

LIVE

Publicações



# MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES  
QUADRIMESTRAL | MAI-AGO, 2025  
ANO 10 | NÚMERO 34 | 3 EUROS  
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicação Periódica

*Fausto Roxo:  
“A marginalização dos  
doentes motivou o meu  
interesse pelo VIH”*



31.º CNMI

## UM CONGRESSO QUE SE PRETENDE INOVADOR, RELEVANTE E MEMORÁVEL



**NESTA EDIÇÃO** 4.ª Jornadas do NEMO • 9.º Congresso Nacional da Urgência • 18.ª Reunião Anual do NEDM • 3.º Encontro Anual do NEForMI • 7.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria • 6.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular • XXII Jornadas do NEDVIH

# sumário

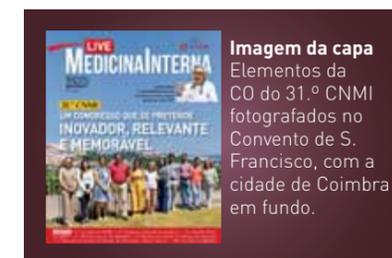
## Entrevistas

- 25 **Luís Duarte Costa, presidente da SPML, sobre a criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência:**  
“Nunca haverá uma especialidade capaz de resolver tudo”
- 26 **Sónia Campelo Pereira, secretária-geral do 9.º Congresso Nacional da Urgência:**  
“Sem circuitos mais diretos, imediatos e destinados a doentes realmente urgentes, os problemas da Urgência irão manter-se”
- 30 **Fausto Roxo, coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH da SPML:**  
“A possibilidade de intervir na marginalização dos doentes foi, provavelmente, o principal fator que motivou o meu interesse pelo VIH”
- 50 **Sofia Duque, coordenadora do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPML:**  
“A fragilidade não é um corolário definitivo, mas um estado reversível”

- 52 **Pedro Madeira Marques, membro da CO da 7.ª Reunião do NEGERMI:**  
“Não há razão para não termos especialistas orientados para tratar os idosos frágeis”
- 54 **Gonçalo Sarmento, membro da CO da 7.ª Reunião do NEGERMI:**  
“É fundamental assegurar a autonomia e a capacidade cognitiva do doente idoso”

## Eventos

- 06 **31.º Congresso Nacional de Medicina Interna**  
Coimbra, 22-25 de maio 2025  
Comissão Organizadora quer marcar pela diferença, apresentando um Congresso que se pretende inovador, relevante e memorável
- 12 **18.ª Reunião Anual do NEDM**  
Porto, 25-26 de outubro 2024



**Imagem da capa**  
Elementos da CO do 31.º CNMI fotografados no Convento de S. Francisco, com a cidade de Coimbra em fundo.

### LIVE Medicina Interna

**Diretor:** José Alberto Soares **Redação:** Miguel Anes Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Tomás Domingues **Publicidade:** 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 da Just News**, 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”.

### Publicações



geral@justnews.pt  
agenda@justnews.pt

Tel. 21 893 80 30  
www.justnews.pt

- 20 3.º Encontro Anual do NEForMI  
Fátima, 22 de novembro 2024
- 23 9.ª Congresso Nacional da Urgência  
Figueira da Foz, 3-4 outubro 2024
- 38 XXII Jornadas do NEDVIH  
Cascais, 4-5 de abril 2025
- 46 4.ªs Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica  
Lisboa, 7 de setembro 2024
- 48 7.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria  
Tomar, 28-29 de novembro 2024
- 56 6.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular  
Peniche, 6-7 de dezembro 2024

*Opinião*

- 14 Tratamento da diabetes tipo 1 – Onde estamos?  
Alexandra Vaz
- 15 Tratamento da diabetes tipo 1 – Para onde vamos?  
Vanessa Pires
- 16 Vacinação na diabetes  
Gonçalo Sarmento
- 16 Diabetes e doenças cardiovasculares  
Filipa Gomes
- 17 Diabetes e doença renal crónica  
Rute Lopes Caçola

- 18 Longevidade na diabetes – como envelhecer bem  
Rafaela Verissimo
- 19 Relação entre diabetes e cancro (e vice-versa)  
Marta Novais da Silva
- 40 Novos diagnósticos de VIH em Portugal – novos desafios  
Joana Bettencourt
- 41 A administração da TARV injetável pelo enfermeiro  
Ângela Silva / Edna Duarte
- 42 Obesidade e VIH  
Joana Louro
- 43 Comunicação e literacia em Saúde: queremos competências que ativem a saúde  
Cristina Vaz de Almeida
- 44 Comunicação em Saúde: a ponte entre o conhecimento e a ação  
Catarina Esteves Santos

*Informação*

- 28 COVID-19: ainda é motivo de urgência?  
Carolina Garcia-Vidal



**38**

# 31.º congresso nacional de medicina interna

**22-25 MAIO 2025**

Convento de São Francisco, Coimbra



**UMA LIÇÃO DE FUTURO E TRADIÇÃO**

Organização



Apoio institucional



Agência oficial



Somos um prestador de Cuidados Respiratórios Domiciliários  
Oxigenoterapia | Ventiloterapia  
Outras Terapias Domiciliárias



**800 201 519**  
Linha gratuita

# Comissão Organizadora do 31.º CNMI quer marcar pela diferença, apresentando um Congresso que se pretende inovador, relevante e memorável

Construir um Congresso inovador, relevante e memorável, numa cidade historicamente universitária e central, é o objetivo dos 18 elementos do Serviço de Medicina Interna da ULS de Coimbra que constituem a Comissão Organizadora deste 31.º CNMI. É a 4.ª vez que a concretização do maior evento anual promovido pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna é da responsabilidade daquele Serviço. As anteriores edições aconteceram em 1990, 2013 e 2019.

**Lêlita Santos: “A MI deve dar o salto para a inovação e a modernização, sem perder de vista o passado”**

“Uma Lição de Futuro e Tradição” foi o tema escolhido pela Comissão Organizadora para este 31.º Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI), considerando que “a MI deve dar o salto para a inovação e a modernização face aos desafios do futuro, sem perder de vista o passado, a história e os ensinamentos dos antecessores”, explica Lêlita Santos, diretora do Serviço de MI da ULS de Coimbra desde o final de 2021 e presidente do Congresso.

A internista, que presidiu à Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) entre 2021 e 2024, admite que “a MI, como toda a Medicina, está num ponto de viragem, em que tem de procurar novos caminhos e novas formas de organizar o trabalho, a missão com os



doentes e a gestão dos próprios serviços”. Com esse mote e o programa que construíram, pretenderam “trazer mais discussão relativamente a novas formas de dinamizar a MI como especialidade”.

Acresce o facto de “Coimbra ter uma grande tradição em termos académicos, clínicos e do próprio Serviço de MI, sem esquecer que a Medicina tem um pouco de ‘arte’ e que esta também está na tradição”.

Mais uma vez, a falta de preenchimento das vagas de MI ditou a necessidade de espaço para esse debate, que contará com a visão da administração hospita-

(Continua na pág. 8)



## Presidente do Congresso

Lêlita Santos ①

## Comissão Organizadora

### Presidente

João Porto ②

### Secretária-geral

Patrícia Dias ③

### Tesoureira

Ana Rita Afonso ④

Ana Érica Ferreira

Ana Linda Borges ⑤

Ana Sofia Teixeira

Bernardo Canhão ⑥

Carlos Silva ⑦

Carolina Teles ⑧

Daniela Marado

David Sousa

Filipe Vilão ⑨

João Gonçalves

João Madaleno

Maja Petrova

Mariana Guerra

Sara Leitão ⑩

Telma Alves ⑪

(Continuação da pág. 6)

lar, dos hospitais públicos e privados e do recém-especialista. “Apesar de ser bastante discutido nos últimos anos, é um tema que não se encontra de modo algum esgotado, até porque ainda não encontramos soluções. Temos de perceber por que razão o SNS passou a ser preterido face ao sistema privado, o que se espera do futuro da MI e como podemos tornar a especialidade cada vez mais atrativa”, refere.

Com o intuito de “dar uma visão de todo o país”, a Comissão Organizadora procurou que os temas fossem apresentados e moderados por profissionais oriundos de norte a sul do país e que a Comissão Científica fosse constituída por vários colegas da zona centro, de modo a “serem partilhadas as experiências vividas em hospitais de maior e de menor dimensão”.



Lèlita Santos

O programa é feito também de sessões mais disruptivas, como a conferência “O que fazemos ‘porque sim’... Choosing Wisely”, em que se procurará “refletir sobre o que fazemos de forma rotineira e pode não se enquadrar nas orientações formais”, ou a “Hospitalist – do outro lado do Atlântico”, onde se irá “debater se a definição do hospitalista americano poderá ser um dos caminhos para a MI”.

Tendo procurado criar uma Comissão Organizadora que “juntasse uma geração



de internistas mais jovens com outros já mais experientes, até na organização de eventos”, Lèlita Santos considera que esta ficou “bastante equilibrada”. Além deste grupo, também os restantes internistas do Serviço, bem como a Comissão Científica, estão pontualmente a colaborar em várias atividades, como seja a revisão dos resumos de trabalhos propostos para apresentação no Congresso.

A presidente do 31.º CNMI salienta como “o grupo ficou muito honrado por ter recebido todo o apoio da Direção da SPMI para que o Congresso se realizasse em Coimbra, o que é um grande desafio em termos logísticos”. Mostrando-se “muito satisfeita com o programa criado”, não tem dúvidas de que o Congresso “irá correr muito bem”.

Lèlita Santos esteve envolvida na organização dos dois primeiros congressos cuja responsabilidade ficou a cargo do Serviço de MI onde trabalha, em 1990 e em 2013, e considera que, “apesar de haver outros desafios e de as equipas serem diferentes, ganha-se bastante

**Lèlita Santos com o presidente do CA da ULS de Coimbra, Alexandre Lourenço, e a diretora clínica da área hospitalar, Cláudia Nazareth**

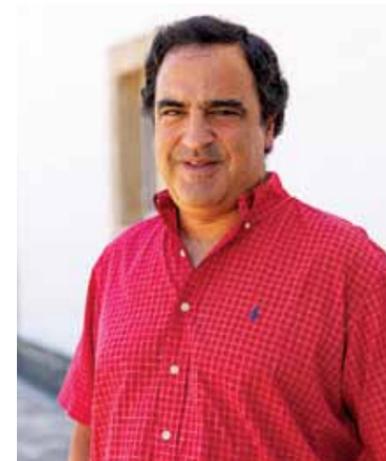
com a experiência acumulada, o que permite melhorar sempre”. Foi na FMUC, em 1975, que iniciou o sonho de ser médica e nunca haveria de deixar os hospitais da cidade. Especialista em Medicina Interna com competências em Geriatria e Nutrição Clínica, sempre se sentiu particularmente atraída pelas áreas da diabetes e das doenças autoimunes e fascinada pela Nutrição.

**João Porto: “Queremos que seja um Congresso inovador e relevante”**

A presidir à Comissão Organizadora deste 31.º CNMI está João Porto, que procura “centralizar a componente científica e muitas outras, como a logística”. Com a colaboração de todos os envolvidos, tentaram “definir e dividir tarefas e tem

**“É preciso estar sempre a orientar e a tomar decisões.”**

sido um verdadeiro trabalho de equipa”. No campo científico, adianta que procuraram “inovar, no sentido de não repetir temas que tenham sido abordados nos últimos anos, para evitar que os participantes chegassem ao fim do evento com a sensação de terem assistido a uma repetição”.



João Porto

João Porto admite que é um desafio complexo, pois, é necessário “definir a qualidade científica, os temas a abordar, as salas e os horários das sessões, as datas e as vagas dos cursos, e todos os aspetos logísticos inerentes, desde refeições a alojamento”. No fundo, “é preciso estar sempre a orientar e a tomar decisões, num ritmo quase diário”.

Uma das grandes preocupações que têm neste momento prende-se com a sustentabilidade financeira do evento. “Não podemos correr o risco de organizar um Congresso em que as receitas sejam inferiores às despesas, sob pena de este deixar de se realizar nos moldes habituais, pelo que estamos a fazer uma gestão de tesouraria mais rigorosa”, destaca. Um dos aspetos que tiveram em conta foi, desde logo, o local para a sua realização, uma vez que, “em termos de custos, começa a tornar-se questionável a mais-valia de ser em Vilamoura, onde tudo é mais dispendioso, representando um custo acrescido em dezenas de milhares de euros”. Em contrapartida, “a Câmara Municipal de Coimbra, com o ótimo apoio que deu, ofereceu-nos

todas as condições para que pudéssemos realizar o Congresso em Coimbra, no centro do país”.

Adicionalmente, sentiam que, “por estarem a ser frequentemente realizados em Vilamoura, os congressos eram dificilmente distinguíveis”, o que foi mais um motivo para desejarem realizar o evento noutra local. “Queremos marcar a diferença ao fazer um Congresso inovador e relevante, que nos acrescente algo de novo, e também ao realizá-lo num sítio distinto”, sublinha.

O CNMI regressa assim a Coimbra 23 anos após ter sido aí realizado, na sua 8.ª edição, que decorreu no auditório dos HUC, o mesmo local onde teve lugar a 1.ª

interessante e atual, que poderá ser debatido, numa altura em que Portugal tem sido muito procurado por estrangeiros para vários efeitos, desde grávidas que vêm cá ter os seus filhos até pessoas que vêm para receber diagnósticos e tratamentos a doenças oncológicas”. Tal justifica que se “procure perceber que números existem, qual é a realidade e o que podemos fazer em relação a ela”. Ao longo da sua carreira profissional, João Porto tem estado muito dedicado à aterosclerose e à urgência, de tal forma que, há três anos, assumiu a direção do Serviço de Urgência do então Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. É ainda vice-presidente da Sociedade



edição, em 1990. “Durante muitos anos, houve essa vontade de voltar a trazer o Congresso a Coimbra, mas tal acabava por nunca acontecer, dado o argumento de não haver um local adequado. Essa questão deixou de se colocar com a inauguração do Convento São Francisco, Coimbra Cultura e Congressos, em 2016, que constitui um sítio excelente para acolher reuniões desta dimensão”, justifica. João Porto irá presidir à Conferência de Encerramento do 31.º CNMI, que se centrará no Turismo em Saúde, “um tema

Portuguesa de Aterosclerose no triénio 2023-2026, tendo presidido ao XXXII Congresso Português de Aterosclerose, realizado em outubro de 2024.

Quanto ao CNMI, o internista, de 54 anos, já havia sido secretário-geral da 25.ª edição. Foi em Coimbra, na sua cidade natal, que se formou em Medicina e onde tem vindo a desenvolver a sua carreira. Fez o internato de MI entre 2000 e 2004, no antigo Serviço de Medicina II

(Continua na pág. 10)

(Continuação da pág. 9)

dos HUC e, após ter trabalhado noutros hospitais, acabou por se vincular em definitivo àquela instituição, em 2010.

**Ana Rita Afonso: “Promovi a componente motivacional, por acreditar bastante em Coimbra”**

A internista Ana Rita Afonso reconhece ter sido uma das grandes impulsionadoras de que o 31.º CNMI se realizasse em Coimbra. “Digamos que promovi essa componente motivacional, por acreditar bastante em Coimbra! A ideia nasceu há dois anos, no Congresso que estava a decorrer no Porto. Após um momento inicial de dúvida relativamente à capacidade de Coimbra abraçar o projeto, decidimos avançar com a proposta e, após alguns sobressaltos que fazem parte do processo, aqui estamos, na reta final de organização do Congresso!”, descreve.



Ana Rita Afonso

Afinal, “Coimbra, a cidade do conhecimento e da saúde, está no centro geográfico do país e tem capacidade para albergar o maior Congresso médico de Portugal”. Além da localização, quiseram igualmente que “fosse diferente, também do ponto de vista do programa, trazendo temas inovadores e não apenas clínicos, mas também de outras áreas médicas”. Na altura da distribuição de tarefas, acabou por ficar responsável pela tesouraria, por ser “bastante organizada”, mas a ver-

**“Coimbra está no centro geográfico do país e tem capacidade para albergar o maior Congresso médico de Portugal.”**

dade é que o seu apoio tem sido “transversal a várias áreas”. Quanto a números, do levantamento provisório que fez, acredita estarem “num bom caminho”. Ainda que esta seja a 1.ª vez que Ana Rita Afonso integra a Comissão Organizadora de um CNMI, já esteve envolvida na organização do III Congresso Nacional da Urgência e admite estar a aprender muito: “É bom sair um pouco do espírito médico, que é a minha formação, para fazer algo diferente dentro da Medicina, junto de colegas que fazem parte da minha vivência e com quem muito me identifico. É pleno!” Deixando o apelo à participação, a médica acredita que a centralidade do evento e a diversidade do programa serão fortes atrativos, a que se junta ainda a coincidência de datas com a Queima das Fitas de Coimbra. “Os congressistas poderão, assim, viver ou reviver o espírito académico da cidade”, refere. Nascida e criada em Coimbra, Ana Rita Afonso, de 45 anos, iniciou o curso de Medicina na FMUL, tendo-o completado na sua cidade natal. Realizou depois o internato de MI no Hospital de Santa Maria e, anos mais tarde, regressou a Coimbra, onde começou a trabalhar na equipa dedicada do Serviço de Urgência dos HUC. Posteriormente, foi transferida para o Serviço de MI, sendo que, com a criação do CRI do Serviço de Urgência, em setembro de 2024, passou a integrar essa equipa, sob a direção de João Porto.

**Patrícia Dias: “O objetivo é tornar difícil aos participantes escolherem a qual das sessões assistir.”**

Enquanto secretária-geral do 31.º CNMI, Patrícia Dias reconhece que tem



responsabilidade sobre “todos os aspetos do evento, quer seja a seleção da Comissão Científica, palestrantes e moderadores, a elaboração dos convites, o estabelecimento de contactos, ou a delimitação do programa, ainda que haja delegação de tarefas”. A partir do momento em que o programa científico ficou definido, a médica passou a debruçar-se também sobre outras áreas, como “o processo de submissão de trabalhos e a seleção do júri para a sua avaliação, que corresponde a uma parte importante do Congresso”. Apesar da vantagem associada ao facto de já ter participado na organização do 25.º CNMI, enquanto tesoureira, a internista reconhece que, “desta vez, há um desafio acrescido, pelo facto de se realizar em Coimbra, em vez de Vilamoura, onde

já há uma infraestrutura montada, o que implicou criar tudo de raiz”, prosseguindo: “Tivemos de selecionar um local com capacidade de acolher o número de participantes que habitualmente existe e contactar unidades hoteleiras para garantir que haveria alojamento suficiente, o que é mais difícil de fazer numa cidade onde a oferta é menor comparativamente a Vilamoura”. Patrícia Dias adianta que o grupo procurou trazer ao programa “temas que tenham sido menos tratados nos últimos anos e sejam importantes para a prática diária, ainda que possam não estar tanto na ordem do dia”. Ao mesmo tempo, apostaram em “temas atuais e genéricos, de maneira que fossem atrativos para um grande conjunto de pessoas”. Aliás, “o objetivo é tornar difícil aos participantes escolherem a qual

das sessões assistir, quando têm mais do que uma possibilidade”. Para a definição dos temas, a Comissão Organizadora não pôde deixar de contar com a colaboração dos núcleos de estudo da SPMI. Resolveram, contudo, adotar um método diferente: “Nas edições anteriores, tínhamos assuntos muito monotemáticos. Este ano, pedimos que enviassem sugestões de temas fronteira entre vários núcleos, no sentido de podermos envolver mais do que um numa mesma mesa. Afim

**“Pedimos aos núcleos que enviassem sugestões de temas fronteira.”**

nal, o doente típico da MI tem várias patologias e comorbilidades e não pode ser abordado apenas por uma área.” Patrícia Dias foi a internista que impulsionou, em 2019, a criação da Consulta de Insuficiência Cardíaca do Serviço de MI da ULS de Coimbra. A IC será uma das áreas tratadas neste Congresso, particularmente no âmbito da certificação de clínicas. “Embora já haja algumas clínicas de IC em Portugal, precisamos de as organizar, melhorar, homogeneizar e certificar, pois, trata-se de uma patologia muito prevalente e que apresenta uma grande expressão em termos de necessidades de cuidados de saúde primários e hospitalares”, refere. Para partilhar a experiência do seu país, foi convidado o internista José Manuel Cerqueiro Gonzáles, uma vez que “em Espanha, existe uma rede de clínicas com certificação que funciona muito bem, e devemos tirar ensinamentos das experiências que correm bem”.



