Publicações
justNews

LIVE MEDICINA INTERNA

ESPECIAL 10 ANOS NEIC SPMI

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
SETEMBRO 2025 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT
PublicaçãoHíbrida

SPMI NEIC NÚCLEO DE ESTUDOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

UMA EQUIPA UNIDA E MOTIVADA QUE FOI CRESCENDO DESDE 2015

NÓS SOMOS MULTIDISCIPLINARES

Jornal Médico é agora também o Jornal Oficial das Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar, partilhado mensalmente com a comunidade de

5563* internos e especialistas de MGF

que já participaram, até agora, no evento anual mais mobilizador e de maior notoriedade em Portugal na área dos Cuidados de Saúde Primários.

* Número acumulado desde 2019 e atingido em março de 2025, sendo, obviamente, atualizado a cada nova edição das Jornadas.

Publicações justNews
www.justnews.pt
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS

Jornal Oficial Jornadas Multidisciplinares de MGF

JORNAL MÉDICO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Setembro 2025
Ano XIII • Número 138 • 3 euros
Publicação Periódica

JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VIII JORNADAS
19-21 MARÇO 2026
SHERATON PORTO HOTEL

NEIC-SPMI 2015-2025

10 ANOS de atividade

Com esta edição especial da LIVE Medicina Interna, *pretende-se assinalar a criação, há 10 anos, do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, aproveitando-se a sua VI Reunião (Coimbra, 27 de setembro) para o fazer. Esta publicação inclui, nomeadamente, artigos assinados pelos elementos da Coordenação/Secretariado do NEIC-SPMI, bem como um conjunto de textos que resumem algumas das comunicações apresentadas no evento... onde não vai faltar o bolo de aniversário!*

Foto da capa

Os seis elementos da 1.ª Coordenação/Secretariado do Núcleo, fotografados em 2018, durante a I Reunião do NEIC: César Lourenço, Pedro Moraes Sarmento, Inês Araújo, Joana Pimenta, Paulo Bettencourt e Irene Marques

Se ainda não viu, pode ver agora o *Jornal Médico* de setembro 2025

As Reuniões anteriores

I 29 set 2018
Fund. António Cupert. Miranda, Porto

II 12 out 2019
Hotel Ipanema Park, Porto

III 9 abr 2022
Fund. António Cupert. Miranda, Porto

IV 17 jun 2023
Hotel Crowne Plaza, Porto

V 28 set 2024
Hotel Crowne Plaza, Porto

Coordenação/ /Secretariado do NEIC-SPMI 2024-2026

Coordenadora
Irene Marques
Coordenador adjunto
Pedro Moraes Sarmento
Secretariado
Ana Nascimento
César Lourenço
Inês Araújo
Joana Pimenta
Luís Ramos dos Santos
Patrícia Dias
Pedro Bento Carreira
Vanessa Novais de Carvalho

LIVE Medicina Interna Especial 10 Anos NEIC-SPMI
Diretor: José Alberto Soares ***LIVE Medicina Interna Especial 10 Anos NEIC-SPMI*** é uma publicação da *Just News*, editada em setembro de 2025 e dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A. **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 justNews

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

O legado do NEIC: conectar e diferenciar internistas

A insuficiência cardíaca (IC) é uma constante na vida de um internista e em todos os contextos da sua atividade assistencial: Urgência, Internamento, Consulta Externa e Hospital de Dia. Alguns de nós sentem a urgência de fazer algo mais pelos doentes com IC com que nos cruzamos diariamente. No Hospital de Santo António, colaborei na criação do GEstIC, a nossa clínica multidisciplinar de IC, onde tenho tido a oportunidade de crescer e de coordenar uma equipa multiprofissional.

