em parceria com outras especialidades, assistam os doentes num ambiente protocolado, com médicos diferenciados nas áreas respetivas, criando-se assim equipas mais experientes e unidades que sejam lugares privilegiados de formação e de investigação.

Outra necessidade imperiosa é a de alterar o modelo de apoio aos serviços cirúrgicos, onde os internistas têm tido apenas um papel de consultadoria em situações pontuais, em doentes que sofrem complicações. O que defendemos é a presença de internistas nos serviços cirúrgicos ou médico-cirúrgicos, numa lógica de co-gestão dos doentes, que devem ser acompanhados desde o início pela Medicina Interna para otimizar a sua condição pré-cirúrgica e prevenir as complicações no período pós-operatório.

O internamento domiciliário é uma área desenvolvida em países europeus, especialmente em Espanha, que a Medicina Interna deve liderar, contando com a colaboração dos Médicos de Família, numa lógica de articulação entre cuidados hospitalares e cuidados primários. A hospitalização domiciliária, em doentes adequadamente selecionados, traz inegáveis vantagens para o doente e para o sistema de saúde. A Medicina Ambulatória, abrangendo os hospitais de dia, unidades de diagnóstico rápido, programas de hospitalização domiciliária e unidades de cuidados integrados, são uma boa forma de ampliar a capacidade de resposta dos hospitais, retirar doentes das urgências e suprir a insuficiência de camas atualmente disponíveis das enfermarias.

Finalmente, a Medicina Interna é a especialidade melhor preparada para adquirir a competência em cuidados paliativos e prestar este tipo de cuidados, dentro e fora do hospital. Também as várias tipologias de unidades da rede de cuidados continuados integrados beneficiariam da assistência dos internistas, porque, na sua grande maioria, são os doentes referenciados dos serviços de Medicina Interna.

3 – EPIDEMIOLOGIA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES

Uma rede de referenciação deve estar centrada nas necessidades da população, pelo que é fundamental conhecer a epidemiologia, e a sua evolução previsível, das doenças do âmbito da especialidade. Um dos aspetos mais importantes no que respeita à Medicina Interna é o impacto do aumento da esperança de vida no crescimento dos doentes crónicos, para cujos cuidados é uma especialidade fundamental. Estima-se que a população idosa, em Portugal, sofra um acréscimo de perto de 500 mil pessoas entre 2001 e 2020, devendo cifrar-se, nesta altura em cerca de 2,14 milhões.

O impacto hospitalar das doenças crónicas em Portugal é já muito relevante: 5 dos 500 Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) de doenças crónicas representam cerca de 10% dos dias de internamento e uma despesa de cerca de 152 milhões de euros; 5% das pessoas internadas nos hospitais do SNS são responsáveis por 30% do total de dias de internamento, sendo na sua grande maioria doentes crónicos.

No que respeita ao internamento, as patologias tratadas nos serviços de Medicina Interna variam significativamente entre os hospitais, por razões de diferenciação e organização, sendo as pneumonias da comunidade (PAC), os acidentes vasculares cerebrais (AVC) e a insuficiência cardíaca (ICC), as patologias mais frequentes.

Procurando uma resposta satisfatória para a questão: “Quem são os doentes internados nos Serviços de Medicina Interna Portugueses?” foi realizado o estudo “O Internamento de Medicina Interna em Portugal em 2015”, no âmbito do projeto “CAMINHOS DA MEDICINA INTERNA”, dinamizado pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), sob a coordenação do seu Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI).

Tratou-se dum estudo observacional, transversal, multicêntrico, que incluiu Serviços de Medicina Interna de diversas Unidades Hospitalares do Sistema Nacional de Saúde de Portugal Continental (Hospitais públicos EPE, Hospitais públicos não EPE e Hospitais de PPP), sendo avaliados todos os indivíduos internados no dia 17 de Dezembro de 2015 nos Serviços participantes no estudo. Os resultados deste trabalho permitem traçar um retrato da tipologia dos doentes que se encontram internados nas enfermarias de Medicina Interna portuguesas.

O estudo teve representatividade nacional, porque foram incluídos Serviços de Medicina Interna de 43 hospitais de todo o país, com um total de 3284 doentes e a metodologia aplicada e os dados recolhidos permitem-nos caracterizar com segurança o doente tipo dum internamento de Medicina Interna.

Em relação à demografia, assinala-se o claro predomínio das classes etárias mais avançadas (Fig. 3.1), onde 76% dos doentes têm 70 ou mais anos (Idade Média: $76 \pm 13,2$ anos)

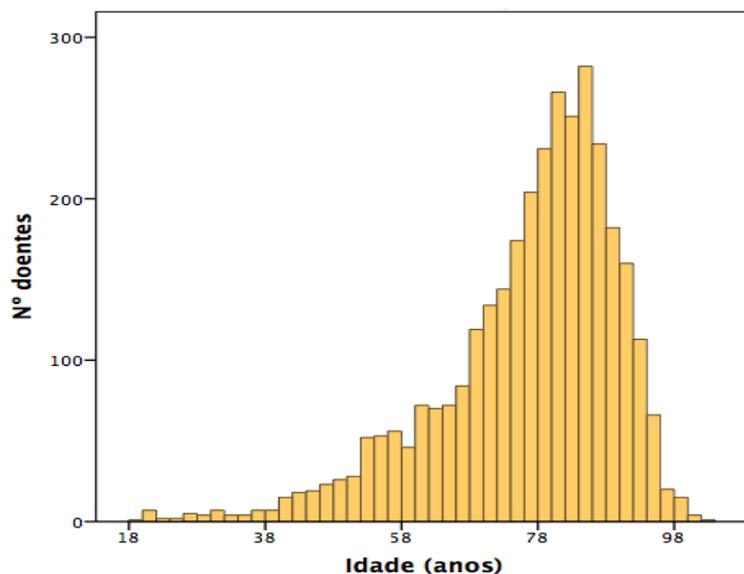


Fig. 3.1: Distribuição etária dos doentes internados num serviço de Medicina Interna

Em relação ao tipo de admissão, apenas em 6% dos casos foi programada. Claramente, são mais frequentes as admissões urgentes, com 82% dos doentes incluídos no estudo admitidos diretamente a partir do Serviço de Urgência.

O doente típico do internamento em Medicina Interna caracteriza-se pela associação de diversas patologias crónicas, de que resulta elevada comorbilidade. Uma das escalas frequentemente utilizadas para medir a comorbilidade é o Índice de Comorbilidade de *Charlson* ajustado à idade, que na amostra avaliada foi extremamente elevado (Média: 7 pontos \pm 3). Na figura 3.2 podemos verificar a distribuição das principais comorbilidades nesta população.

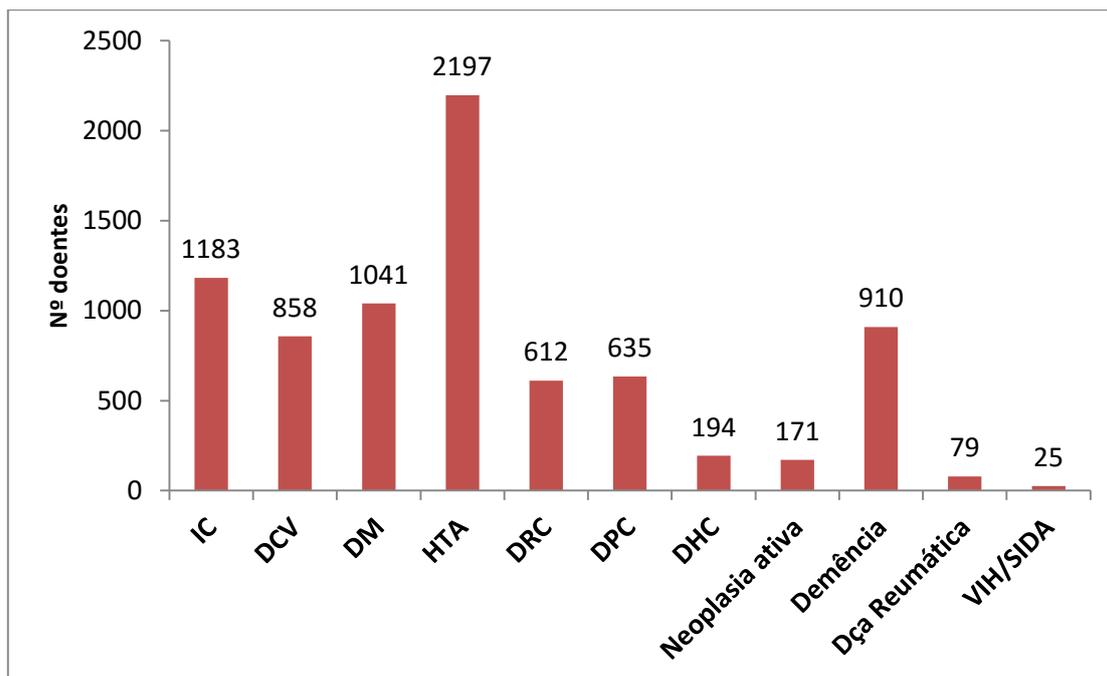


Fig. 3.2: Distribuição das comorbidades mais frequentes nos doentes internados em Medicina Interna (IC: Insuficiência Cardíaca | DCV: Doença Cerebrovascular | DM: Diabetes Mellitus | HTA: Hipertensão Arterial | DRC: Doença Renal Crónica | DPC: Doença Pulmonar Crónica | DHC: Doença Hepática Crónica)

Para além de idoso e com elevada comorbilidade, a complexidade e fragilidade do doente internado num Serviço de Medicina Interna traduz-se no seu elevado grau de dependência. Do total, 45% dos doentes apresentaram um grau de 3 ou 4 na escala de avaliação de estado funcional ECOG (acamados pelo menos 50% do tempo). De referir ainda que praticamente um quinto dos doentes (18%) já se encontrava institucionalizado.

Uma consequência direta da complexidade destes doentes é o elevado nível de utilização dos recursos hospitalares. Dos doentes avaliados, 15% do total tinham tido um outro internamento hospitalar nos 30 dias anteriores à presente admissão, e além destes, 19% tinham tido pelo menos um episódio de urgência nos 30 dias prévios.

Em relação aos diagnósticos principais mais frequentes, segundo a codificação do ICD 10, encontramos a distribuição dos 10 mais frequentes mostrada no Tabela 3.1. Assinala-se o predomínio das doenças infecciosas, com destaque para as respiratórias, e das doenças cardíaco e cerebrovasculares, que na globalidade representam a grande maioria das causas de internamento destes doentes.

Tabela 3.1: Diagnósticos principais mais frequentes nos doentes internados em Medicina Interna

ICD-10	Diagnóstico	(n)	(%)
J15	Pneumonia bacteriana	372	11,3
I50	Insuficiência cardíaca	298	9,1
I63	Enfarte cerebral	238	7,2
J18	Pneumonia por microrganismo não especificado	217	6,6
J20	Bronquite aguda	104	3,2
N39	Infeção do trato urinário	97	2,9
N10	Pielonefrite aguda	73	2,2
A41	Sepsis	72	2,2
N17	Lesão renal aguda	64	1,9
I26	Tromboembolismo pulmonar	61	1,9

A complexidade dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna resulta numa elevada morbilidade associada. O desenho do estudo não permite avaliar a mortalidade associada ao internamento, no entanto verifica-se que na generalidade os internamentos são prolongados (os doentes encontravam-se em média no seu 13.º dia de internamento) e acompanham-se frequentemente de complicações como as infeções associadas aos cuidados de saúde (20%).

Esta falta de eficiência é também em parte explicada pela falta de soluções sociais e de reabilitação para estes doentes. Do total de doentes analisados, 8,6% estavam inadequadamente internados, ou seja, já tinham alta clínica, mas encontravam-se a aguardar vaga em Unidade de Cuidados Continuados, ou a aguardar a resolução de problema de défice de suporte social em ambulatório.

Da análise dos resultados obtidos com este estudo, pode concluir-se que o internamento de Medicina Interna está primordialmente dedicado a doentes idosos e frágeis, com múltiplos problemas, tornando complexos a sua abordagem e o tratamento. Perante cada doente, o Internista ocupa-se com a gestão simultânea de múltiplas doenças crónicas e de problemas de índole social, que acarretam internamentos e reinternamentos frequentes. Na realidade, para além da patologia médica, a sociedade atual, com as suas carências, coloca múltiplos desafios ao médico, constituindo fonte de preocupação e motivando consumo de recursos hospitalares, gerando frequentemente falta de eficiência do sistema.

Para além deste retrato atual centrado no internamento, importa considerar que a Medicina Interna tem um papel mais vasto dentro do hospital, que inclui o hospital de dia, a consulta externa, a consultadoria e outros serviços, etc. Não dispomos de dados recentes sobre as patologias presentes nestas atividades, mas conhecemos a atividade da maioria dos Serviços de Medicina Interna, que inclui um número elevado de consultas, com representação de praticamente todas as patologias do foro médico e todos os grupos etários de adultos e idosos.

Para além da consulta de Medicina Interna geral, a mais importante na nossa especialidade, existem muitas consultas temáticas, cobrindo as patologias mais frequentes, como sejam hipertensão arterial, risco cardiovascular, dislipidemias e aterosclerose, diabetes mellitus, doenças autoimunes sistémicas, doenças hepáticas, nutrição clínica, doença vascular cerebral, oncologia médica, infeção VIH, doenças raras, patologia médica da grávida. Assim, pode dizer-se que os Serviços de Medicina Interna abarcam quase todas as patologias dos adultos e idosos, sendo a sua frequência idêntica à prevalência na população portuguesa.

Finalmente e ao contrário das especialidades de órgão ou sistema, não é tão importante a prevalência de cada patologia isoladamente, mas antes a complexidade do doente típico que a Medicina Interna assume e que é geralmente um doente com polipatologia, onde a especialidade assume a sua principal característica, que é a abordagem geral e integrada da pessoa com doença. Não podemos, por isso, apontar uma listagem de patologias que mereçam referência prioritária para Medicina Interna, porque isso desvirtuaria a missão da própria especialidade.

4 – CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL ATUAL

4.1. Tipologia de Serviços onde a Medicina Interna está presente

A Medicina Interna existe como especialidade autónoma em todos os hospitais gerais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo a especialidade com mais médicos nos hospitais. Os internistas estão essencialmente integrados em serviços de Medicina Interna, trabalhando no internamento, em hospital de dia, nas consultas e na urgência. Na sua multifacetada atividade prestam assistência, ou estão mesmo sediados, em outras áreas do hospital, designadamente nos serviços de urgência, nas unidades de cuidados intensivos ou intermédios, nas unidades de acidente vascular cerebral, de cuidados paliativos, de insuficiência cardíaca, de doenças autoimunes, de hepatologia e de transplantação hepática, de ortogeriatría e outras.

A Medicina Interna lidera a criação de programas destinados a reduzir os internamentos hospitalares ou a retirar os doentes das urgências, como os de hospitalização domiciliária, de cuidados integrados com os cuidados primários, assim como estão envolvidos em áreas fora do hospital, como as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Além da vertente assistencial, a Medicina Interna está envolvida no ensino superior, universitário e politécnico, onde tem um papel fundamental, que deve ser potenciado no futuro. Também na vertente universitária, mas não só, os internistas participam na investigação científica.

Muitos internistas estão envolvidos predominante ou exclusivamente em tarefas de gestão no SNS, em muitos casos deixando de ter atividade clínica relevante.

