

**LIVE**

Publicações

**justNews**

# MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES  
QUADRIMESTRAL | JAN.-ABR. 2023  
ANO 9 | NÚMERO 29 | 3 EUROS  
[WWW.JUSTNEWS.PT](http://WWW.JUSTNEWS.PT)

Publicação Periódica Híbrida

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CHUC

**A AMBIÇÃO  
DE VER AMPLIADA  
A ESTRUTURA**

29º

CONGRESSO NACIONAL MEDICINA INTERNA

PONTES

PARA

CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA DO PORTO

PORTO 4 A 7 MAIO 2023

O FUTURO

sumário

Eventos

- 04 **Repensar a MI na atualidade**  
Reunião de diretores de serviços e orientadores de formação
- 06 **29.º Congresso Nacional de Medicina Interna**  
Fica na história da SPMI por ter sido organizado por um Serviço de MI de “pequena dimensão”
- 08 **4.ª Reunião do NEPRV-SPMI**  
Aproveitar o contacto médico-doente para calcular o risco cardiovascular
- 11 **3.ªs Jornadas do NEMO**  
Internistas com protagonismo crescente na área da Medicina Obstétrica
- 12 **Curso Intensivo Infecção e Doença VIH focado no problema**  
Comorbilidades podem afetar qualidade de vida do doente com VIH estabilizado

- 13 **Congresso debateu consequências do AVC na sexualidade**  
“Não podemos esquecer o impacto que tem”, considera Luísa Fonseca, coordenadora do NEDVC-SPMI
- 40 **Hospitalização Domiciliária do Santo António**  
Assinalado o 3.º aniversário do arranque do projeto
- 41 **5.ª Reunião do NEGERMI**  
Atribuída a primeira Bolsa para Estágios Clínicos em Geriatria
- 42 **Criada a Escola de Formadores em MI**  
Tendo como diretor António Martins Baptista

Reportagem

- 22 **Serviço de Medicina Interna do CHUC**  
A ambição de ver ampliada a estrutura para conseguir organizar o Ambulatório e o Internamento em polos diferentes e desenvolver novas áreas

Especial 16.ª Reunião Anual do NEDM

- 14 **16.ª Reunião Anual do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus**  
“O NEDM tem sido sempre muito ativo, muito dinâmico, muito inovador, e continuará a ser...”, considera a presidente do evento, Isabel Lavadinho
- 16 **Alexandra Vaz**  
Novidades tecnológicas na DMI
- 18 **Sofia Nunes de Oliveira**  
Prevenir e tratar o defeito cognitivo
- 19 **Sara Almeida Ramalho**  
Fenótipo de diabetes e insuficiência cardíaca
- 20 **Sónia Gonçalves**  
Novas esperanças na perda de peso
- 21 **Miguel Melo**  
Novos estudos na diabetes tipo 1



**Imagem da capa**  
Lélita Santos numa das enfermarias do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

LIVE Medicina Interna

**Diretor:** José Alberto Soares **Redação:** Miguel Anes Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Nuno Branco **Publicidade:** Ana Mota, Ana Paula Reis, Diogo Varela **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação híbrida da Just News, impressa e em formato digital (e-paper), de periodicidade quadrimestral. Dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como “Informação”.



geral@justnews.pt | Tel. 21 893 80 30  
agenda@justnews.pt | www.justnews.pt

REUNIÃO DE DIRETORES DE SERVIÇO E ORIENTADORES DE FORMAÇÃO

# Repensar a MI na atualidade

*Subordinada ao tema “Repensar a Medicina Interna na atualidade”, decorreu em Peniche, dia 12 de novembro, mais uma reunião de diretores de serviços e de orientadores de formação de Medicina Interna. Evento promovido pela SPMI, envolve de forma estreita o Colégio da Especialidade de Medicina Interna da SPML.*

Foi o próprio presidente do Colégio, Pedro Guimarães Cunha, que teve a responsabilidade de apresentar a palestra de abertura, intitulada “O subdimensionamento dos serviços de MI e implicações para as estratégias clínicas de abordagem integrada dos pacientes – propostas de re-população dos serviços de MI”.

O programa desenvolveu-se em torno

desse e de outros três temas: “O processo de avaliação do internato em MI e do grau de consultor”, “Como alterar um serviço para estimular a produção científica”, “Da seleção à avaliação dos orientadores de formação”.



LIVE  
**MEDICINA FÍSICA**  
E REABILITAÇÃO

**Coração Vasos**  
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS  
DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE  
**MEDICINA INTERNA**

WOMEN'S  
MEDICINE

LIVE  
**MEDICINA INTERNA**

LIVE  
**MEDICINA FÍSICA**  
E REABILITAÇÃO

LIVE  
**MEDICINA FÍSICA**  
E REABILITAÇÃO

WOMEN'S  
MEDICINE

**Coração Vasos**  
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS  
DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

**Coração Vasos**  
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS  
DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE  
**MEDICINA INTERNA**

WOMEN'S  
MEDICINE

WOMEN'S  
MEDICINE

LIVE  
**MEDICINA FÍSICA**  
E REABILITAÇÃO

LIVE  
**MEDICINA INTERNA**

LIVE  
**MEDICINA INTERNA**

**Coração Vasos**  
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS  
DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE  
**MEDICINA FÍSICA**  
E REABILITAÇÃO

LIVE  
**MEDICINA FÍSICA**  
E REABILITAÇÃO

WOMEN'S  
MEDICINE

**Coração Vasos**  
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS  
DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE



# 29.º Congresso Nacional de Medicina Interna fica na história da SPMI por ter sido organizado por um Serviço de MI de “pequena dimensão”

Enquanto diretora do Serviço de Medicina Interna do Hospital Distrital da Figueira da Foz, Amélia Pereira foi a grande impulsionadora da candidatura da sua equipa à organização do Congresso da SPMI em 2022, que se realizou em Vilamoura, apenas em outubro, ainda em consequência da pandemia de covid-19.

Nessa altura, embora já aposentada da Função Pública, a médica manteve o cargo de presidente do Congresso, tendo a seu lado todos os elementos do Serviço, com destaque para o seu sucessor na direção do mesmo, Abílio Gonçalves (tesoureiro), Fátima Saraiva Guedes (secretária-geral) e Sónia Campelo Pereira (Formação/Cursos).

Aliás, no seu entender, “neste contexto, a MI não pode ser apenas uma especialidade generalista, mas deve desenvolver as suas especificidades em áreas importantes do conhecimento médico, de modo a oferecer à população que serve os melhores e mais atualizados cuidados de saúde”. Também fez questão de justificar o lema escolhido para o Congresso de 2022,



Comissão Organizadora do 28.º CNMI

Ao intervir na sessão de abertura, Amélia Pereira sublinhou que, “num hospital de pequena dimensão como o nosso, a MI tem-se assumido como o motor da atividade clínica na área médica e importante ajuda para o tratamento médico dos doentes complexos da área cirúrgica”.

“Da Nascente à Foz”: “Pretendemos transmitir a ideia de movimento, crescimento e evolução, por analogia com o correr do nosso rio Mondego até à Foz, que mostrasse o papel do internista no seguimento do doente ao longo da sua vida.”



**Miguel Guimarães: “É uma especialidade essencial e basilar do próprio SNS, até diria, do Sistema de Saúde como um todo.”**

Pedro Guimarães Cunha, presidente do Colégio da Especialidade de MI, foi o primeiro a intervir na sessão, destacando: “Para haver boa formação, têm de existir formadores, estruturas assistenciais sólidas e com os recursos humanos adequados, e espaço para a contínua melhoria individual e aquisição de

competências, sempre que possível, no contexto da Academia ou de um academismo latente entre nós.” Miguel Guimarães, bastonário da OM, enviou uma mensagem em vídeo, fazendo questão de elogiar a MI: “É uma especialidade essencial e basilar do próprio SNS, até diria, do Sistema de Saúde como um todo, que tem sido a base da qualidade de resposta que vamos dando a nível dos cuidados de saúde, nos hospitais públicos e privados.” Lêlita Santos, presidente da SPMI, frisou que “a MI demonstrou ser uma especialidade essencial na resposta hospitalar aos doentes covid-19 e os internistas contribuíram, mais uma vez, com o seu desempenho, para o prestígio da MI”.



Lêlita Santos e Rui Victorino

O arranque da 28.ª edição do Congresso Nacional de Medicina Interna ficou marcado por uma conferência de abertura em que foram protagonistas o psiquiatra e sexólogo Júlio Machado Vaz e o patologista e investigador Manuel Sobrinho Simões. Ao jeito de um “podcast ao vivo”, discutiram a Medicina do futuro de uma forma global”.

A entrega do Prémio Nacional de MI foi outro momento alto do primeiro dia do Congresso, atribuído a Rui Victorino, professor catedrático jubilado e investigador muito ligado ao Instituto de Medicina Molecular, com doutoramento na área da Imunologia. O médico foi vice-presidente da SPMI (região Sul) no biénio 2016-2018.



Sónia Campelo Pereira, Fátima Saraiva Mendes, Amélia Pereira e Abílio Gonçalves



“TEMOS QUE NOS FOCAR MUITO NA PREVENÇÃO”, ADVERTE DIOGO CRUZ, PRESIDENTE DA 4.ª REUNIÃO DO NEPRV-SPMI

## Aproveitar o contacto médico-doente para calcular o risco cardiovascular

*Na sequência da última Reunião do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular da SPMI, o presidente do evento, Diogo Cruz, alerta para “a necessidade de nos focarmos muito na prevenção da doença cardiovascular, se queremos ter alguma sustentabilidade no SNS”. Ou seja, “apostar em prevenir os eventos antes de eles acontecerem”.*

Nesse sentido, “é fundamental que o contacto médico-doente seja aproveitado para se calcular o risco cardiovascular da pessoa que temos à nossa frente, e dispomos de ferramentas para tal”. E acrescenta: “Conseguimos identificar muito bem os doentes que poderão beneficiar com as terapêuticas farmacológicas que temos à nossa disposição para reduzir esse risco, mas não devemos esquecer-nos das medidas de prevenção não farma-



Diogo Cruz

cológicas, muito relacionadas com a promoção de alterações no que respeita ao estilo de vida das pessoas.”

Na primeira linha de combate ao risco cardiovascular está a MGF. No entender de Diogo Cruz, “os médicos de família estão



Elementos do Secretariado do NEPRV-SPMI

genericamente sensibilizados para esta questão, mas temos que melhorar ao nível da adesão dos doentes às consultas e às alterações que têm que fazer na sua vida. É preciso determinar um plano ali-

mentar, de atividade física, de controlo do peso, e deixando de fumar, se for esse o caso. Os doentes têm que perceber quais os riscos que correm e os benefícios que advêm dessas mudanças”.

Diogo Cruz, que é diretor da Unidade Funcional de Medicina Interna do Hospital de Cascais, foi convidado para presidir à 4.ª Reunião do NEPRV, que se realizou em Peniche, dia 10 de dezembro, em formato unicamente presencial e com centena e meia de participantes. De destacar a apresentação, pela primeira vez, de um trabalho oriundo da MGF, “grupo que acho fazer todo o sentido estar presente nesta Reunião porque a transversalidade dos assuntos lhes interessa também a eles”.

**A 5.ª Reunião do NEPRV acontecerá a 1 de dezembro de 2023, novamente em Peniche, sendo presidida pelo internista Rodrigo Leão, do Hospital de Santa Marta (CHULC).**



Vitória Cunha e Francisco Araújo

### Vitória Cunha é a nova coordenadora do NEPRV

Francisco Araújo, coordenador do Departamento de MI do Hospital Lusíadas de Lisboa e próximo presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, interrompeu o mandato à frente do NEPRV. Essa responsabilidade transitou para Vitória Cunha, coordenadora da Consulta de HTA e da Unidade de Hospitalização Domiciliária do HGO.

3.<sup>AS</sup> JORNADAS DO NEMO

## Internistas com protagonismo crescente na área da Medicina Obstétrica

*O cada vez maior número de participantes nas Jornadas do NEMO acaba por ter correspondência com o crescente protagonismo dos internistas na área da Medicina Obstétrica. O facto de as mulheres engravidarem hoje mais tarde contribui decisivamente para tal.*

**P**edro Correia Azevedo, coordenador do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica da SPMI, revela que o crescimento “muito grande” das Jornadas, cuja 3.<sup>a</sup> edição decorreu em Lisboa, dias 4 e 5 de novembro, se traduziu num número de participantes (presenciais e online) próximo das duas centenas.

“A MGF, com quem nos temos articulado, registou uma adesão forte a estas Jornadas e também houve muitos obstetras presentes. Para além, obviamente, dos colegas de Medicina Interna, alguns dos quais mostraram bastante interesse em perceber como pode ser criada uma consulta nesta área, que é, obviamente, de nicho dentro da nossa especialidade”, referiu à *Just News* o médico, que implementou, em 2016, uma consulta deste tipo no Hospital Garcia de Orta, assegurando atualmente a Consulta de Medicina em Obstetrícia na CUF Tejo.



Alguns elementos do Secretariado do NEMO-SPMI

Como faz questão em salientar, “o obstetra é, sem dúvida alguma, o principal protagonista na gestão de uma gravidez, mas, hoje em dia, com o aumento da idade das mulheres que engravidam, há mais probabilidade de já estarem medicadas

para uma determinada patologia, ou de a mesma surgir até à altura do parto, acabando a Medicina Interna por ser chamada a colaborar no seu acompanhamento”. Pedro Correia Azevedo sublinha serem já várias as unidades hospitalares em que a Medicina Interna disponibiliza uma consulta generalista de apoio à grávida, havendo também casos em que a consulta é temática, dedicada, por exemplo, à diabetes gestacional.

O programa das últimas Jornadas do NEMO incluiu precisamente uma mesa-redonda sobre diabetes gestacional. Mas também foram abordadas as perturbações alimentares e a obesidade na gravidez, bem como as patologias psiquiátrica, neurológica e respiratória, a hipocoagulação, ou o tabagismo e outras adições.

Segundo o seu coordenador, a atividade do Núcleo não se esgota nas Jornadas, promovendo também a realização de um curso abrangente de 2 dias dedicado à patologia médica da grávida e um outro, mais específico, sobre tromboembolismo venoso. Está em preparação um curso sobre diabetes gestacional.

**As 4.<sup>as</sup> Jornadas do NEMO estão já marcadas para 29 e 30 de setembro de 2023.**



Pedro Correia Azevedo

CURSO INTENSIVO INFEÇÃO E DOENÇA VIH FOCADO NO PROBLEMA

## Comorbilidades podem afetar qualidade de vida do doente com VIH estabilizado

*“Se não estivermos atentos às comorbilidades nas pessoas com VIH, que podem, pela sua condição, surgir mais precocemente e de forma mais grave, estaremos, eventualmente, a comprometer a qualidade do dia-a-dia de quem já tem a sua esperança de vida prolongada pelo controlo da situação.”*



O alerta é deixado por José Vera, presidente da Comissão Científica do Curso Intensivo Infecção e Doença VIH, cuja 3.ª edição decorreu entre 22 e 25 de setembro, mais uma vez em Tomar e esgotando as inscrições que estavam disponíveis. Aliás, o programa desta ação de formação anual, que a pandemia não impediu que arrancasse em 2020 e que voltasse a acontecer em 2021, sempre no formato presencial, reflete isso mesmo.

Os diferentes módulos, que incluem as patologias pulmonar, cardiovascular, renal, metabólica e psiquiátrica, traduzem precisamente essa mensagem

**José Vera: “A nossa preocupação dirige-se atualmente muito para o doente VIH que está estabilizado.”**



transmitida por José Vera de o Curso “não se centrar exclusivamente na terapêutica do VIH ou nas infeções mais

oportunistas e, portanto, na fase mais crítica desta doença”.

“A nossa preocupação dirige-se atualmente muito para o doente que está estabilizado, que apresenta uma carga viral indetetável, que tem uma reposição em termos de imunidade, mas para quem a infeção VIH continua a ser um fator de risco”, refere, salientando, por exemplo, a maior incidência de cancro do pulmão entre esta população.