Ainda que a vontade e trabalho pessoal sejam muito importantes para as conquistas locais, o alcance e impacto do que fazemos é bem maior quando nos ligamos em rede, com outros como nós. A criação do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (NEIC) da Sociedade de Medicina Interna (SPMI) foi um marco para a valorização da IC e da Medicina Interna em Portugal. O Prof. Paulo Bettencourt teve essa visão e a ele devemos a criação do NEIC em 2015. No convite à adesão de novos sócios escreveu: "A participação de todos é importante para que este Grupo possa ter um papel relevante no panorama nacional e europeu da IC."

A criação do NEIC-SPMI foi um marco para a valorização da IC e da Medicina Interna em Portugal.

Foi o primeiro coordenador do NEIC, convidando um grupo de cinco internistas de todo o país para o primeiro Secretariado, onde gentilmente me incluiu. Impulsionou o Registo Português de IC (REPICA), firmado em 2019 e resultante da parceria entre o NEIC-SPMI e o Grupo de Estudos de IC (GEIC) da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Em 2021, publicámos a "*Checklist* para a pré-alta de internamento por insuficiência cardíaca", uma referência para a gestão do doente internado por IC.

Irene Marques
Coordenadora do GEstIC, Serviço de MI da ULS de Santo António. Coordenadora do NEIC-SPMI

Ainda nesse ano, a sua morte prematura abalou-nos, mas uniu-nos também na demanda pelo objetivo traçado. A Prof.ª Joana Pimenta foi o elo mais forte nessa altura, garantindo a continuidade e o crescimento do NEIC. Tive a honra de a ajudar na sua vigência enquanto coordenadora, entre 2021 e 2024.

Neste percurso, em novembro de 2024 assumi o meu papel como coordenadora do NEIC de forma natural, com a motivação de fazer crescer o Núcleo e o seu impacto na vida de doentes e profissionais unidos pela IC. Ao longo dos anos, a equipa do Secretariado foi crescendo também, acrescentando novos elementos aos fundadores e com maior representação do Continente e Ilhas. Somos agora dez, uma equipa unida e motivada, ansiando por chegar mais longe e com um plano de ação ambicioso para o mandato 2024-2026.

Desde 2018, organizámos vários cursos sobre IC, colaborámos em projetos com outros núcleos da SPMI, com internistas espanhóis e europeus, e com a Associação de Apoio aos Doentes com IC (AADIC). Participámos ainda em diversas publicações e documentos de consenso em coautoria com cardiologistas e médicos de família, promovendo a criação de equipas multidisciplinares para a gestão e melhoria dos cuidados prestados aos doentes com IC em Portugal.

Este ano, o NEIC celebra o seu 10.º aniversário, que será comemorado na sua VI Reunião, a decorrer em 27 de setembro, em Coimbra. Com o mote "No centro da evidência", pretendemos partilhar a mais recente evidência científica em todo o espectro da IC. Na véspera, teremos a primeira edição do curso ECO-ACUA (ECOgrafia na Avaliação da Congestão na insUficiência cArdíaca).

Durante a Reunião será apresentada a proposta para certificação de programas estruturados de organização e gestão da insuficiência cardíaca (PRESTIGE-IC) pelo NEIC-SPMI, à qual se poderão candidatar todos os serviços de Medicina Interna portugueses. Com esta certificação esperamos promover a criação desse tipo de programas em todos os hospitais, a normalização dos estágios de IC, a investigação clínica nesta área e a adesão ao REPICA.

Enquanto coordenadora, espero contribuir para o crescimento do que é já o legado do NEIC: uma rede de internistas conectados e diferenciados em IC. Acredito que em equipa somos mais fortes, estamos mais bem preparados e somos capazes de feitos extraordinários.

Acredito que em equipa somos mais fortes, estamos mais bem preparados e somos capazes de feitos extraordinários.

Quando o gosto e a oportunidade se conjugam

Muitas das opções que tomamos na vida baseiam-se em dois fatores: gosto e oportunidade – quando os dois se conjugam, podemos conseguir momentos de genuína satisfação e realização.