Tanta diversidade torna difícil a tarefa de enumerar e localizar os internistas que trabalham no SNS e mais ainda tipificar a sua atividade predominante. Os dados apresentados baseiam-se na base de dados da ACSS e no Inquérito aos Serviços de Medicina, promovido pela SPMI. Os primeiros apresentam um desfasamento importante da realidade, uma vez que contam como internistas todos os detentores da especialidade de Medicina Interna, independentemente da sua atividade predominante e o inquérito da SPMI também não se encontra completo. Assim, na janela temporal de que dispomos, não é possível fornecer dados tão rigorosos quanto pretendíamos para fundamentar opções futuras.

4.2. Carteira de serviços incluída no âmbito da Medicina Interna

Os internistas, em Portugal, têm capacidade para abordar todas as doenças médicas dos adultos, seja nos serviços de urgência, nas enfermarias ou no ambulatório, podendo diagnosticar e tratar a maioria, decidir quando necessitam da cooperação de outras especialidades, ou em que circunstâncias devem referenciar os doentes a outros especialistas. Além disso, têm capacidade para abordar os doentes com diagnósticos difíceis, os idosos com multipatologias, para tratar as doenças sistémicas e para prestar cuidados paliativos.

Exercendo a sua atividade nos múltiplos ambientes referidos no número anterior, cabe aos internistas realizar a história clínica dos doentes, o exame objetivo, caracterizar os diagnósticos conhecidos e formular hipóteses diagnósticas para as situações ainda não diagnosticadas. De seguida devem pedir exames complementares e realizar aqueles para os quais forem competentes, incluindo, entre outros, diversas biópsias, ecocardiogramas, ecografias abdominais, ecoDoppler vascular, seguir a marcha do diagnóstico até que este seja conseguido, decidir a terapêutica do doente e realizar vários procedimentos, como cateterização venosa periférica e central, punção lombar, toracocentese, paracentese abdominal, artrocentese, pericardiocentese, suporte avançado de vida, suporte ventilatório (sobretudo ventilação não invasiva).

4.3. Atividade assistencial - Internamento

De acordo com os dados disponíveis na ACSS, reportados em 2015 (Tabela 4.1), registaram-se 188.107 casos de doentes saídos do internamento em Medicina Interna, o que representa cerca de 22% da totalidade dos doentes saídos dos hospitais públicos no continente (DGS, 2016). Nas instituições hospitalares da ARS de Lisboa e Vale do Tejo verificou-se um número maior de doentes saídos (72.876), enquanto que na ARS do Algarve se registou o menor número (6.861). Estes números têm crescido anualmente desde 2008, com a única exceção no ano de 2014. O número de camas a cargo da Medicina Interna em 2015 era de 4.653, num total de 16.294 nos hospitais do SNS, o que corresponde a 29% da capacidade de internamento nestes hospitais.

Tabela 4.1: Internamento em Medicina Interna por Região de Saúde (2008 a 2015)

ARS	Nº de Doentes Saídos							
	dez/08	dez/09	dez/10	dez/11	dez/12	dez/13	dez/14	dez/15
ARS do Alentejo	9 962	10 234	10 136	9 707	10 105	11 063	11 543	11 791
ARS do Algarve	4 779	5 738	5 942	6 267	6 415	6 577	6 430	6 861
ARS do Centro	30 043	29 666	29 362	30 874	32 396	33 444	32 314	32 148
ARS do Norte	57 088	58 873	58 262	57 794	60 347	62 364	61 818	64 431
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	54 109	60 800	66 054	67 618	70 611	73 160	72 485	72 876
Total Geral	155 981	165 311	169 756	172 260	179 874	186 608	184 590	188 107

Fonte: ACSS. Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA). 10-01-2017

Na análise por instituição (Tabela 4.2) verificamos alguma diversidade na taxa de ocupação em 2015, que variou entre 63% no Hospital São João e 133% no Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães. De realçar que em 24 de 41 dos hospitais (59%), a taxa de ocupação foi superior a 100%.

Tabela 4.2: Internamento em Medicina Interna por Região de Saúde e Hospital

ARS / Instituição hospitalar	Nº Doentes Saídos			Taxa de Ocupação			Demora Média		
	Dez /13	Dez /14	Dez /15	Dez /13	Dez /14	Dez /15	Dez /13	Dez /14	Dez /15
ARS do Norte	62 364	61 818	64 431	-	-	-	-	-	-
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	6 227	6 061	5 740	83,05%		63,02%	9,74	9,37	8,98
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	3 537	3 361	3 273	90,27%		103,56%	9,41	9,82	10,75
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	3 855	4 112	4 304	99,36%		100,47%	10,73	9,89	10,57
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	3 755	3 891	4 189	96,58%		94,48%	8,55	8,56	8,73
C Hospitalar Póvoa do Varzim - Vila do Conde, E.P.E.	2 108	2 016	2 029	107,86%		107,53%	9,16	9,23	9,48
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	5 512	5 375	5 737	95,08%		101,93%	8,69	8,39	8,96
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	6 919	7 419	7 960	111,52%		114,98%	10,48	10,65	9,92
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho, E.P.E.	2 700	2 822	3 196	113,53%		108,22%	13,21	12,05	12,86
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E. P. E.			5 248			133,15%			10,29
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	5 249	5 182		126,43%			9,85	9,85	
Hospital de Braga, P.P.P.	3 951	3 447	4 153				9,06	9,91	9,39
Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	2 488	2 504	2 588	123,04%		127,29%	9,21	9,24	9,34
IPO do Porto, E.P.E.	53	41	42	78,58%		88,98%	16,25	16,07	15,48

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	5 584	5 812	6 318	100,80%		109,41%	8,7	9,16	9,3
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	5 594	5 425	5 292	96,77%		96,73%	9,67	9,78	9,68
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	4 832	4 350	4 362	102,87%		102,50%	10,58	9,52	9,7
ARS do Centro	33 444	32 314	32 148	-	-	-	-	-	-
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	2 721	2 511	2 361	100,11%		97,43%	9,54	10,26	9,8
Centro Hospitalar de Leiria E.P.E.	4 679	5 416	5 658	78,02%		96,05%	8,83	9,09	8,99
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.	4 405	4 253	4 359	108,74%		123,90%	11,54	11,05	11,73
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	8 580	8 030	8 206	93,67%		96,53%	8,29	8,73	8,68
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	6 584	5 733	5 143	138,85%		114,47%	8,78	9,59	9,92
C Med de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais	1	2	2	88,60%		107,79%	5 178	2 473,50	1 968,50
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	1 095	1 124	1 267	87,07%		107,84%	11,04	11,26	11,81
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	453	357	375	118,91%		99,42%	15,34	15,29	15,49
IPO de Coimbra, E.P.E.	587	574	574	76,20%		78,53%	12,8	12,45	13,49
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	2 702	2 762	2 758	110,67%		111,21%	11,52	12,33	12,52
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	1 637	1 552	1 445	84,89%		65,51%	11,36	11,04	9,44
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	73 160	72 485	72 876	-	-	-	-	-	-
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.	1 703	1 639	1 925	96,70%		95,86%	17,84	18,69	17,64
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	9 309	9 211	8 988	98,24%		95,86%	11,06	11,22	12
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	4 581	4 630	4 403	92,46%		92,02%	11,94	11,56	12,52
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	3 280	3 171	3 414	123,42%		116,10%	8,52	8,43	8,32
Centro Hospitalar do Oeste	5 652	5 436	5 547	129,85%		115,00%	9,82	9,56	9,47
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	11 035	10 638	10 314	101,03%		98,07%	7,59	7,41	7,88
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	6 487	6 301	6 046	109,86%			7,92	8,06	9,64
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P	6 410	6 325	6 051	56,16%			9,6	9,79	10,48
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, P.P.P	3 155	3 491	3 434	82,17%		84,36%	8,85	8,05	8,34
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	4 343	4 797	5 125	173,33%		109,21%	10,2	10,23	8,41
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	6 163	6 077	6 084	118,33%		128,59%	9,12	9,9	10,04
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	2 551	2 591	3 267	97,71%		106,00%	11,75	11,76	10,07
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	8 491	8 178	8 278	125,58%		125,70%	11,4	12,16	12,53
ARS do Alentejo	11 063	11 543	11 791	-	-	-	-	-	-
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	2 821	2 950	3 034	81,08%		89,00%	8,29	8,34	8,46
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	2 244	2 350	2 406	85,66%		86,25%	8,37	8,88	8,64
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.	2 554	2 435	2 763	98,72%		128,22%	8,05	8,45	8,14
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.	3 444	3 808	3 588	107,37%		102,55%	9,79	10,13	9,6
ARS do Algarve	6 577	6 430	6 861	-	-	-	-	-	-
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	6 577	6 430	6 861	104,85%		104,37%	13,04	13,96	14,56
Total Geral	186 608	184 590	188 107	-	-	-	-	-	-

Fonte: ACSS. Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA).

4.4. Atividade assistencial – internamento em cuidados intensivos e intermédios

Os internamentos em cuidados intensivos tem vindo a crescer, tendo atingido, em 2012 o número de 19.332 internamentos nas 475 camas das unidades de cuidados intensivos polivalentes então existentes, segundo o relatório “Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos”, do grupo de trabalho nomeado em 25 de Março de 2013.

Com a criação da especialidade de Medicina Intensiva, cujos primeiros internos iniciaram a formação específica em Janeiro de 2017, os cuidados intensivos deixarão de estar na dependência direta da Medicina Interna. Contudo, neste momento ainda são internistas a maioria dos médicos que asseguram estes cuidados no SNS.

No que respeita aos cuidados intermédios, parece aceitável que por cada doente intensivo existam dois doentes a necessitar de cuidados intermédios. Assim, estima-se um total de cerca 40.000 doentes a necessitar de cuidados intermédios no País. No entanto, à data do referido relatório só existiam 69 camas de cuidados intermédios em 2012.

Naturalmente que os doentes mais complexos têm sido encaminhados para os hospitais mais diferenciados, pelo que a resposta nos hospitais mais pequenos tem sido menor e com demora média mais baixa.

4.5. Atividade assistencial – consulta externa

Relativamente às Consultas Externas, como podemos verificar na Tabela 4.3, as primeiras consultas, de uma maneira geral, baixaram de 2013 a 2015. Apenas a Região de Lisboa e Vale do Tejo apresentou uma ligeira subida em 2014, baixando novamente em 2015.

Relativamente às consultas subsequentes verifica-se também, de uma maneira geral, uma descida, em alguns casos um pouco acentuada. Apenas a Região de Lisboa e Vale do Tejo e a Zona Centro, também em 2014, registaram uma pequena subida, baixando no ano seguinte.

Tabela 4.3: Primeiras Consultas e Subsequentes por Região de Saúde (2013 e 2015)

ARS / Instituição hospitalar	Primeiras Consultas (Base + Adicional)			Consultas Subsequentes (Base + Adicional)			Total		
	dez/13	dez/14	dez/15	dez/13	dez/14	dez/15	dez/13	dez/14	dez/15
ARS do Norte	38 924	39 471	39 468	164 097	162 247	147 694	203 021	201 718	187 162
ARS do Centro	29 995	29 799	28 789	96 960	100 550	96 617	126 955	130 349	125 406
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	38 470	39 078	37 469	138 358	142 290	136 429	176 828	181 368	173 898
ARS do Alentejo	8 059	7 100	7 488	16 455	13 584	13 815	24 514	20 684	21 303
ARS do Algarve	4 651	4 066	3 997	12 479	11 033	11 648	17 130	15 099	15 645
Total Geral	120 099	119 514	117 211	428 349	429 704	406 203	548 448	549 218	523 414

Fonte: ACSS. Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA).

Tabela 4.4: Consultas por Região de Saúde e Instituição Hospitalar (2013 a 2015)

ARS / Instituição hospitalar	Primeiras Consultas (Base + Adicional)			Consultas Subsequentes (Base + Adicional)			Total		
	dez/13	dez/14	dez/15	dez/13	dez/14	dez/15	dez/13	dez/14	dez/15
ARS do Norte	38 924	39 471	39 468	164 097	162 247	147 694	203 021	201 718	187 162
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	1 976	2 172	2 128	15 674	14 305	14 405	17 650	16 477	16 533
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	2 877	2 576	2 723	11 943	11 965	11 923	14 820	14 541	14 646
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	4 474	3 972	3 721	27 126	19 360	17 714	31 600	23 332	21 435
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	2 153	2 035	1 852	8 849	9 186	8 585	11 002	11 221	10 437
C Hospitalar Póvoa do Varzim - Vila do Conde, E.P.E.	1 016	1 104	1 035	4 853	4 650	4 816	5 869	5 754	5 851
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	4 587	4 871	5 098	10 526	11 894	12 358	15 113	16 765	17 456
C Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	2 228	2 106	2 422	12 130	12 583	13 490	14 358	14 689	15 912
C Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho, E.P.E.	2 671	2 620	2 219	10 449	10 551	7 317	13 120	13171	9536
Hospital da Prelada				10 358	9 541	10 441	10 358	9 541	10 441
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.			1 965			5 049			7 014
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	2 647	3 109		14 662	17 187		17 309	20 296	-
Hospital de Braga, P.P.P.	1 740	1 758	1 901	5 691	6 106	6 366	7 431	7 864	8 267
Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.	2	4	5	26	19	19	28	23	24
Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	1 130	1 127	1 400	5 454	5 725	5 872	6 584	6 852	7 272
IPO do Porto, E.P.E.	4 275	5 163	4 740	1 469	755	790	5 744	5 918	5 530
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	1 761	1 720	1 988	7 562	8 279	8 361	9 323	9 999	10 349
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	3 800	3 399	4 406	9 204	12 260	12 735	13 004	15 659	17 141
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	1 587	1 735	1 865	8 121	7 881	7 453	9 708	9616	9318
ARS do Centro	29 995	29 799	28 789	96 960	100 550	96 617	126 955	130 349	125 406

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	5 673	4 952	4 988	9 690	8 775	7 440	15 363	13 727	12 428
Centro Hospitalar de Leiria E.P.E.	5 046	5 306	5 242	19 036	20 321	20 069	24 082	25 627	25 311
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.	1 715	1 358	1 277	10 825	10 119	9 102	12 540	11 477	10 379
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	7 127	8 080	7 299	24 294	25 097	25 173	31 421	33 177	32 472
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	2 847	2 679	2 555	10 319	10 511	10 840	13 166	13 190	13 395
C Med Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais	33	10		8	7		41	17	-
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	152	155	141	688	559	621	840	714	762
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	1 247	1 545	1 548	5 462	5 769	5 668	6 709	7 314	7 216
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	479	416	465	1 968	2 029	1 830	2 447	2 445	2 295
Hospital José Luciano de Castro - Anadia	176	184	182	965	896	1 059	1 141	1 080	1 241
IPO de Coimbra, E.P.E.	494	499	452	1 324	1 272	1 466	1 818	1 771	1 918
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	3 711	3 584	3 449	8 906	11 772	9 935	12 617	15 356	13 384
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	1 295	1 031	1 191	3 475	3 423	3 414	4 770	4 454	4 605
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	38 470	39 078	37 469	138 358	142 290	136 429	176 828	181 368	173 898
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.	1 470	1 420	1 419	10 724	8 816	7 876	12 194	10 236	9 295
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	4 797	4 295	4 290	21 027	19 906	20 004	25 824	24 201	24 294
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	3 285	3 394	3 401	22 663	23 677	21 114	25 948	27 071	24 515
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	1 768	1 473	1 507	8 487	9 203	8 316	10 255	10 676	9 823
Centro Hospitalar do Oeste	2 072	2 178	2 112	6 258	5 440	5 436	8 330	7 618	7 548
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	4 573	4 458	4 982	16 642	17 118	17 550	21 215	21 576	22 532
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	2 914	3 220	3 331	10 643	9 582	10 897	13 557	12 802	14 228
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P	4 889	4 835	4 601	9 811	12 480	11 864	14 700	17 315	16 465
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, P.P.P	1 801	1 766	1 759	3 743	3 566	4 126	5 544	5 332	5 885
Hospital de Vila Franca de Xira, P.P.P	1 757	1 747	1 736	3 692	3 895	3 705	5 449	5 642	5 441
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	2 064	2 170	2 189	5 085	4 478	4 937	7 149	6 648	7 126
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	2 184	2 220	2 491	10 744	11 226	11 915	12 928	13 446	14 406
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	4 190	5 578	3 627	7 891	12 295	8 645	12 081	17 873	12 272
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	706	324	24	948	608	44	1 654	932	68
ARS do Alentejo	8 059	7 100	7 488	16 455	13 584	13 815	24 514	20 684	21 303
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	2 531	1 940	2 037	5 435	4 792	4 749	7 966	6 732	6 786
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	2 056	2 031	2 102	3 011	2 728	2 853	5 067	4 759	4 955
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.	1 202	1 232	1 291	2 051	2 041	2 208	3 253	3 273	3 499
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.	2 270	1 897	2 058	5 958	4 023	4 005	8 228	5 920	6 063
ARS do Algarve	4 651	4 066	3 997	12 479	11 033	11 648	17 130	15 099	15 645
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	4 651	4 066	3 997	12 479	11 033	11 648	17 130	15 099	15 645
Total Geral	120 099	119 514	117 211	428 349	429 704	406 203	548 448	549 218	523 414

Fonte: ACSS. Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA).