Especialmente dirigido a médicos que já trabalhem na área do VIH ou que as instituições a que pertencem considerem que devem ter formação nesta área, bem como a internos em formação específica e jovens especialistas interessados no VIH, o Curso está aberto à participação de elementos de qualquer especialidade, nomeadamente de MGF.

O Hotel dos Templários, em Tomar, volta a ser o palco para mais uma edição do Curso, entre 21 e 23 de setembro de 2023. O limite de 30 vagas mantém-se.

“NÃO PODEMOS ESQUECER O IMPACTO QUE TEM”, CONSIDERA LUÍSA FONSECA, COORDENADORA DO NEDVC-SPMI

## Congresso debateu consequências do AVC na sexualidade

*Abordar as consequências, em termos de sexualidade, na qualidade de vida de um doente vítima de AVC é um dos temas que Luísa Fonseca, coordenadora do NEDVC, destaca, a propósito do 23.º Congresso daquele Núcleo, que se realizou entre 24 e 26 de novembro, no Porto.*

A especialista, que dirige a Unidade de AVC do CHUSJ, admite que os profissionais que lidam com estes casos têm tendência para “menosprezar este aspeto tão importante da sexualidade”. Para além de que “os próprios doentes também acabam por assumir a postura de não quererem saber e, muitas vezes, têm preconceito de abordar o problema”. A coordenadora do Núcleo de Estudos da Doença Vasculiar Cerebral da SPMI defende que, ao falar-se da reabilitação de um doente vítima de AVC, “não devemos ficar apenas pela abordagem do défice motor, ou da alteração da linguagem, que são os temas habitualmente explorados”. No seu entender, “é muito importante não esquecer a área da sexualidade, até porque temos doentes de todas as faixas etárias”.



Luísa Fonseca

“É preciso perceber se a alteração ao nível da sexualidade tem que ver com modificações orgânicas originadas pelo AVC, ou se estamos, por exemplo, perante uma síndrome depressiva”, refere Luísa Fonseca. Na abordagem deste problema,



deve ser solicitada a colaboração da Urologia, da Ginecologia ou da Psiquiatria, para além do envolvimento da MFR. A existência de um núcleo dedicado ao AVC no seio da SPMI “justifica-se plenamente”, segundo Luísa Fonseca, uma vez que “estes doentes têm uma abordagem específica, em especial na fase aguda, no Serviço de Urgência. De facto, na maioria dos hospitais, são os especialistas de Medicina Interna que fazem a sua avaliação inicial e os tratam. Torna-se, desta forma, determinante a possibilidade de “disponibilizar formação e atualização nesta área a todos os colegas que dela carecem”. Coordenadora do NEDVC desde maio de 2018, Luísa Fonseca iniciou em 2022 mais um mandato de três anos à frente deste Núcleo.

**Várias especialidades médicas e diferentes grupos profissionais**

O Congresso do NEDVC engloba médicos de várias especialidades, como internistas, neurologistas, neurorradiologistas, cirurgiões vasculares, fisiatras e médicos de família, mas também enfermeiros e técnicos dedicados a esta área.



Elementos do Secretariado do NEDVC-SPMI

ISABEL LAVADINHO, PRESIDENTE DA 16.ª REUNIÃO ANUAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DIABETES MELLITUS:

# “O NEDM tem sido sempre muito ativo, muito dinâmico, muito inovador, e continuará a ser...”

A última Reunião do NEDM, que se realizou em Évora, nos dias 28 e 29 de outubro, foi especial. O evento serviu para assinalar os 30 anos de existência do Núcleo, um dos mais antigos da SPMI. O Presidente da República enviou uma mensagem em vídeo.

Estevão de Pape, o atual coordenador do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus da SPMI, foi o primeiro interveniente na sessão de abertura da 16.ª Reunião Anual deste Núcleo, cabendo-lhe apresentar os elementos da mesa: Joaquim Araújo, presidente do CA da ULS do Norte Alentejano,



Os anteriores coordenadores do Núcleo, Rui Duarte, Carlos Godinho e Álvaro Coelho, com o atual, Estevão de Pape

Lêlita Santos, presidente da SPMI, João Nabais, vice-presidente da Federação Internacional da Diabetes, o internista Pintão Antunes, “uma personalidade do Norte Alentejano”, e Isabel Lavadinho, presidente da Reunião, “uma profissional e uma amiga fantástica”. Fazendo questão de sublinhar que



Isabel Lavadinho e Estevão de Pape

“o NEDM tem sido sempre muito ativo, muito dinâmico, muito inovador, e continuará a ser...”, Isabel Lavadinho reconheceu ter abraçado a tarefa que lhe foi proposta “com entusiasmo mas

também com a sensação de muita responsabilidade”. E logo acrescentou, para de certa forma justificar a escolha do presidente de Honra: “Tínhamos noção de que era uma Reunião que dizia muito acerca de nós, daquilo que o Núcleo tem feito nos últimos 30 anos.”

O nome de António Barros Veloso surgiu imediatamente como sendo muito óbvio: “Era o presidente da SPMI quando se criou o NEDM, em 1992, para além de ser um homem a quem a Medicina Interna e a Diabetes devem muito, tendo sido um dos grandes impulsionadores dos núcleos de estudos. Mas também é, para além de um excelente médico, o expoente máximo daquela máxima que diz que um óti-

mo médico não pode saber apenas de medicina.”

António Barros Veloso seria, aliás, um dos oradores na conferência que se seguiria e intitulada “Diabetes e NEDM: um caminho de mãos dadas”. Saudando a presidente da Reunião, Isa-

**Marcelo Rebelo de Sousa: o tema da diabetes “é crucial para a saúde de todos nós, para a saúde das portuguesas e dos portugueses”.**



Elementos da Comissão Organizadora



bel Lavadinho, que é diretora do Serviço de Medicina Interna da ULS do Norte Alentejano, o presidente do Conselho de Administração daquela instituição hospitalar lembrou que “um em cada dez adultos em todo o mundo vive atualmente com a doença, uma estimativa de 537 milhões de pessoas, sendo que quase metade não sabe que a tem, o que coloca, muito naturalmente, uma pressão adicional sobre os centros de saúde”.

Finalmente, na sua mensagem, Marcelo Rebelo de Sousa diria que o tema

da diabetes “é crucial para a saúde de todos nós, para a saúde das portuguesas e dos portugueses”. E deixaria palavras de “incentivo, gratidão e solidariedade”, nomeadamente, para os profissionais de saúde presentes na Reunião.

# Novidades tecnológicas na DM1

A DM é uma doença crónica cuja prevalência tem vindo a aumentar. Em Portugal, atinge 13.6% da população e em 2022 a DM1 atingia 5000 indivíduos entre os 0-19 A. O seu tratamento é complexo e exigente, tendo-se verificado nos últimos anos um importante desenvolvimento de novas armas terapêuticas e tecnológicas que têm por objetivo diminuir a carga da doença, melhorar a qualidade de vida, a adesão terapêutica e o controlo metabólico, com redução das complicações.

No ano de 2021 comemorou-se o centésimo aniversário da descoberta da insulina, que mudou de forma radical a vida das pessoas com DM. Também os sistemas de monitorização da glicose intersticial (MCG) e os novos dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) vieram revolucionar o tratamento desta doença.

Neste artigo, irei abordar, de forma resumida, as principais inovações tecnológicas nesta área:

1. Sistemas de MCG
2. Sistemas de MC de corpos cetónicos
3. Sistemas PSCI com fios e sem fios
  - 3.1 Sistemas híbridos / ansa fechada
  - 3.2 Sistemas híbridos avançados / ansa fechada
4. Pâncreas artificial
5. Smart pens

## Sistemas de MCG

São atualmente dispositivos que medem continuamente os níveis de glicose intersticial, fornecendo informação detalhada e em tempo real, com setas de tendências, que permitem antecipar os valores da glicose, alterando o paradigma do ajuste terapêutico da insulina na DM, que passa a ser administrada para o valor esperado.

Baseiam-se em tecnologia minimamente invasiva, permitindo ultrapassar o medo da punção capilar, bem como o incómodo e/ou estigma social que lhe está muitas vezes associado, e representam uma mais-valia inestimável para as pessoas com DM, quer ao nível de controlo da doença, quer ao nível de conforto e qualidade de vida.

Nestes sistemas temos 3 constituintes: o monitor tátil e intuitivo (pode ser um *smartphone*



**Alexandra Vaz**

Assist. hospitalar graduada de MI, Unidade de Diabetes do CHTV. Coord. do Centro Colocador de Sistemas de Perfusão Subcutânea de Insulina dos Adultos do CHTV

e/ou *smartwatch*); o sensor que se aplica no tecido celular SC e o transmissor que transmite os dados entre ambos.

Nos últimos anos, temos vindo a assistir a uma revolução tecnológica nesta área e que se tem vindo a traduzir em: sensores com menor tamanho, peso (tamanho de uma pequena moeda) e custo, de aplicação fácil e indolor, com maior semivida (7, 14, 16, 90 ou 180 dias), sensibilidade e precisão (MARD < a 10%) e sem necessidade de calibração. Outras características comuns são a possibilidade da programação de alarmes individualizáveis e da comunicação com outros dispositivos, como *smart pens*, plataformas de contagem de equivalentes e SPSCI.

O sistema Free Style Libre foi o 1.º a surgir em Portugal e a ser participado pelo SNS. O sensor é colocado na parte posterior do braço, tem uma duração de 14 dias e vem pré-calibrado de fábrica. A versão 2, ainda intermitente, tem alarmes incorporados e o monitor pode ser um dispositivo móvel compatível. Para além das características prévias, a versão 3 (ainda não disponível no nosso país) passa a oferecer leituras em tempo real e o sensor tem menores dimensões, bem como a capacidade de comunicar com SPSCI e *smart pens*.

Outro sistema mais recente e atualmente participado é o Glucomenday. Tem também a duração de 14 dias, dá leituras a cada 1 minuto, transmite os dados sem fios para um telemóvel e uma nuvem e tem a possibilidade de alarmes personalizáveis. A inserção do sensor é indolor e sem agulha a nível abdominal, necessitando ainda de calibração 1 x dia.

Outros exemplos de sistemas de MCG incluem o Dexcom G7 (duração de 16 dias, região abdominal, sem necessidade de calibração e com possibilidade de comunicação com SPSCI) e o Medtronic Guardian 3 e 4 (duração de 7 dias, região abdominal ou braço, e o 4 já sem necessidade de calibração diária, integração com as “bombas” da mesma casa).

Temos ainda o Sistema Eversence, em que o sensor é inserido por meio de uma pequena incisão cirúrgica no braço e que tem uma duração de 90 e/ou 180 dias, transmitindo dados para um *smartphone*. Pode ser uma alternativa em indivíduos com alergias ou dificuldade na adesão dos sensores ou que desempenhem atividades que impossibilitem o seu uso, e tem a vantagem de ser invisível.

Nos últimos anos, tem também havido um grande interesse no desenvolvimento de dispositivos de monitorização ótica não invasiva da glicose (envolve a passagem de um tipo de radiação por uma região vascular) e de análise de uma amostra de fluido colhida sem um procedimento invasivo (lágrimas, suor, saliva). Exemplos de alguns destes produtos, embora com pouca regulamentação, são o Gluco track, sugarBeat, Percusense.

## Sistemas de MC de corpos cetónicos

Usam uma tecnologia semelhante à dos MCG, medindo os corpos cetónicos no fluido intersticial com um sensor que pode ser usado por até 14 dias. Em junho de 2022, a Abbott revelou que está a trabalhar em um sensor 2 em 1: com medição simultânea dos níveis de glicose e cetonas no fluido intersticial. Este novo sensor deve ser do mesmo tamanho que o FreeStyle Libre 3 e oferecer a mesma possibilidade de emitir alertas e par-

tilha remota de dados, bem como integração com PSCI. Podem ser particularmente úteis em situações de alto risco como: dias de doença, durante a gravidez, avaria do SPSCI / problemas com o conjunto de infusão; toma de inibidores SGLT2.

## Sistemas PSCI com fios e sem fios

O tratamento com PSCI deu os primeiros passos nos anos 70 e em Portugal em 1996. Mas a grande revolução tecnológica foi a partir dos anos 2000, sobretudo com os avanços na área da monitorização e da interoperabilidade entre os vários equipamentos. Temos tido sistemas de menores dimensões, mais seguros e fiáveis, com menos custos, mais intuitivos e fáceis de usar e que até podem ser controlados por dispositivos móveis. Existem também sistemas sem fios que funcionam como um pequeno dispositivo descartável com adesivo e que permitem uma forma de administração de insulina mais discreta e cómoda.

Assim, os equipamentos mais recentes combinam um sistema de MCG em tempo real com uma PSCI (com ou sem fios) para regular, consoante algoritmos complexos de inteligência artificial, a administração de insulina, tornando a gestão da DM muito mais automática e independente para o doente. Desta forma, os sistemas híbridos / “ansa fechada” determinam de forma automática a taxa de infusão da insulina basal de acordo com os valores da glicose fornecidos pelo sensor, necessitando ainda da intervenção manual do utilizador para os bólus das refeições e corretores.

Para além do ajuste automático da insulina basal, os sistemas híbridos avançados / “ansa fechada” possuem outra funcionalidade adicional, como o bólus de autocorreção automático, que permite corrigir rapidamente os níveis de glicose que ultrapassam o alvo, sem a necessidade da intervenção manual do utilizador. Ambos interrompem de forma autónoma a administração de insulina quando o sensor prevê a hipoglicemia.

Estes novos dispositivos inteligentes permitem obter um tempo no alvo superior a 70-80%, diminuir o tempo abaixo do alvo, minimizando e prevenindo as hipoglicemias e reduzir a variabilidade glicémica.

Alguns exemplos destes sistemas híbridos avançados com fios são a Minimed 780 G (disponível em Portugal pelo SNS desde 2022) e a Tandem XL2 e, sem fios, a Omnipod Dash e a Glucomen Day Pump.

Estão a decorrer ensaios com a coadministração de outras hormonas nestes dispositivos: os derivados da amilina e os agonistas do GLP-1, que reduzem as excursões glicémicas pós-prandiais; e o glucagon, que minimiza as hipoglicemias. Também sistemas de infusão intra-peritoneal de insulina estão em desenvolvimento, com o objetivo de restaurar o ratio fisiológico entre a insulina portal e a periférica

Atualmente, já existem equipamentos em que o conjunto de infusão tem uma duração superior (7 dias – Minimed 780 G) e não necessita de ser trocado a cada 3 dias. Estão também a ser desenvolvidos modelos só com um sensor que permitem em simultâneo a monitorização e a administração de insulina.

## Pâncreas artificial/biónico

O pâncreas biónico iLet é um sistema totalmente automático de administração de insulina, constituído pelos mesmos componentes de um sistema híbrido avançado, mas que, ao contrário deste, elimina as interações tradicionais com o utilizador. Assim, requer apenas informação acerca do peso corporal e do horário/tipo de refeição, dispensando a necessidade de contagem de hidratos de carbono. A dose de insulina é então determinada pelo algoritmo do dispositivo, utilizando esta informação de forma contínua e autónoma. Pode usar apenas insulina ou ser bi-hormonal, coadministrando também um análogo do glucagon, o dasiglucagon.

Em setembro deste ano, foi publicado no *NEJM* os resultados de um estudo multicêntrico, randomizado, com a duração de 13 semanas, que envolveu 219 participantes (adultos e crianças com idade superior a 6 anos com DM1) e que fez uma comparação do uso deste dispositivo versus tratamento padrão. Os resultados foram promissores: descida da HgA1c, aumento da duração do tempo no alvo, sem aumento

do número de hipoglicemias. Os participantes enfatizaram também a diminuição do stress associado à gestão diária da doença. Está a aguardar aprovação pela FDA.

## Smart pens

As principais barreiras para o uso eficaz da insulina são, a par da via SC, a omissão de doses ou o seu cálculo incorreto. Antigamente, as canetas de insulina (introduzidas nos anos 80) eram apenas uma forma mais prática e amigável de injetar insulina, em vez de usar um frasco e uma seringa. Atualmente, são dispositivos que permitem melhorar a qualidade de vida, reduzindo o desgaste para a pessoa com diabetes, aumentando a adesão terapêutica, o controlo glicémico e a qualidade e relevância dos dados registados.

