

Retrato do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Gaia/Espinho: De Sanatório a Centro Hospitalar

*Portrait of the Department of Internal Medicine of Gaia/Espinho Hospital:
from Sanatorium to Hospital Center*

Vitor Paixão-Dias (<https://orcid.org/0000-0002-6521-2675>)

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial; Departamentos Hospitalares; Hospitalização; Medicina Interna; Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar

Keywords: Ambulatory Care; Hospital Departments; Home Care Services; Hospital-Based; Hospitalization; Internal Medicine

Introdução e Contextualização Histórica

Longe vão os tempos em que a Rainha D. Amélia de Orleães e Bragança mandava criar, numa reunião realizada no Palácio das Carrancas (actual Museu Soares dos Reis), no Porto, em 1908, uma rede de sanatórios nacional onde se viria a integrar anos mais tarde o Sanatório D. Manuel II, localizado no Monte da Virgem, em Vila Nova de Gaia. A estrutura pavilionar deste sanatório, cuja actividade se iniciou em 1947 e corresponde actualmente à chamada Unidade I do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), marca e condiciona de forma indelével a estrutura geral deste Hospital. O principal sector de internamento do Serviço de Medicina Interna (SMI), localiza-se no mais recente pavilhão que data de 1966, o chamado Pavilhão Satélite, uma “*construção (...) desprovida de qualquer beleza estética, um simples caixote de 5 pisos*”.¹ Com a criação em 2007 do CHVNG/E, anexou-se o Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Espinho), que passou a designar-se simplesmente Unidade III e onde existem no momento 18 camas afectas ao Serviço de Medicina Interna, a juntar às 97 da Unidade I.

O SMI do CHVNG/E tem por missão:

- i. A prestação de cuidados de saúde diferenciados a doentes com patologia médica, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório
- ii. A formação de profissionais de saúde, nas fases pré e pós-graduada
- iii. A promoção de acções de investigação e desenvolvimento clínico e científico, envolvendo os seus profissionais.

Director do Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

<http://revista.spmi.pt> - DOI: 10.24950/rspm/opiniao/4/2018;

A actividade dos profissionais do Serviço é norteada pelos seguintes valores:

- i. Humanização no acolhimento do doente e seus familiares
- ii. Respeito pela dignidade humana
- iii. Cordialidade na relação *inter pares* e com os doentes

Descrição Geral do Serviço: A Estrutura Física e Organizacional

O CHVNG/E, enquanto hospital de fim de linha, tem uma população de referenciação directa de 340.000 habitantes. As dificuldades orçamentais do nosso Hospital não podem ser desinseridas do contexto global de subfinanciamento do Serviço Nacional de Saúde. Estas dificuldades reflectem um panorama de despesa em saúde, que em termos do produto interno bruto está, em termos absolutos, quase 1% abaixo da média na União Europeia e representa apenas 70% da média de despesa *per capita* da União.² Por outro lado, o número de camas por 1000 habitantes, quer em Portugal,^{3,4} quer em particular no nosso Hospital,^{1,7} é também substancialmente inferior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde (que recomenda 3 a 5 por 1000 habitantes). O SMI em 2017 foi responsável por 17,7% do número total de internamentos no Hospital. Face aquela recomendação, o SMI deveria ter 145, em vez das 115 camas de que dispõe neste momento (o número cresce para 180, se se englobarem os internamentos “médicos” actualmente a cargo da Nefrologia, Neurologia e Gastroenterologia).

As 115 camas do Serviço estão distribuídas por 6 Unidades Funcionais, incluindo três enfermarias gerais (correspondendo no total a 86 camas), uma Unidade de Doenças Infecciosas (UDI) com 5 camas e uma Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) com 6.