4.6. Atividade assistencial – urgência

Na Fig. 4.1 temos referenciado o número de admissões na urgência por 100 habitantes na OCDE (2001 e 2011), em que se identifica Portugal como o país com maior número de admissões anuais na urgência hospitalar por 100 habitantes (70,5) em contraste com o outro extremo do gráfico, onde está a República Checa, que registou apenas 7 admissões por 100 habitantes. O valor médio registado nos Países da OCDE foi de aproximadamente 31 admissões (30,8) por ano.

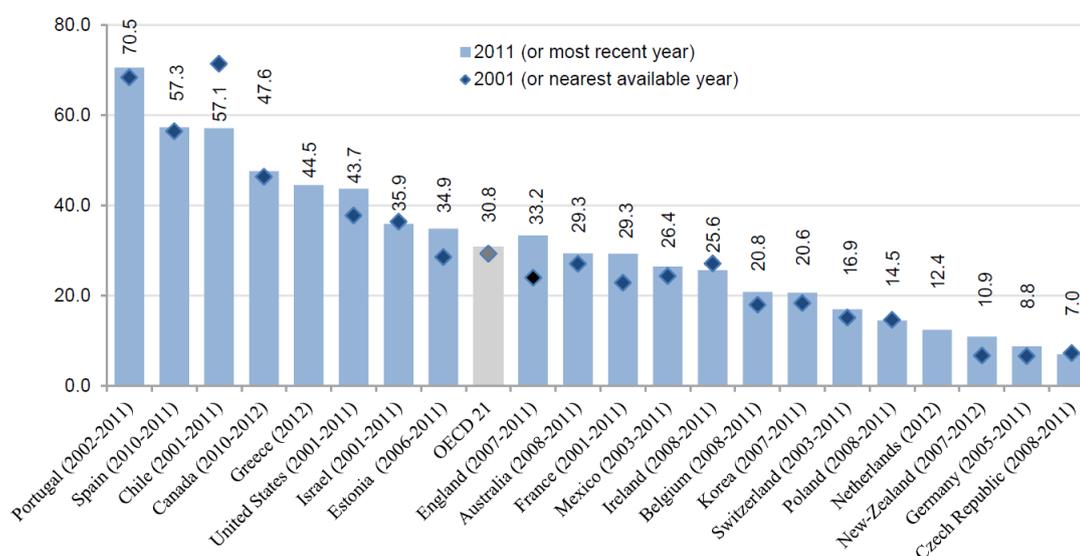
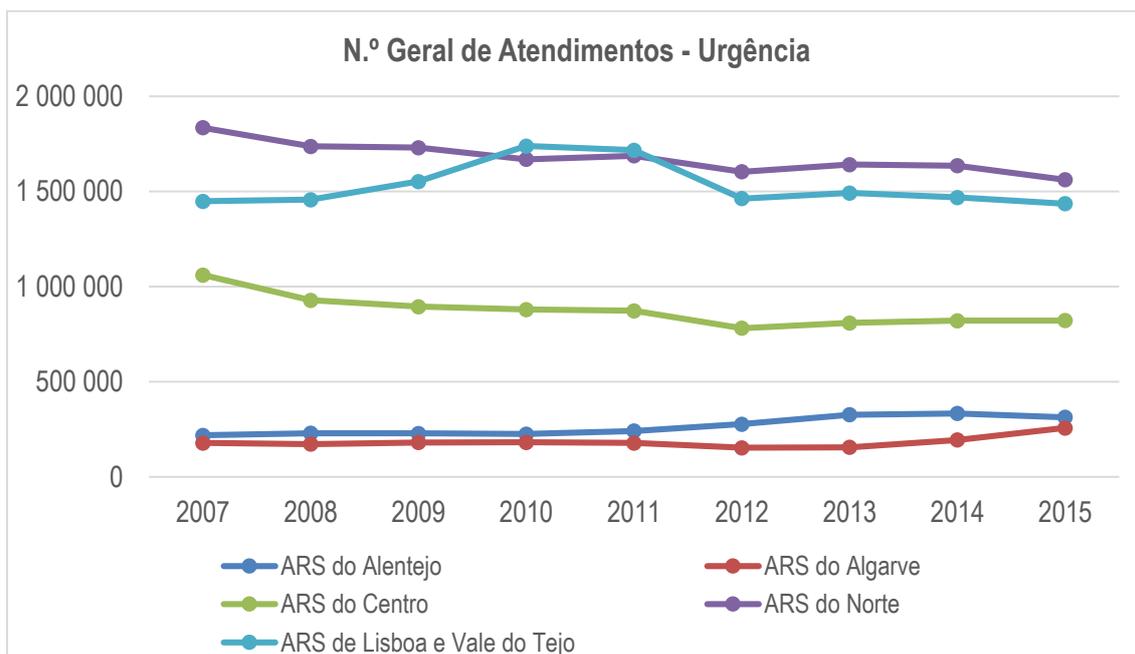


Fig. 4.1: Nº de admissões na urgência por 100 habitantes na OCDE (2001 a 2011)

(Fonte: Berchet C 2015 Emergency Care Services, OECD)

Na Fig. 4.2, apresentamos a evolução das admissões na urgência geral hospitalar, excluindo a pediátrica e obstétrica, entre 2007 e 2015. Nesse gráfico podemos verificar alguma estabilidade no número de admissões na urgência, assistindo-se mesmo a uma certa diminuição: 4.742.893 admissões em 2007 e 4.393.844 em 2015, sendo que a ARS Norte é a que mantém mais admissões na urgência ao longo dos anos, com exceção de 2010 e 2011.



Fonte: ACSS. Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA)

Figura 4.2: N.º total de atendimentos na urgência geral hospitalar (2007 a 2015)

4.7. Sessões em Hospitais de Dia de especialidades médicas

Embora não seja possível determinar a atividade em hospital de dia de especialidades médicas da responsabilidade da Medicina Interna, a realidade é que estes hospitais de dia são, na sua maioria da responsabilidade de internistas e são uma estrutura muito importante para administração de terapêuticas parentéricas, evitando o internamento e servindo também para permitir altas mais precoces.

A Tabela 4.5 mostra o número de sessões em Hospitais de Dia de especialidades médicas entre 2013 e 2015

Tabela 4.5: Número de sessões de hospital de dia de especialidades médicas (2013 a 2015)

Total Nº de Sessões do Hospital Dia	2013	2014	2014
ARS do Alentejo	67 758	73 603	73 684
ARS do Algarve	69 709	68 215	63 961
ARS do Centro	283 603	306 222	317 397
ARS do Norte	705 707	657 952	651 627
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	612 026	633 944	613 067
Total Geral	1 738 803	1 739 936	1 719 736

Fonte: ACSS. Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA)

4.8. Número de Médicos de Medicina Interna por Região

Segundo o Relatório dos recursos humanos da ACSS de 2016, existiam no SNS, em Junho de 2016, 1.410 especialistas de Medicina Interna para um total de 17.035 médicos, dos quais 5.129 são médicos de Medicina Geral e Familiar.

Conforme se pode observar na Tabela 4.6, agora com dados reportados a 31 de Dezembro de 2015, a maior percentagem de especialistas exerce a sua atividade nas Regiões de Lisboa e Vale do Tejo (36,23%) e do Norte (34,80%). O mesmo acontece com os internos em formação específica de Medicina Interna, que representam, respetivamente, 40,19% e 31,46% do total de internos, naquelas regiões.

Tabela 4.6: Médicos de Medicina Interna por Região (31/12/2015)

Região	Especialistas		Internos		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Norte	484	34,80	324	31,46	808	33,37
Centro	255	18,33	190	18,45	445	18,38
LVTejo	504	36,23	414	40,19	918	37,92
Alentejo	81	5,82	55	5,34	136	5,62
Algarve	67	4,82	47	4,56	114	4,71
Total	1.391	100,00	1.030	100,00	2.421	100,00

Fonte: ACSS, RHV

Analisando a distribuição regional dos médicos ETC (Tabela 4.7), também se pode observar que a maior percentagem exerce a sua atividade nas Regiões Lisboa e Vale do Tejo (35,77%) e do Norte (34,95%), o mesmo acontecendo com os internos, que representam 40,17% e 31,47% naquelas regiões.

Tabela 4.7: Médicos de Medicina Interna por Região (31/12/2015) - Médicos ETC

Região	Especialistas		Internos		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Norte	476,2	34,95	324	31,47	800,2	33,45
Centro	251,1	18,43	190	18,46	441,1	18,44
LVTejo	487,3	35,77	413,5	40,17	900,8	37,66
Alentejo	80,7	5,93	55	5,34	135,7	5,67
Algarve	67	4,92	47	4,57	114	4,77
Total	1362,3	100,00	1029,5	100	2391,8	100,00

Fonte: ACSS, RHV – (ETC 40h/semana)

Com base no Inquérito aos Serviços de Medicina dos hospitais do SNS, ao qual responderam 31 Serviços de 31 Hospitais, onde trabalham 593 especialistas, apresenta-se na Tabela 4.8 a sua distribuição por grau. Note-se que, com base no mesmo inquérito, cerca de 11% dos médicos exercem atividade exclusivamente fora do serviço de Medicina.

Tabela 4.8: Pessoal Médico de Medicina Interna por Grau (31/12/2015)

Recursos Humanos	Número	%
N.º de Assistentes Graduados Seniores	52	3,7%
N.º de Assistentes Graduados	240	17,1%
N.º de Assistentes Hospitalares	312	22,3%

Fonte: SPMI

4.9. Distribuição dos Médicos de Medicina Interna por faixa etária

Na análise da distribuição dos médicos de Medicina Interna por década de vida (Tabela 4.9) verifica-se que 36% dos médicos têm entre 50 e 59 anos, sendo que cerca de metade tem 50 ou mais anos, no entanto a segunda década com mais médicos é a dos 30 aos 39 anos, o que prefigura alguma capacidade de renovação. A região em que a percentagem de internistas tem idade igual ou superior a 50 anos é a Região de Lisboa e Vale do Tejo (57%). A existência de 1.030 internos em formação específica é muito positiva para que a Medicina Interna possa enfrentar os desafios do futuro.

Tabela 4.9: Distribuição dos Médicos de Medicina Interna por faixa etária e por Região

ARS / Instituição hospitalar	Médicos Existências													
	2015													
	Médicos					Médicos	Internos					Internos	Total	
	30-39	40-49	50-59	60-64	65+	Total	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65+	Total	Total Geral
ARS do Norte	156	119	155	47	7	484	183	138	2	0	0	1	324	808
ARS do Centro	62	71	86	32	4	255	102	85	2	1	0	0	190	445
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	115	100	206	60	23	504	194	209	6	3	2	0	414	918
ARS do Alentejo	18	22	29	7	5	81	23	26	5	1	0	0	55	136
ARS do Algarve	16	20	21	10	0	67	15	27	3	1	1	0	47	114
Total Geral	367	332	497	156	39	1391	517	485	18	6	3	1	1030	2421

Fonte: ACSS. RHV

4.10. Taxa de cobertura

Em matéria de cobertura da população pelo total de médicos especialistas de Medicina Interna (Tabela 4.10), o rácio observado para o total do SNS é de 0,14 médicos/1 000 habitantes, verificando-se alguma homogeneidade na distribuição regional. A região com menor rácio é a região Norte (0,13) e a que tem maior rácio é a do Alentejo (0,16).

Tabela 4.10: Cobertura da População pelos Médicos de Medicina Interna do SNS, por Região (31/12/2015)

Região	População estimada em 2015	Especialistas de Medicina Interna (Pessoas)	Rácio (Esp./1000 Hab)
Norte	3.682.370	484	0,13
Centro	1.846.954	255	0,14
Lisboa	3.682.370	504	0,14
Alentejo	509.849	81	0,16
Algarve	451.006	67	0,15
Total	10.047.621	1.391	0,14

Fonte: ACSS, 2015

4.11. Internato Médico

De acordo com os dados disponíveis na ACSS, o número de internos que ingressou nas vagas para formação específica em Medicina Interna cresceu até 2013, altura em que atingiu o número de 224, tendo diminuído depois e mantido um número semelhante, perto dos 185, tal como consta na Tabela 4.11.

Tabela 4.11: Quadro evolutivo do número de Médicos Internos (2010 a 2016)

Especialidade	Nº de médicos Recém-Especialistas							Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
MEDICINA INTERNA	62	138	138	98	127	123	115	836

Especialidade	Nº de colocações (1º ano da formação específica)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MEDICINA INTERNA	155	171	223	224	197	185	185

Fonte: ACSS

Apesar deste crescimento consistente que assinala uma compreensão do papel fulcral da Medicina Interna no sistema de saúde, por parte dos agentes reguladores, esta especialidade denota alguma dificuldade em captar internos em favor de outras especialidades mais tecnológicas, pelo que deverá haver um esforço no sentido de implementar mecanismos de discriminação positiva que permita inverter esta situação.

Atendendo ao elevado número de especialistas de Medicina Interna que têm atualmente mais de 60 anos, o número de internos existentes não é excessivo para colmatar as saídas por aposentação e pode mesmo tornar-se deficitário para assegurar todos os postos de trabalho previstos nesta proposta de rede de referenciação de Medicina Interna. Assim, é necessário continuar a preencher todas as capacidades formativas indicadas pela Ordem dos Médicos.