Assim foi a minha entrada no mundo da insuficiência cardíaca. Terminado o curso na FMUP, faculdade com grande tradição no ensino da Cardiologia e da IC, em particular, iniciei a minha carreira médica no Serviço de Medicina Interna do Hospital de S. João. Na altura, na Medicina 3, surgia o "embrião" de uma das primeiras consultas dedicadas à IC realizada por internistas, liderada pelo Prof. Doutor António Ferreira e Prof. Doutor Paulo Bettencourt.

A oportunidade que me deram de integrar este projeto, desde o Internato Geral, potenciou o meu gosto por esta patologia e definiu, em grande medida, o meu trajeto clínico e académico durante os mais de 20 anos que se seguiram.

A "Consulta de IC", pela mão dos seus mentores, foi um grupo de intensa atividade clínica e científica, onde se desfrutava de um genuíno prazer no seguimento dos doentes com IC – sempre com uma perspetiva integral e centrada no doente – e na produção de novo saber, pela investigação clínica.

O pioneirismo na organização de cuidados aos doentes com IC no âmbito da MI, a excelência clínica e o prestígio científico que atingiu, levaram a que o Prof. Doutor Paulo Bettencourt fosse o líder natural da proposta de criação do Núcleo de Estudos de IC da SPMI, em 2015. A sua proposta e liderança foram rapidamente abraçadas pela comunidade de internistas que se dedicava a essa área, na altura claramente subdimensionada em relação ao grande número de doentes e ao papel que a MI tem na sua abordagem. Também neste momento, tive a feliz oportunidade de participar na criação e desenvolvimento do NEIC e de contribuir

Joana Pimenta
Assist. hospitalar graduada sénior de MI, ULS de Gaia-Espinho. Prof.ª associada convidada, Departamento de Medicina da FMUP.
Ex-coordenadora do NEIC-SPMI

para a promoção da formação e capacitação dos internistas nesta área central da sua atuação.

Desde então, organizámos múltiplos eventos formativos de cariz diverso, desenvolvemos e estimulámos a produção científica na área da IC, colaborámos com múltiplas instituições e sociedades científicas nacionais e internacionais e promovemos a literacia dos doentes e da população em geral no que respeita à IC e saúde cardiovascular.

Em Setembro de 2021 vimo-nos privados, súbita e brutalmente, do nosso coordenador e fundador do Núcleo, o Prof Paulo Bettencourt. Foi uma perda irreparável para nós, seus amigos e membros do Secretariado do NEIC, mas também para toda a comunidade da IC em Portugal, que muito beneficiou do seu conhecimento e dinamismo. Perdura, porém, o seu impressionante legado, que orgulhosamente procuramos desenvolver. Nesse sentido, assumi a coordenação do NEIC nos dois mandatos subsequentes, até 2024, mantendo-me até hoje como membro do seu Secretariado.

Nestes 10 anos, milhares de doentes com IC beneficiaram de avaliação e seguimento por internistas progressivamente mais capacitados.

Nestes 10 anos, milhares de doentes com IC beneficiaram de avaliação e seguimento por internistas progressivamente mais capacitados, com sólida formação e cada vez mais organizados em estruturas multidisciplinares, que abarcam cuidados urgentes e programados, hospitalares e domiciliários. Esta abordagem multidisciplinar e de genuína cooperação interpares, centrada nos doentes e não fragmentada em múltiplas estruturas independentes, de diferentes especialidades ou grupos profissionais, é crucial para que continuemos no caminho de uma gestão eficiente, de proximidade, que aporta real valor aos nossos doentes e motiva e fortalece as equipas clínicas. Que nos próximos 10 anos, como até aqui, o NEIC continue a contribuir positiva e ativamente para desbravar este caminho.

Insuficiência cardíaca e Medicina Interna: e porque não?