Patrícia Dias

A presença de palestrantes estrangeiros alarga-se ainda a outras temáticas do Congresso, uma vez que foi intuito da Comissão Organizadora “trazer colegas internacionais que fossem referências nas suas áreas de trabalho”. Natural de Aveiro, a internista estudou na FMUC e trabalha nos HUC desde 1998, inicialmente como interna do Internato Geral e, entre 2000 e 2005, como interna de MI do antigo Serviço de Medicina II, tendo desenvolvido, desde então, todo o seu percurso profissional na instituição.

# 18.ª Reunião Anual do NEDM

Porto, 25-26 de outubro 2024

**Representando a Direção da SPMI, Nuno Bernardino Vieira aproveitou a sessão de abertura da 18.ª Reunião Anual do NEDM, um evento que teve perto de 250 participantes, para sublinhar “o trabalho fundamental que o Núcleo tem desenvolvido na promoção da diabetes enquanto uma das disciplinas privilegiadas na área da MI”.**

“A diabetes, pelo seu carácter multissistémico, é uma doença da MI e não há como fugir disso. São realmente os internistas que, em consultas da especialidade, tratam a diabetes em todos esses hospitais do país e temos que ser reconhecidos por isso”, afirmou Nuno Bernardino Vieira. Para além de Mónica Reis, coordenadora do NEDM, e de Pedro Caiano Gil, presidente da Reunião, a mesa de abertura incluiu ainda a presença do diretor da Unidade de Gestão do Doente Médico da ULS de Gaia e Espinho, Serafim Guimarães. A médica Diana Mota, que na altura desempenhava o cargo de diretora clínica para a área hospitalar daquela ULS, enviou uma mensagem em vídeo. Deve dizer-se que foi a primeira vez que os internistas da Consulta de Medicina – Diabetes da agora ULS de Gaia e Espinho assumiram a responsabilidade de organizar o principal evento anual do

Núcleo de Estudos de Diabetes Mellitus da SPMI. No entanto, em maio de 2019, já tinham assegurado a realização da 6.ª Reunião Temática do NEDM, então presidida por Luís Andrade, que foi dedicada à diabetes tipo 1. O convite foi feito a Pedro Caiano Gil pela atual coordenadora do Núcleo, Mónica Reis, pouco tempo depois de ter iniciado o seu mandato, após a 17.ª Reunião Anual, que teve lugar em Almada, em outubro de 2023.



Elementos da coordenação/secretariado do NEDM e da CO da 18.ª Reunião



“Obviamente que aceitámos essa responsabilidade! Foi um convite que nos honrou muito e, portanto, não podíamos recusar, tendo sido para nós desafiante organizar um evento desta natureza, pois, trata-se de uma Reunião de âmbito nacional, já estabelecida há uma série de anos e que se tornou uma referência na área da Diabetologia em Portugal”, refere Pedro Caiano Gil. O presidente da 18.ª Reunião do NEDM, que contou com a colaboração de uma



CO que integrava os restantes nove elementos da Consulta de Medicina – Diabetes que coordena, explica que houve a vontade de promover um evento abrangente em termos de temas abordados. “Quisemos fazer uma Reunião cujo programa contemplasse algumas temáticas que não são tão frequentemente faladas”, diz, citando como exemplo a sessão sobre “Oncologia e Diabetes”, a mesa-redonda intitulada “Longevidade na Diabetes”, ou a conferência inaugural, dedicada ao tema “Infeção e Dia-

betes”, que esteve a cargo de António Sarmento, da ULS de São João. Aliás, para além da Infeciologia, outras especialidades marcaram presença no evento de Vila Nova de Gaia, como a Oncologia, a Nutrição, a Saúde Pública, a Endocrinologia ou a MGF, com representantes que surgiram como palestrantes ou moderadores, ao longo de um dia e meio de Reunião. Importa adiantar ainda que, na véspera do início dos trabalhos, teve lugar o Curso “Insulinoterapia e Novas Tecnologias na Diabetes”, que decorreu no Centro de Reabilitação do Norte.



Serafim Guimarães, Pedro Caiano Gil, Mónica Reis e Nuno Bernardino Vieira



As páginas seguintes incluem artigos de opinião originalmente publicados no *Jornal da 18.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Diabetes Mellitus*

# Tratamento da diabetes tipo 1

## Onde estamos?

A DM1 é uma doença autoimune caracterizada pela destruição das células beta. Um estudo internacional, de Gregory et al. (2022), estimou que em Portugal existem cerca de 38.000 pessoas com DM1. O tratamento é complexo e exigente, tendo-se verificado nos últimos anos um importante desenvolvimento de novas armas farmacológicas e tecnológicas que têm por objetivo diminuir a carga da doença, melhorar a qualidade de vida e o controlo metabólico com redução das complicações.

### Dispositivos tecnológicos: monitorização contínua da glicose (CGM) e sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI)

Os CGM têm evoluído significativamente, proporcionando medições em tempo real, minimamente invasivas e com possibilidade de alarmes preditivos individualizáveis e integração com plataformas de contagem de hidratos de carbono, canetas inteligentes e PSCI.

Têm surgido sensores de menor tamanho e custo, de aplicação fácil e indolor, com maior semivida e precisão e sem necessidade de calibração. O Dexcom G7®, o Freestyle Libre 2 plus/3® e o Simplera® são exemplos de tecnologias de ponta. Destaco ainda o Sistema Eversence®, com duração de 180 dias, invisível e que pode ser uma alternativa no caso de alergias ou dificuldade na adesão dos sensores.

A monitorização contínua de corpos cetónicos está a emergir como uma ferramenta crucial para a prevenção da cetoacidose diabética. Mede os níveis de  $\beta$ -hidroxibutirato em tempo real e é particularmente relevante em situações de doença aguda ou em pessoas tratadas com iSGLT2.

A investigação mais recente procura também desenvolver formas de monitorização não invasiva, embora ainda com pouca regulamentação.



**Alexandra Vaz**

Assist. graduada de MI da ULS Viseu  
- Dão Lafões. Coord. do Centro de Tratamento de Adultos com PSCI

A par dos CGM, também a gestão da DM1 tem sido revolucionada pelos sistemas de administração automática de insulina (SAI). Estes combinam a CGM com algoritmos avançados de inteligência artificial, ajustando automaticamente a adminis-

**Um dos desenvolvimentos mais promissores são as insulinas inteligentes, libertando a insulina ativa em resposta direta aos níveis de glicose, ajustando-se dinamicamente às necessidades do organismo.**

tração de insulina em tempo real, com base nos níveis de glicose, aproximando-se do conceito de um pâncreas artificial. Existem também SAI sem fios ou adesivos, que funcionam como um pequeno dispositivo descartável e que permitem uma forma de administração mais discreta e cómoda, como o Accu-Chek Solo®, disponível pelo SNS.

Alguns exemplos destes SAI com fios são o Minimed 780G® e o Tandem® t:slim X2 (disponíveis pelo SNS), e sem fios o Omnipod® 5. Permitem alcançar tempos no alvo > a 70/80% e melhoram a qualidade de vida. Atualmente, e de acordo com a norma da DGS 06/2024, os SAI devem ser considerados como a primeira linha de tratamento de PSCI para todas as pessoas com DM1.

Estão a decorrer ensaios com a coadministração de outras hormonas nos PSCI: os derivados da amilina e os agonistas do GLP-1, que reduzem as excursões glicémicas pós-prandiais; e o glucagon, que minimiza as hipoglicemias.

O iLet® Bionic é um sistema totalmente automático de administração de insulina que elimina as interações tradicionais com o utilizador. Assim, requer apenas informação acerca do peso corporal, dispensando a necessidade de contagem de hidratos de carbono.

As canetas de insulina inteligentes, como a InPen®, estão equipadas com tecnologia que regista automaticamente as doses e fornece recomendações personalizadas. Quando integradas com aplicações móveis e sistemas de MCG, permitem melhorar a adesão ao tratamento. Em Portugal, temos a Novopen Echo 6® (comunica com o sistema Freestyle Libre 2® e com a plataforma Mysug®).

### Novas formulações de insulina

Atualmente, estão disponíveis insulinas de ação ultrarrápida e ultralonga, que mimetizam melhor a secreção fisiológica de insulina, permitindo aumentar a eficácia, a flexibilidade e a segurança do tratamento.

Afrezza® é uma forma de insulina de ação rápida administrada por inalação pulmonar e já aprovada para adultos. Tregopil é uma insulina oral de ação rápida, em fase de ensaios clínicos, que tem o potencial de alterar o panorama da administração de insulina. A icodéc é uma insulina basal em desenvolvimento e que requer apenas uma administração semanal, permitindo uma maior comodidade.

Um dos desenvolvimentos mais promissores são as insulinas inteligentes, que são formuladas para libertar a insulina ativa em resposta direta aos níveis de glicose, ajustando-se dinamicamente às necessidades do organismo.

Também os agonistas do GLP-1 e os inibidores de SGLT2 têm sido usados em ensaios clínicos para melhorar o controlo glicémico e reduzir o risco de complicações na DM1.

Mas o presente e o futuro não são apenas tecnológicos, são também biológicos, com o desenvolvimento das terapias celulares (transplante de ilhotas - Lantidra®, encapsulação de células beta e uso de células estaminais) e das terapias genéticas e imunológicas (teplizumabe). Estes avanços não só melhoram a qualidade de vida como também oferecem esperança para a eliminação da dependência de insulina exógena. Até lá, é fundamental garantir que todas as pessoas possam ter acesso gratuito e equitativo a estes tratamentos.

Em Portugal, foram feitos avanços importantes com a publicação do Despacho n.º 13339/2022, sobre a proposta de atualização de acesso a tratamento com PSCI, e com a recente Norma 06/2024, sobre a organização dos cuidados de saúde dirigidos às pessoas com DM1.

A nós, profissionais de saúde, compete-nos continuar a apostar no processo de educação terapêutica e na capacitação da pessoa com DM.

## Para onde vamos?

Nos últimos anos, o tratamento da diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tem evoluído significativamente, trazendo novas esperanças e melhorias para a qualidade de vida das crianças e adultos que vivem com esta condição. As inovações científicas e tecnológicas têm desempenhado um papel crucial nesta transformação.

A utilização dos dispositivos híbridos de administração automática de insulina inaugurou uma nova era no tratamento da DM1, ao melhorar o controlo glicémico e proporcionar uma melhor qualidade de vida. Acresce que a sua complexidade tem sido crescente, existindo internacionalmente vários tipos de dispositivos e novos desenvolvimentos, o que reforça a necessidade de equipas especializadas (médicos, enfermeiros e nutricionistas...) e da atualização contínua dos conhecimentos nesta área, bem como a motivação, a aprendizagem e a colaboração dos seus utilizadores.

As perspetivas futuras são no sentido de haver sistemas híbridos totalmente automatizados, graças à atuação rápida dos novos análogos de insulina, com algoritmos mais sofisticados, utilizando sistemas multi-hormonais, formas inovadoras de administração de insulina ou o uso de terapêuticas adjuvantes.

O desenvolvimento de novas terapias modificadoras do curso da DM1 está a alterar radicalmente a sua abordagem terapêutica, sendo liderado pelas terapias imunomoduladoras, mediante intervenções dirigidas ao sistema imune em fases mais precoces do desenvolvimento da doença, sem esquecer os fármacos que visam estabilizar e reduzir o processo inflamatório crónico da célula beta pancreática.

Estão igualmente em curso várias investigações em relação à substituição ou regeneração de células beta pancreáticas danificadas, sendo isto conseguido através de técnicas como a diferenciação de células estaminais embrionárias em células beta pancreáticas, a geração



**Vanessa Pires**

Assist. hospitalar de MI, Unidade Integrada de Diabetes, ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

em laboratório de células beta, o transplante de ilhotas pancreáticas ou o próprio transplante de pâncreas. Contudo, os principais problemas com estas opções terapêuticas prendem-se com a sobrevida do enxerto, a utilização da terapêutica imunossupressora e a desproporção existente entre possíveis recetores e o número de dadores.

A medicina de precisão aplicada à diabetes permitirá a identificação precoce dos indivíduos em risco, a classificação em subgrupos para a intervenção, a definição de novos endotipos de DM1 e a otimização do tratamento das pessoas que desenvolvam a doença para reduzir o risco de complicações.

Considerando a heterogeneidade clínica e a história natural da DM1, o futuro do seu tratamento passará provavelmente pela combinação de diferentes estratégias terapêuticas, pelo que, à medida que a ciência avança, há um otimismo crescente de que estas inovações transformem o panorama do tratamento da diabetes mellitus tipo 1.

## Vacinação na diabetes

A diabetes é uma doença crónica, com impacto sistémico e cujas consequências apresentam um impacto significativo na qualidade e na quantidade de vida das pessoas. A sua fisiopatologia associa-se a uma maior vulnerabilidade, pelo que frequentemente são definidos como doentes de maior risco de desenvolver infeções na sua forma mais grave. Por outro lado, o processo inflamatório decorrente de uma infeção descompensa o controlo metabólico do doente diabético, expondo-o ainda a mais complicações do que os doentes sem comorbilidades.

Como doença sistémica que é, a sua progressão associa-se a complicações micro e macrovasculares, que implicam deterioração dos diversos sistemas de órgãos, como o cardiovascular, o renal mas também o imunitário. E todos têm melhor prognóstico quanto melhor for o controlo metabólico.

Assim, a complexidade da diabetes espelha-se no grande consumo de recursos hospitalares destes doentes, seja na gestão do agudo ou do crónico, pelo que é fundamental haver uma atitude multidisciplinar concertada com vista à promoção de saúde dos doentes diabéticos.

É neste sentido que, para além do controlo metabólico e da vigilância das complicações, quando nos focamos na prevenção da progressão e no agravamento da doença de base, devemos ter em conta a vacinação. Este é um dos caminhos para melhorar o prognóstico do diabético a longo prazo. Novos tempos têm trazido novos problemas de saúde pública, como no caso da covid-19, mas também novas vacinas, cada vez mais evoluídas e eficazes.

E no plano atual, novas recomendações (Centers for Disease Control, American Diabetes Association) garantem maior proteção aos nossos doentes diabéticos, como no caso da vacina da gripe e da covid. Reforços vacinais são também fundamentais, como no caso da hepatite B e nas vacinas contra o tétano e a difteria (estes a cada 10 anos). Mais recentemente, novas vacinas parecem ter o consenso de várias sociedades médicas, pelo benefício nas populações mais vulneráveis (incluindo diabéticos), como no caso das vacinas contra o herpes zoster e o vírus sincicial respiratório, e ainda uma vacina de alta dose contra a gripe (acima dos 60 anos).



**Gonçalo Sarmiento**

Especialista de MI com competência em Geriatria. Consulta de Risco Cardiovascular da ULS de Entre Douro e Vouga

Cabe aos médicos e restantes profissionais de saúde, de uma forma complementar e educativa, informar os doentes sobre a importância inerente à vacinação, sem diminuir o impacto que esta tem na prevenção de complicações para além da infeção, como, por exemplo, na descompensação em doenças crónicas como a diabetes.

No caso das novas vacinas, a do herpes zoster parece garantir proteção a 10 anos, sendo que no caso da alta dose contra a gripe, apesar de estar disponível para venda, a gratuidade está apenas disponível para institucionalizados acima dos 60 anos e idosos com 85 ou mais anos. No caso da VSR, as duas vacinas existentes não estão ainda comparticipadas, mas apresentam bons resultados na proteção aos doentes diabéticos, devendo uma delas, pelo menos, garantir proteção em mais do que uma época vacinal.

Além destas, os “pipelines” da indústria têm em desenvolvimento novas vacinas, que visam não só prevenir doenças na sua forma mais grave, mas também atenuar novos problemas com os quais os profissionais de saúde se têm debatido, como a fadiga vacinal.

É, portanto, provável que nos próximos anos tenhamos, por exemplo, através de uma única injeção, imunização contra a gripe, a covid e o VSR. Que o futuro nos brinde com novas ferramentas para uma melhor imunização dos nossos doentes que nós médicos cá estaremos a zelar para que Portugal continue a ser, neste capítulo, um exemplo.

## Diabetes e doenças cardiovasculares

A diabetes mellitus (DM) e as doenças cardiovasculares, especialmente a insuficiência cardíaca (IC), estão intimamente relacionadas e representam um grande desafio para a saúde pública. Com o aumento global da prevalência da obesidade e do sedentarismo, a incidência de diabetes tem crescido significativamente, atingindo cerca de 422 milhões de pessoas em todo o mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde. De igual forma, também a prevalência de IC, tem vindo a aumentar, sendo que esta aumenta consideravelmente em pacientes com diabetes. Recentemente, estudo PORTHUS documentou uma prevalência de IC em Portugal de ~16% em indivíduos com mais de 50 anos, sendo desde ~25% diabéticos.

Estudos indicam que a DM aumenta em aproximadamente duas a cinco vezes o risco de desenvolver IC, sendo este risco maior nas mulheres. Cerca de 30% a 40% dos pacientes com IC apresentam diabetes, e, inversamente, a IC está presente em aproximadamente 22% dos pacientes diabéticos. A presença concomitante destas duas condições agrava o prognóstico do doente, aumentando o risco de hospitalizações e mortalidade, piorando a qualidade de vida e aumentando os custos de saúde associados ao tratamento.

A DM promove uma série de alterações patológicas que afetam diretamente o coração, contribuindo para o desenvolvimento e a progressão da insuficiência cardíaca. Entre os principais mecanismos estão, a glicotoxicidade e lipotoxicidade, a disfunção endotelial, a microangiopatia e a ativação neuro-hormonal, nomeadamente do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e do sistema nervoso simpático, que se potenciam, perpetuando a lesão cardíaca. Deles resulta hipertrofia ventricular esquerda, rarefação microvascular e fibrose miocárdica e consequente disfunção ventricular.



**Filipa Gomes**

Assist. hospitalar de Medicina Interna, ULS de São João

É por isso mandatório implementar estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce de IC nos diabéticos com elevado risco CV. Da mesma forma, é essencial que o tratamento da DM vá para lá do controlo glicémico, devendo ser prioritária a escolha de fármacos cardioprotectores nos doentes de muito elevado risco CV ou doença cardiovascular estabelecida, independentemente do valor de HbA1c. Os iSGLT2 devem ser primeira escolha neste grupo de doentes, assim como nos doentes com IC independentemente da fração de ejeção, com impacto na redução da mortalidade e nas hospitalizações por esta doença. Apesar do indiscutível benefício dos aGLP1 nos doentes diabéticos com elevado risco CV ou com DCV estabelecida, o efeito neutro na insuficiência cardíaca não é ainda claro, com avaliações pos-hoc dos principais estudos a sugerir efeitos diferentes (e opostos) de acordo com a fração de ejeção. Mais recentemente ensaios clínicos com a finerenona, mostraram benefício nos outcomes CV nos doentes com IC com fração de ejeção preservada.

A coexistência de DM e IC exige uma abordagem multidisciplinar para otimizar o tratamento e melhorar o prognóstico. A compreensão dos mecanismos subjacentes que ligam estas condições e a adoção de terapias baseadas em evidências são fundamentais para a gestão eficaz desses doentes.

## Diabetes e doença renal crónica

A doença renal crónica (DRC) é um problema de saúde pública que está associado a um aumento da morbilidade e da mortalidade a nível mundial e é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. A prevalência da DRC está a aumentar exponencialmente a nível mundial. A sua prevalência em Portugal é de 20,9% nos estádios 1 a 5 da DRC e de 9,8% no estágio G3a/A1 ou estádios mais avançados da DRC. As causas mais comuns de DRC são a hipertensão e a diabetes, pelo que se recomenda o rastreio regular da DRC nestes doentes.