5– NECESSIDADES PREVISÍVEIS DE CUIDADOS E DE RECURSOS

5.1. INDICADORES

Indicadores	
Acesso	% 1 ^{as} Consultas realizadas em tempo adequado Consultas/1000 habitantes Internamentos/1000 habitantes
Desempenho Assistencial	% Reinternamentos em 30 dias (anos civis diferentes) % Internamento com demora superior a 30 dias Ganhos em autonomia funcional por utente % Doentes com adequada adesão e gestão do regime terapêutico Taxa de mortalidade intra-hospitalar ajustada ao risco
Segurança	Taxa de úlceras de pressão adquiridas no hospital Taxa de infeções corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central Taxa de infeções do trato urinário associadas a algiação Taxa de avaliação da dor dentro da janela temporal preconizada Taxa de quedas nos doentes internados
Volume e utilização	Lotação praticada Taxa de ocupação (%) Demora média Doentes saídos (média mensal) por cama Volume de (por patologia ou tipologia de cuidados prestados) Percentagem de (intervenções realizadas que poderão significar má prática)
Produtividade	Globais: Doentes padrão por médico etc Doentes padrão por enfermeiro etc Doentes padrão por (incluir todos os profissionais elegíveis para o efeito, incluindo os assistentes operacionais) Taxa anual de ocupação em internamento Demora média % Horas de cuidados necessárias não cobertas Produção e rácios de eficiência - Atividade Assistencial: Total de consultas médicas (ou de qualquer outro grupo profissional) Primeiras consultas (de qualquer grupo profissional) Consultas subsequentes (de qualquer grupo profissional)

	<p>Total de Atendimentos Urgência</p> <p>Doentes Saídos Internamento</p> <p>Produção e rácios de eficiência – Internamento:</p> <p>% Internamentos c/ demora superior a 30 d</p> <p>% Doentes sinalizados p/ RNCCI em tempo adequado</p> <p>% Reinternamentos em 5 dias (anos civis diferentes)</p> <p>% Reinternamentos em 30 dias (anos civis diferentes)</p> <p>% Reinternamentos em 31-180 dias (anos civis diferentes)</p> <p>% de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo</p> <p>Produção e rácios de eficiência - Consulta externa:</p> <p>Total consultas (por grupo profissional)</p> <p>Primeiras consultas (por grupo profissional)</p> <p>Consultas subsequentes (por grupo profissional)</p> <p>% 1ªs Consultas no total consultas (por grupo profissional)</p> <p>% 1ªs Consultas realizadas e registadas no CTH (por grupo profissional)</p> <p>% 1ªs Consultas realizadas em tempo adequado (por grupo profissional)</p> <p>% Consultas externas com registo de alta no total de consultas (por grupo profissional)</p> <p>% CE não realizada por não comparência utente no total CE (por grupo profissional)</p> <p>Produção e rácios de eficiência - Hospital de Dia:</p> <p>Número de sessões</p> <p>Produção e rácios de eficiência – Urgência:</p> <p>Número total de atendimentos</p> <p>% Atendimentos urgentes c/ internamento</p> <p>% Atendimentos c/ prioridade verde/azul/branca</p>
Económico- Financeira	<p>Custos operacionais por doente padrão</p> <p>Custos com pessoal ajustados por doente padrão</p> <p>Custos com pessoal por doente padrão</p> <p>Custos com produtos farmacêuticos por doente padrão</p> <p>Custos com medicamentos por doente padrão</p> <p>Custos com material consumo clínico por doente padrão</p> <p>Custos com fornecimento de serviços externos por doente padrão</p> <p>% Custos com HE e suplementos no total custos com pessoal</p> <p>% Custos com prestações de serviços no total custos com pessoal</p>

5.2. ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS E DE RECURSOS

O presente documento plasma as opções que os internistas têm vindo a defender para a Medicina Interna no nosso sistema de saúde. Em síntese, propomos a presença da especialidade em todos os hospitais, trabalhando não apenas num serviço físico delimitado, mas num grande departamento e apoiando a maioria dos serviços de ação médica, incluindo os cirúrgicos, com o objetivo de prestar aos doentes os melhores cuidados. Esta visão alargada do âmbito de atuação da Medicina Interna, tendo simultaneamente um papel central na gestão clínica dos hospitais e uma ação periférica, acarreta a necessidade de mais recursos humanos do que os atualmente disponíveis. Isso exigirá um número de internos em formação específica adequado às aposentações previsíveis e ao incremento das atividades da Medicina Interna, estimando-se que cerca de 200 internos por ano possa ser um número adequado.

Por outro lado, a par com este alargamento da ação da Medicina Interna, poderá ocorrer uma redução na área dos cuidados intensivos, mercê da recente criação da especialidade de Medicina Intensiva, que tem já um internato próprio. A ser assim, importará clarificar a posição dos internistas que trabalham em cuidados intensivos e que poderão ter que optar por uma ou outra das áreas em questão. Daí dependerá também a estimativa de necessidades de recursos humanos no futuro imediato.

Portanto, podemos assegurar que haverá um franco aumento das necessidades de cuidados, pelos motivos já expressos nos capítulos anteriores, um grande aumento das áreas de trabalho dos especialistas de Medicina Interna e um conseqüente aumento das necessidades de recursos humanos. Também será necessário um acréscimo do espaço de internamento e ter em conta que a hospitalização domiciliária deverá ser vista como uma forma de atenuar o atual *deficit* de camas de Medicina Interna.

Para que possamos apresentar estimativas concretas, seria necessário dispor de números rigorosos no que respeita aos internistas a trabalhar no nosso sistema de saúde, o que verificamos não existir, ao confrontar os dados fornecidos pela ACSS e aqueles que são reportados à Ordem dos Médicos e aos órgãos do internato médico, ou aos existentes na Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Isso terá certamente a ver com a multiplicidade de ações desenvolvidas pelos internistas, alguns envolvidos em trabalho muito específico, fora dos seus serviços de origem, outros em tarefas administrativas, etc.

Por tudo isto, os dados apresentados no capítulo 6 referem-se fundamentalmente às funções atuais dos internistas nos Serviços de Medicina Interna, devendo ser tidos como indicativos das necessidades mínimas para manter as tarefas atuais (sem os cuidados intensivos), mas sendo claramente insuficientes para a expansão que propomos, de modo a corresponder às necessidades dos doentes.

Uma vez que os doentes do foro médico que acorrem aos Serviços de Urgência exigem uma atuação em tudo concordante com o perfil da Medicina Interna, a estimativa do número necessário de especialistas de Medicina Interna conta com estes serviços.

6– CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS

6.1. DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE PATOLOGIAS, PROCEDIMENTOS, EQUIPAMENTOS E TECNOLOGIAS ESPERADOS, POR NÍVEL

De acordo com a portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, “os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde classificam-se hierarquicamente segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas em quatro grupos”. Mas esta portaria foi revogada pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, que considera a necessidade de nova classificação, tendo por base as redes de referência.

Utilizaremos como base a classificação anterior como indicativa da realidade atual e do modo como a Medicina Interna se pode organizar nos diferentes hospitais, mas apontamos para novas formas de organização, quer dos hospitais, quer dos Serviços. Por exemplo, pode ser muito importante a recriação de hospitais de proximidade, que venham a ocupar o lugar anteriormente preenchido pelos hospitais concelhios, onde a Medicina Interna poderá desempenhar um papel crucial, em estreita colaboração com a Medicina Geral e Familiar. Poderemos então ter cinco tipos de hospitais, em vez de quatro, que basicamente teriam o papel de concelhios, distritais, regionais e centrais, sendo alguns cumulativamente universitários e ainda os particularmente especializados.

No que respeita à organização dos Serviços, visamos a criação de estruturas departamentais, em que as várias especialidades médicas coexistam no mesmo espaço, articulando-se através do tipo de cuidados e não do espaço físico. Enquanto esse modelo de organização não for possível, propomos uma estreita colaboração entre especialidades, com a criação de unidades multidisciplinares vocacionadas para patologias específicas.

A Medicina Interna poderá e nalguns casos deverá estar presente em unidades diferenciadas, dedicadas a patologias específicas, sobretudo quando tenham carácter sistémico, surjam em doentes com polipatologia, ou apresentem fatores de risco associados, justificando abordagem global. Um exemplo são as unidades de acidente vascular cerebral.

Finalmente, defendemos que a ação da Medicina Interna dentro do Hospital deve estender-se a praticamente todas as áreas, prestando os seus cuidados e colocando os seus conhecimentos e prática

clínica ao serviço dos doentes que disso necessitem, independentemente do local de internamento ou atendimento.

Os **hospitais do Grupo I** estavam destinados a uma área de influência direta entre 75.000 e 500.000 habitantes, sem área de influência indireta e comportavam como valências a medicina interna, a neurologia, a pediatria médica, a psiquiatria, a cirurgia geral, a ginecologia, a ortopedia, a anestesiologia, a radiologia, a patologia clínica, a imuno-hemoterapia e a medicina física e de reabilitação; outras valências, poderiam ser incluídas, de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas e nunca terão algumas. Estas instituições estabeleciam relações de referenciação com instituições do grupo II e grupo III para as áreas em que não tinham capacidade técnica ou recursos disponíveis.

Em hospitais deste nível, qualquer que venha a ser a sua reclassificação, a Medicina Interna deve ter capacidade técnica para assegurar mais de 80% dos cuidados necessários à população. Idealmente deverá existir uma organização departamental, em que a Medicina Interna seja a principal responsável pelos doentes do foro médico. Se considerarmos um Serviço clássico de Medicina, podemos estimar uma necessidade de internamento entre 2.600 e 3.350 doentes por ano, o que justificará 70 a 90 camas de internamento, com uma demora média de oito dias. No entanto, há que ter em conta a variabilidade da dimensão dos hospitais deste nível, o que se traduzirá também no número de camas a atribuir à Medicina Interna, variando ainda de acordo com as eventualmente atribuídas a outras especialidades médicas. Obviamente, a opção por uma estrutura departamental tornará obsoleto este cálculo do número de camas, passando a haver uma unidade de internamento de maior dimensão, incluindo toda a área médica.

Deve existir uma unidade de cuidados intermédios (7 a 9 camas) na dependência da Medicina Interna e em articulação com os cuidados intensivos. Podem entender-se como cuidados intermédios alguns dos prestados a doentes coronários ou com AVC na fase aguda.

Prevê-se uma necessidade de consultas de Medicina Interna de 9.000 a 9.500 por ano, das quais 1/4 devem ser primeiras (não se incluem 100% no hospital por poderem ser referenciadas uma parte delas).

Podem ser excluídas da carteira de cuidados destas unidades algumas doenças raras (*Gaucher, Fabry*, etc), doenças hematológicas/oncológicas agudas e doenças cujo compromisso vital exige meios técnicos não previstos para estes hospitais.

Os **hospitais do Grupo II** e do **grupo III** previam áreas de influência direta e indireta para as suas valências, que incluíam todas as do grupo I e as restantes, sendo que as de farmacologia clínica,

genética médica, cardiologia pediátrica, cirurgia cardiotorácica e cirurgia pediátrica eram restritas ao grupo III.

Na tipologia até agora incluída no **Grupo II**, estima-se um internamento de cerca de 5.000 a 5.500 doentes por ano, da área de atração direta, o que justificará cerca de 120 a 135 camas, com uma demora média de oito dias. A unidade de cuidados intermédios deve ter 10 a 14 camas (demora média 5 dias e taxa de ocupação de 90%).

Prevê-se a realização de 16.200 a 19.000 consultas externas por ano, das quais 1/4 devem ser primeiras. Devem ainda adicionar-se mais 1.100 consultas de referência de segunda linha por cada 150.000 habitantes.

Nos hospitais incluídos no **grupo III**, esperam-se entre 6.000 e 6.800 doentes por ano da população direta, a que há que acrescentar mais 400 a 500 doentes por cada 150.000 habitantes provenientes de Hospitais de nível I e II, o que justificará entre 160 a 200 camas de internamento, com uma demora média de oito dias e taxa de ocupação de 80%. Estes hospitais necessitarão de cerca de 30 a 40 camas de cuidados intermédios de Medicina Interna. Também nestes casos, o espaço de internamento será diferente se se optar pela departamentação.

Prevê-se uma necessidade de consultas de Medicina Interna de mais de 20.000 consultas por ano, das quais 1/4 devem ser primeiras (nestas consultas estão também já incluídas as referências de segunda e terceira linha).

O **Grupo IV** correspondia aos hospitais especializados, nas áreas de Oncologia (IV-a), Medicina Física e Reabilitação (IV-b) e Psiquiatria e Saúde Mental (IV-c). Nestes hospitais também se deve prever a presença da Medicina Interna, nos moldes indicados no ponto 6.3.

A Medicina Interna caracteriza-se pela capacidade de observação global dos doentes, com base numa história clínica e num exame físico completos. Não é uma especialidade vocacionada para a realização de técnicas, mas antes para a sua prescrição criteriosa e interpretação clínica.

No entanto, é possível e desejável que os internistas sejam capazes de executar algumas técnicas, quer pela sua facilidade de execução à cabeceira do doente, quer pelo contributo que trazem como complemento do exame físico, quer pela necessidade do local em que o médico trabalha. O internista deve adquirir competência específica na realização das técnicas que se proponha executar, de modo a não ser inferior a qualquer outro especialista que as utilize.

Como exemplo de técnicas ao alcance do internista, que desejavelmente pode executar e de que há provas irrefutáveis da sua competência e prática, podemos citar: ECG, ecocardiografia, ecografia abdominal, ecoDoppler vascular, MAPA, osteodensitometria, elastografia hepática transitória, diversas biópsias (hepática, renal, pleural, sinovial, óssea), paracenteses (abdominal, torácica), punções (articulares, medular), etc.

Ao equacionar a necessidade de equipamentos adstritos à Medicina Interna deve ter-se em conta a organização dos Serviços, defendendo-se que estes devam ter um internamento generalista a par de unidades diferenciadas, com destaque para os cuidados intermédios, que reputamos fundamentais para a Medicina Interna, atendendo às necessidades de muitos dos doentes que a cargo da especialidade.

Os equipamentos médicos essenciais à Medicina Interna devem existir em número adequado à dimensão de cada hospital, podendo referir-se ventiladores, equipamentos de ventilação não invasiva (VNI), monitores de sinais vitais, aparelhos de ecografia (incluindo ecocardiografia e ecografia vascular), esfigmomanómetros, etc. Alguns equipamentos podem ser importantes para alguns serviços, de acordo com as suas especificidades, como por exemplo: Fibroscan (elastografia hepática transitória), Medição Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA), capilaroscopia, etc.

6.2. LOCALIZAÇÃO ESPERADA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DA ESPECIALIDADE

A Medicina Interna deve estar presente nos Serviços de Urgência de todos os Hospitais, independentemente de existirem ou não equipas fixas. Importa realçar que a equipa fixa de Medicina Interna deverá ser constituída por internistas, não sendo recomendável que possa ser integrada por médicos indiferenciados ou com outra especialidade. Nestes casos, o número de médicos que constituem essa equipa deve ser somado ao dos internistas colocados no Serviço de Medicina Interna para efeitos do cálculo de especialistas necessário ao hospital.

Nos casos em que não exista equipa fixa, o(s) Serviço(s) de Medicina Interna do Hospital assegurarão a urgência por escala, devendo isso ser tido em conta na dotação de pessoal médico. Nos hospitais em que exista equipa médica fixa no Serviço de Urgência, os internistas do serviço de Medicina Interna devem ser escalados para atuação na sua área específica, ou, em alternativa, ser escalados em urgência interna, em ambos os casos devendo ser os responsáveis pelas decisões de internamento no seu Serviço.

6.3. CARATERIZAÇÃO ESPERADA DAS EQUIPAS

Conforme os princípios enunciados a Medicina Interna deverá organizar-se de acordo com as diferentes tipologias hospitalares existentes no País e deverá ainda estar presente em alguns hospitais especializados, designadamente os IPO e os Centros de Reabilitação.

A especialidade de Medicina Interna pode organizar-se em Unidades, Serviços e Departamentos/Centros de Responsabilidade/Unidades de Gestão Integrada, de acordo com a dimensão dos cuidados e do modelo organizativo do hospital. Preferencialmente, a organização dos hospitais deve contemplar departamentos em que à Medicina Interna cabe um papel central na observação e orientação global dos doentes e as outras especialidades atuam quando necessário, executando técnicas de diagnóstico e terapêutica e assumindo doentes específicos. Há exemplos dessa organização em alguns hospitais do SNS, que poderão ser replicados.