Assim, estes dispositivos permitem: gravar a data/hora e a dose de insulina administrada; emitir alertas (que podem ser partilhados) de esquecimento de dose; incorporar um calculador de bólus com contagem da insulina ativa; integrar e partilhar dados com outros dispositivos, como telemóveis, plataformas, sistemas de MCG. Algumas canetas têm também incorporado um sensor de temperatura que deteta se a insulina esteve exposta a temperaturas elevadas.

Como exemplos temos a Inpen, a Pendiq e, desde o final de 2022 em Portugal, a Novo-pen Echo 6 e Echoplus, que comunica com o sistema Freestyle Libre 2 e com a plataforma Mysugr.

Mas o futuro não é apenas tecnológico, é também biológico, com o desenvolvimento das insulinas inteligentes e das terapias genéticas e imunológicas que, ao atuarem na prevenção podem, quem sabe, num futuro não muito distante, permitir a cura da DM tipo 1. Até lá, é fundamental garantir que todas as pessoas com DM tipo 1 possam ter um acesso gratuito e equitativo a estas tecnologias “inovadoras”. Paralelamente às intervenções na acessibilidade, compete a todos nós, profissionais de saúde envolvidos nesta área, continuarmos a apostar no processo de educação terapêutica e na capacitação da pessoa com DM.

## Prevenir e tratar o defeito cognitivo

Cerca de 50 milhões de pessoas vivem com demência mundialmente, o que acarreta custos financeiros e humanos cada vez mais incomportáveis para as sociedades modernas.

O aumento da esperança de vida duplicou a prevalência das doenças causadoras de declínio cognitivo e chamou para a opinião pública o tema da prevenção, tanto no envelhecimento normal como na patologia do sistema nervoso central.

Em janeiro deste ano, a FDA aprovou um novo fármaco – lecanumab – para o tratamento da doença de Alzheimer. Trata-se de um anticorpo monoclonal anti-amiloide que promete ajudar a “remover” a proteína betamilóide do cérebro dos doentes e desacelerar a velocidade de declínio cognitivo. Embora otimista, a comunidade científica olha com reserva para os avanços no domínio do tratamento das doenças neurodegenerativas, após várias tentativas que não se traduziram em ganhos clinicamente significativos e depois de décadas a tratar as doenças apenas sintomaticamente.

O cérebro humano dispõe de mecanismos protetores destinados a manter as suas funções na presença de patologia – a chamada reserva cognitiva. Traduz a capacidade de “encaixar doença” sem perda funcional e é quantificável por vários parâmetros, tais como educação, complexidade profissional, atividades de lazer e intimamente relacionada com a saúde física. Fatores no início da nossa vida, tais como a aquisição precoce de línguas, ou a exposição a cultura e cuidados de saúde, parecem ter uma influência inequívoca na nossa reserva cognitiva. Mais tarde na vida, a saúde física e a saúde cardiovascular também influenciam os mecanismos protetores por diminuírem a excitotoxicidade mediada pelo glutamato e aumentarem a neurogênese hipocámpica.

A OMS reconheceu 12 fatores de risco modificáveis suscetíveis de potencialmente reduzir a prevalência de declínio cognitivo em até 40%. Este impacto preventivo é maior nos países de baixo nível socioeconómico. Estes



**Sofia Nunes de Oliveira**  
Neurologista. Consulta de Memória.  
Neuroconsultas. Hospital da Luz Lisboa  
e Oeiras. Hospital do Mar

fatores de risco são dinâmicos, ou seja, têm um potencial protetor das funções cognitivas que varia de acordo com a idade. Por exemplo, medidas como a prevenção da obesidade e a hipertensão arterial na vida adulta parecem aumentar o risco de demência, mas no final da vida o baixo peso está frequentemente associado a declínio cognitivo.

Os fatores que parecem estar associados a prevenção de demência são: atividade física regular, cessação tabágica, intervenção nutricional, intervenção sobre o consumo de álcool, intervenção cognitiva, promoção da atividade social, vigilância do peso, tratamento da hipertensão arterial, da diabetes, da depressão e da hipoacusia.

No que diz respeito à intervenção cognitiva, a maior escolaridade está associada a menor risco de demência e este efeito protetor é máximo nas primeiras décadas de vida. Já outros fatores de intervenção cognitiva, tais como viagens, eventos sociais, tocar instrumentos e manter atividade física regular, parecem ajudar a manter a cognição independente da idade de intervenção.

Indivíduos com profissões mais exigentes têm menor probabilidade de declínio cognitivo após a reforma, sendo que a atividade laboral tam-

bém funciona como medida de estimulação cognitiva, com a velocidade de declínio de memória a acelerar após a reforma e a ser mais rápida em países com idade de reforma mais baixa. A socialização também parece ser um fator protetor e os indivíduos viúvos e solteiros de longa duração têm uma maior incidência de demência ao longo da vida.

O risco relativo de demência para doentes com hipoacusia é de 1.9 e o uso precoce de prótese auditiva parece proteger de declínio cognitivo.

O tratamento da hipertensão arterial está claramente associado a diminuição da prevalência de declínio cognitivo e este efeito parece ser maior se o tratamento for mais agressivo, para valores alvo de pressão arterial sistólica abaixo dos 120 mmHg.

A prática regular de exercício físico parece proteger de demência e este efeito positivo está demonstrado para o exercício aeróbico, sendo que protege não só de demência vascular mas também de doença de Alzheimer. Da mesma forma, parar de fumar, mesmo que tardiamente, também parece diminuir o risco de demência de qualquer causa.

Os fatores de risco nem sempre são estáticos, como acontece, por exemplo, com o peso. Um IMC superior ou igual a 30 aumenta o risco de demência, sendo que a perda de peso igual ou superior a 2 kg pode melhorar domínios cognitivos, tais como atenção e memória. Por outro lado, o baixo peso em doentes com demência parece ser um fator de mau prognóstico.

A depressão major não só é um fator de risco para deterioração cognitiva como pode ser um pródromo de doença neurodegenerativa e faz parte da doença. Está ainda por perceber qual o impacto do tratamento da depressão na prevenção de declínio cognitivo. Da mesma forma, as perturbações tardias do sono são frequentemente a primeira manifestação de demência, mas a insónia também contribui, por sua vez, para os processos neurodegenerativos, acelerando a doença.

Evidência crescente mostra a importância de fatores do ambiente, tais como a poluição atmosférica, que parecem acelerar processos neurodegenerativos e contribuir para a doença cardíaca e cerebrovascular, bem como para a deposição de amiloide, aumentando a incidência de demência. A dieta pode ser protetora de demência, com a dieta mediterrânica consistentemente associada a diminuição do risco de demência e de declínio cognitivo.

Enquanto aguardamos ansiosamente por terapêuticas que intervenham no processo fisiopatológico das doenças neurodegenerativas de forma curativa, devemos concentrar esforços no sentido de «poupar cérebro», de otimizar o cérebro que temos e de prevenir ou atrasar o declínio cognitivo. Tomadas em conjunto, estas intervenções sobre fatores de risco modificáveis podem significativamente atrasar o nosso relógio biológico, no que diz respeito às nossas funções cognitivas, e não devem ser consideradas irrelevantes, dado o seu significativo impacto sobre a nossa saúde física e mental.

## Fenótipo de diabetes e insuficiência cardíaca



**Sara Almeida Ramalho**  
Assist. hosp. de MI, Consulta  
de Medicina/Diabetes, HGO

Uma das temáticas abordadas na 16.ª Reunião Anual do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) foi a relação entre o coração e a diabetes (DM), lançando-se a discussão sobre uma perspetiva menos falada da ligação entre esta patologia e a insuficiência cardíaca (IC). A relação entre DM e IC tem sido evidenciada nos últimos anos, não só pela cronicidade de ambas as patologias mas também pela atual possibilidade de intervir em ambas. Adicionalmente, a IC é muitas vezes uma das primeiras manifestações de doença cardiovascular em doentes com DM, pelo que podemos também interrogar-nos se a IC poderá ser identificada como uma complicação da diabetes a juntar às restantes complicações micro e macrovasculares.

A existência de terapêuticas modificadoras de prognóstico comuns às duas patologias e os resultados positivos nos estudos de eficácia e segurança cardiovascular trouxeram o tema a debate, despertando a reflexão sobre a necessidade cada vez mais presente de abordar os doentes por características fenotípicas, caminhando no sentido da *Medicina de Precisão*. Esta personalização da abordagem faz ainda mais sentido em patologias como a DM e a IC, uma vez que ambas incluem um grupo heterogéneo de doentes.

Na DM, os fenótipos mais descritos assentam na presença ou não de autoimunidade, estado de resistência ou deficiência de insulina, idade dos doentes no diagnóstico entre outras características físicas como o índice de massa corporal. Na IC, a divisão por grupos de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo é a mais utilizada. Muitos dos doentes internados em serviços de Medicina Interna incluem-se no grupo da fração de ejeção preservada, que está muitas vezes associada à presença de DM, hipertensão arterial e disfunção diastólica.

Dada a relação próxima entre as duas patologias, torna-se também importante a vigilância do risco de desenvolvimento de IC em doentes com DM. Atualmente, revisitam-se os estádios de classificação da IC, destacando-se os estádios pré-clínicos, em que começamos a poder intervir graças à disponibilidade de terapêuticas de prevenção do desenvolvimento de complicações da DM e de redução do risco cardiovascular. De acordo com a evidência atual, é proposto por algumas sociedades científicas que se rastreie o risco de desenvolvimento de IC através do doseamento de biomarcadores cardíacos, tal como pesquisamos, identificamos e tratamos as outras complicações da DM.

Este tema levanta ainda muitas questões, pelo que são necessários mais estudos sobre como melhor abordar estes doentes, mas também mais debate entre os profissionais de saúde.

## Novas esperanças na perda de peso

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal. É uma doença crónica, de etiologia multifatorial, que requer esforços continuados para ser controlada. Em Portugal, a taxa de excesso de peso foi de 67,6% em 2019. Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2019, 16,9% da população adulta portuguesa tem obesidade e cerca de 36,6% tem excesso de peso.

O índice de massa corporal (IMC) é utilizado para classificar o excesso de peso (IMC compreendido entre 25 e 29,99 kg/m<sup>2</sup>) e a obesidade (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) em adultos. Um IMC elevado constitui um relevante fator de risco para várias doenças, como as doenças cardiovasculares, a diabetes *mellitus*, distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de cancro. O risco para essas doenças aumenta proporcionalmente ao IMC.

O reconhecimento da obesidade como condição de saúde, e não apenas como uma responsabilidade pessoal, ajuda a diminuir o preconceito e o estigma associados. Assim, à semelhança de outras doenças crónicas, a adesão à terapêutica e às mudanças implementadas deve manter-se de forma sustentada, sendo a chave para uma perda ponderal bem-sucedida.

As estratégias de primeira linha para o tratamento da obesidade consistem em alterações comportamentais e de estilos de vida. Em situações de obesidade grave e/ou associada a outras comorbilidades, pode emergir a necessidade de terapêutica farmacológica e/ou cirurgia bariátrica.

A terapêutica farmacológica deve ser considerada, em associação às medidas de estilo de vida, em todas as pessoas com IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup> ou IMC entre 27 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> e pelo menos uma comorbilidade associada, que não tenham atingido o objetivo da perda de peso (perda de pelo menos 5% do peso corporal total em 3 a 6 meses), com medidas de intervenção do estilo de vida.



**Sónia Gonçalves**

Assist. hospitalar de MI. Coord. Unidade de Cuidados Intermédios e da Consulta de Diabetes e Obesidade do Hospital CUF Santarém

No passado, os poucos fármacos aprovados para tratar a obesidade eram prejudicados por uma fraca eficácia e efeitos colaterais preocupantes. Alguns agentes, como fentermina com fenfluramina, sibutramina e lorcaserina, foram retirados do mercado, devido aos riscos de valvulopatia cardíaca grave, acidente vascular cerebral e cancro, respetivamente.

O orlistato, o liraglutido e a associação de bupropiom/naltrexona (NB) são os únicos fármacos que, estando aprovados pela EMA e FDA, estão disponíveis em Portugal.

O orlistato e a associação NB demonstraram eficácia moderada na perda de peso; já o liraglutido apresentou uma redução de 5-15%, com melhoria das complicações relacionadas com a obesidade.

O liraglutido é um agonista do recetor glucagon-like-peptide-1 (GLP-1) de ação prolongada que potencia a redução do apetite agindo diretamente a nível do sistema nervoso central e do trato gastrointestinal.

No horizonte temos o tirzapatide, fármaco ainda não disponível em Portugal, mas já comercializado nos EUA. Resulta de uma combinação sintética de duas incretinas específicas,

chamadas GLP-1 e GIP (peptídeo inibidor gástrico). Comercializado sob o nome Mounjaro, da farmacêutica Lilly, foi testado em pessoas sem diabetes, através de três dosagens: 5, 10 e 15 mg. Os resultados mostraram que os participantes com obesidade ou excesso de peso e tomaram a dose de 5, 10 e 15 mg perderam uma média de 16, 22 e 23.6 kg, respetivamente (o que até à data apenas é possível com cirurgia bariátrica ou liraglutido).

Em suma, são necessárias várias estratégias para combater a obesidade de modo consistente ao longo da vida, de forma individualizada, tendo em conta as particularidades de cada pessoa.

Urge a necessidade de novos fármacos em Portugal, bem como a comparticipação dos mesmos, para que possamos tratar a obesidade como doença crónica grave e complexa.

## Novos estudos na diabetes tipo 1

A diabetes tipo 1 tem sido alvo de uma profícua investigação científica nas diversas áreas que abrange, desde a epidemiologia até às complicações, com passagem obrigatória por pontos tão importantes como a fisiopatologia, a prevenção e o tratamento. Como clínico, escolhi duas áreas para este pequeno artigo, redigido no âmbito da intervenção "Novos Estudos na Diabetes tipo 1", a qual ocorreu durante a 16.ª Reunião do Núcleo da Diabetes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: o tratamento e a prevenção em pessoas de alto risco.

No que diz respeito ao tratamento, a novidade mais impactante foi a publicação em 2022 dos dados referentes a um ensaio clínico com pâncreas biónico apenas com insulina. Nos últimos anos, habituámo-nos a ver uma progressão gradual da integração dos sistemas de infusão contínua de insulina com os sistemas de monitorização da glicose, a caminho do pâncreas artificial, com automatização total.

Hoje, temos já disponíveis para utilização na prática clínica sistemas híbridos, em que existe alteração dos débitos basais programados e administração de bólus em função da evolução das glicemias. No entanto, estes sistemas têm várias premissas: necessitam de programação dos débitos basais, assim como da relação hidratos de carbono/insulina e do fator de sensibilidade à insulina.

Os sistemas biónicos utilizam algoritmos de inteligência artificial, não necessitando de programação prévia, sendo apenas necessário introduzir o peso da pessoa e, neste caso específico que vou discutir, anunciar a ingestão de uma refeição, assim como a quantidade relativa (habitual, superior ou inferior à habitual).

O estudo em causa comparou mais de 200 doentes que iniciaram o sistema biónico com 107 doentes a fazerem outras metodologias terapêuticas, incluindo os mais avançados sistemas híbridos disponíveis. Verificou-se uma melhoria global do controlo glicémico com o sistema biónico, com aumento do tempo no alvo e redução da HbA1c, sendo de salientar



**Miguel Melo**

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do CHUC

que a melhoria no tempo no alvo se verificou ao fim do primeiro dia de utilização do sistema. Não se observou diferença no tempo abaixo do alvo.

Estes resultados permitem-nos ter grandes expectativas para os próximos anos, possibilitando uma potencial melhoria da qualidade de vida das pessoas com diabetes, uma vez que dispensa a contagem de hidratos de carbono, assim com os ajustes nos débitos basais e relações de insulina, com melhoria do controlo glicémico.