Recursos Humanos: A Multidisciplinaridade

Os Serviços de Medicina Interna (SMI) são basilares em qualquer Hospital. A nossa presença em todas as áreas que envolvem directa ou indirectamente a prestação de cuidados e a governação clínica (na enfermaria, na consulta externa e interna, nos Hospitais de Dia, no Serviço de Urgência, nos Cuidados Intensivos, nos Cuidados Intermédios, nos Cuidados Paliativos, em diversas Comissões intra-hospitalares, nos Cuidados Continuados e mais

recentemente na Hospitalização Domiciliária), constitui para todos nós um desafio. Este desafio reside não apenas na assistência directa ao doente, mas também na organização e planeamento, de forma a conseguir fazer mais e melhor, ou numa palavra, ser mais eficiente. Continuamos, contudo, a confrontarmo-nos com um grande desequilíbrio entre o que nos é solicitado e as condições de trabalho e recursos humanos que são colocados à nossa disposição. À semelhança do que acontece com outras Instituições, a aplicação do regime legal do descanso compensatório,³ bem como o regresso ao regime de 35 horas para enfermeiros e assistentes operacionais, cria ainda maiores constrangimentos.

Neste momento contamos com 53 especialistas, incluindo o director e três infecciólogistas que estão integrados no quadro do Serviço. Estes especialistas estão distribuídos da seguinte forma:

Direcção do Serviço de Urgência (1); Unidade de Cuidados Intermédios (7), UDI (6); Unidade de Acidente Vascular Cerebral (2); Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (2); Hospital de Dia Polivalente, de segunda a sexta feira das 9 às 18 horas (3); Unidade de Hospitalização Domiciliária recentemente criada (3); Emergência Intra-Hospitalar, em horário extraordinário (2); Coordenação da Equipa de Gestão de Altas (1); Coordenação da Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (1); Equipa de Gestão de Altas (1).

As 10 patologias mais prevalentes nos doentes internados no SMI são, por ordem decrescente, a pneumonia bacteriana, a insuficiência cardíaca descompensada, a infecção das vias urinárias (complicada ou em doentes com co-morbilidades), a traqueobronquite infecciosa aguda, a sépsis, as celulites ou outras infecções cutâneas, os desequilíbrios hidro-electrolíticos, o trombo-embolismo pulmonar, a doença pulmonar obstrutiva crónica e a diabetes *mellitus* com complicações. Sobressaem, pois, a infecção com diferentes manifestações, a patologia crónica agudizada, a frequente iatrogenia no decurso do internamento traduzida em desequilíbrios iónicos e o trombo-embolismo pulmonar. Estas patologias justificam, em certa medida, a necessidade do Serviço se preparar e tentar organizar em modelos que evitem o internamento destes doentes, tratando-os o mais possível em ambulatório.

O Movimento Assistencial

De acordo com os dados fornecidos pelo Serviço de Informação e Planeamento da Instituição, os escalões etários predominantes no internamento são, como em qualquer Serviço de Medicina Interna e acompanhando a evolução demográfica, as oitava e nona décadas. Em 2017, nas enfermarias gerais do Serviço (excluindo a UDI e a UCIM) tivemos 4387 doentes saídos, com um Índice de *case-mix* de 1,36, uma duração média de internamento de 8,4 dias, uma

taxa de ocupação de 96,7% e uma taxa de mortalidade de 15%. Estes resultados reflectem, entre outras coisas, uma elevada complexidade dos doentes internados, uma grande pressão de internamentos através do Serviço de Urgência (SU) e uma elevada percentagem de doentes que, por circunstâncias diversas, “vêm falecer” ao Hospital.

Em 2017 foram incluídos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 128 doentes, o que corresponde a uma taxa de referenciação com sucesso de 6%. A referenciação para a RNCCI, o tempo e a qualidade da resposta, a burocracia gerada, entre outros factores, carecem ainda de grandes melhorias. O número de pontos da rede é claramente insuficiente, nomeadamente para muitos dos nossos doentes que acabam por “cair” dentro duma tipologia de longa duração, onde as dificuldades são ainda maiores.