De acordo com a International Diabetes Federation, em 2021, 537 milhões de adultos viviam com diabetes em todo o mundo. Cerca de 40% das pessoas com diabetes desenvolvem DRC.

**De acordo com a IDF, em 2021, 537 milhões de adultos viviam com diabetes em todo o mundo. Cerca de 40% das pessoas com diabetes desenvolvem DRC.**

A diabetes é a principal causa de insuficiência renal, diálise e transplante renal em todo o mundo. A DRC pode estar presente aquando do diagnóstico na diabetes tipo 2 (DM2) e desenvolver-se após 10 anos na diabetes tipo 1 (DM1). A presença de DRC em doentes com diabetes aumenta significativamente o risco de doença cardiovascular, insuficiência cardíaca, morte cardiovascular e mortalidade por todas as causas.



**Rute Lopes Caçola**

Assist. hospitalar graduada de Medicina Interna, ULS de Gaia e Espinho

Todos os diabéticos tipo 2 necessitam de ser avaliados quanto ao risco e presença de doença cardiovascular e DRC, priorizando a utilização de fármacos comprovadamente protetores naqueles com patologia cardiorrenal ou de elevado risco vascular, independentemente do valor de HbA1c. Mesmo com controlo metabólico e hemodinâmico, existe um risco cardiorrenal remanescente significativo.

O tratamento da DRC na DM2 assenta nos 4 pilares que atrasam a progressão da doença cardiorrenal: os inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou os antagonistas dos recetores da angiotensina, os inibidores SGLT2, os agonistas dos recetores GLP-1 e os antagonistas não esteroides dos recetores de aldosterona, como a finerenona.

A DRC representa um grande encargo para os sistemas de saúde, com tendência crescente, devido não só ao aumento da prevalência da hipertensão e da diabetes, mas também ao envelhecimento da população. Por conseguinte, é da maior importância sensibilizar os médicos para a prevenção da DRC e dos seus fatores de risco, permitindo um diagnóstico precoce e um tratamento adequado.

# Longevidade na diabetes – como envelhecer bem

A esperança média de vida é o número médio de anos que é expectável viver a partir de um determinado momento e reflete as condições de saúde de uma sociedade. A relação entre diabetes e longevidade é complexa e depende de muitos fatores, incluindo o controlo da glicemia, a presença de complicações associadas e o tipo de diabetes.

Existe uma relação linear entre o diagnóstico precoce de diabetes em idade jovem e o risco mais elevado de mortalidade por todas as causas. No geral, cada década de diagnóstico precoce de diabetes associa-se a 3-4 anos de redução da esperança média de vida, relacionando-se com o enfarte agudo do miocárdio e o AVC e outras causas de morte não neoplásicas, como respiratórias, neurológicas e infecciosas.

Aos 50 anos, a esperança média de vida é 6 anos mais curta para doentes com DM2 do que não diabéticos. A diabetes tipo 1 reduz em média 33 anos de vida de uma pessoa que tenha sido diagnosticada aos 10 anos de idade. Os doentes com diabetes tipo 1 têm maior probabilidade de desenvolver diabetes em idades precoces, vivendo um longo período da sua vida com a doença e as suas complicações; no entanto, os estudos demonstram que taxa de esperança média de vida melhorou para quem já nasceu no século XX.

A esperança média de vida num diabético tipo 2 é reduzida em 12 a 14 anos e o risco de morte prematura por DM2 está aumentado em cerca de 80%. A DM2 é geralmente diagnosticada mais tarde na vida e associada a outros fatores de risco; no entanto, os estudos sugerem que esta é mais agressiva nas idades jovens, com fenótipos mais graves do que nos indivíduos que desenvolvem diabetes na idade avançada, conduzindo a mortalidade prematura, sugerindo exposição a piores perfis metabólicos e que a deteção precoce da diabetes pode reduzir as complicações a longo prazo.



**Rafaela Veríssimo**

Assist. hosp. graduada de Medicina Interna, ULS de Gaia e Espinho

Atingindo os objetivos do tratamento, a esperança pode aumentar até 3 anos e em alguns casos até aos 10 anos, e estudos recentes mostram que a expectativa de vida de pessoas com diabetes tem aumentado significativamente nas últimas décadas.

**Viver bem com diabetes requer mais do que o controlo da glicemia sanguínea.**

**Há fatores que influenciam a longevidade de uma pessoa com diabetes.**

Ao longo do tempo, a desregulação da glicemia sanguínea causa complicações a curto e longo prazo, com implicações na qualidade de vida que incluem: a retinopatia diabética, causando perda de visão e até mesmo cegueira; a doen-

ça renal diabética (nefropatia), que pode exigir o início de hemodiálise ou transplante renal; e a doença cardiovascular, que pode provocar angina, enfarte agudo do miocárdio ou AVC, ou ser mesmo fatal. Não esquecer que a dor crónica associada a neuropatia periférica e às amputações podem também comprometer a qualidade de vida destes doentes.

Viver bem com diabetes requer mais do que o controlo da glicemia sanguínea. Há fatores que influenciam a longevidade de uma pessoa com diabetes, como praticar atividade física regular, ter uma alimentação equilibrada, manter a doença controlada e cuidar da saúde emocional, bem como, sobretudo na diabetes tipo 2, o controlo de outros fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a obesidade ou a dislipidemia.

Os avanços tecnológicos e as melhorias no tratamento da diabetes, nomeadamente o aparecimento de insulinas de ação lenta e ultralenta, bombas de insulina com melhoria do perfil glicémico, fármacos com efeitos também noutros fatores de risco cardiovascular e a melhoria dos protocolos de cuidados médicos e dos acessos a tratamentos, têm permitido que muitos doentes vivam vidas mais longas e com menos complicações.

Por tudo isto, embora a diabetes se associe a uma redução da expectativa de vida, essa redução pode ser minimizada com um diagnóstico precoce e um bom controlo da doença, com um estilo de vida saudável, evitando as hipo e hiperglicemias, mantendo a dieta equilibrada, a atividade física regular e o controlo das comorbilidades.

# Relação entre diabetes e cancro (e vice-versa)

A diabetes *mellitus* e o cancro são doenças comuns, com uma incidência e prevalência a aumentar, com um enorme impacto na saúde mundial. Estão frequentemente associadas.

A diabetes é uma doença comum nos doentes com cancro, sendo um fator de risco para algumas neoplasias sólidas, nomeadamente, do pâncreas, do fígado, do cólon, da mama e do endométrio.

A maioria dos estudos que avaliaram a associação entre cancro e diabetes não mostraram uma diferença entre os dois tipos principais de diabetes. Como a diabetes tipo 2 é mais frequente que a tipo 1, as amostras populacionais nos estudos são superiores para a diabetes tipo 2, explicando-se a maior percentagem de ocorrência de cancros neste tipo de diabetes.

Existem evidências que mostram que os doentes com cancro e diabetes têm uma maior taxa de mortalidade associada ao cancro. Os vários estudos mostram que o aumento de risco de cancro e de mortalidade associada ao cancro, para os vários tipos de cancro, tanto está associado à diabetes tipo 1, como à diabetes tipo 2.

O cancro e a diabetes têm diversos fatores de risco comuns, tais como a obesidade, tabagismo, idade, inatividade física e dieta não saudável. As pessoas com estes fatores de risco têm maior probabilidade de desenvolver ambas as doenças.

Embora a relação exata entre diabetes e cancro não esteja totalmente definida, existem alguns fatores que podem contribuir para o aumento do risco de cancro nos doentes com diabetes: hiperglicemia, resistência à insulina, inflamação crónica (citoquinas inflamatórias), dislipidemia, aumento da leptina e diminuição da adiponectina.



**Marta Novais da Silva**

Diretora do Serv. Oncologia Médica da ULS do Médio Ave. Assist. hosp. graduada de Medicina Interna. Mestre em Oncologia Médica

Estes fatores de risco também podem variar de acordo com o controlo glicémico, a duração da diabetes, a história familiar e o estilo de vida. Controlar os níveis de açúcar no sangue, manter um peso saudável e adotar hábitos de vida saudáveis podem mitigar este risco.

**Existem evidências que mostram que os doentes com cancro e diabetes têm uma maior taxa de mortalidade associada ao cancro.**

Por outro lado, o cancro e os seus vários tipos de tratamento podem contribuir para o aparecimento de diabetes ou agravamento da diabetes pré-existente, contribuindo para isso os tratamentos oncológicos (alguns tipos de quimioterapia, imunoterapia ou radioterapia), alguns

tratamentos cirúrgicos, como por exemplo as pancreatetectomias...

As complicações que os doentes podem apresentar associadas à diabetes influenciam a escolha do tratamento oncológico, podendo limitar o uso de alguns fármacos e/ou o uso das suas doses "ótimas", o que pode reduzir os benefícios esperados com a medicação oncológica, associado a uma sobrevivência mais baixa.

Reduzir o risco de diabetes em doentes com cancro, bem como minimizar o risco de cancro em doentes com diabetes envolve uma combinação de estratégias, associadas a uma vigilância e intervenções precoces, focadas em mudanças de estilo de vida, controlo metabólico, abordagem multidisciplinar integrada, com tratamentos personalizados.



Aceda ao Jornal da 18.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Diabetes Mellitus clicando na capa.

# 3.º Encontro Anual do NEForMI A Medicina Interna no Mundo Digital

Fátima, 22 de novembro 2024

*Susana Neves Marques, coordenadora do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna (NEForMI), defende a existência de um olhar integrado e colaborativo relativamente ao desinvestimento dos especialistas e dos próprios internos de MI na sua formação. Procurando promover a discussão de assuntos recentes e inovadores, durante o 3.º Encontro Anual do NEForMI, realizado no final de novembro, em Fátima, esteve em debate a questão do mundo digital.*

“Hoje em dia, as tecnologias são cada vez mais inerentes à nossa atividade clínica e não clínica. Para conseguirmos acompanhar este movimento atual, é importante termos formação na área”, começa por evidenciar Susana Neves Marques, justificando assim o tema escolhido para esta reunião: “A Medicina Interna no Mundo Digital”. Às “Novas Tecnologias na Medicina” a Comissão Organizadora associou a “Simulação em Medicina Interna”, por serem “dois temas atuais e fundamentais para o desenvolvimento do trabalho do internista”.

“A telemonitorização e a forma como a inteligência artificial, baseada em algoritmos de identificação de sintomas, pode responder e encaminhar o doente, de acordo com a melhor conduta, fornecendo a informação ao médico”, foram alguns dos assuntos debatidos, assim como “a integração da IA na construção dos registos diários e no pedido dos exames complementares”. No fundo, “estas são ferramentas de auxílio à nossa atividade clínica”.

Como em todas as edições, o que se pretendeu foi “discutir assuntos relativamente recentes e inovadores relevantes para os internistas”. O número de participantes ascendeu a quatro de-

nas, maioritariamente especialistas em MI, alguns dos quais orientadores de formação e diretores de serviço.

**“Temos de criar melhores condições para atrair os mais jovens”**

É certo que a Medicina Interna continua a não atrair os médicos que querem especializar-se, o que a tem penalizado. Para Susana Neves Marques, tal cenário deve-se a vários fatores, entre os quais a circunstância de “esta geração ser diferente” e de “a MI ser-lhes apre-

**Susana Neves Marques:  
“A MI é apresentada como uma especialidade muito sobrecarregada e, nos últimos tempos, pouco valorizada.”**

sentada como uma especialidade muito sobrecarregada e, nos últimos tempos, pouco valorizada”.

Na realidade, “a atual geração de médicos define objetivos muito concretos,



Susana Neves Marques

entre os quais o de ter qualidade de vida e conseguir distinguir bem o tempo pessoal do profissional, o que é válido. Ora, estando a MI associada a uma grande permanência no Serviço de Urgência e à realização de muitas horas extra, em período noturno e de fim-de-semana, re-

**Sócia do NEForMI desde a sua fundação**

Sócia do NEForMI desde a sua fundação, em 2012, Susana Neves Marques assumiu em 2013 a direção do Internato Médico da atualmente designada ULS da Arrábida, vindo ao longo dos anos a ser orientadora de formação de muitos internos. Foi uma das fundadoras do Curso de Orientadores de Formação em Medicina Interna. Acumula ainda, desde 2013, a coordenação da Unidade de Cuidados Intermediários da ULS da Arrábida e integra também os atuais Órgãos Sociais da SPMI, enquanto presidente do Conselho Fiscal.

querendo bastante esforço e dedicação, todos estes fatores acabam por contribuir para a decisão de não escolherem a especialidade”.

Acontece ainda que “alguns internistas são atraídos pelas condições oferecidas por hospitais privados e até mesmo por instituições estrangeiras, pelo que existem aqui várias vertentes que exigem da Tutela uma reflexão sobre como poderemos reter os nossos médicos no SNS e em Portugal”.

Na opinião de Susana Neves Marques, é preciso haver uma mudança e esse passo parte também dos próprios especialistas em MI: “Cabe-nos a nós, internistas, tentar mudar este paradigma

(Continua na pág. 22)



Elementos do NEForMI com a coordenadora do Núcleo de Urgência e do Doente Agudo: Zélia Lopes, Ricardo Louro, Maria da Luz Brazão (NEUrgMI), Nuno Bernardino Vieira, António Martins Baptista, Susana Neves Marques, Narciso Oliveira e Raquel Cavaco

(Continuação da pág. 21)

e revalorizar a MI, através da criação de melhores condições nos serviços e nas ULS, por exemplo, a fim de atrair os mais jovens.”

Considera que esse trabalho não pode ser feito isoladamente, mas antes em conjunto, “envolvendo o NEForMI, o

Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI), a própria SPMI e o Colégio da Especialidade de Medicina Interna da OM na discussão deste tema”.

O 3.º Encontro Anual do NEForMI realizou-se na véspera da Reunião dos Diretores e Orientadores de Formação em Medicina Interna, que decorreu no mesmo local, promovida pela SPMI, em



Faustino Ferreira e Luís Duarte Costa

colaboração com o Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos, entidades presididas, respetivamente, por Luís Duarte Costa e por Faustino Ferreira.



## Repensar e reformular a Escola de Verão de MI

Susana Neves Marques acredita que o adiamento para 2025 da 15.ª edição da Escola de Verão de Medicina Interna, que deveria ter acontecido em 2024, “reflete, de alguma forma, um afastamento dos internos de MI da especialidade”.

Nesse sentido, o NEForMI, enquanto núcleo responsável pela organização da EVERMI, procurou perceber junto do NIMI quais terão sido as justificações

**O NEForMI decidiu “repensar e reformular a EVERMI, de maneira a tornar o evento mais atrativo”.**

para a menor adesão que se verificou, acabando por inviabilizar a sua realização na data prevista.

Estando agora a 15.ª Escola de Verão de MI agendada para 11 a 14 de setembro de 2025, no local habitual (Beja), o NEForMI decidiu “repensar e reformular a EVERMI e preparar novas ações, de maneira a tornar o evento mais atrativo”. De facto, sendo esta “uma geração que pode preferir os regimes *e-learning* ou *b-learning*, se calhar, temos de, pelo menos, tornar o nosso conceito de Escola mais cativante. Em todo o caso, o espírito da EVERMI sempre foi o de fomentar o trabalho em equipa e elevar a MI, sendo preciso transmitir essa perspetiva a quem nela participa”.



Susana Neves Marques e Zélia Lopes

### EVERMI

#### Comissão Organizadora

Zélia Lopes (Diretora)  
Ricardo Louro (Co-Diretor)  
Nuno Bernardino Vieira  
Andreia Vilas Boas  
José Mariz  
José Sousa  
Luísa Guimarães  
Raquel Cavaco  
Ricardo Fernandes  
Ricardo Louro  
Susana Neves Marques

#### Comissão Científica

António Martins Baptista (Presidente)  
Inês Chora  
Marco Fernandes  
Maria da Luz Brazão  
Maria João Lobão  
Narciso Oliveira  
Olga Gonçalves  
Sandra Morais

# 9.º Congresso Nacional da Urgência Remar ao Futuro

Figueira da Foz, 3-4 de outubro 2024

**“Poder trabalhar em urgência foi um dos principais motivos para eu ter escolhido Medicina Interna”, garantiu Luís Duarte Costa, presidente da SPMI, ao intervir na sessão de abertura da 9.ª edição do Congresso Nacional da Urgência. A organização do evento envolveu elementos do Serviço de MI da ULS do Baixo Mondego, liderados por Sónia Campelo Pereira, e realizou-se, como não poderia deixar de ser, na Figueira da Foz.**

“**A** centralização dos cuidados de saúde nas urgências hospitalares está a colocar, como todos sabemos, uma enorme pressão, excessiva e mediatizada, nos serviços de Urgência e nos seus profissionais. Neste contexto, importa, pois, discutir soluções, com diálogo e concertação, que permitam reverter estes sintomas e consigam reorganizar o acesso a cuidados agudos e cuidados urgentes, abrindo novas formas de acesso a cuidados de saúde, seja em contexto de cuidados de saúde primários, seja em contexto hospitalar”, afirmou Ana Raquel Santos, presidente do Conselho de Administração da ULS do Baixo Mondego, ao intervir na sessão de abertura do 9.º Congresso Nacional da Urgência.



Ao usar da palavra logo a seguir a Olga Brás, vereadora da CM da Figueira da Foz, a administradora saudou os presentes, mas dirigiu um cumprimento especial à secretária-geral do Congresso, Sónia Campelo Pereira, que integra o seu CA como diretora clínica para a área hospitalar.

Maria da Luz Brazão, coordenadora do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI), não falou na cerimónia, mas deixaria registada, no jornal distribuído aos participantes no Congresso, uma reflexão a que vale a pena dar relevo:

“Rumo ao Futuro” foi o tema geral que escolhemos para o evento deste ano, com a perfeita noção de que, qualquer que seja esse rumo, nós, internistas, estaremos lá, porque acreditamos que a Urgência precisa da nossa experiência, como garantia de uma prestação de



Comissão Organizadora: Pilar Lopez, Rosário Santos Silva, Sónia Campelo Pereira, Ricardo Gomes, Susana Cunha, Rita Correia e (ausentes na foto) Filipa Batista e Inês Mesquita

serviços de saúde com qualidade aos doentes que por lá passam em todos os dias do ano.”

(Continua na pág. 24)

As entrevistas reproduzidas nas páginas seguintes foram originalmente publicadas no *Jornal do 9.º Congresso Nacional da Urgência*

(Continuação da pág. 23)

Faustino Ferreira, presidente do Colégio da Especialidade de MI da Ordem dos Médicos, fez questão de deixar clara a sua opinião crítica relativamente à ideia de que “parece que a salvação do SNS só se consegue com a salvação da Urgência”. No seu entender, “o que se passa nas urgências põe a nu todas as fragilidades da construção ao longo dos anos do nosso SNS, que foi muito positiva, mas em que houve alguns aspetos que não foram cuidados”. E recorda que, “antes do 25 de abril, a Urgência já era a principal porta de entrada nos hospitais públicos”.

**Faustino Ferreira: “Antes do 25 de abril, a Urgência já era a principal porta de entrada nos hospitais públicos.”**

“Neste momento, na Urgência estão basicamente os internistas e alguns colegas que trabalham à tarefa e, portanto, vivemos uma situação de total erosão das equipas e da sustentabilidade. E a pressão é cada vez maior porque a este facto associam-se as dificuldades de acesso, nomeadamente, aos CSP, espe-



Maria da Luz Brazão (coordenadora do NEUrgMI), Pedro Cunha (presidente do 9.º Congresso) e Sónia Campelo Pereira (secret.-geral do 9.º Congresso)



Maria da Luz Brazão, Olga Brás, Ana Raquel Santos, Pedro Cunha, Luís Duarte Costa, Faustino Ferreira e Sónia Campelo Pereira

cialmente no sul do país”, afirma Faustino Ferreira, frisando que “a Urgência é o sintoma e não a doença”.