Outro assunto que destaco é a prevenção ou a paragem do processo de destruição autoimune das células beta. Depois de muito tempo com resultados que ficavam claramente aquém das expectativas, percebemos hoje que as duas estratégias utilizadas – a indução de tolerância a antigénios específicos e a imunomodulação – podem ser eficazes, dependendo da fase da história natural em que as pessoas se encontram.

Assim, a indução de tolerância a antigénios específicos parece ser eficaz na prevenção primária (pessoas de alto risco por terem familiares com diabetes tipo 1) e no estágio 1, em que já existe agressão autoimune. Já nos estádios 2 e 3 (pré-sintomático e início da diabetes tipo 1),

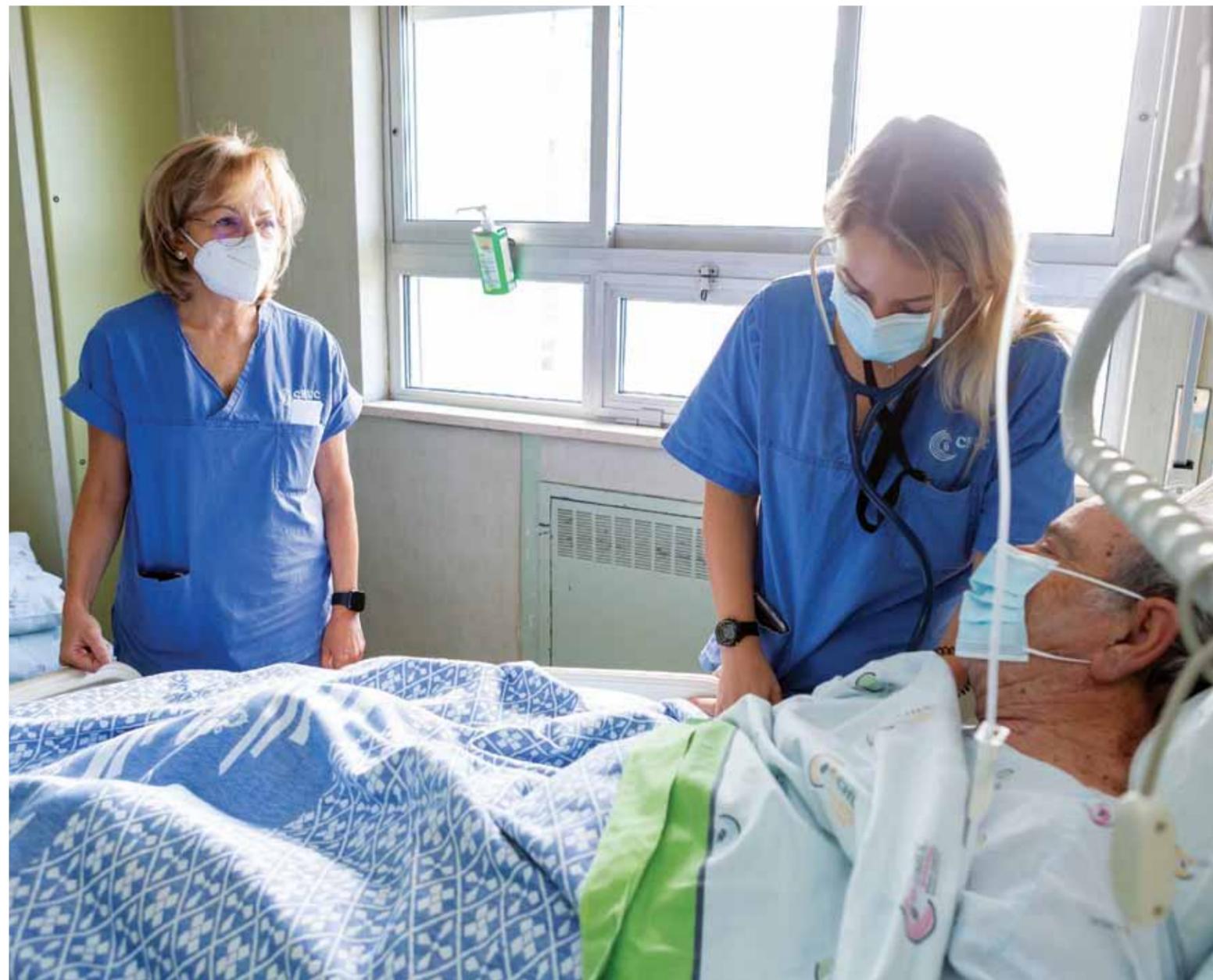
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (CHUC)

# A ambição de ver ampliada a estrutura para conseguir organizar o Ambulatório e o Internamento em polos diferentes e desenvolver novas áreas

**A criação de uma Unidade de Diagnóstico Rápido, a aproximação da UCIM para a área física do Serviço e a implementação da Unidade de Cogestão com a Ortopedia são projetos a implementar, mas que carecem do aumento da estrutura destinada ao Serviço. A possibilidade de reorganizar o espaço, privilegiando o Ambulatório no polo HG e o Internamento no polo HUC poderia facilitar o processo.**

Lêlita Santos assumiu a direção do Serviço de MI do CHUC no final de novembro de 2021, um mês após ter tomado posse como presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. “Este Serviço é muito grande, na sua totalidade tem 209 camas, divididas pelos polos dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e do Hospital Geral (HG). Conheço-o bem, pois, foi aqui que fiz o internato da especialidade”, começa por referir. No entanto, nessa altura, a organização era diferente: “Havia três serviços de Medicina nos HUC e um no HG e os dois hospitais eram autónomos. Comecei a trabalhar no Serviço de Medicina I, nos HUC. Em 2009, pouco tempo antes da criação do Centro Hospitalar, que aconteceu em 2011, os três serviços de Medicina dos HUC acabaram por se fundir, na sequência da aposentação dos diretores de dois dos serviços. Em 2013, passaram a designar-se por Medicina Interna A, nos HUC, e Medicina Interna B, no HG. A última mudança aconteceu em abril de 2018, com a unificação dos dois, dando origem a este mega Serviço.” Dado este historial, um dos principais objetivos de Lêlita Santos é aproximar a equipa, porque, “devido ao facto de existirem dois polos com uma distância de 9 km entre si e os vários elementos estarem muito ligados aos seus serviços antigos, de alguma forma, ainda não es-

tão unidos ao ponto de sentirem que pertencem todos ao mesmo Serviço”. Outra das suas ambições prende-se com a reorganização do mesmo, de forma a alocar maioritariamente o Ambulatório ao polo HG e o Internamento ao polo HUC. Para já, existem cinco unidades de internamento de 28 camas nos HUC e três no HG, de 22, 19 e 16 camas, sendo que esta última recebe doentes com critérios de menor gravidade, e ainda a Unidade de Cuidados Intermediários Médicos, nos HUC. “Dada a dificuldade que existe em realizar alguns Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) no HG, a ideia seria usar esse espaço para a maior parte da atividade de Ambulatório e para o internamento dos doentes menos complexos, que precisem de tratamentos mais prolongados ou que não necessitam de MCDT realizados nos HUC, numa lógica de rotatividade da equipa pelos dois polos”, explica. No entanto, Lêlita Santos reconhece que tal alteração será inviável “enquanto se mantiver no HG uma Urgência para casos agudos, tal como a que existe nos HUC, pois, se os doentes a ela recorrerem têm de ser internados”. Ainda assim, acredita que esta mudança aconteça “lentamente”. Na realidade, Lêlita Santos destaca que “o facto de haver uma estrutura de



recursos físicos e humanos tão pequena para uma dimensão de Serviço tão grande tem-nos impedido de desenvolver alguns projetos”. Um dos exemplos é o da criação de uma pequena Unidade de Diagnóstico Rápido, que carece apenas de espaço, nos HUC, para ser implementada. Esta área acolheria “os doentes que necessitam de fazer um diagnóstico rápido que não se coaduna com as consultas externas, nem com o internamento, pois, rapidamente, em dois a três dias, consegue ter-se o diagnóstico”. Possivelmente, a curto prazo, este projeto poderá avançar, “quando a Consulta de Aterosclerose e HTA transitar para o HG e libertar algum espaço nos HUC”.

**Lêlita Santos: “O facto de haver uma estrutura de recursos físicos e humanos tão pequena para uma dimensão de Serviço tão grande tem-nos impedido de desenvolver alguns projetos.”**

O mesmo sucede com o projeto de implementação da Unidade de Cogestão com a Ortopedia, que deverá ser alocada ao Serviço de Ortopedia, a fim de se realizar a cogestão, juntamente com aqueles colegas, do doente ortopédico. “Os doentes que necessitam de um equilíbrio antes da cirurgia e no pós-operatório vão ser

(Continua na pág. 24)

(Continuação da pág. 23)

acompanhados por um internista com competência nessa área”, explica. Recentemente, desde setembro de 2021 que a Unidade de Cuidados Inter-médios Médicos, que estava na depen-

cialidades Médicas, juntamente com os serviços de Pneumologia, Infeciologia e Endocrinologia. Além da “colaboração multidisciplinar” que existiu durante a pandemia de covid-19, Lèlita Santos avançava, à data desta reportagem, realizada no início de dezembro, que existia



dência do Serviço de Urgência, passou a estar sob a responsabilidade da MI. “Apesar de essa Unidade sempre ter contado com a colaboração de internistas, tínhamos muita vontade de a ter integrada no Serviço e o nosso intuito era incorporá-la na nossa área física, mas, mais uma vez, deparámo-nos com a falta de espaço. Felizmente, há pouco tempo, foi encontrada uma alternativa e a UCIM foi instalada mais junto das nossas outras unidades de internamento”, refere. Além da aproximação física ao Serviço, há agora a possibilidade de aumentar o seu número para 14 camas.

#### A magnitude da MI na Urgência e na dinâmica hospitalar e comunitária

O Serviço de MI do CHUC está integrado no Departamento de Medicina e Espe-

uma enfermaria de contingência onde estavam internados “os doentes com gripe ou insuficiência respiratória, cujos cuidados eram assegurados pela MI, pela Pneumologia e pela Infeciologia”. Também em conjunto com os serviços de Neurologia e de Pediatria, constituem um Centro de Referência nacional para as Doenças Hereditárias do Metabolismo. A diretora do Serviço reconhece que “a MI tem um grande peso na dinâmica hospitalar, desde logo, porque assegura praticamente sozinha a Urgência médica”. Paralelamente, “existe uma equipa de três médicos, escalada a cada quatro meses, que garante o apoio a todas as enfermarias dos HUC e um internista que faz o mesmo junto dos serviços de internamento do HG, num modelo de consultadoria”. O aumento do número de profissionais, “seguramente de oito internistas e pelo menos 30 enfermeiros”, é algo que considera determinante

para “viabilizar a implementação dos projetos de Ambulatório”.

Na sua opinião, seria benéfica a reorganização das instituições, no sentido de centralizar os cuidados nos serviços de Medicina Interna. “Devia haver um verdadeiro departamento, sem fronteiras entre os serviços, que contemplasse mais recursos humanos à Medicina Interna e em que o gestor dos doentes fosse sempre o médico internista, sendo que, quando necessário, estes ficariam ao cuidado da especialidade mais apropriada”. Efetivamente, “o internista seria aquele que teria ao seu cuidado mais doentes, casos complexos e que poderia acompanhar aqueles que tivessem patologias cardíacas ou pulmonares e/ou outras, dado que a maioria tem doença sistémica e o internista é quem os trata no seu global”.

Assim, no seu entender, “o internista devia ser o gestor médico do doente e das suas doenças, enquanto os demais especialistas da área médica podiam tratá-lo caso este tivesse uma patologia mais específica. A atividade dos colegas das especialidades médicas deveria ter a possibilidade de ser mais dedicada à realização de exames complementares”. O Serviço está também a implementar a teleconferência interna com os colegas do Hospital Psiquiátrico Sobral Cid, que dista cerca de 10 km dos HUC, em que “se discutem casos, habitualmente de pessoas com doenças crónicas mé-

**“Devia haver um verdadeiro departamento, sem fronteiras entre os serviços, em que o gestor dos doentes fosse sempre o médico internista, sendo que, quando necessário, estes ficariam ao cuidado da especialidade mais apropriada”, sugere a diretora.**

dicas, de forma a evitar a deslocação quer de médicos, quer de doentes. Só em caso de real necessidade é que tal acontece, o que é raro”.

Com os CSP, é realizada ainda telemedicina e existe um projeto em desenvolvimento que pretende impulsionar a referência para uma consulta aberta. A equipa está envolvida também num projeto do Serviço de Urgência que prevê a constituição de um grupo dedicado disponível a receber telefonemas, para evitar que quando os doentes mais idosos que estão em instituições, sobretudo em lares, descompensam sejam imediatamente encaminhados para a Urgência, quando tal não se justifique”. No âmbito inter-hospitalar, é frequente este Serviço receber “doentes agudos que necessitem dos cuidados de unidades específicas, referenciados dos hospitais da Zona Centro, principalmente de Leiria, de Viseu, da Guarda e da Figueira da Foz”.

#### O progresso como retorno da formação

A formação é uma das vertentes mais valorizadas por Lèlita Santos, por considerar que “os internos são o motor e a fonte de dinamismo do Serviço, ao quererem aprender e inovar. São eles que estimulam os mais velhos a progredir, e sem a sua presença a equipa poderia estagnar”.

No entanto, a diretora do Serviço tem consciência de que “os internos de MI são muito sobrecarregados, sobretudo com as urgências, dado que as restantes especialidades conseguiram que os seus internos deixassem praticamente de as fazer”. De facto, no 1.º ano de internato, em que esses colegas participam na Urgência de MI, “estão a aprender e, naturalmente, ainda não têm a experiência suficiente para poderem ter uma autonomia maior, sendo que, a partir daí, a maioria passa a fazer urgências apenas na sua própria especialidade”. Avaliando a época em que esses colegas faziam urgências de MI durante, pelo menos, os primeiros quatro anos de internato, “eram muito mais sensíveis à visão sistémica e sabiam lidar

melhor com o doente urgente”. Com a mudança que se deu, passou a haver “uma sobrecarga para os internos de MI, o que, apesar de ainda não ter tido reflexos neste Serviço, tem condicionado o preenchimento de vagas noutros hospitais”. Nesse sentido, não tem dúvidas de que “seria vantajoso para todos que os colegas pudessem fazer urgências integrados nas equipas de MI”. Observando a realidade deste Serviço, a sua diretora realça que o facto de existirem duas urgências, nos HUC e no HG, acaba por “consumir muito e dispersar de alguma forma os recursos humanos, dificultando a logística”. Os alunos do 1.º, 2.º, 3.º, 4.º e 6.º anos da FMUC também passam por este Serviço, em contexto de aulas práticas e estágios, chegando a haver “grupos de 50 alunos do 6.º ano”, o que leva Lèlita Santos a reforçar a necessidade de espaço, pois, “frequentemente, é preciso discutir o doente mais recatadamente, numa sala, e não há essa possibilidade”.



Nesses casos, optam por “utilizar a biblioteca, que devia servir para os profissionais trabalharem”. Também as aulas são, por vezes, “marcadas para mais tarde, a partir das 18h, quando os gabinetes de consulta começam a ficar vagos, dado que uma das duas salas de aula está destinada a outras funções, restando apenas outra”.

Quanto à investigação, o Serviço integra um grupo de investigação constituído por cinco internistas doutorados ou em vias de doutoramento, disponíveis para

**Passou a haver “uma sobrecarga para os internos de MI, o que, apesar de ainda não ter tido reflexos neste Serviço, tem condicionado o preenchimento de vagas noutros hospitais”, afirma a internista.**

“avaliar e coordenar os projetos”, sendo a “falta de tempo o principal entrave à realização de mais investigação”.