Foi, sem dúvida, a insuficiência cardíaca que me fez optar pela Medicina Interna. Durante uma urgência no Hospital de São Francisco, ainda no último ano do estágio de Policlínico (atual Ano Comum), a frustração de perceber que um edema agudo do pulmão de difícil controlo numa idosa não era uma asma cardíaca e a frustração de perceber que um quadro de edemas dos membros inferiores num diabético com os seus 60 anos, já com flitenas a drenarem líquido seroso, não era uma insuficiência venosa profunda fizeram crescer em mim o desafio de perceber o que era esta síndrome que causava quadros tão distintos. Tive o privilégio de me juntar à equipa da Professora Fátima Ceia, sob a tutela da Professora Cândida Fonseca como orientadora do estágio de MI.

Estávamos no início do novo milénio, em 2000. Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (iECA), na sequência dos estudos SOLVD e CONSENSUS, associados aos diuréticos e à digoxina, eram o único tratamento recomendado para os doentes com IC com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo. A espironolactona ainda dava os primeiros passos após a publicação dos resultados do estudo RALES, em 1999: o receio de induzir hipercaliemia não era desprezável. Os betabloqueantes estavam a ganhar reconhecimento junto de uma comunidade científica que durante perto

Em 2002, as primeiras recomendações para a abordagem e tratamento da IC, publicadas em 1995, eram revistas e atualizadas.

Pedro Moraes Sarmento
Equipa de Insuficiência Cardíaca, Hospital de Dia de IC, Serviço de MI, Hospital da Luz Lisboa. Coord. adjunto do NEIC-SPMI

de duas décadas ouvira que os mesmos eram contraindicados nesta síndrome.

Em 2002, as primeiras recomendações para a abordagem e tratamento da IC, publicadas em 1995, eram revistas e atualizadas. Os betabloqueantes, impulsionados pelos resultados dos estudos CIBIS e COMET, formavam com os iECA a pedra basilar da IC com fração de ejeção reduzida (FEr), a espironolactona, os antagonistas dos recetores da angiotensina II, a digoxina e os diuréticos completavam o armamento terapêutico de então.

A IC sem disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, pela primeira vez denominada de IC com fração de ejeção preservada (FEp), era reconhecida, com uma prevalência de 20 a 40% dos doentes com IC. A ICFEp era tipicamente representada por uma mulher idosa e hipertensa e o tratamento limitava-se (e limitar-se-ia por muitos anos...) ao controlo da congestão e das comorbilidades associadas. Os péptidos natriuréticos surgiam como um método laboratorial com potencial para diagnosticar a elevação das pressões intraventriculares.

Seguiram-se anos de intensa investigação, que consolidaram os antagonistas dos recetores dos mineralocorticoides (ARM), a ivabradina, a ressincronização cardíaca e os desfibrilhadores implantáveis como a terapêutica modificadora de prognóstico da ICFEr. Muitas terapêuticas que aparentavam ser promissoras foram ficando pelo caminho e isto foi sobretudo verdade na procura por um tratamento modificador de prognóstico na ICFEp, onde as tentativas de replicar o sucesso do bloqueio neuro-hormonal observado no tratamento da disfunção sistólica falhavam umas a seguir às outras.

Foi preciso esperar mais de uma década para assistirmos novamente a um relevante progresso no tratamento da ICFEr: a descoberta de dois novos alvos terapêuticos. Em 2014, a ativação do sistema dos péptidos natriuréticos com o sacubitril, inibidor da neprilisina, e, em 2017, a inibição do cotransportador sódio-glucose 2 (iSGLT2) com a dapagliflozina e a empagliflozina consolidaram o que hoje denominamos dos 4 pilares da terapêutica modificadora da ICFEr. Assistimos desde então a uma impressionante melhoria do prognóstico dos doentes com este fenótipo de IC.