Na conferência que se seguiu à sessão de abertura, intitulada “SU sob pressão: há solução?”, Pedro Cunha, anterior presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da OM e atual presidente do CA da ULS do Alto Ave, lembraria: “Em 2011, éramos o país da OCDE com a maior percentagem de recurso à Urgência de toda a organização e 13 anos volvidos continuamos a sê-lo. Nessa perspetiva, somos, sem dúvida alguma, um país consistente e de ideias fixas!”



Faustino Ferreira e Pedro Cunha



Aceda ao Jornal do 9.º Congresso Nacional da Urgência clicando na capa.

LUÍS DUARTE COSTA, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA (SPMI):

## “Nunca haverá uma especialidade capaz de resolver tudo”

*Para Luís Duarte Costa, a criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência não é a solução para os problemas que assolam os serviços de Urgência, nem se repercutirá numa maior vantagem ao tratamento dos doentes urgentes. Contudo, agora que a decisão foi tomada, sublinha que será necessário aproveitar as suas mais-valias e readaptar o modelo de organização dos SU, trazendo a Medicina Interna para a retaguarda, onde deverá gerir os doentes complexos e graves referenciados.*

“Neste momento, a SPMI e a Medicina Interna, de forma global, terão de saber adaptar-se aos próximos tempos e tirar o maior proveito da criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência”, começa por afirmar Luís Duarte Costa, presidente da SPMI, Sociedade que sempre se insurgiu contra a proposta que foi aprovada no passado dia 23 de setembro pela Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos. O internista, que dirige o Atendimento Urgente de Adultos do Hospital da Luz Lisboa, esclarece não se tratar de “uma questão corporativa”, mas sim da crença que “esta nova especialidade não irá trazer nada de novo, nem qualquer vantagem no tratamento dos doentes urgentes”.

Na sua opinião, “o problema das Urgências em Portugal não assenta no funcionamento nem na organização dos serviços, mas sim no facto de mais de metade dos doentes não deverem lá estar, e esta dificuldade não será ultrapassada com a criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência”. Na verdade, o médico acredita que “esta mudança não só não irá resolver a crise das Urgências como poderá agravá-la, ao passar para a população a ideia de que esta era a solução que se procurava, quando o prioritário é retirar dos SU os doentes não urgentes, que prejudicam o atendimento daqueles que são realmente graves”.



“As várias especialidades médicas e cirúrgicas abordam patologias crónicas, agudas e urgentes, e são elas as mais bem preparadas para fazê-lo”, evidencia o presidente da SPMI

A solução, do seu ponto de vista, passa por envolver os Cuidados de Saúde Primários, dada a “mais-valia de poder haver um acompanhamento longitudinal pelo médico que já conhece o doente, ao invés da simples observação num certo episódio”. Por outro lado, “nunca, em tempo algum, haverá uma especialidade capaz de resolver tudo, desde tratar uma apendicite a fazer um cateterismo, passando pelo tratamento de uma fratura ou de uma cetoacidose diabética”. Na realidade, “as várias especialidades médicas e cirúrgicas abordam patologias crónicas, agudas e urgentes, e são elas as mais bem preparadas para fazê-lo”. Relativamente à organização dos SU, considera que esta nova especialidade

“possibilitará a existência de uma equipa dedicada, que tenha frequentado formação obrigatória e tenha uma carreira, o que é uma mais-valia”. Lembra que, atualmente, tal trabalho está associado a “grande carga, pouco reconhecimento pelos pares e fraca remuneração, traduzindo-se numa elevada rotatividade”.

“Como é que nos vamos adaptar?”

O presidente da SPMI reconhece que é preciso refletir sobre “como é que nos vamos adaptar a esta nova realidade”, deixando algumas reflexões e sugestões. “A MI foi a única especialidade médica a manter-se nas urgências, o que representa um peso tremendo, ao dificultar o funcionamento dos serviços de MI e condicionar a falta de atratividade da especialidade nos últimos anos”. Nesse sentido, defende que “esta oportunidade terá de ser aproveitada para mostrar que a primeira linha de contacto com os doentes deve ser feita pela Medicina de Urgência e Emergência, ficando a atuação da MI reservada aos casos graves e complexos que são referenciados”. Também a MI deve ficar responsável pela “chefia dos SU, uma vez que é a ela que cabem as principais decisões, como a de internamento”. Avaliando o panorama nacional, Luís Duarte Costa comenta que este é já o modelo de organização encontrado nos hospitais privados, como o Hospital da Luz Lisboa: “A MI tem feito a chefia e o seguimento dos doentes que estão na Sala de Observação, enquanto há uma equipa multidisciplinar, sobretudo de MGF, e obviamente chefiada pela MI, a trabalhar nos balcões.” O especialista em MI avança que nos próximos tempos será preciso debater outras questões, como a tutoria dos internos desta nova especialidade e a dupla titulação dos internistas.

SÓNIA CAMPELO PEREIRA, SECRETÁRIA-GERAL DO 9.º CONGRESSO NACIONAL DA URGÊNCIA:

# “Sem circuitos mais diretos, imediatos e destinados a doentes realmente urgentes, os problemas da Urgência irão manter-se”

*São vários os desafios que Sónia Campelo Pereira, internista e diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares da ULS do Baixo Mondego, identifica ao nível dos serviços de Urgência. O seu funcionamento desvirtuado pelo atendimento de doentes não urgentes e pelo internamento de outros são alguns dos aspetos que aponta como condicionadores da sobrelotação da Urgência.*

Sónia Campelo Pereira inclui-se no leque de especialistas que estudaram Medicina numa faculdade com ligação a um grande hospital e optaram depois por fazer o internato e prosseguir a carreira num hospital distrital. No seu caso, a razão prende-se com a multiplicidade de facetas que são inerentes à Medicina Interna nesse tipo de instituição. “Nos hospitais distritais, os internistas têm obrigatoriamente de assumir um papel mais abrangente, comparativamente aos hospitais centrais, onde as responsabilidades estão mais compartimentadas”, justifica, adiantando que “a Sala de Emergência, a Via Verde Coronária e a Via Verde AVC são muitas vezes assegurados pela MI nos hospitais mais pequenos”. Reconhecendo que esse tipo de modelo “não é melhor nem pior, mas simplesmente diferente”, esclarece que, no seu caso, “a beleza e a abrangência da MI nos hospitais distritais adequa-se mais à forma de ser e de ver a Medicina”.

Na verdade, “num contexto onde os doentes se apresentam com situações urgentes e complexas, em que a gravidade e a afluência são imprevisíveis ao longo do dia, a gestão das emoções dos profissionais relativamente aos doentes e familiares é só por si difícil”. Outra das condicionantes prende-se com “o modelo que ainda vigora maioritariamente em Portugal, podendo vir a ser alterado, em que, enquanto a equipa de enfermagem, assistentes operacionais e assistentes técnicos é especificamente do SU, a equipa médica é constituída por clínicos de vários serviços que, entre as suas múltiplas funções, dedicam determinado número de horas ao SU”. Face a esta realidade, “logo à partida, o sentido de pertença pode ser diferente, conforme o gosto do médico pelo trabalho na Urgência; as equipas não são sempre as mesmas e a gestão torna-se mais desafiante, desde logo porque a escala médica do SU resulta das escalas de outros serviços”. O SU do HDFF caracteriza-se por ser uma Urgência Médico-Cirúrgica, constituída por “uma área básica, onde trabalham médicos tarefeiros (indiferenciados, internos ou especialistas), e outras áreas destinadas às especialidades (Ortopedia, Cirurgia Geral, MI, Pediatria), além das salas de emergência de adultos e



Sónia Campelo Pereira: “A beleza e a abrangência da Medicina Interna nos hospitais distritais adequa-se mais à minha forma de ser e de ver a Medicina”

pediátrica e da sala de observação. Nos adultos, adianta que haverá cerca de 180 a 200 admissões diárias, com flutuações ao longo da semana. “Tradicionalmente, as segundas-feiras são mais movimentadas porque, além de haver mais doentes a recorrer ao SU, no fim de semana não há visitas programadas às enfermarias, o que interfere com a dinâmica das altas médicas”, explica. Atendendo à localização deste hospital, “no verão, verifica-se uma maior afluência, embora com maior repercussão nos doentes menos graves”.

## A sobrelotação dos SU

A secretária-geral do 9.º Congresso Nacional da Urgência não tem dúvidas de que

“as equipas médicas dos SU deveriam, idealmente, ser maiores, de modo a tornar mais fluído o percurso dos doentes urgentes que são admitidos. A Urgência é um local de passagem, em que o doente entra, é avaliado e pode ter vários destinos possíveis, nomeadamente, ter alta, ser internado ou transferido, ou mesmo morrer”. Acontece frequentemente “os doentes permanecerem na Urgência a aguardar vaga nos internamentos, sobrecarregando o trabalho dos médicos do SU”. Efetivamente, “se os doentes que deviam estar internados não estivessem no SU seria mais fácil dar resposta aos que vão chegando”. Por esse motivo, acredita que “enquanto os circuitos não forem mais diretos, imediatos e destinados a doentes realmente urgentes, e enquanto a SO não for verdadeiramente como uma SO com permanência até

## SÓNIA CAMPELO:

“Em miúda, dizia que queria ser médica, professora e bailarina”

Sónia Campelo nasceu a 24 de março de 1977, em Braga, cidade de onde saiu na altura em que ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. “Era uma zona que conhecia bem, onde costumávamos passar férias, e onde a minha mãe tinha estudado, pelo que era, para mim, uma referência”, refere. Na altura, estava a cumprir o primeiro dos seus objetivos. “Em miúda, dizia que queria ser médica, professora e bailarina. Fiz ballet clássico durante muitos anos, em Braga, sou médica e formadora na área da emergência”, conta. Com vontade de conhecer a dinâmica de um hospital mais pequeno, optou por fazer o Internato Geral no Hospital Distrital da Figueira da Foz, pela proximidade a Coimbra, uma vez que, na altura, integrava a Direção do Coro Misto da Universidade de Coimbra. Acabou por realizar também aí o Internato de Medicina Interna, tornando-se especialista em 2012, altura em que o filho completava um ano. Desejando seguir uma especialidade abrangente, ainda equacionou Pediatria, contudo, para si, “seria muito difícil lidar com crianças gravemente doentes”. Escolheu então Medicina Geral e Famí-

24 horas, os problemas da Urgência irão manter-se”. A este nível, Sónia Campelo Pereira recorda que “as equipas estão dimensionadas em função das admissões e não dos doentes que lá permanecem enquanto não há internamento disponível”. A médica, que desde fevereiro deste ano é a diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares da ULS do Baixo Mondego, acredita que “este tipo de pro-

liar, e foi numa segunda passagem pelo Serviço de Medicina Interna do HDFF que percebeu que a sua vida futura seria como internista. Durante o Internato, a Urgência e a Emergência foram áreas que despertaram o seu interesse e a motivaram a realizar posteriormente várias formações e pós-graduações. Entre julho de 2016 e março de 2021, foi subcoordenadora da VMER, o que lhe permitiu “perceber as dinâmicas de gestão”, e em 2018 tornou-se responsável pela Unidade de Hospitalização Domiciliária. Em 2022, assumiu a coordenação da Unidade de Internamento de Curta Duração e foi convidada a ser adjunta da Direção Clínica do hospital, numa altura em que já se encontrava a frequentar a pós-graduação em Gestão da Saúde, na Católica Porto Business School. A experiência enquanto adjunta da Direção Clínica permitiu-lhe ir-se “inteirando dos processos e das dificuldades existentes”. No ano seguinte, assumiu a direção do Serviço de Urgência, sendo que durante a última década já era chefe de equipa. Desde fevereiro de 2024 que é a diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares da ULS do Baixo Mondego, “uma entidade nova, que não existia, e que queremos fazer crescer”, refere.

blemas é transversal ao SNS” e não apenas exclusivo à instituição onde trabalha. Na sua opinião, uma das soluções para a problemática da sobrelotação passaria por respostas alternativas para os não urgentes: “Por definição, esses casos não deviam vir para a Urgência, daí a importância de projetos como o Ligue Antes, Salve Vidas, ou similares, prevendo uma estreita articulação com os CSP”.

# COVID-19: ainda é motivo de urgência?

A COVID-19 continua a ser um problema de saúde significativo. É essencial identificar e tratar precocemente doentes de alto risco para prevenir a progressão para doença grave. Devemos ultrapassar a “fadiga” da COVID-19 para garantir a identificação e o tratamento precoce dos doentes que dele necessitam. Doentes idosos, com comorbidades significativas ou indivíduos imunocomprometidos devem receber tratamento antiviral precoce. Atualmente, os antivirais constituem a base do tratamento. A dexametasona deve ser usada com cautela e nunca como monoterapia em doentes com COVID-19. Doentes com neoplasias hematológicas e COVID-19 devem receber tratamento antiviral combinado precoce e contínuo até que uma carga viral negativa seja alcançada.



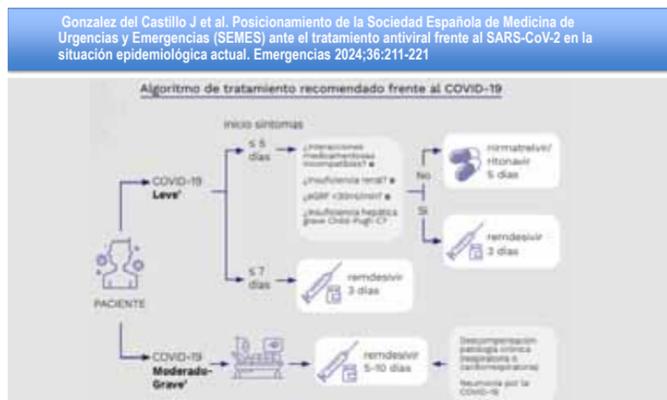
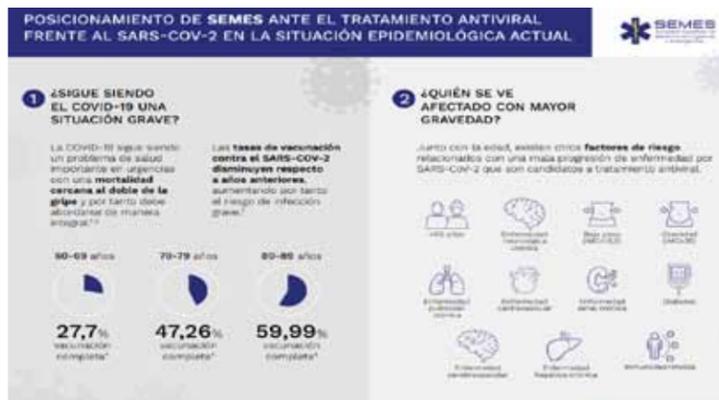
Carolina Garcia-Vidal

Infection Disease. Hospital Clinic, Barcelona

As recomendações da Sociedade Espanhola de Medicina de Urgência e Emergência (SEMES) sobre o tratamento antiviral da

COVID-19 na situação epidemiológica atual sublinham que esta doença continua a ser grave, tendo em conta a mortalidade associada às diferentes faixas etárias em maior risco, sendo esta taxa de mortalidade o dobro da da gripe sazonal. Reforçam a importância da vacinação e salientam outros fatores de risco para doença grave, além da idade *per si*.

A SEMES propõe assim um algoritmo de tratamento antiviral que tem em conta a severidade de apresentação clínica, desde ligeira a moderada/ grave e, em cada caso, posiciona claramente o tratamento antiviral recomendado, a duração de sintomas e de tratamento recomendados, chamando a atenção para determinadas questões clínicas que devem ser verificadas antes da seleção do antiviral adequado.



## Recomendações do NEUrgMI para a abordagem da COVID-19 no Serviço de Urgência

O NEUrgMI da SPMI emitiu as suas recomendações para a gestão e tratamento da COVID-19, revistas pela última vez em outubro de 2023. Baseiam-se sobretudo na NOC 005/2022 revista em Agosto de 2023, salientando os fluxogramas que constam da NOC e que ilustram corretamente a indicação das diferentes

opções terapêuticas ao longo do espectro de gravidade da doença, de ligeira a moderada/ grave na sua apresentação. O que de mais diferenciador estas recomendações incluem é a sugestão para a utilização de scores de risco, ainda que não validados especificamente para a COVID-19 e não devendo nunca substituir a

avaliação clínica, sublinham a importância de identificar os fatores de risco para progressão para doença grave. Por fim, propõe também uma abordagem algorítmica, tão necessária sobretudo em contexto de Serviço de Urgência, posicionando o início do tratamento antiviral tão precoce quanto possível.



FAUSTO ROXO, COORDENADOR DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VIH DA SPMI (NEDVIH):

# “A possibilidade de interferir na marginalização dos doentes terá sido o principal fator que motivou o meu interesse pelo VIH”

*Quando, em meados dos anos 80, Fausto Roxo ouviu falar pela primeira vez sobre SIDA, durante o curso de Medicina, logo ficou curioso por algo sobre o qual se sabia tão pouco. Habitado a ajudar as minorias e os grupos marginais, cedo percebeu que as pessoas que tinham VIH eram marginalizadas e que queria poder contribuir para alterar esse paradigma. Volvidos 40 anos, o coordenador do NEDVIH e da Unidade Funcional de Infeciologia da ULS da Lezíria lamenta que tenha existido uma enorme progressão no conhecimento da doença e na terapêutica, mas uma parca evolução no combate ao estigma.*

**Just News (JN) – Como foi vivida a sua infância?**

**Fausto Roxo (FR) –** Até aos sete anos, vivi em Arronches, uma vila nos arredores de Portalegre, porque, durante um período, os meus pais residiram lá. O meu pai formou-se em Medicina pela Universidade de Coimbra e foi colocado em Arronches e a minha mãe, que era professora de Francês, conseguiu lugar no Liceu de Portalegre. Entretanto, em novembro de 1967, a Grande Lisboa foi muito atingida por cheias catastróficas, que causaram largas centenas de mortes, entre as quais a do delegado de Saúde de Loures. O meu pai, que era médico de Saúde Pública, foi chamado a substituí-lo, o que motivou a nossa vinda para Loures, onde ainda resido.

**JN – Em que momento se consciencializou de que queria ser médico?**

**FR –** Foi logo durante a infância, porque eu acompanhava muitas vezes o meu pai pelo Alentejo fora, em visitas domiciliárias. Ficava à espera dele no carro, teria eu uns cinco anos. Na altu-

ra, um médico que trabalhasse numa localidade como aquela fazia de tudo um pouco, até partos! Provavelmente foi o acompanhamento dessa medicina abrangente e multidisciplinar que motivou o meu gosto pela Medicina Interna. Continuei a acompanhá-lo mesmo quando já estávamos em Loures, na sua função de delegado de Saúde, e foram episódios que me marcaram muito porque, na altura, a área de Loures era paupérrima. As pessoas tinham necessidades terríveis, após aquelas grandes cheias, e as condições sanitárias eram praticamente inexistentes. Lembro-me de ir com o meu pai a bairros de lata e de o acompanhar no meio da lama, na sua luta por melhores condições sanitárias. Tenho uma grande admiração por ele, ainda hoje!

Em 1975, tinha eu 14 anos quando houve uma grande epidemia de cólera no país e também aí o acompanhei em sessões de esclarecimento, em que se pedia às pessoas para tonarem medi-

(Continua na pág. 32)



**“Acredito mesmo que o hospital tem de se abrir para a comunidade!”**

Fausto Roxo nasceu a 4 de maio de 1961, em Portalegre, onde cresceu até aos sete anos, quando se mudou com a família para Loures. Frequentou o Liceu da Amadora e, em 1986, formou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Em 1989, após ter realizado o Internato Geral no Hospital Pulido Valente, decidiu dedicar-se a outro dos seus grandes interesses e fazer um mestrado e uma pós-graduação em Medicina Desportiva, numa altura em que já acompanhava como médico o Grupo Sportivo de Loures. Durante esses dois anos formativos, trabalhou como clínico geral contratado no Centro de Saúde de Loures, tendo depois iniciado então o internato de Medicina Interna no Hospital Distrital de Santarém.