As equipas de Medicina Interna devem ser constituídas de acordo com as tarefas que cabem à especialidade nos diferentes hospitais. Perante uma organização hospitalar caracterizada por Serviços das várias especialidades, como regra geral deve prever-se um número de especialistas que permita um rácio de um por cada 5 camas ou cerca de 200 internamentos por ano, sendo esta também a regra proposta para atribuição de internos da formação específica. Com qualquer forma de organização, o médico deve dispor de um mínimo de 30 minutos por dia e por cada doente internado.

Além do número assim obtido, há que ter em conta as outras atribuições da Medicina Interna, nas várias unidades diferenciadas (com destaque para os cuidados intermédios), no hospital de dia, nas consultas externas, no apoio a serviços doutras especialidades (incluindo as cirúrgicas), na urgência externa e interna, no internamento domiciliário, nos cuidados paliativos, etc.

Para assegurar a urgência será necessário um mínimo de dois especialistas de Medicina Interna nas 24 horas, independentemente do modelo adotado. Em regra, deve haver um internista por cada 50 doentes atendidos no Serviço de Urgência, e sem responsabilidade pela urgência interna.

A residência (urgência interna dos Serviços/Departamentos de Medicina Interna), bem como a assistência urgente a ocorrências médicas noutros serviços, deve ser assegurada por um especialista de Medicina Interna por cada 50 camas, em presença física durante os períodos em que não exista trabalho em horário normal, cobrindo as 24 horas, todos os dias, sem sobreposição com a escala do Serviço de Urgência. Só deste modo se garantirá a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados, incluindo

registo clínico diário e de todas as ocorrências médicas. Estes aspetos têm aliás implicação legal, que importa acautelar.

No apoio a especialidades cirúrgicas (Cirurgia Geral, Ortopedia, Neurocirurgia e Cirurgia Vascular), que representam 5518 camas no país, propomos um internista por cada 50 camas, o que representa cerca de 220 especialistas para o país.

A Medicina Interna deve participar nos cuidados paliativos e, tendo em conta o disposto no despacho n.º 14311-A/2016 e a circular normativa n.º 1/2017/CNCP/ACSS, de 12-01-2017, os internistas que tenham a competência respetiva são os especialistas ideais para exercer a coordenação das equipas e unidades previstas.

Nos hospitais com ensino universitário pode ser necessário um número maior de médicos, atendendo às funções docentes e de investigação e ao facto de alguns elementos da equipa poderem estar em primeiro emprego nas Universidades.

Na organização dos serviços, unidades ou departamentos, a direção deve ser desempenhada por um assistente graduado sénior e haverá lugares de chefia por cada 25 a 30 camas, ou seja, por cada 5 a 6 especialistas (a serem desempenhados preferencialmente por assistentes graduados sénior).

Em síntese, o cálculo do número de internistas a colocar em cada hospital dependerá do tipo de instituição e da sua organização interna, propondo-se a evolução para o modelo departamental e para um rácio de camas de Medicina Interna em relação ao total de camas do hospital de cerca de 50%, no caso de um hospital de média dimensão. Por exemplo, nestes casos o rácio atual é de 29% (4.653/16.294 camas), enquanto no Hospital Pedro Hispano, por exemplo, é de 50% (147/294 camas), pelo que se estima que o cálculo das necessidades de internistas implica multiplicar por 1,7 o valor atual, de modo a que o número de especialistas de Medicina Interna seja 40 a 50% em relação ao total de especialistas de especialidades médicas.

Apontaremos de seguida alguns dados exemplificativos da distribuição de médicos de Medicina Interna nos diferentes hospitais, naturalmente com necessidade de adaptação a cada hospital em concreto, de acordo com a sua dimensão real e as atividades que efetivamente aí são desenvolvidas. Como base para os números indicativos que mostraremos, será utilizado o horário tipo de 40 horas por semana, considerando teoricamente todo o tempo dedicado a uma só tarefa. Os internos da formação específica do 5.º ano poderão ser contabilizados neste número, enquanto não for possível preencher todos os lugares com especialistas.

Na hipótese, que defendemos, de serem criados/reactivados hospitais de proximidade, estes baseiam-se na Medicina Interna, que deve dispor de unidades de 10 a 20 camas e gabinetes de consulta, contando

com 3 a 6 especialistas. Estes hospitais devem estar afiliados a hospitais de nível superior, para onde farão a referência quando necessário e com que contarão para todo o apoio necessário.

Nos hospitais da tipologia prevista até aqui no **Grupo I**, prevendo-se um internamento de 70 a 90 camas, estima-se para esta atividade, numa base de 30 minutos por cada doente e por dia, a necessidade de 6 a 8 médicos. A unidade de cuidados intermédios, que necessitará de um médico 24 horas por dia, todos os dias, exige mais 4 a 5 médicos. O apoio ao hospital, com consultoria interna e formação exige 1 médico. As consultas externas, a funcionar um mínimo de 225 dias por ano, necessitarão de 2 médicos. A direção de Serviço e a coordenação de duas unidades de internamento ocuparão 3 médicos. Acresce a necessidade de internistas para assegurar a urgência e a residência interna, estimada em 20 a 22 médicos. Paralelamente tem que se contabilizar o tempo despendido com a orientação de internos e a investigação. Em conclusão, esta tipologia hospitalar precisa de **35 a 40 especialistas** de Medicina Interna, com horário de 40 horas por semana.

Nos hospitais da tipologia prevista para o **Grupo II**, para o internamento de 120 a 130 camas, estima-se que sejam necessários 10 a 12 médicos. Os cuidados intermédios consumirão o horário de 6 médicos. O apoio ao hospital, com consultoria interna e formação exige 2 médicos. Para as consultas externas serão necessários 4 médicos. Para os exames complementares a realizar no âmbito do Serviço, será necessário o horário de 1 médico. A coordenação das unidades e a direção de Serviço envolverá 5 a 6 médicos. A residência para toda a área médica exigirá 5 médicos. Tendo em conta que a urgência comporta cerca de 1.600 horas por semana, equivalerá sensivelmente a 40 médicos e se 40% forem das especialidades cirúrgicas e psiquiatria, então serão necessários 24 internistas. Em conclusão, esta tipologia hospitalar precisa de 57 a 60 especialistas de Medicina Interna.

Nos hospitais até agora incluídos no **grupo III** a Medicina Interna deve ter capacidade técnica para assegurar 100 % dos cuidados da especialidade necessários da sua população e servir ainda de referência para os outros hospitais da sua área como referência de segunda e terceira linhas. Deve responder a toda a patologia, embora as doenças mais raras sejam preferencialmente tratadas apenas em algumas unidades de referência nacional, incluindo os centros de referência recentemente criados.

Prevê-se um internamento de, pelo menos, 160 a 200 camas, o que exigirá 14 a 18 médicos. Os cuidados intermédios exigirão 6 médicos. O apoio aos diversos serviços do hospital, a consultoria interna e a formação, 2 médicos. Para as consultas estima-se ser necessário o horário de 4 médicos. Para exames complementares, 2 médicos. A /residência, para o Serviço e outras áreas médicas, exigirá 8 médicos. Para o Serviço de Urgência serão necessários 37 médicos. Para a coordenação das unidades e

direção do Serviço, 6 a 7 médicos. Em conclusão, esta tipologia hospitalar precisa de, pelo menos 79 a 84 especialistas de Medicina Interna.

O **Grupo IV** correspondia aos hospitais especializados, nas áreas de Oncologia (IV-a), Medicina Física e Reabilitação (IV-b) e Psiquiatria e Saúde Mental (IV-c). Os **IPO**, atendendo à sua missão, devem também contemplar uma unidade de Medicina Interna com 5 a 6 médicos (quatro deles deveriam assegurar a urgência interna) e cuidados paliativos, essencialmente a cargo de internistas, justificando, pelo menos 5 especialistas. Os centros de reabilitação deverão ter, pelo menos, 4 especialistas de Medicina Interna para assegurar 24 horas de permanência. Os hospitais psiquiátricos deveriam assegurar consultadoria em Medicina Interna, através de contratualização com um dos hospitais mais próximos.

Finalmente, no caso de hospitais universitários, os mapas de pessoal devem ser negociados com as universidades, uma vez que podem ser mistos, com médicos hospitalares e professores universitários, exigindo um enquadramento e uma missão diferente das de outros hospitais. A Medicina Interna deve ocupar um lugar de destaque também nestes hospitais, onde, para além da atividade clínica, deve estar empenhada no planeamento e execução da investigação científica e no ensino dos diferentes ciclos universitários.

6.4. ARQUITETURA DAS RRH

Uma rede de referenciação pode ser desenhada em função de especialidades médicas organizadas em serviços e consultas específicas, sendo o doente referenciado pelo médico, tendo em conta a patologia dominante, ou para a qual pretende uma opinião ou tratamento especializado, a um determinado serviço de especialidade. Neste modelo, a Medicina Interna tende a ser mais uma especialidade isolada, perdendo-se a sua capacidade holística na orientação dos doentes.

Uma alternativa mais adaptada à realidade e às necessidades dos doentes seria a referenciação por grupos nosológicos, organizando-se os hospitais em unidades multidisciplinares dedicadas às patologias mais frequentes. Neste caso, a maioria dos doentes não será referenciada a um serviço duma determinada especialidade, mas ao grupo ou grupos existentes no hospital que melhor respondam às suas necessidades. Obviamente, em casos mais específicos, ou depois duma primeira avaliação global a referenciação será feita para o especialista mais indicado. Neste modelo a Medicina Interna desempenhará um papel central, quer na avaliação inicial do doente, quer integrando grupos/unidades multidisciplinares.

Uma terceira via passará por uma referenciação da maioria dos doentes para a Medicina Interna, que assegurará os cuidados necessários a uma elevada percentagem e solicitará o apoio doutras especialidades, quando necessário, num processo de referenciação interna hospitalar. Esta será porventura a melhor solução no SNS português neste momento e numa fase de transição para a segunda hipótese colocada, a mais desejável.

Em qualquer caso, a referenciação pressupõe que o médico que envia o doente tenha toda a informação necessária para poder decidir da melhor forma possível, no interesse do doente. Assim, tem que ser definida a carteira de serviços de cada hospital, que deve estar disponível *online*, incluindo toda a oferta em consultas, exames e internamento e para as eventuais duplicações de oferta, nos casos em que dois serviços diferentes têm, por exemplo, consultas para a mesma patologia, deve indicar-se o tempo de espera previsível para cada hospital, serviço e consulta.

No que respeita especificamente à Medicina Interna, a especialidade deve estar presente em todos os hospitais até aqui incluídos nos grupos I, II e III, podendo também estar nos do grupo IV, especialmente em Oncologia e MFR e, como defendemos, deverá ser a base dos hospitais de proximidade.

O nível de atuação da Medicina Interna terá, deste modo, uma parte comum a todos os hospitais, que consiste na observação, orientação e tratamento da maioria dos doentes adultos e idosos com doenças do foro médico, com a necessária colaboração das outras valências, de acordo com a patologia em causa. Além disso, haverá necessidade de referenciação de Serviços de Medicina Interna de hospitais de grupos menos diferenciados para os de maior diferenciação, em função da necessidade de apoio de valências inexistentes nos primeiros. Do mesmo modo, pode justificar-se a referenciação entre hospitais do mesmo nível, tendo em conta as valências existentes em cada um e/ou a eventual diferenciação dos da Medicina Interna nos vários hospitais.

De facto, em qualquer dos hospitais, a Medicina Interna pode assumir áreas diferenciadas, que devem ser incluídas na referenciação de doentes com a respetiva patologia, devendo os hospitais incluir essa oferta na sua carteira de serviços, desde que exista reconhecimento pelas autoridades de saúde ou pela Ordem dos Médicos. Estão neste caso um conjunto de consultas temáticas, como por exemplo as dedicadas às doenças autoimunes sistémicas, às doenças hepáticas, à diabetes mellitus, à nutrição clínica, à prevenção cardiovascular (hipertensão arterial, aterosclerose, dislipidemias), à infeção VIH/SIDA, à geriatria, etc.

Quanto à referenciação entre níveis de cuidados de saúde, os Cuidados de Saúde Primários devem ter acesso à carteira de serviços de cada hospital da sua região, com indicação de toda a oferta diferenciada,

independentemente dos serviços hospitalares envolvidos. Assim, podem referenciar para Medicina Interna ou para as diferentes especialidades médicas, incluindo-se as consultas temáticas dos Serviços de Medicina Interna. Nesse sentido devem ter indicação do reconhecimento formal de cada área, bem como do tempo de espera previsível.

Além disso, será desejável que a Medicina Interna assuma um papel de charneira na referência hospitalar de doentes do foro médico, que na maioria beneficiarão duma primeira abordagem global e integradora, que permita a resolução imediata do problema ou a orientação para as áreas/especialidades mais adequadas. Neste sentido, recomendamos~fortemente que os hospitais estimulem e promovam a constituição de grupos multidisciplinares dedicados a patologias específicas, integrados preferencialmente por internistas.

Posteriormente à nova classificação dos hospitais quanto ao seu nível e à definição da carteira de serviços para cada um deles, haverá lugar à especificação da referência de Medicina Interna.

Em Anexo apresentamos o esquema da arquitetura da rede de Medicina Interna.

7- MONITORIZAÇÃO DA RRH

Na monitorização da RRH é imprescindível controlar a qualidade e zelar pela segurança do doente, que deve ser uma preocupação central na atividade dos serviços de saúde e, portanto nos nossos Serviços de Medicina Interna.

Evitar que os doentes venham a ter complicações relacionadas com os cuidados de saúde é prioritário e implica uma cultura de equipa, para além da organização adequada dos serviços de saúde, que diminua a probabilidade de erro imputável ao sistema. Daí a necessidade do desenvolvimento do espírito de equipa e do conhecimento dos instrumentos de análise e vigilância do sistema, de forma a antecipar e corrigir os problemas potencialmente geradores de erros. Tal só é conseguido na base duma cultura que deve ser estabelecida e desenvolvida, relacionada com a segurança do doente. A análise antecipatória de erros e a análise detalhada dos acontecimentos são tarefas fundamentais a desenvolver quotidianamente.

Por outro lado, é fundamental dar a cada doente o que necessita, na base das evidências científicas, e reduzir o atraso na implementação de boas práticas. Por isso é essencial a preocupação na atualização científica e na existência e desenvolvimento de listas de verificações, protocolos e normas de orientação, assentes nas necessidades dos serviços e na sua evolução e verificadas pela monitorização de indicadores de processo e de resultado adequados, mas sistematicamente colhidos.

Todos os serviços de Medicina Interna deverão ter um plano de qualidade e segurança do doente, revisto anualmente e que integre o plano da instituição de saúde. Nesse plano serão definidas metas, objetivos e indicadores que deverão ser recolhidos periodicamente e analisados pela equipa. O plano deverá ter em consideração as áreas de ação do Serviço, incluindo a assistência, o ensino e formação e a investigação. O desenvolvimento da qualidade deverá ser feito tendo como base modelos de implementação comprovados. Os Serviços de Medicina Interna devem participar em programas nacionais de qualidade e segurança como o SINAS e os resultados da monitorização devem ser disponibilizados.

As técnicas e procedimentos devem ser desempenhadas apenas por pessoas competentes para o efeito, devendo ser objeto de registo e monitorização. Qualquer nova técnica só deve ser implementada no Serviço depois de validada pelo seu diretor, implicando a demonstração da obtenção da competência e a análise de risco associado e de benefício esperado.