#### Jorge Leitão: a extensão do apoio da Consulta Externa além das fronteiras do Serviço

Jorge Leitão é o coordenador da Consulta Externa do Serviço desde o início de 2022 e avança que realiza “uma gestão administrativa central, sendo que cada uma das consultas temáticas tem um coordenador, responsável por fazer a sua orientação particular, e um grupo de internistas dedicados”. O internista destaca que algumas das consultas conseguiram “estender-se além das fronteiras do Serviço, havendo, por isso, vários colegas a prestar apoio noutros espaços”. Esse é também o seu caso, dado que, desde a época de internato, é um dos internistas que participam na Consulta de Hepatologia de Apoio a Doentes Transplantados Renais, que funciona no Serviço de Urologia e Transplantação Renal. É o próprio que a coordena, desde 2013. Desde cedo, começou a dedicar-se à área das doenças hepáticas, por “entender o fígado como um órgão que tem uma importância espe-

(Continua na pág. 26)

(Continuação da pág. 25)

cial, não só por influenciar como por ser influenciado por outros de uma forma muito ativa”.

Refere ainda que há colegas que se deslocam ao Serviço de Oftalmologia para fazer a Consulta de Doenças Inflamatórias Oculares e outros que prestam apoio aos reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra na área das hepatites virais.



Jorge Leitão

O médico adianta que, “após uma descida do número de consultas, devido à pandemia de covid-19, está a haver uma boa recuperação, de tal forma que, em 2022, o número de primeiras consultas ultrapassou já as realizadas em 2019”.

Jorge Leitão nasceu há 62 anos, em Coimbra, desde sempre se interessou pela Medicina e o facto de ter testemunhado, enquanto criança, todas as tradições académicas de Coimbra levaram-no a ter como objetivo estudar naquela Universidade. De forma natural, escolheu Medicina e, após realizar o internato de MI no antigo Serviço de Medicina III dos HUC, esteve cinco anos a trabalhar em alguns hospitais distritais, tendo regressado aos HUC em 2000.

**Adélia Simão: a intensa atividade assistencial e académica relacionada com a patologia hepática**

Adélia Simão coordena a Consulta de Doença Hepática desde 2013, quando Armando Carvalho, que assumia a função até então, foi designado diretor



do antigo Serviço de Medicina Interna A, nos HUC. O seu interesse pela área já era antigo, pois, foi ainda nos anos 80, quando iniciou o internato de MI no antigo Serviço de Medicina III dos HUC, que começou a contactar de perto com a doença hepática, por influência do então Diretor do Serviço: “O Prof. Armando Porto nutria um gosto especial pela área e acabou, de alguma forma, por transmiti-lo aos seus discípulos.”

Esta é uma das consultas que tem mais representatividade no Serviço, sendo realizadas cerca de 4000 consultas anuais. A médica adianta que, “tendencialmente, os doentes com patologia hepática são mais jovens do que aqueles que estão internados em enfermaria, por terem, na sua maioria, cirrose hepática, nomeadamente, de origem alcoólica, encontrando-se na casa dos 50 e 60 anos”.

No entanto, dado o facto de a instituição ser considerada Centro de Referência para Transplantação Hepática desde 2015, esta Consulta acaba por “concentrar um número razoável de patologia muito variada”. Frequente é ainda o seguimento dos doentes com



Adélia Simão

cirrose hepática em internamento, por “descompensarem com alguma facilidade, porque mantêm os hábitos alcoólicos ou porque surgem outras intercorrências, nomeadamente infecciosas”.

Além de si, há mais 14 internistas a realizar esta Consulta e, além de, “frequentemente serem chamados às enfermarias de outros serviços para opi-

(Continua na pág. 28)

**HERMÍNIA RODRIGUES, ENFERMEIRA GESTORA DO INTERNAMENTO D:**

**“Não consigo gerir uma equipa se não estiver junto dela”**

Hermínia Rodrigues, de 61 anos, é uma dos oito enfermeiros gestores dos oito internamentos do Serviço. No seu caso, gere os 31 enfermeiros adstritos ao Internamento D, com lotação de 28 camas. Entre os colegas gestores, é aquela que está há mais tempo neste Serviço – 12 anos. Após fazer o curso, na Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, em Coimbra, esteve três anos a trabalhar no Hospital de Chaves, período após o qual ingressou nos HUC. “Já cá estou há 36 anos, desde 1987, e o meu percurso foi sempre muito direccionado para o ato de cuidar melhor dos doentes”, diz. Nos HUC, esteve inicialmente 16 anos no Serviço de Neurologia, tendo sido mobilizada para a Ortopedia, dada a especialidade que tinha de Enfermagem de Reabilitação, onde pôde trabalhar “numa área muito específica, da rea-

bilitação do ombro e da mão”. Integrou depois o Serviço de Urologia, enquanto enfermeira-chefe e, em 2010, assumiu a gestão da presente enfermaria.

A enfermeira explica que, “teoricamente, procura-se que os doentes sejam internados na enfermaria que está mais vocacionada para determinada patologia ou área, no entanto, o facto de a maioria dos doentes entrar pela Urgência dificulta essa forma de organização, levando a que sejam alocados à enfermaria que tiver vaga”. No caso do Internamento D, este dedica-se a receber sobretudo doentes do foro respiratório.

“A minha gestão é muito centrada nos processos, porque não consigo gerir uma equipa se não estiver junto dela a identificar as suas dificuldades e carências. A partir daí, desenvolvo o trabalho mais burocrático, para atender to-

das as necessidades inerentes à prestação de cuidados. Apesar de não estar na prestação de cuidados diretos aos doentes, estou na retaguarda”, observa.

A profissional avança que “o trabalho da equipa de enfermagem do Serviço se baseia também no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, integrados no plano de atividades anual”, sendo um deles a “Prevenção do Declínio Funcional do Doente”.

“Dado que a maioria dos doentes internados são idosos, que rapidamente perdem a sua funcionalidade, uma das preocupações da gestão de enfermagem, nos últimos anos, foi investir na alocação de enfermeiros de reabilitação, precisamente para evitar o declínio da funcionalidade, ajudar à recuperação da condição prévia ao episódio de internamento



e facilitar o restabelecimento de algumas capacidades fundamentais para que o cuidador possa tratar do doente em casa”, explica. Outro dos projetos consiste na “identificação das necessidades do cuidador em termos formativos e informativos, de forma a capacitá-lo para o ‘Regresso do Doente a Casa em Segurança’”. Para breve, espera implementar na sua enfermaria (o que já acontece noutras enfermarias da MI) o método de trabalho por Enfermeiros de Referência, para que, “quando um doente for admitido, passe a ser da responsabilidade de um enfermeiro, o qual também estabelece o contacto com a família, quer durante o processo de internamento como na preparação da alta, indo conhecer as condições socioeconómicas e familiares do doente e da comunidade”.

Sendo a equipa de enfermagem “bastante mista, tal alia a solidez de conhecimentos e experiência dos seniores à vontade de conhecer e saber dos mais jovens, o que traz ótimos resultados quanto à qualidade dos cuidados prestados”.

Hermínia Rodrigues enaltece o facto de, “nos últimos anos, ter existido uma preocupação dos enfermeiros diretores do CHUC de aproximar o rácio de enfermeiros do Serviço de MI daquele que é preconizado – enquanto, no passado, este era o parente pobre –, e perceber qual o perfil de competências dos enfermeiros que melhor se adequa a este tipo de doentes”. Mas alerta: “Ainda estamos longe das dotações seguras preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, apesar de já termos superado o preconizado pela Direção-Geral da Saúde.”

(Continuação da pág. 27)

nar sobre situações mais complexas relacionadas com esta patologia, existe ainda um elemento responsável por fazer a consulta de ligação dos doentes da Pediatria que têm patologia hepática desde a infância, por vezes grave”.

A referenciação tanto parte “dos CSP como das Equipas de Tratamento dos Centros de Resposta Integrada do IDT, de outros serviços e de outros hospitais, neste último caso, para estudo dos doentes com tumores hepáticos, por exemplo”. É frequente o envio de doentes com patologia hepática de origem viral pelo Serviço de Infeciologia, porque “se a doença de base já estiver avançada é preciso estudar e seguir esses casos”.

“O principal exame que distingue a nossa prática é o Fibroscan®, uma forma não invasiva de avaliação da fibrose e esteatose hepática”, destaca, notando que o aparelho mais recente permite ainda a determinação da elasticidade esplénica, “de grande importância na avaliação da hipertensão portal, para melhor gerir os casos de doença hepática crónica”.

Até à data, haviam sido executados 12 mil exames, relativos não apenas aos doentes seguidos pelo Serviço de MI, mas também por outros do CH, nomeadamente, Gastroenterologia e Dermatologia, e ainda por serviços de outros hospitais, principalmente da Zona Centro.

**“O principal exame que distingue a nossa prática é o Fibroscan®, destaca Adélia Simão.**

No caso do Serviço de Infeciologia, os colegas “optaram por ser eles a realizar os exames, o que exigiu o seu ensino, pois, para um médico ser considerado competente a fazer este exame necessita de realizar cerca de uma centena”. Além da vertente assistencial, existe

uma componente académica e investigacional muito forte associada a esta área. Este grupo de internistas tem colaborado na organização do Curso de Doenças Hepatobiliares, que, em novembro de 2022, cumpriu a sua 34.ª



edição, além de ter dinamizado uma reunião sobre o Fibroscan®, em 2010, e outra sobre a hepatite B, em 2011. Também durante o período em que Adélia Simão e Armando Carvalho assumiram a presidência da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, ficaram responsáveis por presidir aos quatro congressos realizados.

Até ao momento, realizaram-se seis doutoramentos e existem dois alunos de doutoramento com projetos na área, o que “é motivo de orgulho e, em simultâneo, poderá ser um garante de que a Consulta terá continuidade no futuro”. Adélia Simão realça que a Unidade de Transplantação Hepática conta com quatro elementos deste grupo de trabalho e que “o Serviço foi fundamental para o arranque do Programa de Transplantação Hepática dos HUC, há 30 anos”. Esta equipa foi ainda “muito importante para a recente criação da

subespecialidade de Doenças do Fígado pela OM”.

Adélia Simão nasceu em Pousafoles do Bispo, Sabugal, distrito da Guarda, a 13 de abril de 1959. Por volta dos nove, surgiu a ideia de querer ser médica, re-

sultado da admiração que sentia pelo seu pediatra. Mudou-se para Coimbra, aos 18 anos, para estudar na FMUC.

**Isabel Fonseca: o apoio dado perante alterações nutricionais**

À semelhança de Adélia Simão, também Isabel Fonseca descobriu o seu interesse pela área a que viria a dedicar-se no futuro durante o internato de MI, influenciada pela então diretora do antigo Serviço de Medicina I dos HUC. No seu caso, tratava-se das doenças nutricionais. Após concluir o internato, esteve quatro anos noutros hospitais, regressando aos HUC em 2000. Entre 2009 e 2019, dirigiu o Serviço de Urgência e, desde novembro de 2021, coordena a Consulta de Doenças Nutricionais, na sequência da saída de Lélita Santos para assumir a direção do Serviço. Isabel Fonseca avança que a consulta



Isabel Fonseca

se destina “àqueles que tenham patologias relacionadas com a nutrição, como seja a obesidade, a desnutrição, os défices vitamínicos, as doenças crónicas, como a diabetes, ou as doenças cardiovasculares”.

Dedicando-se o CHUC há vários anos à obesidade mórbida e à cirurgia bariátrica, com uma Unidade de Tratamento Ci-

rúrgico da Obesidade, tal determina que muitos dos doentes referenciados para a Consulta tenham obesidade. “Recebemos doentes que estão há vários anos a tentar emagrecer sem sucesso e que são avaliados na nossa Consulta para eventual cirurgia bariátrica”, explica.

Geralmente, a faixa etária situa-se “entre os 30 e os 50 anos, no entanto, há jovens na casa dos 20 anos que, após terem frequentado muitas consultas de obesidade infantil, no Hospital Pediátrico de Coimbra, atingem os 18 anos ainda obesos e deparam-se com esta possibilidade de fazer cirurgia bariátrica”. Além da avaliação pré-operatória, a Consulta garante o acompanhamento a longo prazo dos doentes obesos operados, “monitorizando a evolução ponderal e eventuais défices nutricionais específicos que justifiquem suplementação”. Tratando-se de uma “doença crónica, esses casos são prioritários e o seu seguimento é, por vezes, muito prolongado”.

No entanto, os cinco internistas e os dois internos de MI que se dedicam a esta Consulta também se deparam com

“pedidos de apoio a doentes desnutridos ou em risco de desnutrição, frequentemente em consequência de uma doença oncológica. “Tratar ou prevenir

**“Tratar ou prevenir a desnutrição é fundamental, porque as complicações e os tempos de internamento e de recuperação dos doentes desnutridos são maiores”, alerta Isabel Fonseca.**

a desnutrição é fundamental, porque se reconhece que as complicações e os tempos de internamento e de recuperação dos doentes desnutridos são maiores”, evidencia.

(Continua na pág. 30)

JANDIRA LIMA, COORDENADORA DA UCIM:

**“O projeto futuro é trazer a UCIM para o nosso espaço físico e aumentar o número de camas”**

Jandira Lima nasceu em São Vicente, Cabo Verde, há 44 anos, e, aos 19, veio para Portugal, para estudar Medicina. Completou o curso na FMUC e realizou o internato de MI no antigo Serviço de Medicina II dos HUC. Atualmente, além de fazer parte do grupo de internistas que realizam a Consulta de Doenças Autoimunes Sistémicas, coordena, desde novembro de 2022, a UCIM. Esta função é assumida na sequência da transição da dependência da UCIM para o Serviço de MI, quando anteriormente estava a cargo do Serviço de Urgência. “Apesar de o corpo médico sempre ter sido constituído por internistas, que eram os responsáveis por aqueles doentes, podendo contar com o apoio de outras especialidades caso o solicitassem, a Unidade estava a cargo do SU”. Na realidade, esta alteração não trouxe alterações práticas:



“O funcionamento é o mesmo. Apenas a organização é diferente.”

Para já, a UCIM continua fisicamente localizada no SU, no piso -1, sendo uma prioridade a sua transição para a área do Serviço de MI. “O nosso projeto futuro é trazer a UCIM para o nosso espaço físico e aumentar o número de camas”, destaca.

A equipa médica é constituída por oito internistas, cinco dos quais em atividade exclusiva, e existe uma lógica de rotatividade entre os elementos do Serviço.

Atualmente, a UCIM tem capacidade para internar 10 doentes “que tenham patologias médicas ou disfunções de órgão que requeiram monitorização e cuidados diferenciados que não podem ser prestados em enfermaria geral”. Com a sua instalação no espaço físico do Serviço de MI, a sua capacidade de expansão irá até às 14 camas.

(Continuação da pág. 29)

A alimentação enteral é uma das opções de tratamento destes doentes e as atividades formativas desenvolvidas pelo Serviço incentivaram e treinaram os profissionais do CH para a sua pres-



crição e administração. Há doentes “que precisam de alimentação entérica no domicílio e o nosso papel é avaliá-los, orientar a terapêutica, definir uma estratégia e selecionar os profissionais que os podem acompanhar”, descreve. De forma mais esporádica, surgem ainda doentes com défices nutricionistas específicos ou intolerâncias alimentares. A internista adianta que, recentemente, segue em consulta também “doentes com síndrome de intestino curto, que transitaram do Hospital Pediátrico para o CHUC por atingirem a idade adulta. Trata-se de condições clínicas que condicionam a terapêutica nutricional, exigindo nutrição parenteral”.

Isabel Fonseca conta com 60 anos de vida e é natural de Coimbra, cidade onde estudou.

### Jorge Fortuna: o diagnóstico diferencial das doenças autoimunes

Jorge Fortuna é o internista que, desde 2004, coordena a área de Doenças Autoimunes Sistémicas, que compreende consulta e hospital de dia, primeiro do

HG e, desde 2021, de todo o Serviço. A sua dedicação a essa vertente iniciou-se durante o 4.º ano de internato da especialidade, que realizou no HG. “Gosto das doenças autoimunes por serem sistémicas, pelo que um lúpus pode afetar simultaneamente o coração, o rim, os olhos, o pulmão, e a partir de um sintoma como a febre tenho de fazer um diagnóstico diferencial”, comenta.