Aí, pôde dedicar-se verdadeiramente àquilo que o viria a ocupar a tempo inteiro, as doenças infecciosas. Na altura, ficou colocado no Serviço de Medicina 1, sob a direção de Manuel João Gomes, tendo como orientador Victor Bezerra. A Medicina 1 era, à época, um dos três serviços de MI da instituição, onde se tornou especialista em 1996, tendo essa estrutura organizacional, aliás, sido retomada muito recentemente.

Em 2005, participou na criação do Hospital de Dia de Doenças Infecciosas, que, há cerca de um ano, passou a designar-se Unidade Funcional de Infeciologia. Acreditando verdadeiramente que “o hospital tem de se abrir para a comunidade”, continua a dinamizar ações comunitárias, aposta que faz desde os anos 90, quando, já nessa altura, juntamente com Victor Bezerra e Jaime Nina, desenvolviam ações de formação nas escolas do distrito de Santarém.

A sua família nuclear é composta pela mulher, que é anestesiológica na ULS de Santa Maria, e um filho arquiteto, de 38 anos. Tem ainda na sua vida a própria mãe, de 95 anos, que faz questão de visitar diariamente.

(Continuação da pág. 30)

das profiláticas contra a cólera, como separar os lixos e lavar os alimentos.

**JN – Então o seu pai acabou por ser o maior responsável pela sua ida para Medicina...**

**FR –** Sim, identifiquei-me com a figura do médico e sobretudo do médico que se volta para as populações e para o terreno, que era o modelo que eu via. Nunca conheci o meu pai como médico hospitalar, mas sim como médico no terreno. Por isso, mesmo nesta área do VIH e das hepatites virais em que trabalho, gosto de ir para fora do hospital, procurar, fazer rastreios, dar formações... Reconheço que este espírito venha do exemplo do meu pai.

*“Gosto de ir para fora do hospital fazer rastreios, dar formações...”*

**JN – Então e nunca equacionou especializar-se em Saúde Pública?**

**FR –** Não, porque cedo percebi que Saúde Pública não proporcionava um contacto direto com o doente. Não contemplava consultas nem um seguimento em enfermaria, intervenções que eu também queria ter. Aos poucos, fui-me interessando pelo carácter mais abrangente da MI e realizei o internato da especialidade já no Hospital de Santarém. A minha ligação à instituição começou em janeiro de 1991 e logo no ano seguinte foi diagnosticado o 1.º caso de VIH no hospital.

**JN – Esse acontecimento foi decisivo para a sua trajetória profissional?**

**FR –** Sim. Eu fiz o meu segundo estágio hospitalar no Serviço de Doenças Infeciosas do Hospital Curry Cabral, por onde já tinha passado durante o Internato Geral, e então quis voltar lá, porque começava a gostar bastante da área das doenças infecciosas. Nessa al-



tura, o Serviço, que era dirigido pelo Dr. Rui Proença, estava muito vocacionado para a abordagem das meningites e tuberculoses, mas começavam a ser internados os primeiros doentes com VIH, o que incrementou o meu interesse por esta área.

No Hospital de Santarém, o meu orientador de internato era o Dr. Victor Bezerra, que também demonstrava interesse pela temática, e, juntos, no final de 1992, demos início à Consulta de Doenças Infecciosas, que era dirigida sobretudo a doentes com VIH, numa altura em que havia ainda muito poucos casos. Juntamente com o Dr. Jaime Nina, do Hospital Egas Moniz, começámos os três a desenvolver ações de formação nas escolas do distrito de Santarém, que ainda hoje continuo a realizar. Além

de irmos às escolas, também damos apoio a comunidades terapêuticas da área e, desta forma, estou a cumprir o meu gosto por dinamizar ações fora da instituição hospitalar. Acredito mesmo que o hospital tem de se abrir para a comunidade!

**JN – Como perspetivou, na altura, a epidemia de SIDA?**

**FR –** Eu vivenciei todas as fases! A primeira vez que me falaram de SIDA, em termos profissionais, foi no 4.º ano de Medicina, em 1984, quando o assistente de Doenças Infecciosas, o Dr. Boaventura, chegou com um livro de umas 20 páginas e nos disse: “Está aqui tudo o que se sabe sobre SIDA!” Na altura, não se sabia praticamente nada sobre a doença.

**JN – E leu esse livrinho?**

**FR –** Claro! Face ao que sabemos hoje, aquilo era mesmo o bê-á-bá!

**JN – Mas ficou preocupado, assustado, amedrontado?**

**FR –** Fiquei curioso e interessado, por ser algo sobre o qual se sabia tão pouco. Hoje em dia, tentamos mudar a perceção das pessoas, mas, na altura, associavam o VIH apenas a grupos, de homossexuais e toxicodependentes, e havia uma marginalização das pessoas que tinham VIH. Infelizmente, isso ainda hoje acontece, numa sociedade com cada vez mais medo do “outro”. A possibilidade de interferir na marginalização dos doentes foi provavelmente o principal fator que motivou o meu interesse pelo VIH. Sempre procurei ajudar

as minorias e os grupos marginais, e percebi que aqui havia realmente um grupo a ser marginalizado, mesmo por profissionais de saúde. Chocava-me, e ainda me choca, que uma pessoa seja marginalizada pelo simples facto de ter uma doença!

**JN – E essa marginalização continua a existir, nos dias de hoje?**

**FR –** Continua! Em 40 anos, progredimos enormemente no conhecimento da doença e em termos de terapêutica, mas evoluímos pouquíssimo no combate ao estigma e à marginalização.

*“Em 40 anos, progredimos enormemente no conhecimento da doença e em termos de terapêutica, mas evoluímos pouquíssimo no combate ao estigma e à marginalização.”*

**JN – Qual é a explicação que encontra para esse facto?**

**FR –** Conservadorismo e discriminação do outro, que apanha uma doença ainda ligada a comportamentos, cuja transmissão é essencialmente sexual. Há uma atribuição de culpa e, com ela, o pensamento de que a pessoa até merece que isso lhe tenha acontecido. Adicionalmente, ainda existe algo mais perverso, que é dividir os doentes entre aqueles que têm e os que não têm culpa, isto é, num casal, o homem tem culpa porque adquiriu o VIH, fosse como fosse, e a mulher não tem culpa porque foi infetada pelo marido, por exemplo.

*“Eu digo sempre aos meus doentes que, na infeção pelo VIH, ‘culpa’ é uma palavra proibida!”*

Também o oposto acontece, obviamente! Este moralismo continua a dominar o discurso e penso que é um pouco por isso que a discriminação se mantém. Eu digo sempre aos meus doentes que, na infeção pelo VIH, “culpa” é uma palavra proibida!

**JN – Essa é uma realidade que não estará circunscrita a Portugal...**

**FR –** Penso que não! O cenário que eu conheço melhor é o português, mas continua a falar-se de discriminação noutros países e em congressos internacionais.

**JN – Há algo que se possa fazer para alterar essa atitude?**

**FR –** Há, certamente, embora eu já tenha sido mais otimista, antes de perceber que em 40 anos tanta coisa mudou menos a discriminação. Acredito que essa mudança passe sempre pela informação e pela normalização de uma doença, que tem de ser encarada como tal. Já tivemos mais informação sobre VIH para a população do que aquela que temos hoje. Hoje em dia, já falamos numa patologia crónica, que não é fatal e que se controla com um comprimido diário. De certa forma, houve uma normalização no bom e no mau sentido, porque deixou de se falar na doença e há muito menos informação sobre ela.

**1996 – A GRANDE MUDANÇA NA TERAPÊUTICA DO VIH**

**JN – Apesar de, como diz, ser hoje em dia uma doença controlável, houve uma altura em que os doentes morriam com grande facilidade. Viveu essa fase também...**

**FR –** Sim, durante o meu internato e alguns anos já enquanto especialista, testemunhei essa realidade. A grande mudança na terapêutica do VIH viria a dar-se em 1996, com os inibidores da protease e com a terapêutica tripla.

**JN – Como lidava, até então, com essa realidade?**

**FR –** Com alguma sensação de impo-

(Continua na pág. 34)

(Continuação da pág. 33)

tência. Tentava dar alguma esperança aos doentes. Embora tendo eu próprio muito pouca, sempre procurei ter uma atitude positiva junto deles.

Há doentes que eu sigo há mais de 30 anos e que estão bem. Foram diagnosticados antes de 1996 e iniciaram terapêuticas que hoje sabemos que não tinham eficácia e que causavam imensos efeitos secundários. De facto, tenho vários doentes cujo primeiro esquema terapêutico que fizeram foi o AZT em monoterapia.

**“Tentava dar alguma esperança aos doentes, embora tendo eu próprio muito pouca.”**

**JN – Os doentes que encontrou inicialmente no Hospital Distrital de Santarém eram diferentes daqueles com que se tinha deparado no Curry Cabral?**

**FR –** Talvez! No Hospital Curry Cabral, nos anos 90, houve uma grande predominância de pessoas ligadas à prostituição e ao consumo de drogas. Já no HDS, recordo-me de que a primeira doente que internámos e diagnosticámos com VIH tinha contraído a infeção numa relação que tivera em África, alguns anos antes. Essa senhora chegou-nos em estado de SIDA, com uma pneumonia por *pneumocystis jirovecii*, e veio a falecer poucos meses depois. Posteriormente, começaram a aparecer alguns casos ligados também ao consumo de drogas e à prostituição sem proteção, sendo que muitos derivavam de transmissão heterossexual em idades mais avançadas, nas faixas dos 40 aos 70 anos.

**JN – Relativamente ao processo de diagnóstico, que diferenças encontra entre a realidade atual e a de há quatro décadas?**

**FR –** Hoje em dia, já recebemos doentes diagnosticados muito cedo, em rastreios

que fizeram, embora completamente assintomáticos. Contudo, um dos grandes problemas é continuarmos com diagnósticos tardios, já em estado de SIDA, em internamentos por toxoplasmose, tuberculose, pneumocistose, etc. De



países da Europa Central e do Norte. Penso que, apesar de tudo, o nosso modelo assemelha-se mais ao que vigora no norte da Europa, como a Suécia, do que na nossa vizinha Espanha ou nos países latinos.

**“Um dos grandes problemas é continuarmos com diagnósticos tardios, já em estado de SIDA, em internamentos por toxoplasmose, tuberculose, pneumocistose, etc.”**

facto, recentemente, com a publicação do relatório “Infeção VIH em Portugal – 2023”, verificámos que continuamos com uma grande percentagem de apresentações tardias da doença.

**JN – Mais uma vez, esse problema será transversal a outros países?**

**FR –** A perceção que temos é que haverá mais rastreios sistemáticos nalguns

**JN – Hoje em dia, considera que ainda há quem não queira realizar o teste com receio de descobrir que está infetado, ou por despreocupação?**

**FR –** Penso que ainda acontecem ambas as situações. Há muitas pessoas que não querem fazer o teste para não encararem a realidade. Mas também há outras que pensam que quando o fizerem podem depois resolver a situação com um comprimido. Contudo, esquecem-se de que se trata de uma doença crónica.

**JN – Entende que há ações que podem ser tomadas para ajudar a alterar essas perspetivas?**

**FR –** Penso que sim. Basta pensar que estamos há já quatro anos sem um coordenador do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções VIH/SIDA. Essa é uma pecha muito grande contra a qual lutamos e que tem influência ao nível das campanhas de rastreio e de literacia que são realizadas.

**“Não podemos esperar que as pessoas venham ao hospital para se rastrear, ou que vão ao centro de saúde falar com o seu médico.”**

Nas últimas edições da Festa da Saúde da SPMI, consegui que houvesse uma carrinha da Liga Portuguesa Contra a SIDA para fazer rastreios e as pessoas têm aderido. Se multiplicássemos o número de carrinhas, os rastreios teriam mais adesão. Não podemos esperar que as pessoas venham ao hospital para se rastrear, ou que vão ao centro de saúde falar com o seu médico. Se elas tiverem a possibilidade de fazer este rastreio perto de sua casa ou durante algum passeio, de forma confidencial e eficaz, vão aderir mais. Acredito que a existência de um coordenador para o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções VIH/SIDA seria, neste momento, muito importante.

**JN – Mas, afinal, por que motivo esse responsável não existe há já quatro anos?**

**FR –** Penso que se deva única e exclusivamente à política governamental. Nesta área, conheço diversos profissionais que desempenhariam bem esse papel.

#### O SEGUIMENTO INTEGRADO DO DOENTE VIH

**JN – Preocupa-o o facto de, hoje em dia, Portugal ter um grande fluxo de turistas e migrantes, o que poderá exigir uma atenção redobrada em matéria de VIH/SIDA?**

**FR –** De facto, neste momento, mais de metade dos novos doentes que aparecem nas consultas da Unidade Funcional de Infeciologia da ULS da Lezíria para seguimento são imigrantes, sobretudo da América do Sul, nomeadamente do Brasil. A realidade poderá ser dife-

rente noutros hospitais, mas no distrito de Santarém tem sido esta. Muitos desses doentes já chegam a Portugal a fazer tratamento, geralmente até com uma combinação de fármacos que não é utilizada na Europa, o que exige a realização de algumas adaptações.

**JN – No Hospital Distrital de Santarém, a Medicina Interna sempre assumiu uma grande responsabilidade na gestão das doenças infecciosas...**

rais crónicas, incluindo monoinfeção VHC e VHB, e outro tipo de patologias, como tuberculose, meningite, sépsis ou espondilodiscites.

Por não termos idoneidade formativa, temos apenas recebido alguns internos que, no decorrer dos seus estágios de MI, vêm fazer alguns períodos à Unidade. Mas também devo dizer que não tem havido internos a quererem dedicar-se a esta área como eu o fiz na minha altura.



**FR –** Sim, tradicionalmente, sempre foi uma área gerida pela MI. Entretanto, há uns anos, chegaram os primeiros infeciologistas, mas a MI continuou a assumir essa responsabilidade.

Neste momento, na Unidade Funcional de Infeciologia, seguimos doentes com VIH, coinfeção VIH/VHC, hepatites vi-

**JN – Essa é uma questão que o preocupa?**

**FR –** Sim, preocupa-me como internista e como coordenador do NEDVIH. Há hospitais onde a MI já não segue mesmo doentes VIH, o que é uma la-

(Continua na pág. 36)

(Continuação da pág. 35)

cuna para o seu acompanhamento integrado. Há uns anos, fizemos questão de alterar a denominação do então Núcleo de Estudos da Infecção VIH para Núcleo de Estudos da Doença VIH, precisamente por ser muito mais do que uma infeção.

**“Não tem havido internos a quererem dedicar-se a esta área como eu o fiz na minha altura.”**

**JN – Considera que essa ausência de interesse pode dever-se também à falta de internos de MI, deixando mais sobrecarregados os que optaram por esta especialidade?**

**FR –** Sem dúvida! Os internos estão asoberbados com várias situações. Essa é, aliás, uma das questões que estão na ordem do dia. Mais uma vez, a especialidade hospitalar que necessita de mais mão-de-obra ficou com imensas vagas por preencher.

**“Há hospitais onde a MI já não segue mesmo doentes VIH, o que é uma lacuna para o seu acompanhamento integrado.”**

Esta falta de atratividade deve-se a vários fatores. A degradação das carreiras, com alterações na sua estrutura e progressão, é um deles. Por outro lado, há um enorme volume de doentes nos hospitais, particularmente nos internamentos, levando a que estes comecem a expandir-se para os serviços de Urgência, que já têm autênticos setores de internamento. Esta realidade é muito pouco aliciante para quem quer dedicar-se à MI, pois, vê-se com menos capacidade para se dedicar aprofundadamente a uma área



Fausto Roxo com Victor Bezerra e a enfermeira Maria Saudade Ivo

específica do seu gosto. Os internos e os próprios internistas, ao longo da sua carreira, são obrigados a estar eternamente a “apagar fogos”!

**JN – Foi com naturalidade que assumiu, em 2023, a coordenação do NEDVIH?**

**FR –** Sim, foi um desafio que os colegas da Direção me lançaram e que encarei com naturalidade. Inicialmente, ainda hesitei um pouco, mas acabei por aceitar por ser, no fundo, o corolário desta dedicação à doença VIH enquanto internista. Acredito ser este o médico que segue o doente VIH de uma forma mais integrada.

**JN – Como imagina o seu futuro nos próximos anos?**

**FR –** Tenciono reformar-me na idade normal de acesso à reforma, pelo que



Março 2023

Janeiro 2019

já não faltam muitos anos... Claro que procurarei manter a atividade mais associativa e interventiva, colaborando no desenvolvimento de determinadas iniciativas, por exemplo. Nesse âmbito, poderão contar sempre comigo! Mas penso que não continuarei a minha atividade na vertente clínica.

**“A coordenação do NEDVIH é o corolário desta dedicação à doença VIH enquanto internista.”**

Eu tenho muitos interesses para além da medicina, relacionados com a vida cultural. Adoro teatro, cinema e artes performativas. Em casa, tenho sempre bilhetes para as próximas peças de teatro. Também gosto bastante de desporto e sou, inclusive, sócio do Grupo Sportivo de Loures, da Académica e do Benfica. Acompanho com frequência os jogos e, pessoalmente, jogo ténis. Sobretudo desde que tive um aciden-

te automóvel gravíssimo, em abril de 2020, deixei de praticar algum desporto. Numa tarde de chuva em que regressava a casa do hospital, em plena pandemia, o carro fez *aquaplaning* e entrou em despiste, saindo fora da autoestrada e caindo de uma altura de 20 metros. Fraturei toda a coluna e reconheço que foi um milagre não ter morrido. Foi uma experiência de sobrevivência marcante!

**JN – Ficou inconsciente no momento do acidente?**

**FR –** Não, estive sempre consciente e consegui sair sozinho do carro. Estava no meio de um descampado e, sem saber que tinha a coluna fraturada, caminhei uns 100 metros pelo mato até uma estrada municipal, onde, por coincidência, ia a passar um carro dos bombeiros, cujos elementos me assistiram e providenciaram o meu transporte para o Hospital Beatriz Ângelo.

**JN – Continua a passar regularmente pelo local do acidente...**

**FR –** Sim! Há 30 anos que faço todos os dias quase 140 km para me deslocar de Loures a Santarém e regressar a casa ao final da tarde.



Junho 2017



Junho 2015



Maio 2016



Janeiro 2019

Fausto Roxo com José Vera...

... e com Telo Faria

# XXII Jornadas do Núcleo de Estudos da Doença VIH

## O Futuro Hoje

Cascais, 4-5 de abril 2025

Depois de já terem sido realizadas em diversos locais do país, incluindo os Açores, as Jornadas do NEDVIH decorreram agora, pela primeira vez, na vila de Cascais. De destacar a homenagem prestada aos fundadores das consultas de Medicina/VIH do Hospital de Cascais e da agora designada ULS de São José, respetivamente, José Vera e Teresa Branco.

O anfiteatro do Centro Cultural de Cascais recebeu, nos dias 4 e 5 de abril, os participantes naquela que foi a 22.ª edição das Jornadas de um dos núcleos mais antigos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, o Núcleo de Estudos da Doença VIH, atualmente coordenado por Fausto Roxo, do Hospital Distrital de Santarém, unidade que integra a ULS da Lezíria. A sessão de abertura marcou precisamente o arranque dos trabalhos, com Fausto Roxo a apresentar os elementos da mesa, onde se incluíam as coordenadoras das duas estruturas responsáveis pela organização das XXII Jornadas: Isabel Germano, da Consulta de Medicina/Imunodeficiência da ULS de São José, e Inês Vaz Pinto, da Unidade Funcional de VIH/SIDA do Hospital de Cascais. O painel incluía ainda Luísa Azevedo, da ULSSJ e do secretariado do NEDVIH, Carla Semedo, vereadora da CM de Cascais, e Francisca Delerue, diretora do Serviço de MI da ULS de Almada-Seixal,



presente em representação da Direção da SPMI.