Mas um quarto de século passado desde a publicação das primeiras recomendações para o diagnóstico e tratamento da IC, o internamento de MI enfrentava um problema incontornável: a ICFEp invadia as enfermarias, tornando-se na principal causa de admissões em adultos com mais de 65 anos. Ciente desde cedo deste problema, e com o propósito de dinamizar na MI a abordagem da IC, o Professor Paulo Bettencourt funda, em 2015, o Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Este Núcleo de Estudos, ao qual me junto desde a primeira hora, enceta então, até aos dias de hoje, a promoção do ensino e a diferenciação no diagnóstico e tratamento da IC no seio

(Continua na pág. 8)

(Continuação da pág. 7)

da MI e colaborando de perto com o seu homólogo da Sociedade Portuguesa de Cardiologia em inúmeras iniciativas.

Este Núcleo de Estudos enceta, até aos dias de hoje, a promoção do ensino e a diferenciação no diagnóstico e tratamento da IC no seio da MI.

Finalmente, em 2021 e 2022, surge uma luz ao fundo do túnel com a demonstração de um primeiro tratamento modificador de prognóstico na ICFEp: os iSGLT2, a dapagliflozina e a empagliflozina, partilhando assim um mesmo tratamento modificador de prognóstico da FEr. Em 2024, um ARM não esteroide, a finerenona, vem reforçar as opções de tratamento deste fenótipo de IC.

Em 2024, cai igualmente um mito. Os resultados do estudo PORTHOS expõem, numa magnitude inesperada, uma realidade latente que se suspeitava: na população portuguesa com mais de 50 anos, a prevalência da ICFEp é esmagadoramente superior à da ICFEr, 15.22% contra 1.32%, respetivamente. Este é hoje o desafio que a MI tem que enfrentar e como internista é, igualmente, o meu desafio para os próximos anos.

Assim, se hoje me voltassem a perguntar: "Queres vir para Medicina Interna e trabalhar em insuficiência cardíaca?"; não duvido que a minha resposta voltaria a ser: "E porque não?".

UMA HOMENAGEM DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (NEIC) DA SPMI AO SEU FUNDADOR E COORDENADOR

Paulo Bettencourt: um médico respeitado e amado por todos

SPMI NEIC NÚCLEO DE ESTUDOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Artigo de homenagem a Paulo Bettencourt, da autoria do NEIC-SPMI e originalmente publicado na edição da *LIVE Medicina Interna* de set-dez 2021, na sequência do seu falecimento.

O Prof. Paulo Bettencourt teve um percurso de vida que traduz a essência do ser médico na sua plenitude.

Devotou o seu vasto conhecimento científico e técnico a uma prática clínica intensa, cultivando um profundo sentido de compaixão e empatia para com os seus doentes, que o prezaram sempre muito.

Dono de imensa curiosidade e criatividade, e desfrutando de um genuíno prazer na produção de novo saber e na investigação clínica, construiu uma sólida carreira científica e académica, alicerçada numa produção científica de elevada qualidade, numa área que lhe era cara e em que adquiriu grande prestígio, a insuficiência cardíaca. Foi pioneiro em Portugal na criação de uma consulta dessa área num serviço de Medicina Interna, que se tornou um centro de reconhecido mérito, no seio do qual se acompanharam e investigaram milhares de doentes e se formaram muitos internistas.

Era pessoa de construir, focado no essencial e no que permite evoluir, com pouco interesse pelo acessório e irrelevante. A sua dimensão humana traduz-se na vasta, eclética e fiel rede de amigos, colegas e até doentes, de diferentes proveniências, idades, formações e posições, que foi elaborando ao longo da vida.

Foi um excelente formador e professor, um verdadeiro Mestre, exigente, mas atento e generoso, tolerante, mas crítico e sem dar margem para displicência, que guiou muitos de nós pelos caminhos da Medicina e da Ciência e, até, da vida. Tivemos sempre o seu apoio, dado na justa medida em que dele necessitávamos, permitindo-nos crescer, sabendo que o teríamos sempre por perto para um conselho, uma opinião, uma discussão estimulante, o prazer do confronto vivo de ideias.