A este respeito recomendam-se alguns indicadores de qualidade:

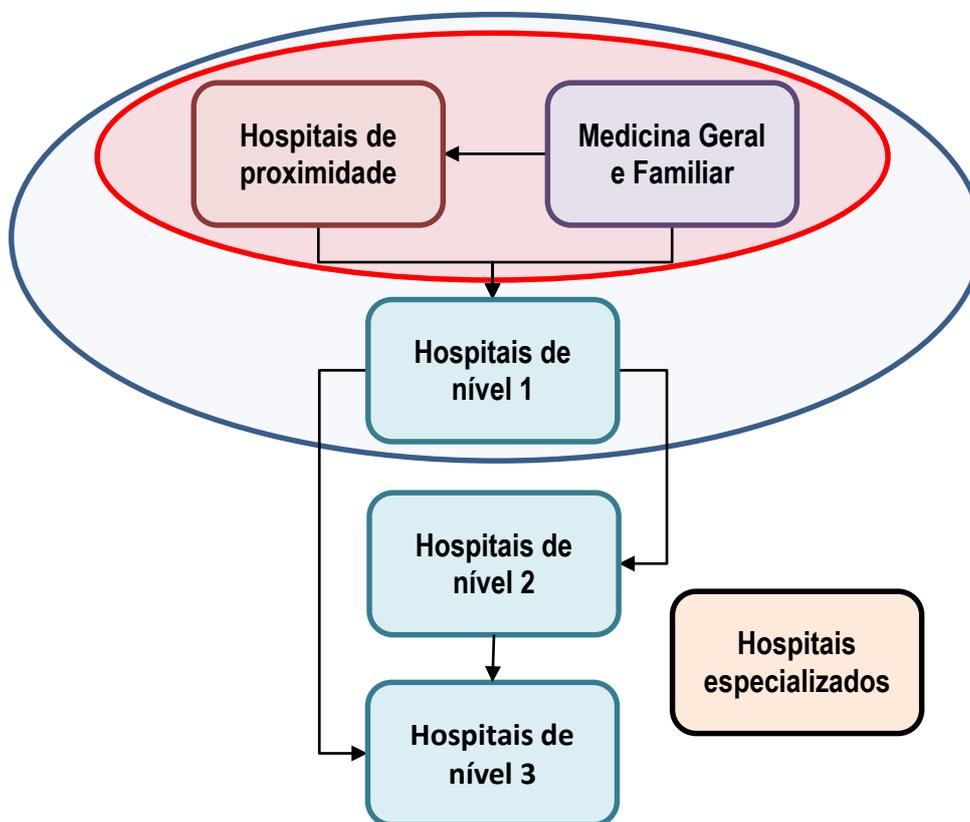
- Adequação de cuidados
 - Utilização de fármacos recomendados em tempo recomendado
 - Intervenções de prevenção
 - Uso de dispositivos e acessos vasculares
 - Revisão de utilização
 - Restrições
- Complicações
 - Infeção
 - Embolia pulmonar
 - Morte inesperada
- Gestão
 - Custos
 - Cumprimento de diretivas
 - Eficácia e eficiência
- Acessibilidade
 - Tempo de espera
 - Continuidade de cuidados)
- Satisfação de profissionais e doentes
- Ensino, formação e desenvolvimento profissional

Os serviços designarão um dos médicos como responsável pelo controlo de qualidade com uma imputação de horário de 5 horas semanais.

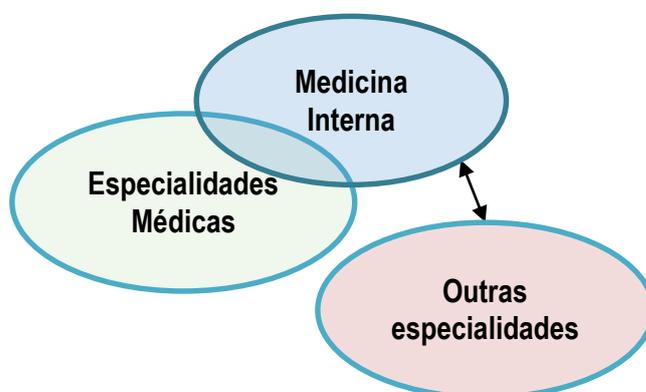
Todos os Serviços de Medicina Interna deverão ter um plano de formação multiprofissional que inclua uma avaliação de necessidades, periódica, associada a funções e estratégia presentes e futuras do Serviço. Nesse plano serão incluídos todos os tipos de ações que contribuam para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais do serviço, independentemente do local onde ocorram, desde que sejam desenvolvidos em tempo de serviço.

8- ANEXOS

Anexo 1 – Esquema da Arquitetura da Rede



Referenciação de Medicina Interna entre níveis de cuidados

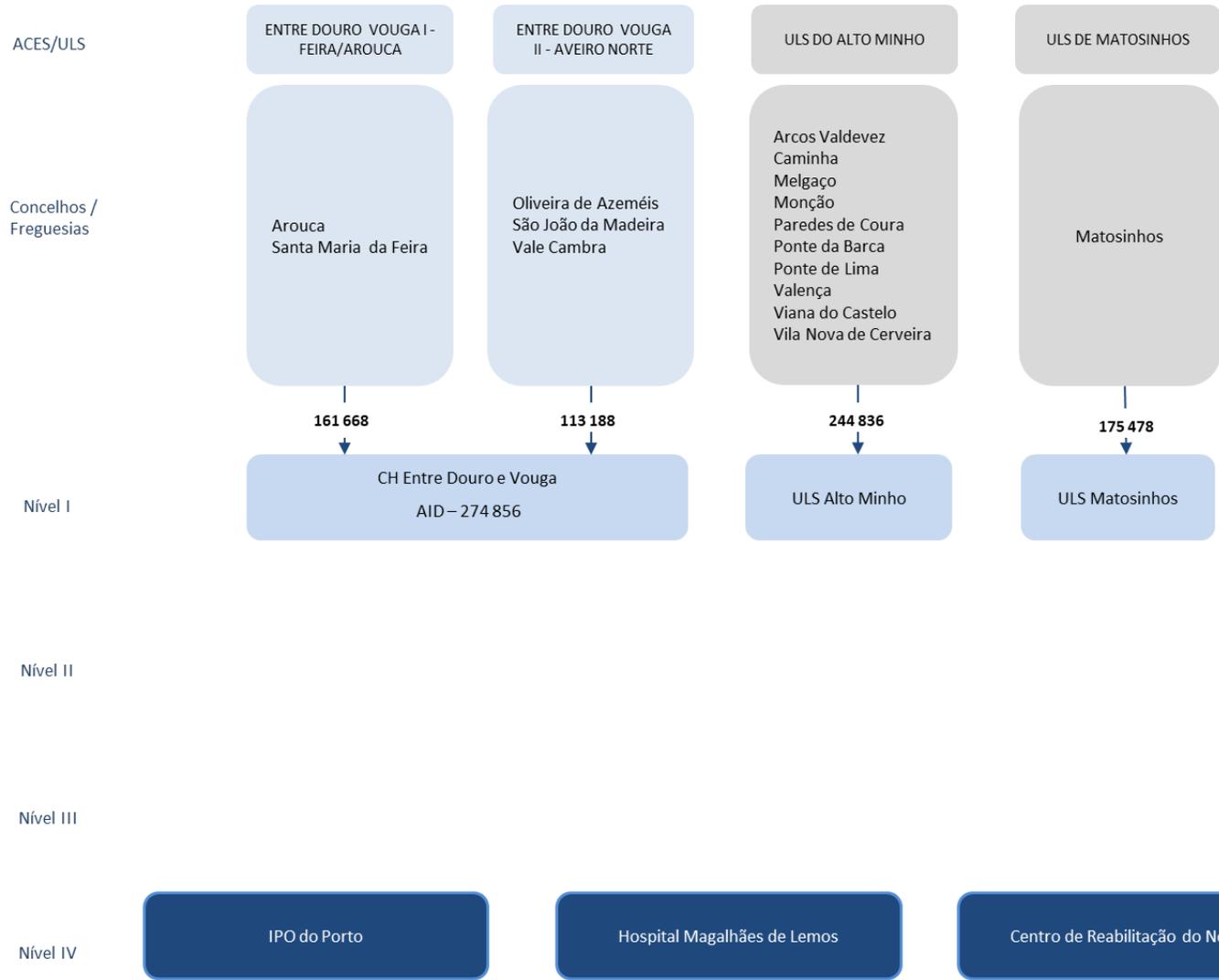


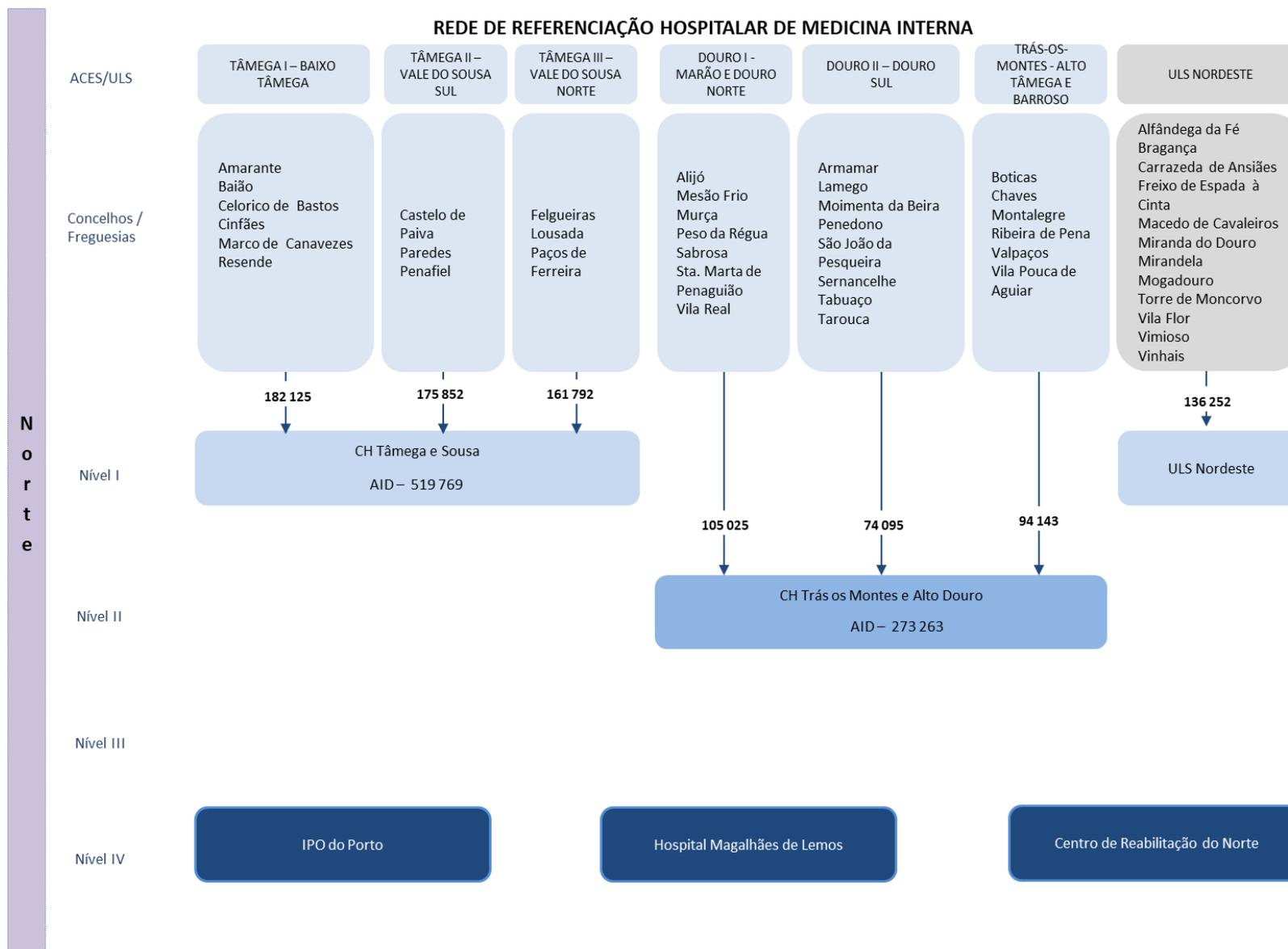
Referenciação de Medicina Interna intra-hospitalar

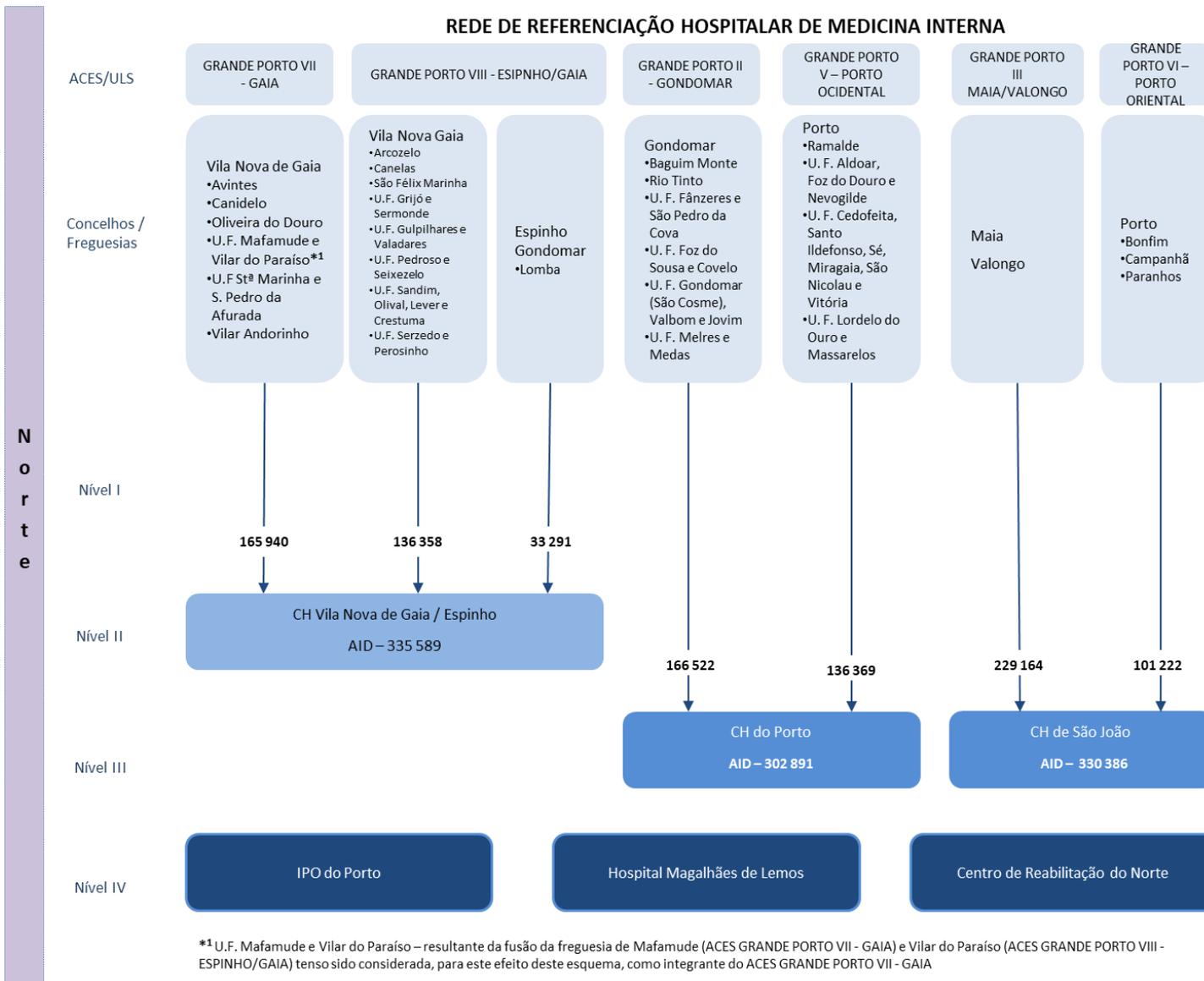
Anexo 2 – Arquitetura da Rede de Referência Hospitalar de Medicina Interna