Foi nessa qualidade que dirigiu algumas palavras à assistência, nomeadamente para relevar “o papel muito importante que o NEDVIH tem tido na formação dos internos. E explicou porque: “Antigamente, quando havia internamentos, alguns internos acabavam por não contactar com esta patologia. Atualmente, sendo

Luísa Azevedo,  
Inês Vaz Pinto,  
Francisca Delerue,  
Fausto Roxo, Carla  
Semedo e Isabel  
Germano

**Fausto Roxo: “Mais do que a dinâmica de um vírus, procuramos abordar toda a multidisciplinaridade desta patologia.”**

uma doença cada vez mais tratada em ambulatório, nem todos conseguem ter essa perspetiva, acabando as Jornadas e os cursos organizados pelo Núcleo por ser de grande importância em termos formativos.”

Sublinhando que o NEDVIH visa “mais a abordagem da doença VIH do que simplesmente da infeção pelo VIH”, Fausto Roxo foi claro: “Mais do que a dinâmica de um vírus, procuramos abordar toda a multidisciplinaridade desta patologia, que interfere realmente com a generalidade dos órgãos e sistemas, sendo nesse sentido que a perspetiva dos internistas e da Medicina Interna se tem revelado, na nossa opinião, cada vez mais importante.”

O médico fez depois um resumo do programa das Jornadas, destacando a conferência de Joana Bettencourt, da Direção-Geral da Saúde, sobre “Novos



diagnósticos de VIH em Portugal – Novos desafios”; a mesa-redonda sobre terapêuticas injetáveis e a conferência de Roberto Guerri-Fernández intitulada “Terapêuticas em pipeline”. O segundo dia do programa foi dominado pela mesa-redonda “Risco cardiovascular e saúde cardiometabólica” e pelo debate em torno do tema “Comunicação e literacia em saúde”.



### A homenagem

A cerimónia de encerramento incluiria a homenagem aos fundadores das consultas de Medicina/VIH do Hospital de Cascais – José Vera, em 1995 – e da ULS de São José – Teresa Branco, em 1998.



Teresa Branco com os elementos da ULS de São José



José Vera com o grupo do Hospital de Cascais



Inês Vaz Pinto, José Vera, Fausto Roxo, Teresa Branco e Isabel Germano

# Novos diagnósticos de VIH em Portugal – novos desafios

Ao longo dos 40 anos da epidemia VIH em Portugal, a dinâmica da infeção foi adotando diferentes perfis epidemiológicos. Na primeira década, o grupo mais afetado foi o das pessoas que utilizam drogas por via injetável, com uma proporção de mais de 50% dos casos diagnosticados, com o diagnóstico a ocorrer em fase de SIDA em 35% dos casos e 60% dos óbitos a verificarem-se no ano subsequente ao diagnóstico, em pessoas com uma média de idades de 37 anos.

A disponibilização progressiva de diferentes fármacos antirretrovirais e a sua utilização em esquemas terapêuticos mais eficazes conduziu a um aumento da sobrevivência das pessoas que vivem com VIH. Na última década, os diagnósticos ocorreram maioritariamente, por práticas sexuais, na fase assintomática (66%), com uma redução significativa no número de óbitos, que se verificaram, maioritariamente, em pessoas com uma média de idades de 53 anos e em que o diagnóstico foi feito há mais de quinze anos.

Atualmente, a transmissão vertical da infeção é praticamente inexistente, com o registo de apenas 19 crianças nascidas com o vírus, num total de 2205 crianças filhas de mães que vivem com VIH, nos últimos 10 anos, correspondendo a uma taxa de transmissão de 0,86%.

Com uma evolução positiva registada através da redução de 36% no número de novos casos de infeção por VIH e de 66% nos novos casos de SIDA, na última década, contudo, persistem importantes desafios para o país.

Portugal mantém um número elevado de novos diagnósticos anualmente, com uma proporção de diagnósticos tardios superior a 50%, valor que aumenta para 70% nas pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, particularmente no grupo de homens que se infetaram através de práticas heterossexuais, em que se estima uma média de 5,5 anos entre a aqui-



**Joana Bettencourt**

Técnica superior da DGS. Coadjuvante do diretor do Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH

sição da infeção e o diagnóstico. É também o grupo onde mais PVVIH estão ainda por diagnosticar (7,5%).

Existe evidência de que antes da ocorrência do diagnóstico tardio existiram várias oportunidades perdidas de diagnóstico, em contactos com os serviços de saúde, o que justifica um

**Em 2023, pela primeira vez, a maioria dos novos diagnósticos ocorreu em pessoas não nascidas em Portugal. Em 53% dos casos, a infeção terá sido adquirida em Portugal.**

forte investimento na formação e sensibilização dos profissionais de saúde, para que o teste seja proposto, sempre que a existência de um comportamento de risco ou de situações clínicas o justifique.

A melhoria do acesso à PrEP, à PPE e a métodos de barreiras, assim como a aposta na melhoria da literacia da população, devem continuar a ser uma prioridade nacional, com vista à quebra das cadeias de transmissão e à redução do número de novas infeções.

Em 2023, pela primeira vez, a maioria dos novos diagnósticos ocorreu em pessoas não nascidas em Portugal. Em 53% dos casos, a infeção terá sido adquirida em Portugal, uma tendência crescente observada na última década. A melhoria dos programas de prevenção adaptados e dirigidos às comunidades migrantes e a capacitação dos profissionais para a abordagem da saúde destas populações merecem a atenção das autoridades e dos serviços.

Ao mesmo tempo, nos últimos dez anos, a proporção de novos diagnósticos em indivíduos com 50 ou mais anos situou-se sempre acima dos 20%. Por outro lado, estima-se que em 2037 80% das pessoas com VIH terão mais de 50 anos, globalmente, justificando uma abordagem integrada de cuidados, com atenção às comorbilidades associadas à idade.

Por fim, ainda persistem fenómenos estruturais de estigma e discriminação associados à infeção, não só dirigidos às PVVIH como também às populações mais vulneráveis, com impacto significativo na procura de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. Dados nacionais recentes demonstraram que estes fenómenos existem também entre os profissionais em contexto de prestação de cuidados, o que revela o longo caminho que ainda é preciso percorrer para o cumprimento das metas definidas pela ONUSIDA de, até 2030, acabar com a infeção, enquanto ameaça de saúde pública.

# A administração da TARV injetável pelo enfermeiro

A terapêutica antirretroviral (TARV) transformou a vida de milhões de pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência humana (VIH) em todo o mundo.

Verifica-se que a adesão ao tratamento tem sido cada vez mais eficaz e um dos grandes responsáveis é a evolução e simplificação terapêutica. A TARV injetável tem emergido como uma alternativa inovadora no tratamento do VIH e reflete a evolução contínua da terapêutica, aumentando o leque de oferta e oferecendo mais uma opção de tratamento aos utentes. Estudos clínicos têm vindo a demonstrar que esta abordagem melhora a adesão ao mesmo devido ao modo e frequência da sua administração.

Assim, cientes do impacto positivo que o início da terapêutica injetável com cabotegravir e rilpivirina tem na qualidade de vida dos utentes portadores de VIH, fomos desafiadas pela equipa médica da Consulta de Medicina 1 da ULS de São José a administrar esta terapêutica inovadora no Hospital de Dia de Medicina 1, onde exercemos funções.

A decisão do *switch* para terapêutica injetável é tomada em conjunto, médico-utente, e, para além da motivação do utente em aderir ao esquema, é necessário cumprir

**Criámos protocolos de atuação que estabelecem tempos de sessões e garantem uma aplicação correta e uniforme dos procedimentos a todos os utentes.**



**Ângela Silva**

Enfermeira, Hospital de Dia de Medicina 1 da ULS de São José



**Edna Duarte**

Enfermeira, Hospital de Dia de Medicina 1 da ULS de São José

alguns critérios, nomeadamente carga viral indetetável, histórico de adesão ao tratamento e ausência de resistências aos dois fármacos que compõem a terapêutica injetável proposta.

Posteriormente, cabe aos enfermeiros a organização da sessão para a administração da terapêutica. Assim, de modo a minimizar erros e de forma a aumentar a confiança nos profissionais, criámos protocolos de atuação que estabelecem tempos de sessões e garantem uma aplicação correta e uniforme dos procedimentos a todos os utentes.

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na implementação e monitorização do tratamento, podendo melhorar significativamente a experiência do utente e contribuindo para melhores resultados de saúde e qualidade de vida dos mesmos.

A confiança estabelecida desde o primeiro contacto entre o utente e o enfermeiro é fundamental. A educação e orientação para a saúde é o primeiro fator que contribui para a promoção de uma maior adesão, estabelecendo um vínculo terapêutico na promoção da confiança e no acompanhamento contínuo. Na primeira sessão, é feito o acolhimento ao utente e fornecido material de suporte, de forma a gerir expectativas sobre o tratamento. É disponibilizado o contacto telefónico do Hospital de Dia, de modo a que o utente se sinta acompanhado neste novo percurso, e são realizadas teleconsultas telefónicas nas 48h seguintes ao tratamento, ou sempre que necessário, para que haja uma monitorização contínua, nomeadamente no que diz respeito à observação de efeitos adversos tardios e ao suporte psicossocial.

O *feedback* que temos tido dos utentes mostra-nos o impacto positivo que esta terapêutica inovadora tem tido nas suas vidas, permitindo-lhes viver com maior segurança. O alívio da carga terapêutica reduz a ansiedade relacionada com a toma diária da TARV oral, trazendo mais praticidade e liberdade. A possibilidade de manter a carga viral indetetável com menos preocupações diárias facilita a adesão e oferece maior qualidade de vida, gerando sentimentos de maior controlo sobre a sua própria saúde.

O diálogo aberto entre o utente e a equipa multidisciplinar, esclarecendo dúvidas e oferecendo apoio contínuo, é fundamental para garantir uma transição positiva e uma boa adesão ao novo tratamento.

# Obesidade e VIH

A obesidade é uma doença crónica, complexa, multifatorial, progressiva e recidivante. É muito mais do que um número na balança ou um cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC). Obesidade define-se pela adiposidade – gordura corporal anormal ou excessiva que compromete a saúde, aumenta o risco de complicações a longo prazo e reduz a esperança de vida.

Obesidade é uma doença neurobiológica – centrada no cérebro, determinada geneticamente, embora fortemente influenciada pelo ambiente. Não se trata de comer menos e mexer mais, e definitivamente não é uma questão de força de vontade. É uma doença real, crónica, que potencialmente afeta todos os órgãos e sistemas e tem um importante impacto na saúde mental. Sabemos hoje que contribui para mais de 200 complicações, que seriam potencialmente evitáveis tratando a adiposidade que está na sua génese fisiopatológica.

Se isto é verdade no geral, não é menos verdade nas pessoas que vivem com VIH (PLHIV)

A carga cardiometabólica está em constante aumento nesta população, resultando em aumento da morbilidade e mortalidade, nomeadamente cardiovascular, em uma era de altíssimas taxas de adoção e sucesso da TARV em termos de supressão viral. O aumento da expectativa de vida alcançado com a TARV, aliado ao estilo de vida moderno, com ambientes cada vez mais obesogénicos, permitiu o escalar tempestivo da obesidade (de 29,5%, em 2005, para 39,6%, em 2015).

Em consequência desta adiposidade excessiva, as PLVIH apresentam um aumento significativo no risco de desenvolvimento de outras comorbidades dismetabólicas, como a diabetes e a doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD), em comparação com a população em geral, o que aumenta ainda mais a morbilidade e a mortalidade geral. Portanto, a identificação de MASLD e a implementação de estratégias terapêuticas apropriadas parecem ser de suma importância.



**Joana Louro**

Assist. hospitalar graduada de Medicina Interna, ULSOeste - Unidade das Caldas da Rainha

Na verdade, a obesidade está emergindo como um fator crítico na patogénese do VIH e de suas comorbilidades não infecciosas. Vias intracelulares conservadas ligam a biologia do metabolismo das células T, a resposta imune e a diabetes. E parece que a obesidade é tanto uma consequência quanto uma causa da ativação imune. E a ativação imune condiciona o processo inflamatório subjacente.

**Existem linhas de investigação que apontam a gordura como um tecido imunologicamente ativo.**

Existem linhas de investigação que apontam a gordura como um tecido imunologicamente ativo. O VIH atua diretamente nas células adiposas; produtos virais específicos do VIH afetam a diferenciação dos adipócitos, que pode ser independente da viremia plasmática. Esses efeitos podem predispor estes indivíduos ao desenvolvimento da obesidade e alterar a expressão de citocinas pró-inflamatórias.

A expressão alterada de citocinas pró-inflamatórias provavelmente predispõe os indivíduos infetados pelo VIH a um excesso de morbilidade e mortalidade. Por exemplo, a leptina, uma adipocina produzida pelo tecido adiposo, tem expressão alterada nas PLVIH e é uma molécula pró-inflamatória com importantes efeitos reguladores imunológicos.

**O VIH atua diretamente nas células adiposas; produtos virais específicos do VIH afetam a diferenciação dos adipócitos, que pode ser independente da viremia plasmática.**

Como qualquer doença crónica, exige tratamento. E múltiplos estudos sugerem que o se-maglutido é altamente eficaz nesta população, com um perfil de segurança semelhante ao documentado na população em geral. Verificaram-se reduções significativas no peso corporal e no IMC, na glicemia, na gordura corporal total, na gordura hepática e no tecido adiposo subcutâneo e visceral abdominal, demonstrando uma mudança significativa em direção a características antropométricas e índices metabólicos mais “saudáveis” entre PLVIH.

## COMUNICAÇÃO E LITERACIA EM SAÚDE

# Queremos competências que ativem a saúde

Comunicar é pôr em comum algo. Comunicar significa que nos fazemos compreender e, por isso, e mais particularmente na saúde, cada um deve estar mais preparado para enfrentar os riscos, cuidar-se e promover a sua saúde.

A literacia em saúde salva-vidas porque, ao ter melhor acesso aos recursos em saúde e à informação relacionada, ao compreender o que impacta na vida e usar esses recursos para proteger, prevenir ou cuidar, torna o ser humano mais forte e robusto para viver uma vida mais saudável.

Porque se deseja assim tanto uma vida mais saudável? Porque insistimos na promoção da saúde e na prevenção da doença?

Precisamente porque a doença traz pior qualidade de vida, pior relação da pessoa com o mundo, uma vez que a doença traz geralmente mais fragilidades e dependências.

A comunicação é, em si, o instrumento poderoso da literacia em saúde. Com uma boa comunicação, assertiva, clara e positiva, os caminhos são mais fáceis de desbravar para quem tem de lidar com os desafios da saúde e da doença.

Porque manter a saúde também traz desafios. A começar pelos vasos comunicantes da saúde que são a atividade física, a alimentação e a saúde mental, ao qual poderemos acrescentar outros fatores, como o sono.

Quando olhamos e refletimos sobre as estatísticas globais sobre o VIH (UNAIDS, 2025) enfrentamos os factos do VIH e da SIDA:

- 39,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com VIH em 2023.
- 1,3 milhões de pessoas foram infetadas pelo VIH em 2023.



**Cristina Vaz de Almeida**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

força à mudança e à decisão consciente e acertada.

As competências envolvem necessariamente mais conhecimento (mais saber), mais capacidades (mais saber-fazer) e melhores atributos (ser). O ser humano com baixa literacia em saúde tem falta destas componentes por várias razões, que podem estar associadas a fragilidade económica e social, ao nível educacional baixo, aos rendimentos baixos, a uma autoavaliação da saúde má, ao recurso constante às urgências, ao facto de ser mais velho, às dependências que possa ter, à falta de conexão social.

Muitos são os motivos que levam uma pessoa a ter dificuldade ou ser problemático para si aceder, compreender e usar os recursos de saúde e estar motivado/a a tomar decisões acertadas em saúde. E, por isso, no desenvolvimento de competências e na utilização de uma comunicação assertiva (respeito mútuo), clara (acessível e simples) e positiva (construção do comportamento positivo que queremos do outro) os caminhos começam a abrir-se para promoverem melhores soluções e resultados em saúde.

As aprendizagens para uma melhor intervenção começam nos profissionais das várias áreas da saúde, do social, da educação. Todos ganham. A literacia em saúde salva-vidas, dá força para se enfrentarem os desafios que as doenças trazem e dá mais robustez para se autorregular uma vida mais sã e com maior qualidade.

- 630.000 pessoas morreram de doenças relacionadas com a SIDA em 2023.
- 30,7 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral em 2023.
- Pessoas que vivem com VIH:
  - 38,6 milhões de adultos (15 anos ou mais).
  - 1,4 milhões de crianças (0-14 anos).

Os números revelam que 86 em 100 pessoas que vivem com VIH sabiam do seu estado serológico em 2023 e que mais de metade (53%) são mulheres ou meninas.

Também cerca de 5,4 milhões de pessoas não sabiam que viviam com VIH em 2023. Se fizermos uma visualização de quão enorme é este número podemos pensar que é equiparado a metade da população de Portugal.

O que falta fazer? Muito. Saber, prevenir, des- sejar intervir ou a autorregulação consciente é essencial para o empoderamento e o controlo do ambiente que nos cerca e que muitas vezes nos traz muitos fatores de risco. A literacia em saúde, como é baseada no desenvolvimento de competências das pessoas, é essencial para mudar um pouco o panorama e dar mais

A PONTE ENTRE O CONHECIMENTO E A AÇÃO

# Comunicação em Saúde

Vivemos numa era onde a informação está ao alcance de um clique. No entanto, a acessibilidade não garante a compreensão, especialmente quando falamos de saúde. A comunicação em saúde desempenha um papel essencial na promoção do bem-estar, no combate à desinformação e no fortalecimento da relação entre profissionais e cidadãos.

## O desafio da literacia em saúde

A literacia em saúde refere-se à capacidade das pessoas de obter, compreender e utilizar informações para tomar decisões adequadas sobre a sua saúde. Contudo, os dados apontam que uma percentagem significativa da população tem dificuldades em interpretar prescrições médicas, seguir orientações terapêuticas e distinguir factos de mitos na área da saúde.

Aqui, a comunicação eficaz torna-se crucial. Não basta fornecer informações; é necessário garantir que elas sejam claras, acessíveis e culturalmente adaptadas ao público-alvo. Um profissional de saúde que domina a comunicação sabe que a escolha das palavras, o tom da conversa e até a linguagem corporal influenciam diretamente a confiança e a adesão do paciente ao tratamento. Além disso, a comunicação deve ser inclusiva. Deve considerar diferentes níveis de literacia, grupos etários, barreiras linguísticas e contextos culturais. O uso de materiais visuais, metáforas simples e exemplos práticos facilita a compreensão e empodera as pessoas a tomarem decisões informadas sobre a sua saúde.

Um dos meus pilares da comunicação eficaz em saúde é a empatia. A forma como transmito uma mensagem pode definir se uma pessoa sente medo ou segurança, se segue um tratamento ou o abandona. Acredito que sou agente ativa na promoção de uma comunicação clara, assertiva e acolhedora.

## Falar de VIH nas redes sociais: para normalizar o VIH – Informação é Poder!

O VIH continua a ser um tema envolto em estigma e desinformação. As redes sociais são,



**Catarina Esteves Santos**  
HIV influencer. Enf.ª especialista em SM e Psiquiátrica dedicada à Consulta de VIH no Hospital de Cascais

hoje, onde as pessoas estão – de todas as idades, origens e realidades. Ignorar este espaço é perder a oportunidade de chegar a milhões de pessoas com informação credível, acessível e baseada na ciência.

Num mundo onde diferentes gerações convivem no digital, o conflito geracional na comunicação sobre VIH é real. Os mais jovens podem ter acesso facilitado à informação, enquanto as gerações mais velhas podem continuar presas a mitos antigos. O futuro da prevenção e do tratamento do VIH passa por garantir que todos tenham acesso à mesma informação, comunicada de forma clara e uniforme.