O SMI possui neste momento para além da consulta externa de Medicina Interna de âmbito geral, várias consultas diferenciadas por áreas ou patologias, designadamente, diabetes; doenças auto-imunes; doenças hepáticas; doenças infecciosas; hepatites (B e C, crónicas, desde 2011); hipertensão arterial; insuficiência cardíaca (desde 2013); pneumonias (desde 2011); trombo-embolismo pulmonar (desde 2014); e, doenças hereditárias do metabolismo (incluindo as doenças lisossomais de sobrecarga).

Tal como já atrás referido, a dinamização do ambulatório é uma evolução indispensável (e diria mesmo inevitável), no sentido de aumentar a eficiência da actividade assistencial. Embora a estratégia de observação de doentes em consulta externa deva obedecer ao modelo de “Hospital de Agudos”, dando alta aqueles doentes que já não carecem de observação, tratamento e seguimento em regime hospitalar ambulatório, é também verdade que existe um número cada vez maior de doentes com patologia crónica que carecem de seguimento em ambiente hospitalar. A gestão deste equilíbrio entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares constitui um desafio para um permanente afinar de estratégias de melhoria da articulação e comunicação entre estes dois níveis de cuidados.

Destaco pela negativa as deficientes instalações da consulta externa. Muitos dos gabinetes têm dimensões exíguas, ventilação inapropriada e más condições de privacidade (gabinetes contíguos com barreira que não confere isolamento acústico adequado). Para além disso os gabinetes são em número insuficiente para as necessidades do Serviço, notando-se também escassez de assistentes operacionais.

No total, o SMI realizou 16917 consultas durante o ano de 2017, sendo 3913 primeiras consultas (23,1%).

O Serviço de Urgência

Dando tradução prática à nossa presença em vários cenários dentro da organização hospitalar, uma especialista está na direcção do SU e dois são chefes de equipa. Dos restantes

especialistas, 15 não fazem SU por razões de saúde, de idade ou de reorganização do Serviço, uma está com licença sem vencimento (em programa doutoral) e duas não fazem noite por limite de idade. Para um hospital com a dimensão e movimento assistencial que o nosso apresenta e estando recomendado um número mínimo de um especialista por cada 100 admissões, estamos neste momento com um *ratio* à justa para cumprir com esta recomendação (naturalmente que qualquer imprevisto, por doença ou gravidez, por exemplo, exige o recurso a horas extra para cumprir a equipa-tipo).

Continuam a existir de momento duas importantes preocupações no que concerne à participação do SMI no SU:

- A dotação de recursos médicos (agravada com a saída não compensada de vários recém-especialistas), que permita a realização de turnos de trabalho de apenas 12 horas, sem necessidade ou com necessidade mínima de horas extra. Este desiderato poderá ser cumprido com recurso a equipas mistas, envolvendo a contratação de especialistas exteriores ao SMI, apenas para trabalhar no SU
- A necessidade imperativa de retirada de doentes indevidamente “internados” no SU da responsabilidade da equipa de Medicina Interna. Estes doentes excedentários comprometem, quer a observação adequada dos novos doentes admitidos no SU, quer a já de si desadequada área de trabalho do SU. A criação do “novo” SU, decorrente da construção do novo edifício do Hospital, poderá contribuir para minimizar ou resolver este “eterno” problema.

O SU é a principal via de admissão de doentes para o internamento e o local onde recorrem muitos doentes sem verdadeira indicação para aí serem tratados. Existe uma necessidade de criar soluções alternativas para desviar doentes do SU, seja dando aos Cuidados de Saúde Primários maior capacidade de efectivamente resolverem as situações urgentes, seja dotando os hospitais de locais de resposta apropriada. Esperamos que a entrada em funcionamento de novos modelos de organização interna (ver adiante), consiga melhorar nos próximos anos a capacidade de resposta do SMI a esta questão.