O internista destaca o facto de este grupo de doenças corresponder a “um campo da Medicina onde existiu mais progresso, pois, enquanto há duas décadas havia jovens com artrite reumatoide em cadeiras de rodas, atualmente, graças à terapêutica biológica, podem viver a sua vida normalmente, durante anos, o que é um processo muito recompensador”.

Enquanto o hospital de dia do HG é gerido exclusivamente pela Medicina Interna e destina-se preferencialmente a casos de doenças autoimunes, o dos HUC é partilhado por três serviços – MI, Reumatologia e Hematologia.



Jorge Fortuna

Jorge Fortuna enaltece que, mesmo durante o período pandémico, os tratamentos realizados em hospital de dia não foram suspensos. “No HG, tivemos de passar a ocupar, transitariamente, o espaço do Serviço de Otorrinolaringologia, onde apenas pudemos colocar dois dos três cadeirões, mas continuámos a receber doentes.”



De forma global, são 14 os elementos do Serviço que se dedicam a esta área, sendo que parte deles integra o Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes. É o caso de Jorge Fortuna, que faz parte do seu Secretariado há oito anos. “Além da atividade assistencial, desenvolvemos uma vertente científica forte, ao participarmos na organização dos eventos, além dos ensaios clínicos que temos vindo a realizar”.

Nascido na Covilhã, há 66 anos, Jorge Fortuna foi viver para Coimbra quando ingressou na FMUC. Escolheu Medicina Interna pelo “exercício intelectual de conseguir chegar a diagnósticos diferenciados, o que faz dela uma especialidade muito recompensante”.

### Helder Esperto: o contacto com doenças hereditárias do metabolismo

No extremo oposto do que sucede com a área das doenças autoimunes sistémicas, que conta com a participação de 14 internistas, no caso das doenças hereditárias do metabolismo (DHM), esta resume-se a dois. Helder Esperto é quem coordena a Consulta de DHM realizada pelo Serviço de Medicina Interna, desde 2016, quando existiu a sua for-

malização, na sequência da constituição dos centros de referência de DHM, apesar de ressaltar que “todo o trabalho e as várias decisões são tomados em conjunto com a Dr.ª Sónia Moreira”. A Consulta começou inicialmente com a abordagem de “patologias que tinham



Helder Esperto

uma intervenção essencialmente nutricional, como galactosemias e glicogenoses, tendo sido posteriormente alargada a outras doenças”. O internista

(Continua na pág. 32)

CATARINA LUCAS, COORDENADORA DA UHD:

## “Esta forma de internamento permite uma maior proximidade com o doente e o cuidador”

Catarina Lucas é quem coordena a Unidade de Hospitalização Domiciliária do CHUC, que está sediada no polo HG, desde novembro de 2022. A sua inauguração aconteceu um ano antes, em outubro de 2021, pelas mãos de outra colega, no entanto, “o objetivo é que haja um carácter rotatório, até para que todos consigam ter a oportunidade de perceber de que se trata a hospitalização domiciliária”. Na sua ótica, esta forma de internamento “permite uma maior proximidade com o doente e o cuidador, o que é muito interessante”.

Apesar de esta Unidade estar sob a dependência do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas, toda a equipa da parte médica é constituída por internistas. Ao todo, são quatro. “A coordenadora assume a função durante pelo menos um ano, um internista presta atividade na Unidade entre oito a doze meses e os restantes dois cerca de quatro meses”, refere.

Quem também tem contacto com esta Unidade são os internos da especialidade, sendo que cada um está entre seis a oito semanas a acompanhar a equipa, embora não faça parte integrante da escala. “Apesar de acompanharem os doentes e terem alguma autonomia por serem, geralmente, do 5.º ano, temos de conseguir assegurar o trabalho sem eles, até para se sentirem mais à vontade para desenvolverem trabalhos”. Adicionalmente, “quando regressam à enfermaria, assumem uma figura importante na articulação com a UHD, pois, conhecem bem os critérios de referência”.

Para já, a UHD tem capacidade para 10 camas, mas o seu aumento está a ser ponderado. O que também poderá acontecer no futuro é o desenvolvimento de alguns projetos “a nível da implementação do acesso venoso periférico, por exemplo, e da articulação com unidades de saúde para favorecer referências diretas”. Catarina Lucas mostra-se contente por haver já uma colaboração

com lares, que permite o internamento dos doentes nesses locais, “o que é muito importante”.

A internista refere que a UHD interna sobretudo doentes idosos, mas também mais jovens, e nota que, “hoje em dia, é muito difícil para um cuidador ter de abdicar da sua vida pessoal e laboral para cuidar de alguém, o que é um dos obstáculos ao internamento neste regime”. De uma forma geral e natural, a maioria dos



doentes é referenciada a partir dos serviços de Urgência e de MI, no entanto, a referência também parte das especialidades cirúrgicas, por exemplo, no caso de “doentes com próteses ortopédicas que precisam de fazer antibioterapia ou que têm infeções por bactérias resistentes”. Já aconteceu serem ainda internados doentes em fim de vida, em articulação com a Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos Adultos.

Catarina Lucas nasceu há 35 anos, na Guarda. Estudou na FMUC e realizou o internato da especialidade no antigo Serviço de Medicina Interna B, no HG.

(Continuação da pág. 31)

realça que, nessa Consulta, lidam com “doenças muito raras, algumas das quais são conhecidos apenas 10 casos no mundo, o que gera uma necessidade de estudo constante”.

À semelhança da evolução registada noutras áreas, realça que, também

“com o avanço do conhecimento, os casos de DHM chegam, agora, à idade adulta quando, há alguns anos, teriam morrido durante a infância ou adolescência, logo, eram apenas seguidos pela Pediatria”. No entanto, tal mudança “passou a exigir um acompanhamento frequente e uma revisão constante da literatura”. Helder Esperto observa,

por isso, que, “apesar de serem poucos doentes, são muito trabalhosos”.

Neste trabalho insere-se também a componente burocrática, que leva a que “as consultas possam demorar mais de uma hora, dado que há a necessidade de os doentes fornecerem o consentimento informado para serem pedidos exames complementares de diagnósti-

co, alguns dos quais genéticos, e também pra poderem ser propostos para terapêutica específica e feitas prescrições *off label*, etc.”. Nota ainda que, “caso os doentes tenham um défice intelectual, o que é frequente nalgumas patologias, há necessidade de falar com o seu representante legal, numa linguagem que tanto o doente como o familiar compreendam”.

Helder Esperto avança que, neste processo, também tem de “revisitar a bioquímica e integrar os conhecimentos desse domínio na abordagem dos doentes”. Acrescenta que “existem muitas particularidades nas DHM e, apesar de seguirem um pequeno número de doentes (cerca de 150), a maior parte dos casos seguidos tem doenças diferentes”.

Helder Esperto nasceu no Sardoal, Santarém, há 40 anos. Estudou na FMUC e realizou o internato da especialidade no antigo Serviço de Medicina Interna A, nos HUC. Durante esse período, esteve mais dedicado à área das Doenças Nutricionais e da Geriatria.

### Benilde Barbosa: a identificação precoce das fragilidades do idoso para preservar a sua autonomia

Benilde Barbosa tem 57 anos e, após estudar na FMUC, realizou o internato da especialidade no antigo Serviço de Medicina I dos HUC. Foi durante esse período que descobriu o seu gosto pela



Benilde Barbosa



área da Geriatria, “ao conviver com a então diretora do serviço – a Prof.<sup>a</sup> Helena Saldanha –, a Prof.<sup>a</sup> Lêlita Santos, o Dr. José Gomes Ermida e o Prof. Manuel Teixeira Veríssimo, os grandes mentores”.

“No âmbito da MI, dedico-me muito também à área da Nutrição, mas a Geriatria é a minha paixão, porque os idosos são o grupo de pessoas que mais precisam de cuidados e que mais tem vindo a crescer”, afirma, destacando que, “nestes casos, é preciso fazer-se outra abordagem e existir a participação de cada vez mais profissionais, não apenas de clínicos, mas também de enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas dedicados”.

A médica, que coordena a Consulta de Geriatria, realça que “a maior parte dos idosos tem doenças crónicas e é preciso saber controlá-las e preservar o seu bem-estar e a sua autonomia, de tal forma que, mesmo dependentes, consigam manter-se capazes”. A avaliação geriátrica global assume, neste campo, “fundamental importância, para que a equipa consiga proporcionar-lhes as ferramentas de que necessitam para serem independentes funcionalmente”.

A preocupação da equipa é “identificar precocemente as fragilidades de cada idoso para poder ativar mecanismos para os ajudar”. A título de exemplo, refere que “por detrás de uma pneumonia, é preciso perceber também em que

**“Por detrás de uma pneumonia, é preciso perceber também em que contexto social está o idoso inserido e avaliar a sua capacidade funcional e mental”, alerta Benilde Barbosa.**

contexto social está o idoso inserido e avaliar a sua capacidade funcional e mental”.

À data da reportagem, Benilde Barbosa avançou que daí a uma semana – ainda no mês de dezembro – iniciariam a colaboração na Consulta de Oncogeriatría

(Continua na pág. 34)

ARMANDO CARVALHO, DIRETOR DA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE MI DA FMUC:

## “O objetivo é que o Serviço de MI do CHUC tenha também uma forte componente académica, algo que tem sofrido uma quebra a nível nacional”

Armando Carvalho, de 68 anos, é de Vila Franca de Xira, frequentou o ensino primário e secundário em Viseu e vive em Coimbra há já 50 anos, desde que foi estudar para a FMUC. Em 1982 escolheu a especialidade de Medicina Interna, de forma “perfeitamente consciente, numa altura em que a MI tinha uma componente hospitalar e universitária de peso, o que, com alguma tristeza, difere bastante do momento atual”. Fez toda a sua carreira em Coimbra – doutorou-se na área das doenças hepáticas em 1996 e atingiu a categoria de professor catedrático em 2016. Entre 2013 e 2018, dirigiu o antigo Serviço de Medicina Interna A, nos HUC, e, com a fusão, assumiu a direção do Serviço de Medicina Interna do CHUC entre 2018 e 2021. Algum tempo antes, em 2017, foi nomeado diretor da Clínica Universitária de MI da FMUC e é também coordenador do Estágio Programado e Orientado (6.º ano) e da área de Medicina. Assim, desde então, a sua atividade tem-se centrado sobretudo na vertente universitária, mantendo atividade clínica nas consultas de Medicina Interna e de Doença Hepática do Serviço.

O médico sublinha que “o Serviço de MI é aquele que no CHUC tem maior envolvimento no ensino médico”, nele tendo lugar o estágio de oito semanas do 6.º ano, cabendo-lhe a si também a coordenação da restante área de Medicina, que envolve os estágios de Medicina Intensiva e os opcionais, em diversos serviços. Outros professores do Serviço regem as unidades curriculares de Propedêutica Médica, de Introdução à Prática Médica e as opcionais de Nutrição Clí-

nica e Geriatria, “o que se traduz num envolvimento no ensino médico do 1.º ao 6.º ano, com unidades curriculares nucleares e opcionais”. Adicionalmente, existe grande envolvimento do Serviço em mestrados e doutoramentos, pois, vários jovens especialistas são alunos de doutoramento, sendo um dos seus objetivos “conseguir uma maior colaboração entre estas áreas



de ensino e potenciar o ensino pós-graduado, estimulando mais internos e jovens especialistas a envolver-se no programa de doutoramento da FMUC”. O objetivo é que “este seja não apenas um serviço hospitalar normal, mas que tenha também uma forte componente académica, algo que tem sofrido uma quebra a nível nacional”.

Armando Carvalho evidencia que quando começou o internato da especialidade, em 1982, “os três serviços de MI de Coimbra eram dirigidos por três professores catedráticos de carreira e outros havia no Porto e em Lisboa, enquanto, atualmente, apenas há quatro a nível nacional (dois deles a trabalhar em Medicina Intensiva), mas há cerca de quatro dezenas de internistas doutorados no país, sendo que muitos acabam por optar por ser professores convidados e não prosseguir a carreira universitária”.

Para si, tal realidade é negativa, pois “a MI devia ter um peso universitário muito maior, com preponderância na formação médica, uma vez que é uma especialidade com uma visão abrangente e o que se pretende para os alunos após a conclusão do curso é que tenham uma visão global do doente, muito importante para qualquer diferenciação futura”.

O internista realça ainda que, “como especialidade, a MI está a ser muito menos atrativa do que é desejável e necessário para o bom funcionamento dos serviços e dos hospitais, pelo que a aposta na parte académica também poderá ser importante para inverter esta tendência”. No seu entender, “enquanto a MI quiser estar em todas as frentes e consumir demasiado tempo no Serviço de Urgência, ficará menos tempo para as suas atividades nucleares e para a investigação, não conseguindo ser tão atrativa como outras especialidades que têm uma atuação mais bem definida e em que é possível ter tempo disponível para outras atividades, incluindo a investigação e a carreira académica”.

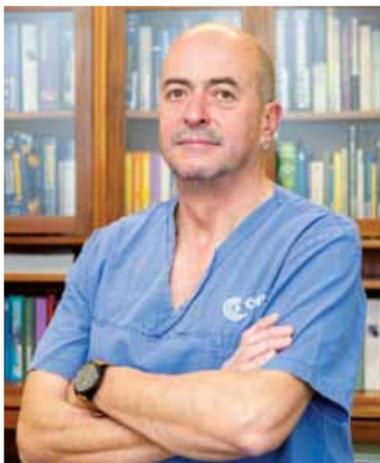
(Continuação da pág. 33)

Ginecológica, “um desafio proposto pela ginecologista Cristina Frutuoso, para realizarmos a avaliação geriátrica, a fim de definirmos o perfil de fragilidade da doente oncológica, e discutirmos em equipa o seu tratamento individualizado”.

Apesar de a Consulta de Geriatria já ter sido realizada, no passado, por mais internistas, atualmente, além de si, conta apenas com a participação de mais um colega. Ambos trabalham em conjunto com uma assistente social, uma enfermeira e, perante a identificação de um idoso com capacidade funcional reduzida, contam com a ajuda de um fisiatra.

**José Pereira de Moura: a sensibilização da MGF para a hipercolesterolemia familiar**

Também José Pereira de Moura estudou na FMUC e realizou o internato de MI no antigo Serviço de Medicina II dos HUC. Nascido em Coimbra, há 62 anos, viu surgir o seu interesse pela Medicina quando o cirurgião sul-africano Chris-



José Pereira de Moura

tiaan Barnard fez o primeiro transplante de coração humano, em 1967. Foi durante o internato da especialidade que o médico identificou o seu gosto pela área da aterosclerose, influenciado pelo então diretor do Serviço, Polybio Serra e Silva, fundador da Consulta de Profila-

xia da Aterosclerose e das Dislipidemias dos HUC, em 1975.

“Foi quem iniciou a primeira consulta deste tipo no país e acabava por inculzir nos elementos que passavam pelo Serviço o gosto pela Medicina Cardiovascular, principalmente na sua vertente preventiva. Eu liguei-me a essa Consul-



ta desde cedo e, durante os seis meses em que estive destacado no Hospital Nossa Senhora da Assunção, em Seia, iniciei lá uma Consulta de Aterosclerose”, refere.

Acabou por assumir a coordenação da atualmente denominada Consulta de Aterosclerose e HTA em 2007 e, apesar de a referência à palavra HTA ser de alguma forma “redundante por ser um dos fatores de risco da aterosclerose, ajuda a identificar junto dos CSP e de outras especialidades que essa área está ao cuidado da MI”, explica.

José Pereira de Moura afirma que a MGF é mesmo “a especialidade que fornece mais doentes para a Consulta” e que, por isso, recentemente, o grupo de sete internistas que a realiza visitou várias

unidades da zona de Coimbra e arredores para alertar os médicos de família para a hipercolesterolemia familiar. Como explica, “muitas das crianças que são seguidas no Hospital Pediátrico de Coimbra acabam por perder-se na altura da transição para a Medicina de Adultos, pelo que, com esta campanha

de sensibilização, tentámos transmitir a importância de esses doentes continuarem a ser seguidos a nível hospitalar, por terem um elevado risco vascular”. Além da MGF, também os serviços de “Cardiologia, Endocrinologia, Nefrologia, Gastrenterologia e Infeciologia são frequentes referenciadores, principalmente este último, pelo facto de os indivíduos com VIH terem, decorrente da doença ou da terapêutica, perturbações a nível dos metabolismos, nomeadamente o lipídico”.