• **Se todos falarmos sobre VIH da mesma forma, acabamos com o estigma! E eu quero fazer parte da geração que eliminou o estigma. Vocês não?**

## Redes sociais: oportunidade ou risco?

As redes sociais tornaram-se um campo fértil para a disseminação de informações sobre saúde. São plataformas poderosas para educar, sensibilizar e até desmistificar doenças. No entanto, são também o palco de *fake news* e informações deturpadas, o que torna essencial a presença ativa de profissionais qualificados na comunicação digital.

Eu assumo-me como *HIV influencer*, sendo enfermeira especialista em Saúde Mental com mais de 20 anos de experiência na área do VIH. A minha atuação nas redes sociais, especialmente no TikTok, onde já tenho mais de 15K seguidores de várias idades e países, tem sido um exemplo notável de como a comunicação digital pode contribuir para o esclarecimento e influenciar positivamente as pessoas que vivem com e sem VIH – sei isso pelas perguntas, mensagens de apoio e louvores que me chegam. Abordo questões como comportamentos de risco e a evolução dos tratamentos para o VIH, focando-me em descomplicar e normalizar a doença, tornando a informação acessível e confiável.

A minha estratégia passa por humanizar o tema, combater o estigma, incentivar a adesão ao tratamento, promover o teste. Narrativas autênticas, baseadas em evidências científicas, ajudam a construir confiança e a aproximar a saúde da realidade das pessoas.

## Conclusão: falar para normalizar e transformar

Estar presente nas redes sociais a falar sobre VIH não é apenas partilhar informação, é contribuir ativamente para a mudança. A comunicação eficaz em saúde vai além da transmissão de conhecimento – é educar, acolher e quebrar barreiras.

Ao trazer o VIH para o debate público digital estou a combater o estigma, a promover a prevenção e a garantir que mais pessoas tenham acesso a informação clara e baseada na ciência. A normalização da conversa sobre VIH é essencial para alinhar com os objetivos globais de erradicação da epidemia, garantindo que ninguém seja deixado para trás na jornada pelo direito a uma vida saudável, promovendo uma sociedade mais informada e saudável.

• **Falar sobre VIH nas redes sociais é impulsionar um futuro livre de preconceitos e desinformação. Informação acessível é poder e comunicação eficaz é prevenção!**

# XI NATIONAL CONGRESS OF NEDAI

## XXX ANNUAL MEETING OF AUTOIMMUNITY

Connecting teams,  
transforming healthcare!



19  
21  
JUNE  
2025

ÉVORA

SCIENTIFIC SPONSOR:



# 4.<sup>as</sup> Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica

Lisboa, 7 de setembro 2024

**Inês Palma dos Reis sublinha ser “particularmente desafiante” a adaptação à gravidez em mulheres com doença crónica, alertando para a importância de se promover um acompanhamento especializado e multidisciplinar das mesmas. A internista falou com a Just News na sequência da realização das 4.as Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica.**

“**D**e uma forma geral, na doença crónica grave, quanto mais bem controlada aquela estiver melhor correrá a gravidez”, garante a especialista de Medicina Interna da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, instituição que integra a ULS de São José. E acrescenta que uma grávida nessa situação “não deve deixar de ser apoiada, vigiada e tratada, no entanto, tem que ser escolhida a terapêutica eficaz que apresente um melhor perfil de segurança fetal”. Para além de ser necessária uma intervenção obstétrica diferenciada, que “garanta a otimização e a individualização dos cuidados médicos”, Inês Palma dos Reis faz questão de frisar: “A vigilância e orientação das decisões das mulheres com doença crónica grave, nesta fase mais sensível, deve ser sempre especializada e multidisciplinar.” O programa das 4.<sup>as</sup> Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica (NEMO) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, evento realizado dia 7 de setembro, em Lisboa, refletiu isso mesmo. As sessões incluíram oradores de diferentes áreas, para além da própria Medicina Interna, como a Ginecologia/Obstetrícia, a Gastrenterologia, a



Pedro Correia Azevedo, Inês Palma dos Reis e Anabela Oliveira

Hematologia, a Endocrinologia ou a Nutrição. E outros núcleos da SPMI também estiveram representados, como os que se dedicam ao estudo das doenças respiratórias e das patologias do fígado. “A presença destes colegas é importante porque eles ajudam-nos a perceber melhor como podemos otimizar o acompanhamento das grávidas”, afirmou Inês Palma dos Reis, ao intervirm na sessão de abertura da reunião, na qualidade de coordenadora do NEMO. A



seu lado, na mesa, tinha Pedro Correia Azevedo, na altura internista do Hospital CUF Tejo e coordenador adjunto do Núcleo, e ainda Anabela Oliveira, da ULS de Santa Maria, representando a Direção da SPMI.



**As sessões incluíram oradores de diferentes áreas, para além da própria MI, como a Ginecologia/Obstetrícia, a Gastrenterologia, a Hematologia, a Endocrinologia ou a Nutrição. E outros núcleos da SPMI também estiveram representados.**



Dirigindo-se à assistência presente na sala, a médica da MAC fez questão de salientar que, embora a prestação de cuidados na gravidez tenha evoluído substancialmente nos últimos séculos, a exigência é grande: “Mesmo com artigos científicos que não param de sair, há sempre dúvidas e questões que se



Elementos do NEMO: (atrás) Filipa Lourenço, Natália Marto, Alice Sousa e Ana Oliveira; (à frente) Anna Taulaigo, Inês Palma dos Reis, Augusta Borges e Pedro Correia Azevedo

nos colocam, fazendo com que cada vez mais precisemos de estar bem apoiados e certos do que estamos a fazer.”

**Otimizar os resultados com uma gestão cuidadosa e uma colaboração interdisciplinar**

Inês Palma dos Reis lembra haver determinadas doenças crónicas graves que contraindicam mesmo a gravidez, “seja por implicarem uma terapêutica que apresenta um perigo inaceitável para o feto, seja pelo risco de descompensação, falência de órgão e morte materna”. Neste caso, são exemplos a doença cardíaca grave (estenose valvular, dilatação aórtica aneurismática, hipertensão pulmonar), a diabetes mal controlada, uma infeção ativa grave ou um distúrbio psiquiátrico de maior gravidade e não controlado. “Nestas circunstâncias, é imperioso o adequado aconselhamento da mulher em idade fértil desde o diagnóstico e em cada introdução de medicação com

potencial teratogénico, apoiando a escolha de contraceção segura e eficaz. Este também pode ser o caso após uma complicação grave de uma gravidez prévia”, afirma a internista. O conselho que deixa expresso é claro: “Todos os médicos com doentes em idade fértil devem estar alerta para os diagnósticos e tratamentos com impacto na fertilidade e na segurança de uma gravidez e, sempre que necessário, deverão referenciar a consultas preconizacionais diferenciadas.” “Importa considerar sempre os riscos da doença crónica para a gravidez mas também os riscos da própria gravidez para a doença, devendo ser feito o estadiamento e o estudo do envolvimento dos órgãos alvo”, aconselha Inês Palma dos Reis, concluindo: “Com uma gestão cuidadosa e uma colaboração interdisciplinar, é geralmente possível otimizar os resultados materno-fetais e minimizar os riscos associados às doenças mais complexas.”

# 7.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria

Tomar, 28-29 de novembro 2024



**A coordenadora do NEGERMI foi muito clara ao intervir na cerimónia de abertura da 7.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria, que decorreu em Tomar, dias 28 e 29 de novembro. “Para ser geriatra não basta ter um título!”, sublinhou Sofia Duque.**

“O geriatra diagnóstica e intervém sobre um conjunto de problemas que na abordagem médica são subvalorizados”, afirmou Sofia Duque, esclarecendo que o faz “ouvindo o doente e a sua rede de suporte também”. E ainda “conciliando a visão de diferentes especialistas para oferecer um plano de cuidados integrado, continuado e coerente, respeitando o melhor interesse do doente”. A coordenadora do Núcleo de Estudos

de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna foi a primeira a usar da palavra numa sessão conduzida por Pedro Madeira Marques, da ULS do Estuário do Tejo, que juntamente com Gonçalo Sarmiento, da ULS de Entre Douro e Vouga – ambos do Secretariado do NEGERMI –, tiveram um papel muito relevante na organização da Reunião de Tomar. Para além da psiquiatra Lia Fernandes, na qualidade de presidente do Colégio da Especialidade de Geriatria da Ordem dos Médicos, e da internista Diana Fernandes, da ULS da Região de Leiria, que representou a Direção da SPMI, na abertura do evento também esteve presente Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da Secção Regional do Centro da OM, em representação do bastonário.

## “Multidisciplinaridade e diversidade são imprescindíveis”

Sofia Duque fez questão de saudar os anteriores coordenadores do NEGERMI, João Gorjão Clara e Manuel Teixeira Ve-

ríssimo, que considerou serem “duas das figuras mais relevantes e impulsionadoras da Geriatria em Portugal”. E lembrou que o Núcleo celebrou 15 anos em 2024 e que a sua 1.ª Reunião, em 2015, aconteceu precisamente no mesmo local desta 7.ª edição. Salientando a diversidade dos participantes no evento, “incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricio-



Diana Fernandes, Lia Fernandes, Sofia Duque e Manuel Teixeira Verissimo

nistas, farmacêuticos, psicólogos e neuropsicólogos, entre muitos outros que se interessam pelos mais velhos”, afirmou: “A multidisciplinaridade e a diversidade que aqui encontramos é algo para nós imprescindível porque a visão global do doente idoso exige olhar para todas as dimensões da pessoa. Todo o detalhe conta na avaliação geriátrica global, a ferramenta nobre e essencial sem a qual a Geriatria não sobrevive.”



A coordenadora, Sofia Duque (ao centro na foto), com elementos do Secretariado do NEGERMI: Heidi Gruner, Rafaela Verissimo, Gonçalo Sarmiento, Paulo Almeida, Lia Marques e Pedro Madeira Marques (ausentes na foto: Gracinda Brasil, Márcia Kirzner e Ana Sofia Pessoa)

Considerando que a Geriatria “continua a não estar implementada de forma estrutural nos serviços de saúde, tanto nos hospitais como nos CSP”, Sofia Duque saudou a abertura, no último ano, de duas unidades de internamento de Geriatria no país. E deixou o seu desejo de que “esse modelo se replique e se torne uma necessidade transversal a todos os hospitais”. Sublinhou ainda que estas unidades não irão seguramente servir todos os doentes idosos, “mas acolherão os mais frágeis, os mais complexos, com mais dependência funcional, com maior risco de complicações”. “Podemos dizer que, em 2024, a Geriatria avançou, graças à formação pré-gradua-

da, que se tem robustecido e disseminado pelas escolas médicas, e à formação pós-graduada que algumas universidades portuguesas oferecem. Isto na sequência do reconhecimento da competência de Geriatria, que promove o rigor da formação, privilegiando o treino clínico específico e diferenciado”, reconheceu Sofia Duque, frisando que, em todo o caso, “para se ser geriatra não basta ver doentes idosos, não basta ter um título”.

## “Médicos que tratam idosos têm que saber de Geriatria”

Manuel Teixeira Verissimo, que já presidiu à SPMI e que foi o primeiro presidente da Competência de Geriatria da OM, comentou que, independentemente de a Geriatria ser ou não reconhecida como especialidade, há uma coisa que considera fundamental: “Os médicos que tratam idosos têm que saber tratá-los e, para isso, têm que saber de Geriatria.”

“É por isso que eu defendo o ensino da Geriatria de uma forma muito mais aprofundada do que acontece agora no próprio curso de Medicina e depois na formação especializada”, disse, defendendo que ela devia mesmo ser obrigatória em especialidades como a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna.

Para além disso, no seu entender, pelo menos nos hospitais de maior dimensão, “deverá haver unidades de Geriatria que sirvam para receber os casos mais complicados sob o ponto de vista geriátrico, mas com viabilidade. E, mais importante do que isso, para formar profissionais, sejam médicos, enfermeiros ou assistentes sociais, no fundo, todos quantos lidam com idosos”. “Queremos que todos os médicos que tratam idosos conheçam as particularidades destes doentes e que depois existam alguns com um conhecimento

As entrevistas reproduzidas nas páginas seguintes foram originalmente publicadas no Jornal da 7.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria

mais aprofundado, que possam ter um papel de consultores e também de formadores”, afirmou.

## Bolsa NEGERMI

A 7.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria ficou também assinalada pela entrega da 3.ª edição da Bolsa NEGERMI, que tem o patrocínio da Fresenius Kabi. A internista Lia Marques, membro do Secretariado do Núcleo, referiu, na ocasião, que “a formação prática em serviços de Geriatria montados como tal é fundamental, mas nem sempre é muito acessível, continuando a forçar os colegas que pretendem adquirir estas competências a fazer estágios fora do país”.



Guilherme Jesus



Helena Hipólito Reis

Com um valor individual de 3000 euros, a Bolsa NEGERMI para estágios clínicos de Geriatria foi atribuída a dois internos de MI: Guilherme Jesus, da ULS da Cova da Beira, e Helena Hipólito Reis, da ULS de São João.

SOFIA DUQUE, COORDENADORA DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE GERIATRIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA (NEGERMI):

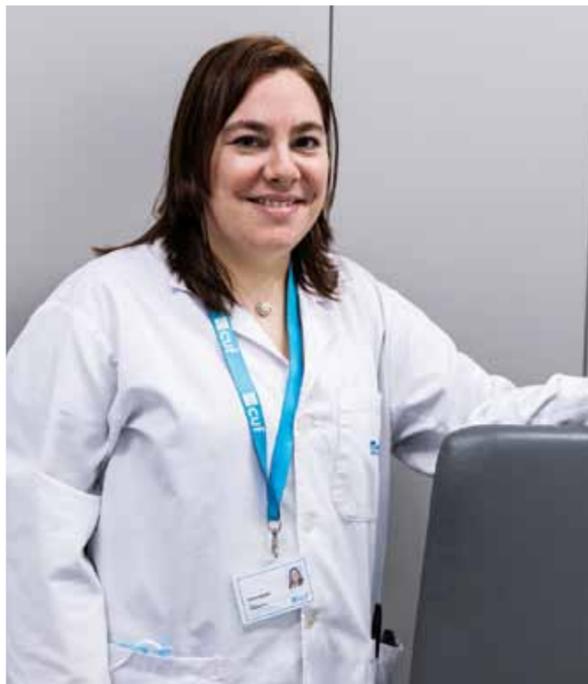
# “A fragilidade não é um corolário definitivo, mas um estado reversível”

**Num panorama nacional em que “duas mãos chegarão para contabilizar o número de consultas de Geriatria existentes”, Sofia Duque sublinha que “é preciso dar aos mais seniores respostas mais personalizadas e individualizadas, para que se consiga reverter alguma da fragilidade já instalada” e, assim, proporcionar-lhes uma maior qualidade de vida. O modelo de avaliação geriátrica global é a chave para identificar o estado funcional, cognitivo, emocional, nutricional e social dos doentes.**

Reconhecendo haver uma progressiva maior abordagem sobre a Geriatria, Sofia Duque, coordenadora do NEGERMI desde 2021, fala numa mudança de paradigma. “Há 20 anos, a população resignava-se com o envelhecimento, sem grandes expectativas para os anos de vida que ainda tinha pela frente e aceitando o que recebia. Atualmente, a população mostra-se cada vez mais exigente”, destaca. E complementa: “Os *baby boomers* – geração nascida entre 1946 e 1964 – querem, de facto, viver mais, com qualidade de vida. Têm, por isso, recorrido a consultas mais especializadas, e a tendência será que essa procura seja cada vez maior.”

A especialista de Medicina Interna, com competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos, justifica que, para tal mudança, tem contribuído “o esforço que a comunidade científica tem feito no esclarecimento da população, no sentido não só de alertar para a existência desta área médica como para identificar os benefícios associados à avaliação geriátrica”. Também “o reconhecimento da competência pela OM e o trabalho da Comunicação Social tem feito amplificar a voz da Geriatria”.

Paralelamente, acredita que “os jovens médicos especialistas estão mais sensibilizados e interessados pela Geriatria e



“Mais interessante do que usar a fragilidade como fator limitante será ‘usá-la’ no sentido de a reverter”, considera Sofia Duque

menos presos a preconceitos, até porque alguns deles contactaram com ela durante a sua formação pré-graduada”. Contudo, alerta para a “dificuldade de oferecer um estágio clínico a todos os alunos de Medicina, por não existirem modelos clínicos de Geriatria de forma disseminada”. Sofia Duque fala de alguns obstáculos relacionados com a “falta de reconhe-

cimento da necessidade de haver uma diferenciação e, eventualmente, até uma autonomização desta área médica”. Mas acredita que, “estando a sociedade a envelhecer, naturalmente, vai sendo necessário haver este tipo de respostas”. E lembra que “o envelhecimento é, muitas vezes, descrito como um problema quando representa uma conquista da espécie humana”.

## A implementação de estratégias preventivas desde a infância

No entender da nossa entrevistada, que coordena a Consulta Multidisciplinar de Geriatria do Hospital CUF Descobertas desde outubro de 2021, “para abordarmos o envelhecimento, temos de implementar estratégias preventivas desde a infância”. Nesse sentido, realça que, “enquanto os geriatras acompanham esta população já numa fase de grande fragilidade, em que as doenças estão instaladas, os médicos de família estarão provavelmente melhor posicionados para identificar aspetos preventivos ao longo da vida. Isto porque têm a capacidade de seguir as pessoas desde o nascimento, enquadrando o processo de envelhecimento num âmbito familiar”. Na verdade, “a prevenção não deve acontecer aos 60 ou aos 80 anos, mas a partir da infância, por isso, há muito por fazer”, afirma.

Sofia Duque avança que, no panorama nacional, “duas mãos chegarão para contabilizar o número de consultas de Geriatria, o que é claramente reduzido”. Defendendo que “todos os hospitais públicos e privados deveriam ter uma consulta deste tipo”, acredita ainda que, nos Cuidados de Saúde Primários, seria muito importante haver a valência de

## A luta pela Geriatria desde o internato

Sofia Duque soma 43 anos de vida e desde o seu internato que se dedica aos mais velhos.

Licenciou-se em Medicina pela FMUL, onde, atualmente, é assistente convidada da cadeira de “Introdução às Doenças do Envelhecimento”. Desde 2014 que tem a competência em Geriatria, tendo estado envolvida na criação de diretrizes nacionais para esta área.

Após passar pelo Hospital Beatriz Ângelo, criou, em parceria com a Ortopedia, a Unidade de Orto geriatria do Hospital de São Francisco Xavier, tendo aceiteado posteriormente o convite para coordenar a Consulta Multidisciplinar de Geriatria do Hospital CUF Descobertas.

Em outubro de 2021, assumiu a coor-

denação do NEGERMI da SPMI para o biénio 2021-2023, encontrando-se a cumprir um segundo mandato. Este era um Núcleo que já conhecia bem, pois, desde o primeiro ano de internato que o integrava.

Acumula a Direção de Comunicação da European Geriatric Medicine Society e é membro da European Academy for Medicine of Ageing desde 2012.

Em 2015, foi galardoada com um prémio nacional pelo trabalho desenvolvido em cuidados a idosos, atribuído pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Os seus principais focos de investigação têm sido a avaliação geriátrica, o delírium, os problemas nutricionais em Geriatria e os fatores preditores de prognóstico na população idosa.

Saúde do Idoso, até porque “esse grupo é o principal frequentador desse nível de cuidados”.

Desta forma, “é preciso dar aos mais seniores respostas mais personalizadas e individualizadas, para que se consiga reverter alguma da fragilidade já instalada”. “Mais interessante do que usar a fragilidade como fator limitante – ao considerar que o doente não beneficiará de tratamentos mais invasivos e exigentes e que estes podem até vir a prejudicar a sua qualidade de vida – será ‘usá-la’ no sentido de a reverter e proporcionar mais qualidade de vida”, comenta. No fundo, “a fragilidade não é um corolário definitivo, mas um estado que podemos reverter, e isso é o mais desafiante, mas também o mais interessante para as equipas”.