A Actividade Pedagógica e Científica

A formação de internos do ano comum e de futuros especialistas é entendida como uma missão nobre e fundamental do SMI. Os internos de formação específica (IFE) são motores do Serviço e constituem uma das principais chaves para a evolução do mesmo. Neste momento o Serviço tem em formação 24 IFE e anualmente mais de 10 Internos de outras especialidades médicas estagiam no Serviço. Existe uma Comissão Pedagógica que reúne regularmente com a direcção de Serviço, analisando e discutindo diversos assuntos da actividade pedagógica e da formação dos Internos.

O SMI mantém um protocolo de colaboração com a Faculdade de Medicina do Porto na formação teórico-prática dos

alunos do 6º ano da cadeira de Medicina Prática, recebendo anualmente cerca de 30 alunos. Ocasionalmente recebemos também alunos de outras Faculdades de Medicina (Universidade da Beira Interior e Universidade de Lisboa), para além de estudantes de Curtos Estágios Médicos em Férias. A informação de retorno dos alunos relativamente à formação recebida tem sido a melhor, o que faz sobressair a qualidade dos tutores e vai cada vez mais dotando o SMI da qualidade de formação suficiente para que seja equiparado a Clínica Universitária.

Existem neste momento no Serviço três especialistas e uma interna a realizar programa de doutoramento e uma médica já doutorada.

No ano transacto foram apresentados e discutidos nas reuniões de Serviço e das Unidades Funcionais 10 casos clínicos e 34 temas teóricos ou teórico-práticos. Foram também várias as comunicações apresentadas fora do Serviço em 2017, num total de 93 (sendo 79 em congressos ou jornadas nacionais e 14 em congressos internacionais).

A participação de especialistas como investigadores principais em alguns ensaios multicêntricos tem contribuído de forma muito significativa para a melhoria das competências científicas do Serviço.

O SMI organiza deste 2013 um evento científico anual, que tem conhecido assinalável sucesso.

A apresentação pública de trabalhos sob a forma escrita constitui um ponto alto da produção científica. Em 2017 o SMI teve 18 publicações (8 em revista indexada e 10 sob a forma de outras publicações ou reportagens).

Modelos Recentes de Organização e Projectos para o Futuro

Em outubro de 2015, sob minha proposta à Governação Clínica e após terem sido reunidas as condições operacionais e de estrutura necessárias, deu-se início à actividade da Unidade de Orto geriatria, na Unidade III do CHVNG/E, em Espinho. Aquela Unidade, inclui 6 camas para indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 75 anos e que tenham sido submetidos a cirurgia ortopédica por fractura proximal do fémur. Sendo fundamental assegurar o tratamento cirúrgico nas primeiras 48 horas, o objectivo principal da Unidade é o tratamento integrado do idoso com fractura proximal do fémur, visando sobretudo a prevenção das complicações médicas, a abordagem e tratamento adequados das co-morbilidades e a reabilitação precoce. A observação diária é assegurada por Medicina Interna, com colaboração de equipa multidisciplinar que inclui Ortopedia, Fisiatria, Enfermagem geral e de reabilitação, Psicologia e Serviço Social. Os benefícios da implementação deste projecto, inovador e pioneiro a nível nacional, têm sido reconhecidos interna e externamente, tendo este projecto sido finalista na 11ª edição de Boas Práticas em Saúde (2017), promovida pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento

Hospitalar (em parceria com a Direcção-Geral da Saúde).

No final do ano de 2017 o SMI reorganizou o ambulatório, passando a garantir a presença duma equipa em regime de presença física no Hospital de Dia Polivalente (das 9 às 18 horas, de segunda a sexta-feira), de forma a assegurar tratamentos e procedimentos invasivos sem necessidade de internamento e uma consulta rápida. Temos vindo a verificar um crescimento significativo em 2018, nomeadamente da observação em regime de consulta rápida, permitindo “desviar” doentes do SU e altas mais precoces do internamento.