À data da reportagem, o internista avançava que, muito em breve, a Consulta iria transitar para o polo HG, onde haveria “um espaço mais diferenciado, com capacidade para serem realizadas técnicas como a veloci-

dade de onda de pulso, a monitorização ambulatória da pressão arterial e o ensino do doente pela enfermagem relativamente a hábitos alimentares e tabágicos, que, até então, não eram feitos pela limitação de espaço”.

**Patrícia Dias: a intenção de criar um Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca**

Patrícia Dias é a internista que, em 2018, impulsionou a criação da Consulta de Insuficiência Cardíaca. Tendo feito todo o seu percurso profissional na instituição, tinha plena consciência de que “a IC tinha uma prevalência cada vez



Patrícia Dias

maior na população e, concretamente, no leque de doentes da Medicina Interna, mas, neste caso, de uma forma dispersa e não organizada”. Tal levou-a a considerar que “fazia todo o sentido criar uma consulta estruturada e dedicada à área”.

A médica nota que “a grande maioria dos doentes são idosos e apresentam comorbilidades, até porque um dos fornecedores mais importantes é o Serviço de Cardiologia, que envia precisamente os casos que têm mais comorbilidades ou nos quais já não se preveem intervenções específicas a nível de procedi-

(Continua na pág. 36)

**CAROLINA TELES, INTERNA DO 5.º ANO DE FE EM MI:**

**“É importante mantermos a visão do doente como um todo, para não perdermos a nossa alma de internistas”**

Carolina Teles nasceu há 31 anos, em Coimbra, e foi essa a cidade que escolheu para realizar o curso de Medicina. A ideia de querer ser médica surgiu em criança: “Lembro-me de ver um programa de televisão em que mostravam casos clínicos e intervenções médicas e aquela realidade fascinava-me.” Depois, escolheu Medicina Interna por ser “uma especialidade que se dedica ao doente de forma holística”.

À data da reportagem, Carolina Teles encontrava-se a terminar o 4.º ano de internato e, além de si, havia cinco colegas na mesma situação. No seu caso, encontrava-se, desde há poucos dias, a fazer um estágio na Unidade de Hospitalização Domiciliária. Apesar de não ser obrigatório, a interna nota que “é importante fazê-lo para ter uma melhor perceção dessa forma de internamento e dos doentes que para aí podem ser referenciados”.

A interna tem vindo a dedicar-se às doenças autoimunes sistémicas, embora considere que “é importante mantermos a visão do doente como um todo, para não perdermos a nossa alma de internistas”. No campo das doenças autoimunes, chegou a realizar um estágio de três meses no Royal Free Hos-

pital, em Londres, o que considera ter sido “uma experiência maravilhosa pela valiosa aprendizagem de conhecimentos e vivência de outras formas de trabalhar, mas que também ajudou a valorizar o que o meu Serviço tem de bom”.



Para Carolina Teles, foram bem evidentes as mudanças que chegaram com a pande-

mia, pois, o seu 1.º ano de internato foi em 2019, no ano que antecedeu o surgimento da covid-19, em Portugal. Olhando para trás, recorda que janeiro de 2021 talvez tenha sido “o mês mais difícil em termos da gestão dos doentes, pois, existia um elevado volume de doentes respiratórios e uma grande escassez de vagas e de recursos”. A médica destaca “a resiliência que existiu por parte da equipa médica, que conseguiu ultrapassar obstáculos que, atualmente, quase parecem impen-sáveis”.

Quanto ao impacto que essa experiência teve na sua formação, considera que “foi positivo ao nível da autonomização da prática clínica e da capacidade de gestão de equipas, particularmente dos internos menos diferenciados”. De forma global, refere que “foi um período difícil e exigente, mas de grande aprendizagem e crescimento pessoal e profissional”.

O futuro é ainda incerto, mas Carolina Teles consegue imaginar-se a trabalhar neste Serviço, que já lhe deu “muitas oportunidades, quer a nível clínico como de investigação, e tem a vantagem de estar inserido num centro hospitalar de grande dimensão e ter várias valências, que podem ser muito bem aproveitadas”.

(Continuação da pág. 35)

mentos ou dispositivos”.

Os três internistas e três internos do 5.º ano de MI que se dedicam a esta área acabam por contactar com os doentes “tanto na Consulta como no Internamento, ainda que, geralmente, estes não ocorram necessariamente por IC descompensada, mas por episódios de descompensação das suas doenças crónicas, como diabetes, hipertensão ou DPOC”.

Um dos objetivos da coordenadora da Consulta é exatamente o reforço da colaboração com a Cardiologia, no sentido de “melhor formalizar esta articulação ao nível da orientação multidisciplinar de, pelo menos, alguns doentes”. Outra das suas prioridades, nesta época pós-pandémica, é “fazer a apresentação dos critérios de referência à Consulta, junto da MGF, dado que a covid-19 veio condicionar os planos que existiam para a sua divulgação”. É ainda sua intenção avançar para a criação de um Hospital de Dia de IC, “assim que forem ultrapassadas as restrições quanto ao espaço do Serviço”.

Patrícia Dias tem 49 anos e é natural de Aveiro. Estudou na FMUC e realizou o internato da especialidade no antigo Serviço de Medicina II dos HUC.

### Pedro Ribeiro: a ambição de consolidar a Unidade Funcional do Pé Diabético

A maior ambição de Pedro Ribeiro é “consolidar a Unidade Funcional do Pé Diabético”, que está a dar os primeiros passos, após ter sido inaugurada no início do mês de novembro de 2022, “até que esta iguale os cuidados prestados pelas melhores do país, da zona do Porto”.

Quando Pedro Ribeiro integrou o então Serviço de Medicina B, no HG, a área da diabetes, pela qual se interessava, já estava muito desenvolvida, o que o fez dedicar-se a essa Consulta. Paralelamente, surgiu também a área da obesidade e há cerca de 10 anos que coordena as duas.

Atualmente, “a escassez de profissio-

nais é tão grande que apenas se manteve a Consulta de Obesidade Mórbida, feita por quatro internistas, sendo os casos de obesidade menos grave encaminhados para os CSP”.

Pelo contrário, existem várias consultas de diabetes, tanto nos HUC como no HG, e, com a unificação, em abril de 2018, dos anteriores dois serviços de MI, “surgiu a ambição de ser criada uma Unidade Funcional do Pé Diabético, sob coordenação da MI, em colaboração com a Endocrinologia, a Ortopedia, a Cirurgia, a Neurocirurgia e a Cirurgia Vascular”.

Pedro Ribeiro refere que ainda nem tudo está a funcionar como deseja, e tem a consciência de que esse é “um trabalho épico”, que, possivelmente, não vai terminar antes da sua reforma. No entanto, “o importante é que, ano após ano, seja cada vez melhor”.



Pedro Ribeiro

O internista descreve que o Serviço também é responsável por fazer a Consulta de Diabetes e Gravidez na Maternidade Bissaya Barreto.

Pedro Ribeiro soma 63 anos de vida e nasceu em Aljubarrota. Estudou na FMUC e realizou o internato de MI do antigo Serviço de Medicina I dos HUC. Depois, acabou por passar pelo Serviço de Medicina Interna do Hospital Distrital de Águeda, tendo assumido, inclusivamente, a figura de diretor do Serviço, regressando a Coimbra, para trabalhar no antigo Serviço de Medicina do HG,

## A maior ambição de Pedro Ribeiro é “consolidar a Unidade Funcional do Pé Diabético, até que esta iguale os cuidados prestados pelas melhores do país, da zona do Porto”.

antes da fusão. Foi em Águeda que começou a dedicar-se à área da diabetes. O internista é ainda mestre em Geriatria e Medicina Desportiva.

### Joana Paixão: o seguimento dos doentes com sequelas de covid-19

Joana Paixão é a internista que coordena a Consulta mais recente do Serviço, denominada de Pós-covid-19, implementada em março de 2022. Natural de Coimbra, estudou na FMUC e realizou o internato da especialidade no antigo Serviço de Medicina Interna B, no HG. Acabou por, ao longo do seu trajeto, dedicar mais tempo da sua atividade ao polo HG e, por isso, vivenciou de perto a total alocação daquele espaço aos doentes covid-19, no contexto pandémico.

Nessa senda, e com o surgimento de “uma nova entidade clínica – a condição pós-covid-19 –, houve necessidade de garantir o seguimento desses doentes por parte da Medicina Interna, com uma reconhecida abordagem holística e integradora do doente, em articulação com outras especialidades, sempre que adequado”. Como a internista realça, “a covid-19 constituiu um dos maiores desafios de saúde, não só pelo alcance pandémico, mas igualmente por condicionar um conjunto de sequelas, cujo impacto ainda está por determinar cabalmente”.

Numa fase em que “ainda se está a aprender sobre o impacto a médio e longo prazo da doença, o objetivo principal é assegurar a identificação preco-

ce de sequelas da infeção aguda por SARS-CoV-2, minimizar o seu impacto e potenciar uma recuperação célere das mesmas”.

Nesta consulta, são seguidos doentes referenciados a partir da Urgência, de



Joana Paixão

várias consultas e serviços de internamento hospitalares e ainda dos CSP, dado que “as sequelas da covid-19 não existem apenas nos doentes que tive-

### Serviço de MI em números (dezembro de 2022)

Especialistas: 66 (26 dos quais com atividade noutros serviços)

IFE MI: 38

Enfermeiros: 217

Assistentes operacionais: 91

Assistentes técnicos: 11

ram doença moderada a grave. Aliás, há muitas situações complicadas de doentes que tiveram doença ligeira e que não associaram, de imediato, a origem das suas queixas à covid-19”.

Os sintomas mais frequentes englobam “cansaço generalizado, dispneia, alterações do olfato e do paladar, depressão/ansiedade e problemas de cognição, nomeadamente de memória ou concentração”. Este atingimento multissistémico resulta, muitas vezes,

(Continua na pág. 38)

## Atividade do Serviço

### Internamentos (2022)

Lotação - 209 camas

Internamentos - 6681

Demora média (dias) - 10

Taxa ocupação - 91,18%

Taxa mortalidade - 11%

### Consultas (2022)

Total - 30,770

1.ªs consultas - 19,5% (6006)

Medicina Interna - 24,764

Doenças Nutricionais e Obesidade - 2160

Doenças Autoimunes - 4275

Doença Hepática - 3969

Diabetes - 3602

Aterosclerose e Hipertensão - 2153

Geriatria - 319

Doenças Hereditárias do Metabolismo - 246

Insuficiência Cardíaca - 359

Pós-covid-19 - 157

### Unidade de Cuidados Intermédios Médicos

Lotação - 10

Internamentos - 112

Demora média (dias) - 5,6

Taxa ocupação - 76,74%

Taxa mortalidade - 16%

### Unidade de Hospitalização Domiciliária<sup>a</sup>

Lotação - 10

Internamentos - 174

Demora média (dias) - 9,97

Taxa mortalidade - 4,02%

### Atos médicos em Hospital de Dia

Doença Autoimunes - 731

Diabetes - 675

### Exames complementares

Elastografia hepática transitória - 1680

Capilaroscopia - 502

MAPA - 78

<sup>a</sup> Esta Unidade está sob a dependência do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas.



(Continuação da pág. 37)

em mudanças no padrão de doenças crónicas:

“Diabéticos que estavam perfeitamente controlados com fármacos orais passam a necessitar de ser insulinizados, surgem descompensações graves de patologias cardíacas e respiratórias, e algumas doenças autoimunes indolentes ou com parca atividade tornam-se clínica e analiticamente evidentes.” Existem ainda “sintomas muito inespecíficos, mas altamente debilitantes, que comprometem a vida quotidiana dos doentes e a sua capacidade laboral”.

A internista refere que o ideal é que a referenciação aconteça quatro a oito semanas após a infeção aguda e destaca que “cada vez mais é privilegiado um seguimento articulado com os CSP, passando o doente a ser alternadamente seguido também pelo seu médico de família assim que se estabelecer um plano adequado ao seu contexto individual”.

**“A covid-19 constituiu um dos maiores desafios de saúde, não só pelo alcance pandémico, mas igualmente por condicionar um conjunto de sequelas, cujo impacto ainda está por determinar cabalmente”, sublinha Joana Paixão.**

A gestão das expectativas destes doentes é “particularmente desafiante, já que, muitas vezes, o tratamento não é farmacológico, passando por estratégias educacionais sobre medidas higiénico-dietéticas, incluindo uma dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e uma adequada higiene do sono”.

O “treino cognitivo, com exercícios de memória, palavras cruzadas e incenti-

vo à leitura, e o recurso às ditas ferramentas de compensação, como a elaboração de listas de tarefas diárias e os lembretes” são algumas das formas que Joana Paixão destaca como benéficas para “o alívio do stress e da ansiedade, e que se repercutem em termos de recuperação da qualidade de vida”.

“No fundo, é preciso transmitir aos doentes que não são os únicos a padecer dessas queixas e que, enquanto o tempo não as desvanece, é necessário aprender a lidar com as limitações e, em casos extremos, articular com a entidade patronal uma redução do horário e/ou adaptação de funções, dado que a maior parte deles são profissionalmente ativos e sentem-se francamente frustrados por não conseguirem desempenhar as tarefas básicas que integravam a sua rotina pessoal e profissional”.

O doente pode ser encaminhado para outras especialidades, como “Pneumologia, MFR, Cardiologia, ORL e Neurologia, sempre que a situação clínica o justifique, podendo ser integrado em vários programas de reabilitação, como a cardiorrespiratória, motora e mesmo cognitivo-comportamental”.

Até à data desta reportagem, portanto, nos primeiros nove meses da Consulta, Joana Paixão e duas internas do último ano da especialidade – Sandra Santos e a Helena Rodrigues – já tinham acompanhado mais de 120 doentes.

Considerando que “a aprendizagem decorre fundamentalmente do contacto com os doentes”, a coordenadora da Consulta sublinha que “todo o conhecimento que possa ser adquirido quer na fase aguda, quer durante a designada covid longa, será, seguramente, útil”. Neste contexto, o Serviço de MI do CHUC foi contemplado com uma bolsa de investigação para desenvolver uma aplicação, que já está a ser utilizada nesta Consulta e que “permite compilar de forma sistematizada os dados recolhidos, ao nível de sintomas e exames complementares de diagnóstico, favorecendo a análise da evolução dos doentes e a retirada de conclusões importantes a curto prazo”.

No fundo, “possibilita-nos perceber o que resultou melhor em termos de te-



rapêutica farmacológica e não farmacológica e ter uma melhor perceção da progressão em termos de scores de avaliação, nomeadamente do *Post-Covid-19 Functional Statu*, na qualidade de vida ou no desempenho profissional dos nossos doentes”.

“Ao reunir e partilhar informação sobre a condição pós-covid-19, esperamos contribuir para o seu melhor entendimento, o que se traduzirá, sem dúvida, em ganhos de saúde”, resume.

#### **Sara Leitão: a gestão do internato médico de MI**

Sara Leitão coordena, desde 2008, o internato médico de MI, cargo para o qual foi designada pela primeira vez pelo seu então diretor de Serviço, José

Manuel Nascimento Costa. “Essa gestão vai desde a receção dos internos e a sua distribuição pelas várias enfermarias e pelos orientadores à programação de todo o seu percurso, fruto do contacto direto com os internos e seus orientadores, sempre em estreita articulação com o diretor de Serviço e tendo o seu aval”. Este trabalho conjunto estende-se a outros órgãos, concretamente à direção do internato médico, à direção clínica e ao conselho de administração do CHUC.