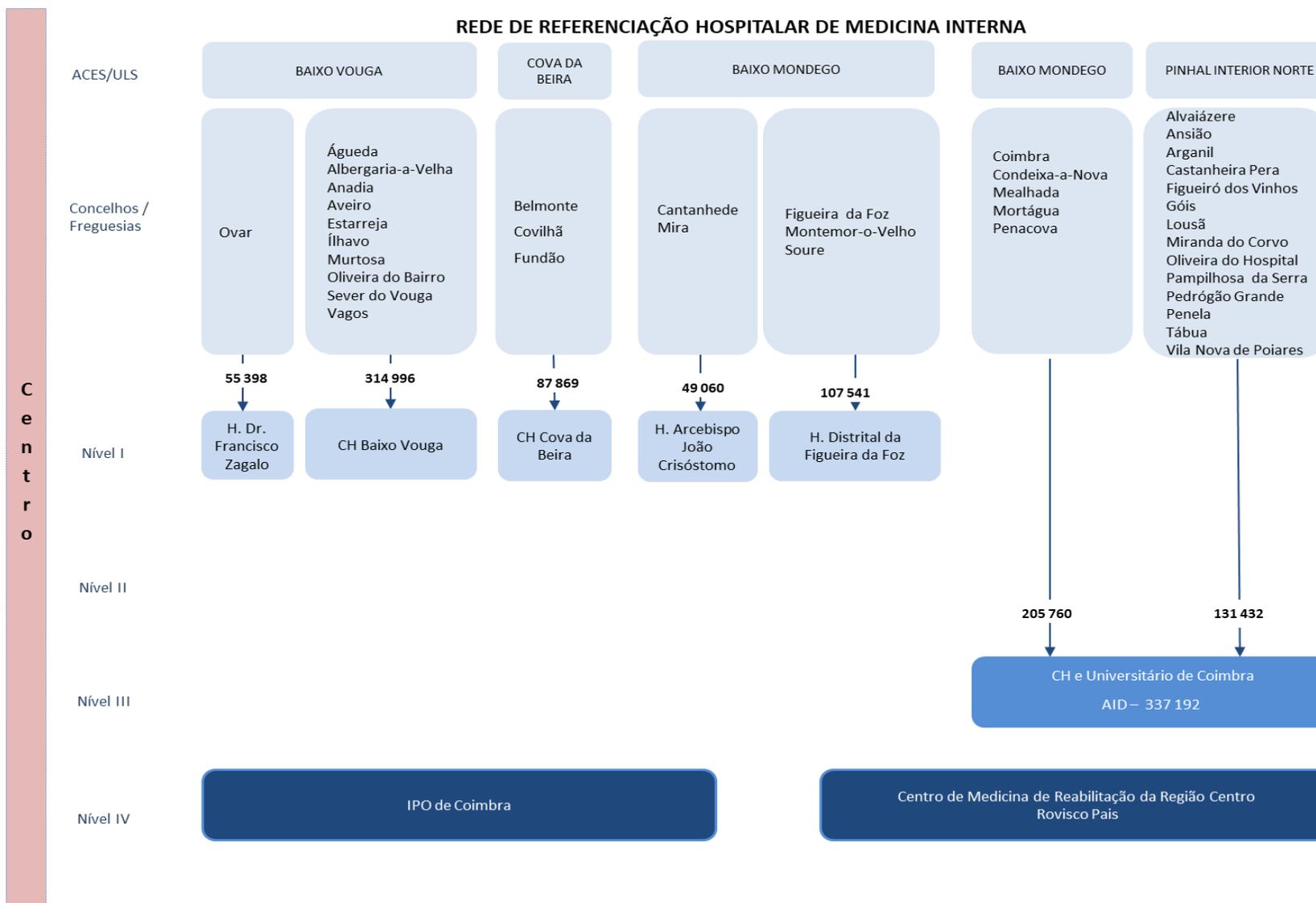
Esta arquitetura reflete uma possibilidade de referência e não uma obrigatoriedade, uma vez que depende sempre do nível de cada serviço de Medicina Interna a necessidade de referenciar a outro ou assumir plenamente o doente.

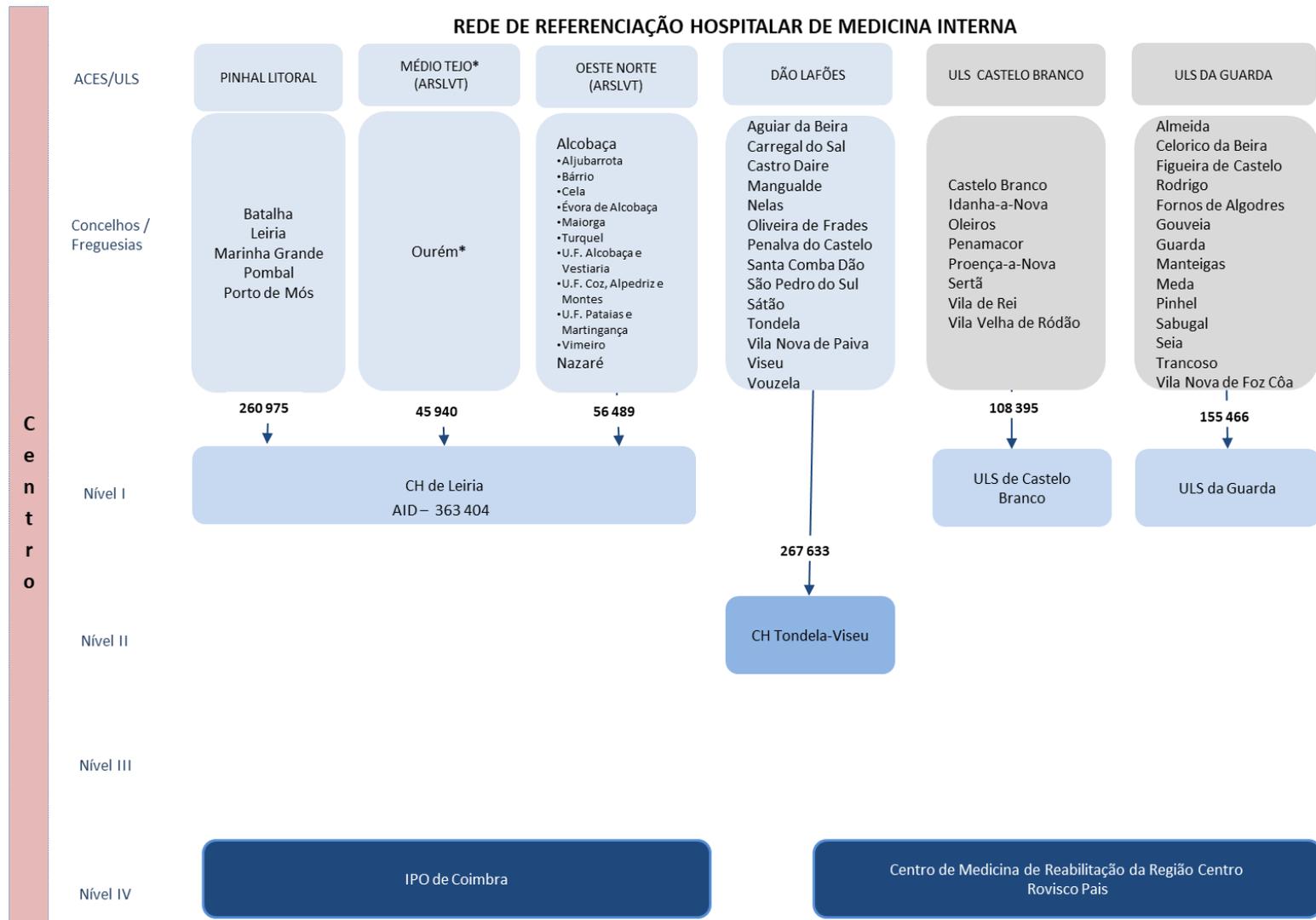
REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA INTERNA