Faltou-nos abrupta e precocemente e essa falta será muito sentida por todos quantos beneficiámos da sua amizade, do seu saber, experiência e brilhantismo.

Perdurará, porém, o seu impressionante legado e a indelével impressão que em nós deixou.

Um investigador e clínico de grande prestígio internacional

Paulo Miguel Bettencourt Sardinha e Pontes Fernando nasceu na freguesia de Santo Ildefonso, no Porto, a 12 de março de 1965, segundo filho de João Fernando, advogado, e Margarida Sardinha, professora. Passou os primeiros tempos da sua vida em Vila Nova de Cerveira, em cujo cartório o pai trabalhava. Pouco tempo depois, a família mudou-se para a Póvoa de Varzim, onde assentou arraiais. Aí viveu, estudou, na Escola Secundária Eça de Queirós, criou amizades e laços afetivos que perduraram para a vida.

Inteligente e estudioso, uma característica que manteve até ao dia da sua morte, facilmente conseguiu ingressar na mais concorrida escola médica do tempo – a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Ainda enquanto aluno, foi monitor e, depois, assistente convidado de Anatomia da mesma faculdade.

Concluiu os estudos médicos em 1989 e, dois anos depois, o Internato Geral no Hospital de São João. No mesmo hospital, no Serviço de Medicina 3, sob orientação da Dr.ª Rosário Capucho, tornou-se especialista de Medicina Interna, em 1996. No último ano do internato, integrou a Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular do Porto (Unidade n.º 51/94 da FCT), onde dirigiu a "Clinical Research in Cardiovascular Diseases".

Doutorou-se em Medicina em 2001, na FMUP, tendo como orientador o Professor Doutor Mário Cerqueira Gomes. A tese, pioneira, abordou o valor dos peptídeos natriuréticos na insuficiência cardíaca, tema no qual se transformou em investigador de grande prestígio internacional.

Publicou mais de 300 artigos científicos em revistas indexadas, com *peer review* e considerável impacto internacional. Com 6328 citações, atingiu um índice H de 41, uma marca extraordinária na área da investigação clínica. Uma das suas publicações, na *Circulation*, foi citada, até ao momento, 831 vezes, sendo que 14 outras foram citadas mais de 100 vezes, e 35 mais de 50 vezes.

Foi autor de mais de 900 comunicações em reuniões científicas nacionais e internacionais e palestrante convidado de mais de vinte reuniões científicas internacionais, realizadas em Portugal e no estrangeiro, nomeadamente, em Berlim, Salvador da Bahia, Creta, Dresden, Barcelona, Vancouver, Jakarta, Chicago, Madrid, Zaragoza, Oviedo, Valência e Shenzhen.

Colaborou em projetos de investigação com várias instituições estrangeiras, como a Universidade de Zaragoza, o Amesterdam Academic Center e a Harvard University/Massachusetts General Hospital.

Soma-se o seu papel enquanto revisor de muitas revistas nacionais e internacionais, entre as quais: *American Heart Journal, American Journal of Cardiology, American Journal of Medicine, Canadian Journal of Cardiology, Cardiology, Circulation, Circulation Heart Failure, Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, European Heart Journal, European Journal of Heart Failure, Expert Opinion on Biological Therapies, Journal of the American College of Cardiology, Journal of the American College of Cardiology – Heart Failure, Journal of General Internal Medicine, Heart, International Journal of Cardiology, Italian Journal of Cardiology, Revista Portuguesa de Cardiologia e Arquivos de Medicina.*

Internista de grande notoriedade, autoridade e influência, foi assistente graduado sénior e diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital de São João e, posteriormente, CHSJ, durante dez anos, bem como presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica, adjunto da Direção Clínica e membro de várias comissões e grupos de trabalho.