Na opinião da médica, “o modelo de avaliação geriátrica global é uma mais-valia, ao permitir melhorar a capacidade funcional e cognitiva das pessoas, com intervenções multifatoriais, que podem contemplar fármacos, atividade física, nutrição, socialização ou estimulação cognitiva”. Com base na sua experiência profissional, Sofia Duque alerta para a existência de “muitos mitos enraizados em torno dos hábitos alimentares dos mais velhos, levando-os a cingir o seu jantar a uma sopa ou a torradas, por considerarem que, pelo seu maior nível de sedentarismo e por já não estarem a crescer, não necessitam de maior aporte calórico e proteico”. Nesse sentido, destaca como é importante as equipas médica e de enfermagem “desmistifiquem este tipo de ideias”.



PEDRO MADEIRA MARQUES, MEMBRO DA CO DA 7.ª REUNIÃO DO NEGERMI:

# “Não há razão para não termos especialistas orientados para tratar os idosos frágeis”

**Apesar de continuar a considerar-se “mais internista do que geriatra”, Pedro Madeira Marques, 33 anos, da ULS do Estuário do Tejo, defende a existência de médicos especializados em tratar os idosos frágeis, devido à especificidade destes doentes.**

Nascido e criado em Lisboa, Pedro Madeira Marques recorda-se bem que foi quando frequentava o 9.º ano de escolaridade que tomou a decisão de um dia ser médico. Mais tarde, já enquanto aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, cruzou-se com João Gorjão Clara, professor da cadeira de Introdução às Doenças do Envelhecimento, tendo então percebido que a Geriatria era “uma área importante” e até interessante em termos de especialização.

“Infelizmente, não existe a especialidade de Geriatria em Portugal, mas eu também gostava muito de Medicina Interna e ainda hoje me considero mais internista do que geriatra”, confessa.

Explica que surgiu a oportunidade de fazer o internato de MI no Hospital de Vila Franca de Xira e não pensou duas vezes porque percebeu que poderia “aprender bastante com alguém que sabia muito

de Geriatria”: Eduardo Douel Haghighi, um dos primeiros médicos em Portugal a quem foi atribuída a competência de Geriatria.

Pedro Madeira Marques chegou a VFX em janeiro de 2017, quatro meses antes de se ter iniciado no hospital daquela cidade um projeto na área da Geriatria, a que foi dado o nome de Percurso do Doente Idoso, coordenado precisamente por Eduardo Haghighi.

“Encontrei uma unidade prestes a abrir, com uma abordagem que, para quem acabava de sair da faculdade, era completamente inovadora, específica e direcionada ao doente idoso, a que tive que me adaptar por ser completamente diferente daquilo a que estava habituado”, recorda, acrescentando ter colaborado depois na análise dos primeiros dados, “que viriam a mostrar que a unidade, efetivamente, funcionava”. No entanto, em 2019,



**Pedro Madeira Marques: “Os idosos mais frágeis apresentam particularidades que obrigam, da nossa parte, a proceder a uma intervenção diferenciada”**

com a saída do seu coordenador para outra instituição hospitalar, o projeto não teve continuidade.

## A importância das unidades de Geriatria

Especialista em MI desde 2022, Pedro Madeira Marques adquiriu a competência em Geriatria em abril de 2024. Alimenta agora a esperança de um dia destes poder concretizar o desejo de tornar a proporcionar aos utentes idosos que recorrem ao Hospital de VFX – hoje em dia integrado na ULS do Estuário do Tejo – um projeto de certa forma semelhante ao que viu nascer em 2017. O nome já está definido: Unidade

Funcional de Geriatria. O apoio da Direção do Serviço de Medicina Interna e do Conselho de Administração da ULSET para a sua concretização também existe, garante o médico.

“Considero mesmo essencial que se invista na criação deste tipo de unidades nos hospitais que ainda não dispõem desta valência porque a população portuguesa, como toda a gente sabe, está cada vez mais envelhecida. E é uma certeza que essa tendência não se vai alterar nas próximas décadas. Não há uma razão válida para que não tenhamos médicos especialistas especificamente orientados para tratar os idosos mais frágeis, pois, apresentam têm particularidades que obrigam, da nossa parte, a proceder a uma intervenção diferenciada”, afirma Pedro Madeira Marques, acrescentando:

“Está demonstrado que abordar de uma forma mais rápida e eficaz estes doentes permite diminuir os internamentos e os reinternamentos, promovendo a qualidade de vida dos idosos e reduzindo a mortalidade.”

O internista da ULS do Estuário do Tejo sublinha que, “ao contrário do que se possa pensar, a Geriatria não é uma área fácil, sendo extremamente ativa, e não passiva, como muitos acham”. E adianta: “Lidar com um doente idoso é tão exigente ou mais do que ter à nossa frente um doente adulto, que eu costumo chamar de adulto jovem. Por exemplo, um interno de Geriatria, em todos esses países onde esta é reconhecida como especialidade – tal como acontece já aqui ao lado, em Espanha –, tem de rodar por uma série de valências: ortogeriatría, cardiogeriatría, pneumogeriatría, cuidados paliativos geriátricos...”

“No nosso país, por esses hospitais fora,

## Plano Hospitalar para Idosos

Percebe-se o orgulho de Pedro Madeira Marques em ter participado – aliás, como primeiro autor – na elaboração do livro Plano Hospitalar para Idosos, editado pela Lidl. O projeto arrancou em 2018, por iniciativa do então coordenador do NEGERMI, João Gorjão Clara.

O documento apresenta um programa de prevenção e de abordagem do delírium e do imobilismo hospitalares e é, no entender do internista da ULS do Estuário do Tejo, “algo inovador e bastante importante”. Sublinha mesmo que deverão existir apenas outros dois planos do género em todo o mundo, nos EUA (1999) e na Grã-Bretanha (2021).

O Plano Hospitalar para Idosos foi lançado no primeiro semestre de 2022, o mesmo ano em que foi criada a Associação dos Médicos dos Idosos Institucionalizados (AMIDI), de que Pedro Madeira Marques é vice-presidente e foi um dos fundadores, tal como João Gorjão Clara.

muitos colegas veem com desconfiança a existência de uma unidade específica de Geriatria, porque acham que já praticam essa abordagem. Contudo, esta é baseada em algo muito concreto, que se chama avaliação geriátrica global, que ultrapassa a anamnese e a história clínica clássicas da MI. E por que não utilizar as *guidelines* próprias para o doente idoso, quando elas até já começam a existir?”, questiona Pedro Madeira Marques.



## O envolvimento na organização da 7.ª Reunião

Criado pela SPMI em 2009, Pedro Madeira Marques descobriu a existência do Núcleo de Estudos de Geriatria em 2017, quando iniciou o seu internato da especialidade em VFX, precisamente através do seu orientador de formação, Eduardo Haghighi. Foi convidado por Sofia Duque, que cumpre mais um mandato como coordenadora do NEGERMI, para integrar o seu Secretariado e aceitou.

Também disse que sim ao desafio de dar apoio, em conjunto com o seu colega Gonçalo Sarmen-

to, à organização da 7.ª Reunião do Núcleo, nomeadamente no que diz respeito à elaboração do Programa. Nessa medida, “também ajudámos a selecionar os palestrantes e a dirigir-lhe os respetivos convites”.

Relativamente aos temas em debate, Pedro Madeira Marques destaca a doença renal crónica, a diabetes, a saúde oral, as doenças do envelhecimento, as infeções no idoso, nomeadamente os surtos em lares, e as quedas.

GONÇALO SARMENTO, MEMBRO DA CO DA 7.ª REUNIÃO DO NEGERMI:

# “É fundamental assegurar a autonomia e a capacidade cognitiva do doente idoso”

**A forma como se faz a abordagem ao tratamento do doente idoso é, para Gonçalo Sarmento, 39 anos, de capital importância para “prevenir aquilo que todos queremos evitar, que é a sua institucionalização”. O médico da ULS de Entre Douro e Vouga integrou a CO da 7.ª Reunião do NEGERMI.**

A circunstância de se ter formado em Medicina em Santiago de Compostela – algo contrariado, no início do curso – contribuiu, de forma decisiva, para que viesse a interessar-se particularmente pela área da Geriatria. Gonçalo Sarmento admite mesmo ter sido “uma experiência fantástica”, até porque estudou numa faculdade “reconhecida mundialmente” e teve “oportunidade de estabelecer contactos muito benéficos” para aquela que está a ser a sua carreira profissional. Natural de Avanca, no concelho de Estarreja, Gonçalo Sarmento “sempre quis ser médico”, mas diz que só durante o curso é que se identificou com a Medicina Interna: “Percebi que era uma especialidade que se preocupa com o global da saúde humana mas também com um vasto leque de patologias, sen-

do muito profundo o estudo de cada uma delas e sabendo integrá-las muito bem.”

O contacto com a Geriatria, que é uma especialidade reconhecida como tal no país vizinho, surgiu pouco tempo depois de chegar a Santiago de Compostela: “Apercebi-me de que há todo um foco e uma preocupação que faz sentido num país europeu em crescimento como é o caso de Espanha, que é a de cuidar bem dos doentes idosos, para lhes assegurar qualidade de vida, para além de quantidade de vida, conseguindo disponibilizar serviços de saúde sustentáveis.”

Cumprido o internato do Ano Comum no então CH e Universitário de Coimbra, Gonçalo Sarmento optou por fazer a sua formação em MI no CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, tornando-se especialista em abril de 2018. Reconhece que



Gonçalo Sarmento: “O que todos queremos evitar é a institucionalização dos idosos”

“acabou por ser uma ótima escolha” a que fez porque quis o destino que, mais tarde, o seu orientador (o internista Agripino Oliveira) viesse a coordenar uma Unidade de Orto geriatria no Hospital Eduardo Santos Silva, em VNG, e uma enfermaria dedicada à Geriatria em Espinho.

“Tive a sorte de participar em todo esse processo de criação da Unidade, como interno da equipa, reacendendo em mim, digamos assim, ainda com mais vigor, a chama da Geriatria!”, exclama o nosso entrevistado. No entanto, por razões alheias à sua vontade, acabou por não ficar colocado em VNG, tendo vindo

a integrar, já como internista, o CH de Entre Douro e Vouga, hoje em dia uma unidade local de saúde.

## A oportunidade de criar um novo projeto na área da Geriatria

Gonçalo Sarmento constatou então que o Hospital de Oliveira de Azeméis, uma das três unidades que constituem a atual ULS de Entre Douro e Vouga, estava bastante desaproveitado: “Tinha umas camas ocupadas com casos sociais, cuja lotação nem sequer estava esgotada, e a medicina não era exercida na sua melhor performance, porque muitos dos internados eram doentes crónicos a aguardar colocação em unidades de Cuidados Continuados e lares. Pensei então que no futuro, que seria com certeza longínquo!, poderia surgir a oportunidade de lançar ali um projeto na área da Geriatria.”

Entretanto, eis que surge a pandemia de covid-19, com a atribuição a Gonçalo Sarmento a responsabilidade de coordenar a unidade dedicada a esses doentes e que foi aberta no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira. Ficaria a gerir 150 camas e mais de 30 médicos, com a promessa do diretor clínico de que, ultrapassada a fase crítica que se estava a viver, haveria de lhe pedir que elaborasse o tal projeto no campo da Geriatria.

O projeto em causa ganhou corpo ainda em 2021, com o seu autor a inspirar-se em vários modelos que teve oportunidade de conhecer em Espanha, enquanto estudava Medicina em Santiago de Compostela, analisando igualmente o que de bom se fazia, nesta matéria, no Reino Unido e no Canadá, e sem esquecer a experiência que adquirira aqun-

do da criação da Unidade de Orto geriatria de Gaia/Espinho.

“O objetivo foi procurar adaptar as melhores características desses modelos à nossa realidade, considerando que a abertura e manutenção de uma estrutura destas nunca deixa de ser um processo dinâmico, em que é sempre necessário ir superando as barreiras que vão surgindo”, afirma Gonçalo Sarmento.

Oficiosamente aberto desde 4 de junho passado, o denominado Centro Geriátrico de Oliveira de Azeméis possui 36 camas, 6 das quais disponibilizadas para doentes ortogerátricos alvo de intervenção cirúrgica após fratura do colo do fémur. “Os restantes 30 apresentam doença aguda, sendo submetidos a uma abordagem geriátrica global desde o momento em que são avaliados”, explica o coordenador do Centro, especificando:

“Um doente que seja internado, por exemplo, com uma pneumonia, logo no primeiro dia, é avaliado por várias valências, como a Assistência Social, a Nutrição, a MFR, a Fisioterapia e a Enfermagem de Reabilitação, desenhando-se de imediato um plano multidisciplinar individual.”

“O que nós sabemos é que um em cada cinco doentes com mais de 75 anos internado, nomeadamente, com uma pneumonia ou uma insuficiência cardíaca acaba por condicionar, de alguma forma, a sua independência. É, por isso, fundamental que se procure salvaguardar a autonomia destes idosos e evitar a deterioração da sua capacidade cognitiva, porque esses dois fatores vão ser fundamentais no que respeita a prevenir aquilo que todos queremos evitar, que é serem institucionalizados”, frisa Gonçalo Sarmento.



## “Aprender é o mais importante”

Gonçalo Sarmento, que tem a competência em Geriatria, atribuída pelo respetivo Colégio da Ordem dos Médicos, começou a frequentar reuniões na área da Geriatria, sobretudo internacionais, ainda durante o internato de MI. Entretanto, tem participado nas atividades do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI.

Recentemente, surgiu o convite para fazer parte do Secretariado do NEGERMI no atual mandato de Sofia Duque como coordenadora e logo a se-

guir foi-lhe solicitado que disponibilizasse o seu apoio – em conjunto com Pedro Madeira Marques – na organização da 7.ª Reunião do Núcleo.

“Nós os três intervimos bastante, como é óbvio, na elaboração do Programa do evento, mas os restantes elementos do Secretariado também apresentaram sugestões muito válidas. Espero que as pessoas considerem o programa atrativo, que desfrutem das sessões e, sobretudo, possam aprender, que é o mais importante”, refere Gonçalo Sarmento.



Aceda ao Jornal da 7.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria clicando na capa.

# 6.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular

Peniche, 6-7 de dezembro 2024

**Uma das metas de Patrícia Vasconcelos para 2025 é concretizar a criação na ULS de Amadora-Sintra, a instituição onde trabalha, de uma Consulta de Prevenção e Risco Vascular multidisciplinar e integrada. A médica presidiu à 6.ª Reunião do NEPRV, um dos núcleos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que registou mais de duas centenas de participantes.**

A internista, que integra a equipa do Serviço de Medicina III do Hospital Fernando Fonseca (HFF), falou à *Just News* na sequência da última Reunião do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular da SPMI, que se realizou no passado dia 7 de dezembro, em Peniche.

Patrícia Vasconcelos, que é a representante sul do NEPRV, refere que a abertura dessa consulta “é um sonho antigo que tem vindo a ser protelado”, acreditando estarem agora reunidas as condições necessárias para que o mesmo se venha a concretizar.

Dirigida a doenças multifatoriais, este tipo de consulta “exige uma intervenção multidisciplinar”, envolvendo internistas e/ou cardiologistas e incorporando profissionais de outras áreas, como a Enfermagem, a Nutrição, a Psicologia e a Medicina Física e de Reabilitação, esclarece Patrícia Vasconcelos.

A especialista em MI considera que “a consulta deve oferecer uma jornada linear, de forma a evitar que o doente



vasculares, como o ecodoppler dos vasos do pescoço”.

Sendo “logisticamente muito difícil viabilizar esta consulta no HFF”, é com ansiedade que se aguarda a inauguração do novo Hospital de Sintra, que “disponibilizará o espaço físico necessário”.



Patrícia Vasconcelos

lar, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e tromboembolismo venoso foram, em mais esta edição da Reunião do NEPRV, os “hot topics” em debate. Os palestrantes são convidados a selecionar dois artigos que durante o ano tenham tido grande impacto na prática clínica, para serem alvo de discussão “No fundo, abordamos fatores de risco e suas consequências”, sublinha Patrícia Vasconcelos, satisfeita com o êxito do encontro também ao nível do número de participantes, que ultrapassou as duas centenas, batendo as anteriores edições.

A Reunião contou com mais de duas centenas de participantes, ultrapassando a centena e meia que tem marcado as anteriores edições. “A verdade é que o evento tem vindo a crescer, fruto da recetividade dos profissionais a este modelo diferenciador”, refere.

Dado o carácter plural desta área, importa acrescentar que, habitualmente, a Comissão Organizadora estende o convite para integrar o programa cien-



Diana Fernandes, Patrícia Vasconcelos e Vitória Cunha



Fernando Martos Gonçalves e Francisco Araújo

percorra círculos labirínticos no hospital, o que, entre outros aspetos, contemplará o acesso privilegiado a determinados exames complementares de diagnóstico, nomeadamente exames



**“Abordamos fatores de risco e suas consequências”**

AVC, cardiopatia isquémica, diabetes mellitus, dislipidemia, fibrilação auricu-

**Patrícia Vasconcelos: “A verdade é que o evento tem vindo a crescer, fruto da recetividade dos profissionais a este modelo diferenciador.”**

tífico, enquanto palestrantes e moderadores, a colegas de diferentes núcleos de estudos da SPMI e até de outras sociedades, sendo disso exemplo o convite dirigido.

Foi esse o caso de Cristina Gavina, presidente eleita da Sociedade Portuguesa

(Continua na pág. 58)

(Continuação da pág. 57)

de Cardiologia, que entretanto tomou posse agora em abril, de Francisco Araújo, ex-coordenador do NEPRV e atual presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, e de Fernando Martos Gonçalves, presidente eleito da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, que assumiu o cargo em março.

Também Paula Freitas, presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, foi uma figura de relevo no evento, enquanto coordenadora do curso pré-reunião sobre obesidade, “um fator de risco importante para a doença aterosclerótica”.

Patrícia Vasconcelos afirma ter-se tratado de um evento “muito proveitoso, em termos formativos e de partilha de experiências entre os colegas”. Entre as sessões da manhã e da tarde, existiu um Corta Sabor Pós-Prandial, centrado no tema da inteligência artificial para médicos, que veio “mostrar como esta ferramenta pode ser muito útil aos clínicos, permitindo-lhes estabelecer verdadeiramente uma relação médico-doente”.



Cristina Gavina

a assistir à emissão não só de um relatório com a medicação prescrita, como também de tabelas com dicas de dieta e de atividade física, imediatamente após a consulta”. A Reunião incluiu ainda a apresentação de posters, que resultou na atribuição de um primeiro prémio e de duas menções honrosas.



Francisco Araújo e Anabela Raimundo

Na verdade, “ao auxiliar na elaboração do registo médico, esta ferramenta vai promover o olhar e a conversa com os doentes, enquanto até agora muito do nosso tempo é passado a olhar para o computador”.

Pensando mais além, no âmbito da prevenção e risco vascular, “poderemos vir



Comissão Organizadora da 6.ª Reunião do NEPRV: Joana Paulo, Daniela Madeira, Patrícia Mendes, Francisco Nóvoa, Vitória Cunha, Rogério Ferreira, Patrícia Vasconcelos (presidente), Rui Valente, Francisca Abecassis, Rodrigo Leão e Ana Tornada (ausente na foto)



**Apresentado mais um YearBook de Risco Vascular**

De referir que, durante a sessão de abertura, a coordenadora do NEPRV, Vitória Cunha, usou da palavra para recordar como “Pedro Marques da Sil-



va permitiu fundar este Núcleo, no final de 2015, juntando um grupo muito interessante de pessoas que tinham vontade de unir todas as áreas do risco



**Rogério Ferreira vai presidir à 7.ª Reunião do NEPRV**

Rogério Ferreira, da ULS de Coimbra, vai presidir à 7.ª Reunião do NEPRV, a decorrer em Peniche no próximo dia 13 de dezembro. O evento inclui um curso pré-Reunião, que se realiza na véspera, dia 12.

# 31.<sup>o</sup> congresso nacional de CNMI medicina interna

22-25  
MAIO  
2025

Convento de  
São Francisco,  
Coimbra



UMA  
LIÇÃO  
DE FUTURO  
E TRADIÇÃO

Organização



Apoio institucional



Agência oficial