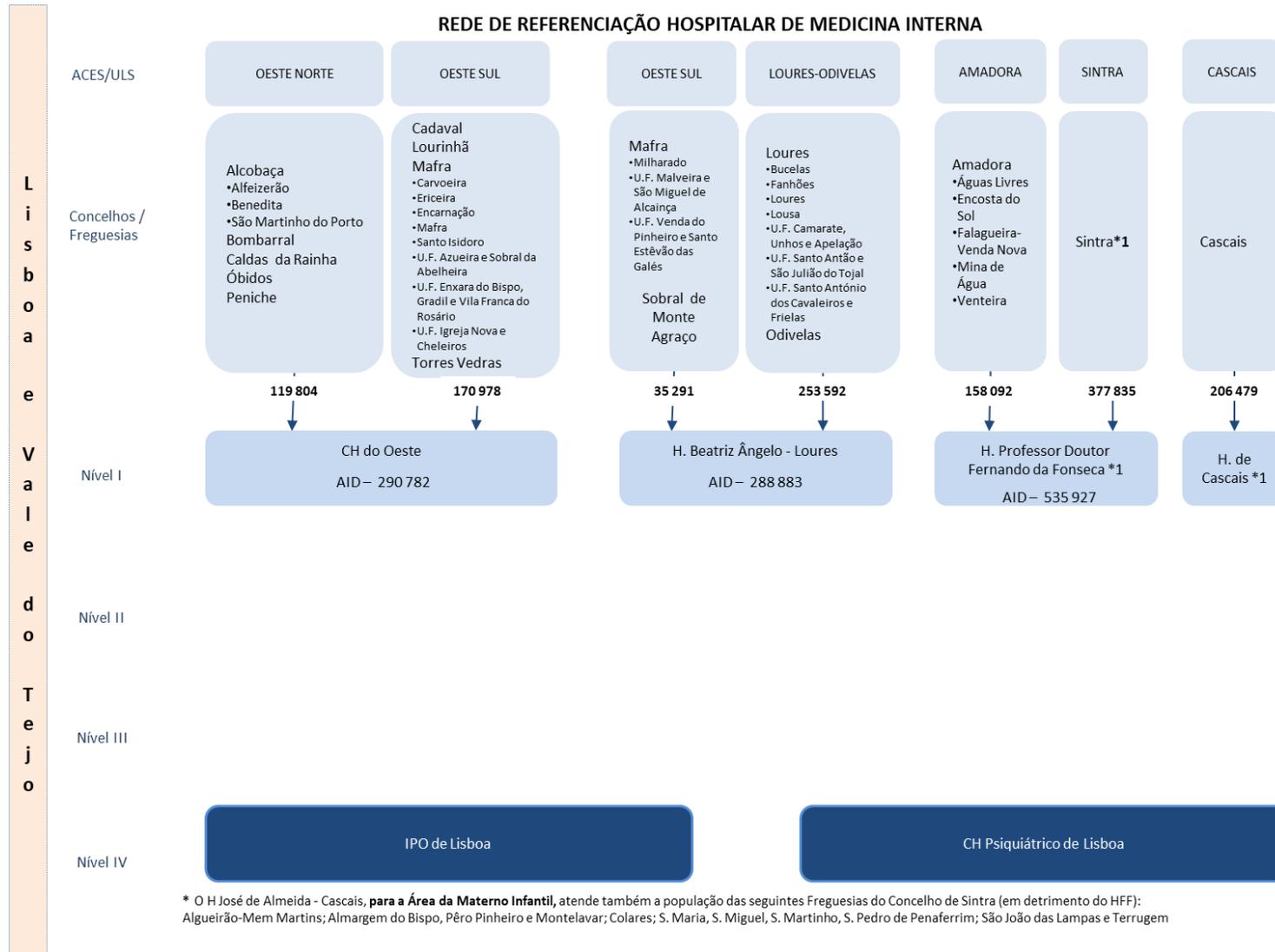




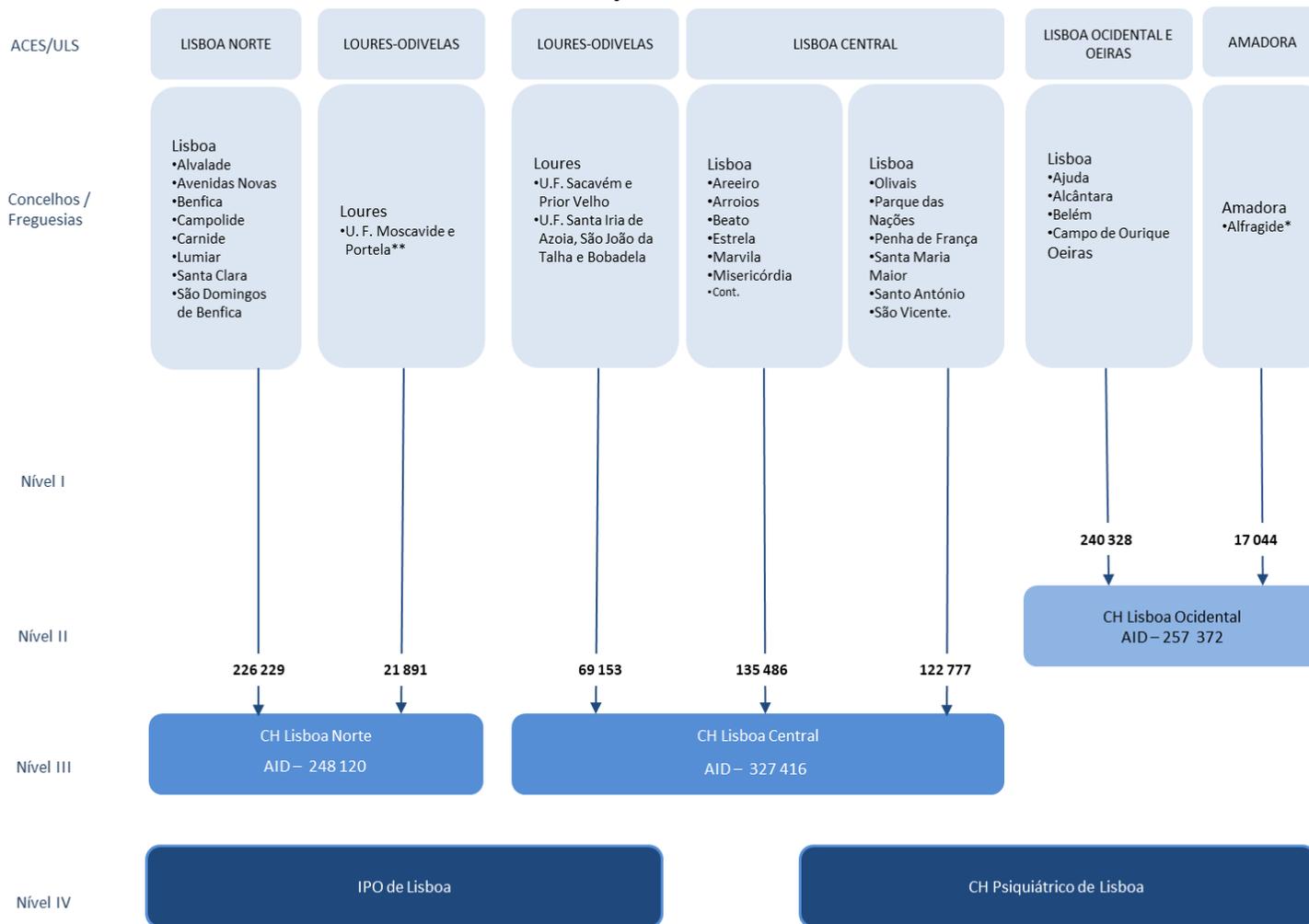




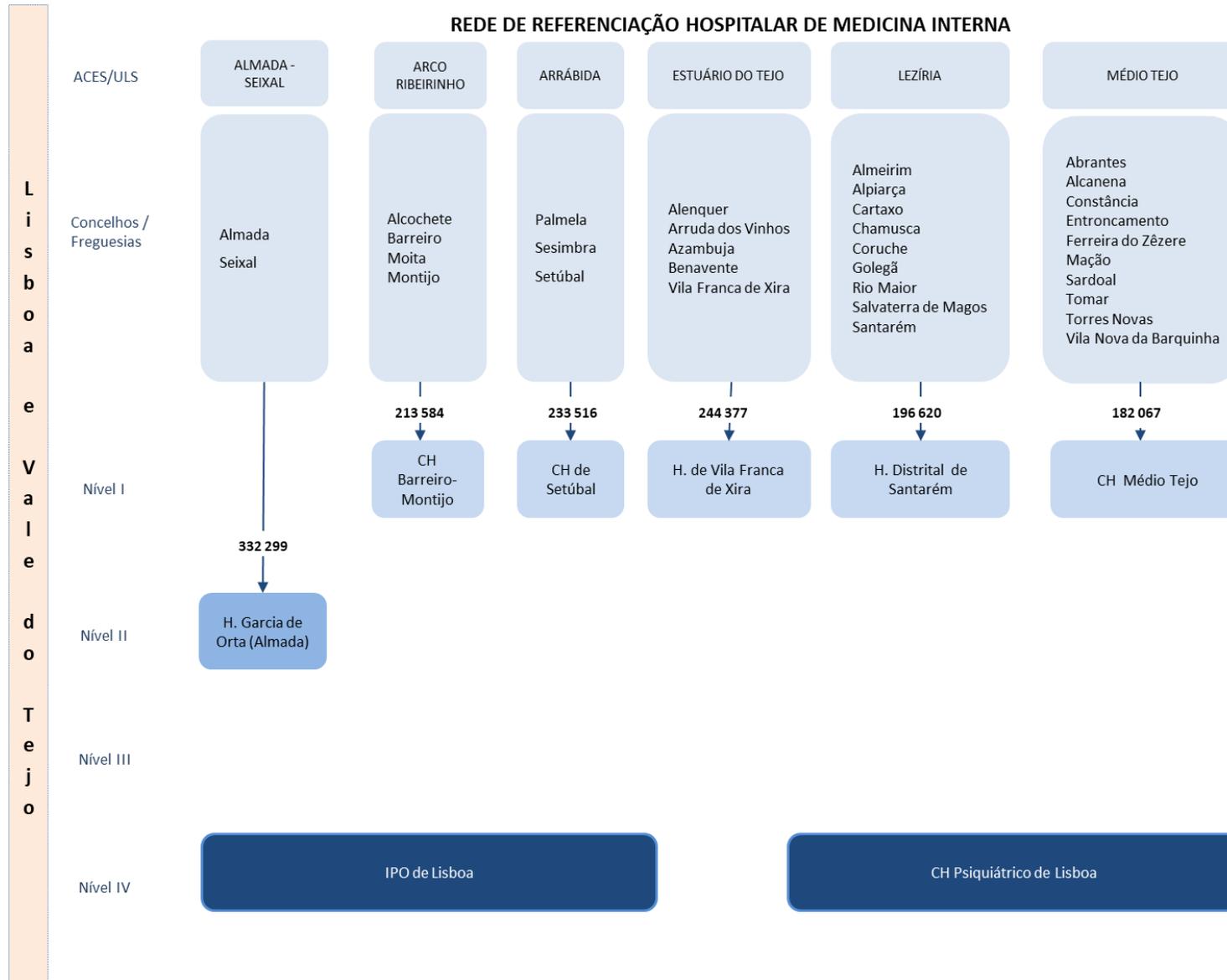
* A população do concelho de Ourém, pertencente ao ACES do Médio Tejo (ARS LVT), em termos de cuidados de saúde hospitalares, é assistida no CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA E.P.E. da ARS Centro



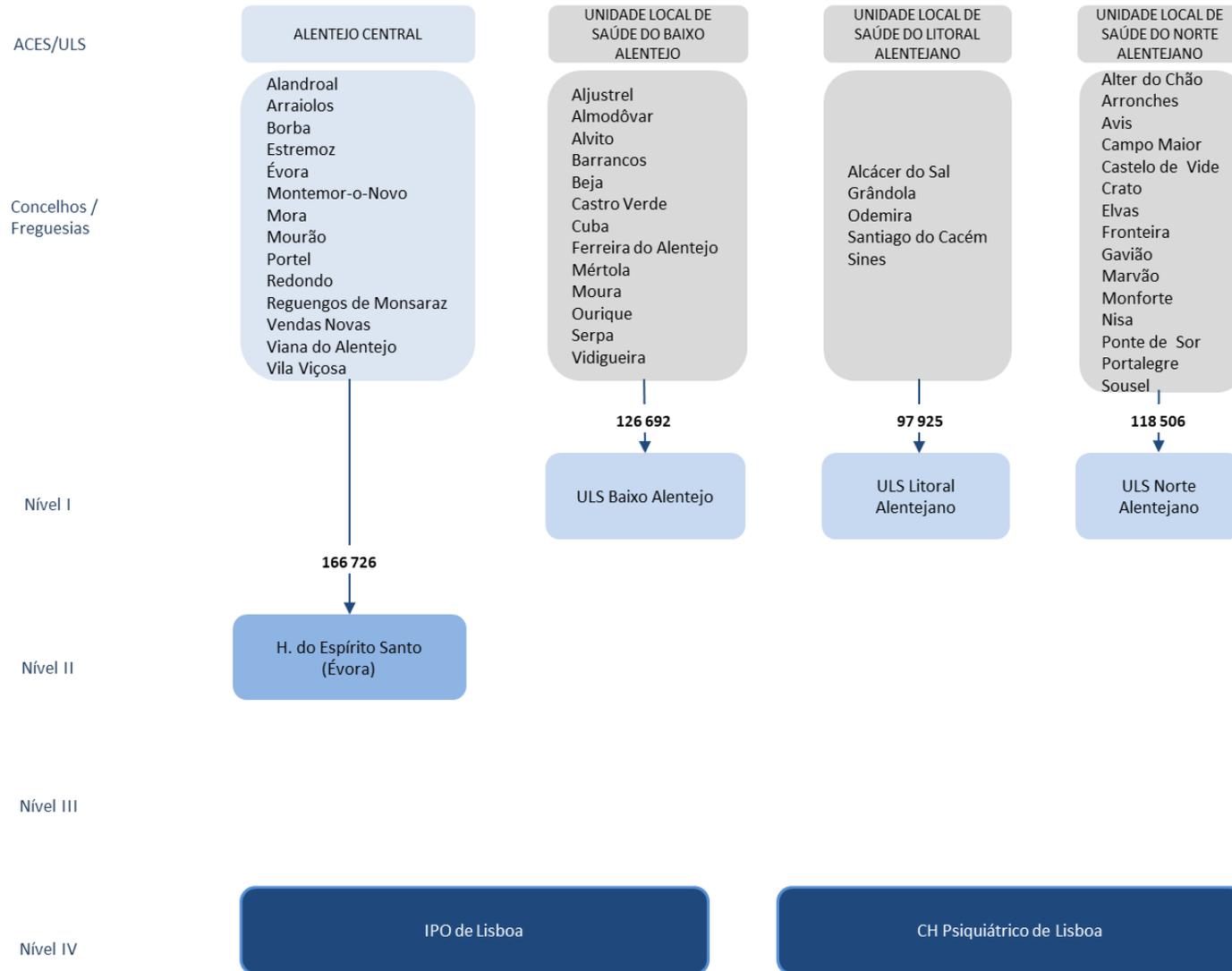
REDE DE REFERÊNCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA INTERNA

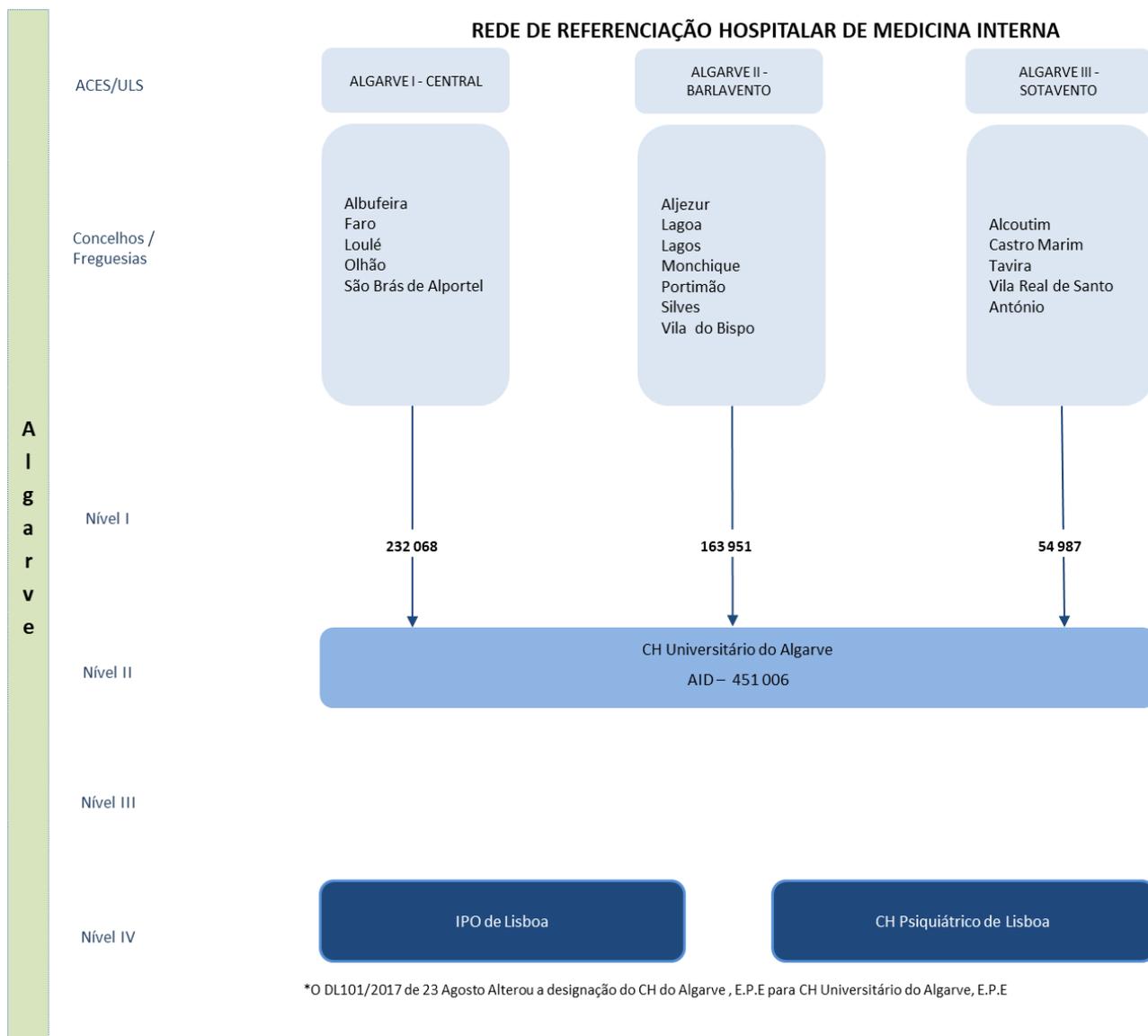


- A freguesia de Alfragide, a partir de 01 de Agosto de 2016, passou a ser referenciada preferencialmente para o CHLO, mantendo-se em alternativa o HFF
- A U. F. Moscavide e Portela, a partir de 01 de Julho de 2017, passou a ser referenciada preferencialmente para o CHLN, mantendo-se em alternativa o CHLC



REDE DE REFERÊNCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA INTERNA





Anexo 3 – Recursos Humanos Atuais (Especialistas de Medicina Interna)

Escalão etário	30-39	40-49	50-59	60-64	65+	Total
ARS do Norte	156	119	155	47	7	484
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	28	22	26	9	1	86
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	7	10	5	4		26
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	26	13	13	3	2	57
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	11	9	12	4		36
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim - Vila do Conde, E.P.E.	1	1	7	2		11
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	10	12	3	2		27
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	14	8	16	4		42
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho, E.P.E.	16	5	13	4	1	39
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E. P. E.	12	6	9	3		30
Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.			1			1
Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	3	4	5			12
IPO do Porto, E.P.E.	1	2	9	3		15
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	10	12	8	3	1	34
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	9	10	18	2	2	41
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	8	5	10	4		27
ARS do Centro	62	71	86	32	4	255
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	6	6	5	4	2	23
Centro Hospitalar de Leiria E.P.E.	8	10	11	5		34
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.	9	11	13	1		34
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	15	19	18	9	1	62
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	16	11	11	2		40
Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais				1		1
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede			2			2
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	3	3	5	3		14
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar				1	1	2
IPO de Coimbra, E.P.E.		2	3	2		7
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	2	7	11	2		22
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	3	2	7	2		14
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	115	100	206	60	23	504
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.	3	10	11		1	25
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	38	20	50	19	5	132
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	17	12	33	7	3	72
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	4	4	14	2	1	25
Centro Hospitalar do Oeste	9	4	11	2		26
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	9	19	32	16	6	82
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	5	3	13	2		23
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa			1		1	2
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	3	2	11	3	2	21
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	10	11	7	5	1	34
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	16	14	20	4		54
IPO de Lisboa, E.P.E.	1	1	3		3	8
ARS do Alentejo	18	22	29	7	5	81
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	3	9	10	1	3	26
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	6	3	7	3	2	21

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.	6	3	6	1		16
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.	3	7	6	2		18
ARS do Algarve	16	20	21	10	0	67
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	16	20	21	10		67
Total Geral	367	332	497	156	39	1 391

Nota: Estes dados incluem especialistas de Medicina Interna a exercer exclusivamente outras atividades, nomeadamente Medicina intensiva, cargos de gestão/administração, etc.

9 – ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
CH	Centro Hospitalar
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
CHP	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
CHSJ	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
CHVNGE	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
CTH	Consulta a tempo e horas
DICOM	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Digital Imaging and Communications in Medicine</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ET	Especificações Técnicas
ETC	Equivalente a tempo completo
GIST	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Gastrointestinal Stromal Tumours</i>
GMP	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Good Manufacturing Practices</i>
GTRH	Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INS	Inquérito Nacional de Saúde
IP	Instituto Público
IPO	Instituto Português de Oncologia
ISO	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>International Organization for Standardization</i>
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
NEMA	<i>National Electrical Manufacturers Association</i>
PACS	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Picture Archiving and Communication System</i>
PICS	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Pharmaceutical Inspection Convention Scheme</i>
PPP	Parceria Público Privada
RR	Redes de Referência
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUB	Serviço de Urgência Básico
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TMRG	Tempo máximo de resposta garantido
UE	União Europeia
WHO	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>World Health Organization</i>