O agendamento dos estágios e a escala para o Serviço de Urgência são algumas das tarefas que tem tido a seu cargo ao longo dos últimos 14 anos. “No fundo, faço uma gestão abrangente de tudo o que está relacionado com os internos em estágio no Serviço de MI”, esclarece. A internista realça que, “ao longo dos

anos, tem sido dado um salto em qualidade bastante grande, ao nível da diferenciação e da aquisição de competências, algo que é cada vez mais exigente nesta área médica”. O facto de “conhecer bem a maioria dos internos das áreas médicas da instituição permite fazer um trabalho

**“A programação tem sido feita de uma forma cada vez mais eficiente, o que traz estabilidade e um melhor funcionamento do internato”, observa Sara Leitão.**

muito mais eficaz e adequado às necessidades, quer dos colegas, quer do centro hospitalar”. Na realidade, “a programação tem sido feita de uma forma cada vez mais eficiente, o que traz estabilidade e um melhor funcionamento do internato”.



Sara Leitão

A própria escala do Serviço de Urgência foi “uma área que sofreu uma evolução imensa ao longo dos anos, tanto pela adequação da escala às necessidades do Serviço de Urgência como pela distribuição equilibrada dos turnos, de maneira a evitar uma sobrecarga excessiva dos colegas”. Globalmente, “temos conseguido garantir uma harmonia muito boa, reconhecida e valorizada pelos internos, o que é uma conquista muito importante”, resume.

Recentemente, a médica assumiu esta responsabilidade pelo internato médico no domínio da SPMI.

Sara Leitão nasceu em Lisboa, há 60 anos, mas vive em Coimbra há 40, quando foi realizar o curso na FMUC. Em 1989, iniciou o internato de policlínica nos HUC e aí se manteve a realizar o internato de MI, no antigo Serviço de Medicina III dos HUC. Passou depois pelos hospitais de Tondela e de Leiria, antes de regressar, cinco anos mais tarde, aos HUC. Ao longo do seu percurso profissional, tem-se dedicado à área hepática, tendo chegado a integrar a Unidade de Transplante, no final do seu internato de MI. Recentemente, obteve o título de subespecialista em Doenças do Fígado.

## Hospitalização Domiciliária do Santo António fez 3 anos

*O trabalho desenvolvido pela Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital de Santo António (CHUP) ao longo dos últimos três anos foi apresentado por ocasião do 3.º aniversário do arranque do projeto, numa sessão comemorativa que decorreu dia 31 de outubro.*

João Araújo Correia, diretor do Serviço de Medicina do CHUPorto, sublinhou a “necessidade de existir uma maior comunicação entre os hospitais e os CSP, o que contribuiria para que os doentes admitidos na UHD não tivessem origem apenas na Urgência”. Do seu ponto de vista, “a HD tornou-se evidente a possibilidade de fazer um tratamento ao doente com segurança e qualidade no domicílio, e essa alteração concetual atinge o doente, o seu cuidador e a própria equipa de saúde. A troca de informação clínica entre o médico do hospital e o dos CSP a que este regime obriga contribui grandemente para se conseguir um tratamento integrado do doente”.

Para João Araújo Correia, “é evidente que esta experiência com o doente agudo evoluirá para o tratamento do doente crónico, também ele muitas vezes complexo, com equipas hospitalares muito competentes e treinadas, tal como aconteceu no norte da Europa, sendo claros os ganhos que se conseguem na



Elementos da equipa da UHD do CHUPorto

manutenção da autonomia e, principalmente, nos casos de demência”. O médico haveria de reconhecer o grande auxílio prestado pela UHD do CHVNG/E na criação da Unidade, “a quem devemos o que somos”.

### Assegurar “resposta numa situação de agudização”

Na sua intervenção, a coordenadora da UHD do CHUPorto, Sofia Ribeiro, partilhou com a assistência o trabalho desenvolvido ao longo destes três anos de atividade. Abrangendo grande parte das freguesias do Porto e chegando até Gondomar, a um tempo de distância até 30 minutos, “para garantir resposta numa situação de agudização”, a equipa observou, neste período, 1345 doentes – entrando nas suas casas 3644 vezes –, tendo internado 502.

De referir que, só entre 1 de janeiro e 31 de outubro de 2022, foram internados em casa 241 doentes, um aumento de 108% face a igual período do ano anterior. A taxa de ocupação encontrava-se nos 75%, cinco pontos percentuais acima da média nacional, registando um aumento de 26%. A demora média (9,7

Notícia



dias) e a taxa de mortalidade (1,8%) acompanham a tendência nacional. Em junho de 2021, a UHD passou a disponibilizar mais três camas, perfazendo oito, e em maio de 2022 já eram 10. Enquanto, atualmente, a maioria dos diagnósticos corresponde a causas infecciosas, a médica espera que nos próximos anos as doenças crónicas agudizadas, como a DPOC e a insuficiência cardíaca, possam estar mais representadas, até pelos benefícios inerentes ao tratamento em casa.

Paralelamente, a equipa tem procurado referenciar doentes para outras UHD, consoante a sua área de residência, o que já permitiu libertar 265 dias de camas cirúrgicas e 225 de camas médicas. Em 2022, a UHD começou a apostar no estabelecimento de protocolos com áreas clínicas, “para promover uma referência mais direta”, o que já foi concretizado com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. E em 2023? Prepararam-se para fazer o mesmo com o Serviço de Cirurgia Vascular e com a Unidade de Pé Diabético e “ir mais além”, desenvolvendo a mesma sinergia com algumas estruturas residenciais para pessoas idosas.

5.ª REUNIÃO DO NEGERMI

## Atribuída a primeira Bolsa para Estágios Clínicos em Geriatria

*A 5.ª Reunião do NEGERMI, que contou com centena e meia de participantes e decorreu em Peniche, dias 10 e 11 de novembro, teve um programa centrado no tema “Hot-topics em Geriatria”, tendo ficado marcada por dois momentos muito relevantes – um workshop dedicado à sarcopenia e a entrega da primeira Bolsa para Estágios Clínicos em Geriatria.*

Segundo Sofia Duque, “é um marco especial para o NEGERMI conseguir garantir um apoio económico de 3000 euros a quem tiver um percurso relevante na área e quiser iniciar um estágio nacional ou internacional em Geriatria Clínica”. Marília Fernandes, interna de Medicina Interna do CHULC, foi a feliz contemplada.

Quanto à construção do programa científico da Reunião, a coordenadora do Núcleo realça ter havido o cuidado de “selecionar temas que tivessem impacto direto na prática clínica e que fossem relativos a novos modelos organizacionais, como a Oncogeriatria”. A título de exemplo, refere que a primeira sessão, centrada nos “Desafios em Geriatria – como melhorar a comuni-



A vencedora da Bolsa, Marília Fernandes, com elementos do Secretariado do Núcleo: Paulo Almeida, Lia Marques, Sofia Duque, Ana Sofia Pessoa, Rafaela Verissimo e Helder Esperto. Ausentes: Heidi Gruner, Marco Narciso, Gracinda Brasil, Márcia Kirzner e Ricardo Fernandes

cação com o doente idoso”, procurou “explorar como a comunicação deve ser alterada para ser eficaz com a pessoa com demência ou hipoacusia”. No caso da sessão “Problemas éticos em Geriatria – como abordar?”, destaca que “um dos principais desafios é a avaliação da aptidão para a condução, pois, essa é uma habilidade que permite que as pessoas se mantenham ativas. No entanto, é preciso ter atenção, pode haver doenças cardiovasculares, neurológicas e oftalmológicas ou problemas de cognição e motricidade, por exemplo, que impliquem um risco tanto para o idoso como para os que com ele convivem na estrada”.



*A 6.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria realizar-se-á dias 26 e 27 de outubro de 2023, na Figueira da Foz.*



TENDO COMO DIRETOR ANTÓNIO MARTINS BAPTISTA

## Criada a Escola de Formadores em MI

*“Em 2021, a SPMI em colaboração com o Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna (NEForMI), decidiu que 2022 seria o ano do orientador de formação em MI, pela importância de valorizar o assistente hospitalar, que despende parte do seu tempo e da sua energia a ensinar os futuros internistas”, explica António Martins Baptista, diretor da recém-constituída Escola de Formadores em Medicina Interna (EForMI).*

Apesar de, nos últimos anos, a SPMI já vir oferecendo vários cursos dirigidos aos orientadores de formação, pretendeu-se criar agora “um formato menos clássico, que assentasse numa lógica bidirecional, de grande interação entre formadores e formandos, gerando uma amizade grande e uma rede que permita que os conceitos se multipliquem pelos contactos de cada um dos participantes”.

“Procurámos envolver nesta EForMI os mais altos dignatários da especialidade, para que as ideias dos participantes pudessem ecoar, porque é precisamente esse o formato que esta Escola defende – a transmissão de informação não só de formadores para formandos, mas também dos formandos para os formadores”, esclarece António Martins Baptista. Este ideal não se restringiu apenas à componente teórica, tendo sido também alargado à prática, com a realização de *role plays*, em que aqueles que ali estavam como formadores atuaram como internos e os formandos como formadores. Os formatos foram variados, tendo existido ainda momentos teóricos, teórico-práticos, *out of the box* e *workshops*, entre outros.

Para explicar a origem da EForMI, António Martins Baptista, internista do Hospital Beatriz Ângelo e responsável pelo internato médico da instituição, precisa de recuar alguns anos, até à data em que foi convidado para dirigir a European School of Internal Medicine (ESIM), posição que ocupou entre 2006 e 2008. Nesse contexto, acabou por “envolver vários internos portugueses na experiência, que consideraram que aquele



Participantes da 1.ª Escola de Formadores, que decorreu no Luso, durante três dias



António Martins Baptista

era um conceito muito útil, que devia ser reproduzido a nível nacional”. Foi dessa forma que nasceu a Escola de Verão de Medicina Interna (EVerMI), que já vai na 13.ª edição.

Na senda de oferecer instrumentos de apoio ao orientador de formação, além

Notícia



# IX CONGRESSO NACIONAL DE AUTOIMUNIDADE

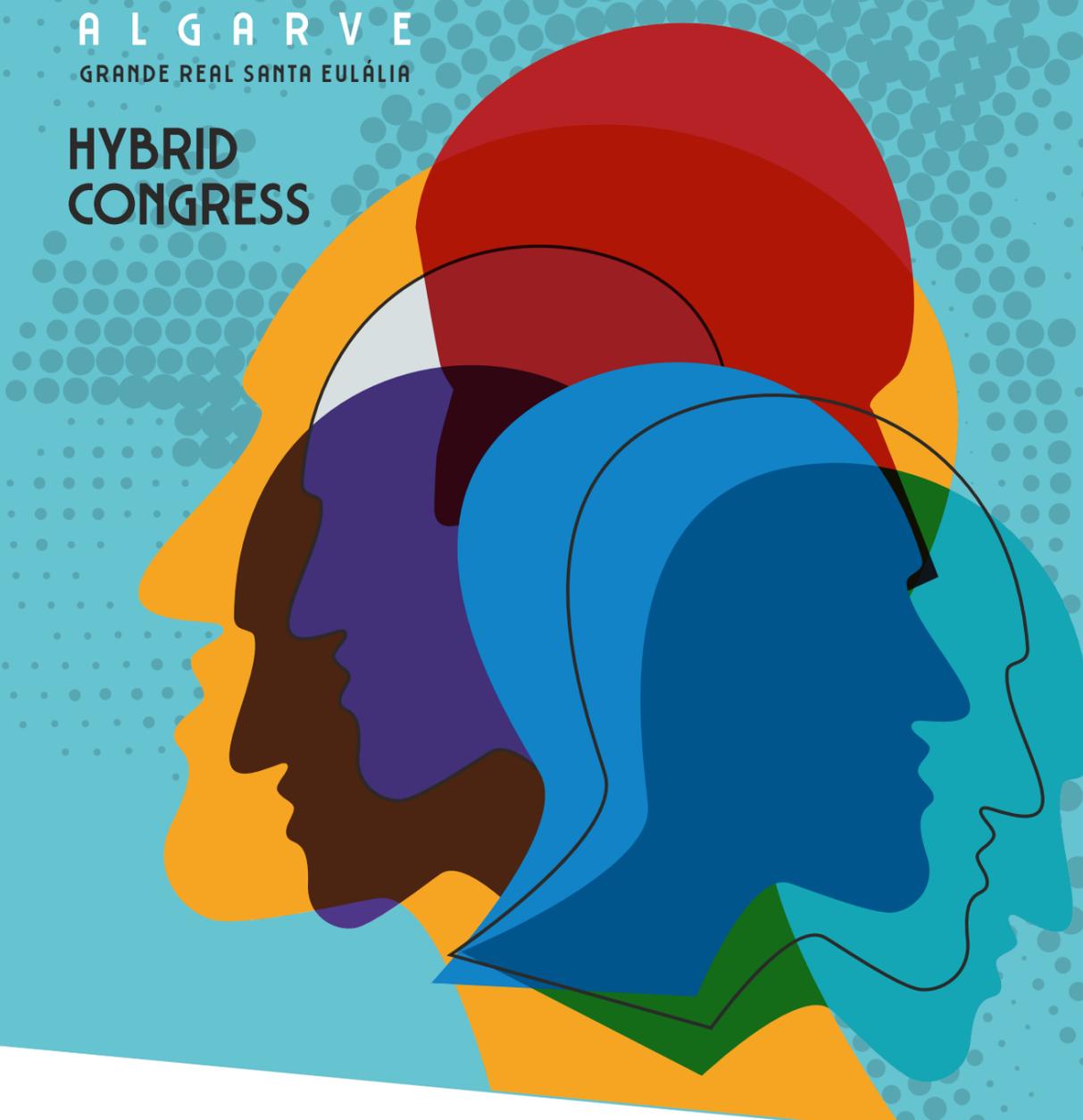
## XXVIII REUNIÃO ANUAL DO NEDAI

### 14·17 JUN 2023

### ALGARVE

GRANDE REAL SANTA EULÁLIA

### HYBRID CONGRESS



daqueles que já eram disponibilizados pela SPMI, nasceu a EForMI, seguindo os modelos da EVerMI e da ESIM.

Esta 1.ª edição da Escola de Formadores em MI veio ocupar, em 2022, uma data muito querida dos internistas portugueses – a que, numa época pré-pandemia, estava reservada para o Congresso Nacional de Medicina Interna. O Luso foi o local selecionado para acolher os 25 participantes – “muitos deles já com experiência na área, que pretendiam complementar a sua formação” – ao longo dos dias 27, 28 e 29 de maio.

Apesar de existirem cerca de 1000 internos da especialidade, “o que poderá levar a crer que haja, eventualmente, cinco centenas de orientadores de formação”, a opção de abrir esta Escola a um número tão reduzido de participantes visou “garantir a interação pessoal entre todos”, afirma o ex-presidente da SPMI e do respetivo Colégio da Especialidade da OM.

# 29<sup>o</sup>

CONGRESSO  
NACIONAL  
MEDICINA  
INTERNA

# PONTES

A stylized graphic of a bridge with a truss structure, rendered in a light blue color, positioned behind the word 'PONTES'.

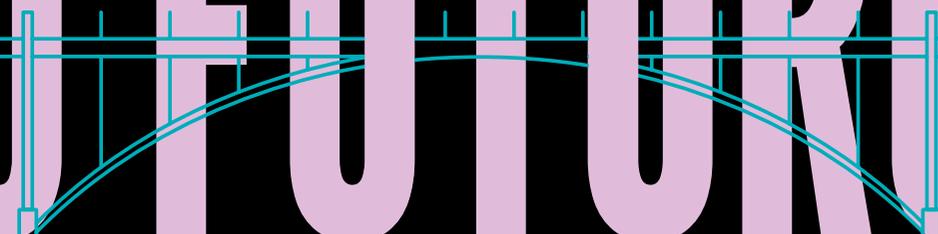
# PARA

A stylized graphic of a bridge with a truss structure, rendered in a light blue color, positioned behind the word 'PARA'.

CENTRO  
DE CONGRESSOS  
DA ALFÂNDEGA  
DO PORTO

PORTO  
4 A 7  
MAIO  
2023

# O FUTURO

A stylized graphic of a bridge with a truss structure, rendered in a light blue color, positioned behind the word 'O FUTURO'.