Foi professor associado com agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, regente da unidade curricular de Semiótica, posteriormente professor catedrático convidado, membro do Conselho Executivo, do Conselho Científico do Curso Doutoral em Ciências Cardiovasculares, do Conselho Pedagógico e da Comissão Científica do Curso de Mestrado Integrado.

Orientou 12 teses de doutoramento e participou em vinte júris de doutoramento (seis como arguente), em várias universidades portuguesas, espanholas (como presidente do júri) e holandesas.

Foi avaliador da Fundação para a Ciência e Tecnologia na área das Ciências da Saúde, consultor do Ministério da Saúde holandês para o programa de financiamento de projetos de investigação clínica e da Agence Nationale pour la Recherche.

Ocupou, ainda, vários cargos junto de entidades de Saúde, enquanto perito do Infarmed, membro da Comissão de Boas Práticas Clínicas da DGS/OM, presidente da Comissão Científica da ARS Norte, fundador e coordenador do NEIC da SPMI, perito da Comissão para a Organização de Cuidados de Saúde a Doentes com IC do Ministério da Saúde. Em 2016, transferiu-se para o Hospital CUF Porto, para coordenar a Unidade de Medicina Interna.

Faleceu a 4 de setembro de 2021, com 56 anos.

As suas excecionais qualidades humanas, a entrega e dedicação aos seus doentes e o seu altruísmo, a sua afabilidade e cortesia, juntamente com a sua extraordinária competência e cultura médicas, transformaram-no num médico respeitado e amado por todos, doentes e colegas.

Muito lhe devemos no que respeita ao reconhecimento da Medicina Interna como a especialidade de eleição para a gestão da insuficiência cardíaca. Foram inúmeras as atividades científicas que dinamizou neste âmbito, sempre com uma imensa motivação e entusiasmo. Não há dúvida de que o seu nome ficará eternamente ligado à IC e que muito teria ainda a acrescentar às nossas vidas. O seu desaparecimento do convívio dos vivos deixa uma profunda consternação na sociedade e nos mundos académico, científico e médico.

Uma década de compromisso e inovação na IC: o papel da Bayer Portugal

A insuficiência cardíaca continua a ser um desafio significativo na medicina, afetando mais de 64 milhões de pessoas em todo o mundo. Com a previsão de aumento deste número, devido ao envelhecimento da população, é crucial que continuemos a inovar e a desenvolver soluções eficazes para melhorar os resultados clínicos dos doentes. Neste contexto, celebramos com entusiasmo os 10 anos do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que tem sido essencial na promoção de melhores práticas e da investigação nesta área.

A IC apresenta uma incidência crescente e uma mortalidade a cinco anos superior a 50%. Os desafios na sua gestão incluem hospitalizações frequentes e um impacto significativo na qualidade de vida (QOL) dos doentes, além da necessidade de estratégias eficazes de prevenção e tratamento.

Na Bayer, estamos comprometidos em enfrentar este desafio com inovação. O Verquvo, um dos nossos medicamentos, é um inibidor da guanilato ciclase solúvel (sGC) que demonstrou reduzir a hospitalização por IC, oferecendo esperança renovada aos doentes. Este avanço é crucial para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir a carga sobre os sistemas de saúde.

Outra inovação terapêutica importante é o Kerendia, um antagonista dos recetores mineralocorticoides não esteroide, tem mostrado eficácia e segurança na redução do risco de hospitalização por IC e de novos diagnósticos de IC em doentes com DRC e DT2. Esta abordagem integrada é fundamental para abordar condições interligadas que impactam a saúde cardiovascular.

Olhando para o futuro, estamos entusiasmados com a comercialização do Beyonttra, uma nova terapêutica que promete impactar o tratamento da miocardiopatia amiloide por transtirretina. Acreditamos que esta inovação poderá

Daniel Gaio Simões
Country head Bayer Portugal

representar uma alternativa terapêutica importante, otimizando os resultados clínicos e o acesso a estas terapias por um maior número de doentes.