A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) surgiu no sentido de criar no Serviço e na Instituição, modelos de organização que possibilitem a rentabilização do atendimento em ambulatório, sem compromisso da qualidade da actividade assistencial. A UHD iniciou a sua actividade no terreno no final de março de 2018, sendo o seu quadro médico constituído exclusivamente por elementos do SMI. O Hospital antecipou-se assim à publicação do recente regulamento destas Unidades, cuja implementação passou a ser um designio nacional (Despacho n.º 9323-A/2018, DR, 2.ª série, N.º 191, de 3 de outubro de 2018).

Estão identificadas algumas necessidades, consideradas estratégicas e essenciais, mas cuja resolução está neste momento condicionada pela escassez de recursos humanos. A necessidade de maior envolvimento e proximidade do SMI nos Serviços Cirúrgicos está bem documentada⁴⁻⁶ e um corolário desta afirmação é o número crescente de pedidos registados de consultadoria interna por parte destes Serviços (133 pedidos em 2010, ano em que assumi a direcção do Serviço, e 324 no último ano).

O SMI deseja envolver-se na participação em modelos de organização interna que permitam minorar o impacto que representa uma faixa extremamente importante e crescente de doentes. Trata-se dos doentes com síndromes de fragilidade, com coexistência de várias patologias, com patologia crónica e complexa. A resposta para estes doentes tem que ser integrada e envolver sobretudo os cuidados de saúde primários, uma resposta eficiente do Hospital quando necessário e uma rede de cuidados continuados desburocratizada e capaz de dar respostas em tempo útil. Claro que será também fundamental criar mais literacia em saúde e envolver os cidadãos na aquisição do melhor conhecimento acerca da utilização racional dos recursos de saúde.

Existindo neste momento algumas ameaças e constrangimentos ao funcionamento do Serviço que comprometem ou podem comprometer de forma significativa a qualidade assistencial e a segurança dos cuidados prestados aos doentes, não posso deixar de me congratular com o esforço abnegado de muitos dos meus colaboradores, que tem permitido ultrapassar as adversidades com que nos temos deparado.

Se o utente dos Serviços de Saúde tem que estar no centro de todas as decisões, concluo dizendo que, sem imodéstia

nem conflito de interesses, o Internista tem que estar no centro de toda a dinâmica hospitalar, como actor e parceiro das melhores decisões que visem a promoção da saúde e o tratamento global da doença e do doente. Assim este manuscrito possa de alguma forma contribuir para ilustrar a massa de que são feitos os Internistas e o seu imprescindível papel nos cuidados de saúde. ■

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Correspondence/Correspondência:

Vítor Paixão-Dias – vdias@chvng.min-saude.pt
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/
Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal
Rua Conceição Fernandes, S/n, 4434-502 Vila Nova de Gaia

Recebido/Received: 31/09/2018

Aceite/Accepted: 31/10/2018

REFERÊNCIAS

1. Ramalho de Almeida A. O Porto e a Tuberculose – História de 100 Anos de Luta. Lisboa: Fronteira do Caos, ed; 2006.
2. Albrecht T, Anderson RN, Bartels D. Eurohealth: Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies. [accessed October 28, 2018] Available from: <http://www.lse.ac.uk/lsehealthandsocialcare/publications/eurohealth/eurohealth.aspxhttp://www.healthobservatory.euhttp://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/aboutUs/LSEHealth/home.aspxhttp://tinyurl.com/eurohealth>.
3. Almeida J. A Medicina Interna do Centro Hospitalar S. João: Hoje e no Futuro. *Med Interna*. 2017;24:265-8. doi:10.24950/rspm/OpinionArticle/2017
4. Cohn S. The role of the medical consultant. *Med Clin North Am*. 2003;87:1-6.
5. Feldman DL, Brodman M, Kaley R, Shamamian P. The expanding role of hospital medicine and the co-management of patients. *Q J Heal Care Pract Risk Manag*. 2013;21.
6. Gilioli F, Di Donato C, Ferrari V, Bertesi M, Chesi G. The internist in the surgical setting: Results from the Italian FADOI-ER survey. *Ital J Med*. 2013;7:32-8. doi:10.4081/ijtm.2013.32