A Bayer está firmemente comprometida em colaborar com profissionais de saúde, investigadores e instituições para impulsionar a pesquisa e a inovação na área da IC. Esta colaboração é fundamental para garantir que os doentes tenham acesso às melhores opções de tratamento disponíveis, permitindo-lhes viver vidas mais longas e saudáveis.

O panorama é promissor, com dois programas de desenvolvimento clínico de terapias génica e celular dirigidas à IC.

Num horizonte mais alargado, o panorama é também promissor, com dois programas de desenvolvimento clínico de terapias génica e celular dirigidas à IC, com o potencial para revolucionar o tratamento destes doentes.

Além disso, a Bayer empenha-se em promover a educação contínua e a partilha de conhecimento entre os profissionais de saúde. Acreditamos que, ao investir em programas de formação e em eventos científicos, podemos contribuir para uma melhor compreensão e gestão da IC, beneficiando assim os doentes em todo o país.

Acreditamos que, ao investir em programas de formação e em eventos científicos, podemos contribuir para uma melhor compreensão e gestão da IC, beneficiando assim os doentes em todo o país.

Neste décimo aniversário do NEIC, congratulamo-nos com os progressos realizados e reafirmamos o nosso compromisso em continuar a investir na pesquisa e no desenvolvimento de soluções que melhorem a vida dos doentes. Juntos, podemos fazer a diferença na luta contra a IC.

Agradecemos a todos os profissionais de saúde que, diariamente, se dedicam a cuidar destes doentes. O vosso trabalho é fundamental e inspira-nos a continuar a nossa missão.

I REUNIÃO DO NEIC - PORTO, 29 DE SETEMBRO 2018

Organizar para melhor cuidar

A I Reunião do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI vai ter lugar no próximo dia 29 de setembro de 2018, na Fundação Cupertino Miranda, no Porto. Mas o evento começa com um Curso Pré-Reunião sobre Insuficiência Cardíaca, que será a replicação do que teve lugar no 24.º CNMI.

Face ao *feedback* muito positivo deste curso, no Algarve, foi tomada a decisão de o voltarmos a organizar, nesta primeira reunião do Núcleo. Mais uma vez, pretendemos focar-nos nos conhecimentos mais atualizados nesta área da saúde, não descurando a troca de ideias e experiências entre colegas dos vários pontos do país.

De referir que, no Porto, o evento não se destina apenas a internistas e internos de formação específica de Medicina Interna, mas também a médicos de Medicina Geral e Familiar e internos desta última especialidade, face à importância que os colegas dos cuidados de saúde primários têm quer no diagnóstico precoce, quer na referenciação e até no acompanhamento e interligação com os serviços de Medicina Interna.

Relativamente a esta nossa primeira reunião – que poderá vir a ser anual ou bianual –, podemos contar com um programa muito atrativo. A temática central é "Organizar para melhor cuidar".

Mais uma vez, queremos levar o conhecimento mais atual aos nossos colegas. No caso dos internistas, face à sua formação holística, que não se centra num único órgão, já se tem, por formação, *skills* para se poder tratar da melhor forma estes doentes.

Mas a formação de qualquer profissional de saúde deve ser contínua e é para isso que vamos organizar esta Reunião.

De realçar que, além da atualização de conhecimentos, vamos contar com a presença de responsáveis de consultas de Insuficiência Cardíaca, quer em hospitais centrais como periféricos. Desta forma, é possível criar sinergias, partilhar experiências, debater o que vai bem e menos bem e encontrar um eixo central que nos permita definir o circuito que mais se adequa às características desta patologia e destes doentes, para que tenham o melhor acompanhamento possível.

Paulo Bettencourt
Coordenador do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (NEIC) da SPMI

Aqui se reproduz o artigo que Paulo Bettencourt escreveu, na sua qualidade da coordenador do NEIC-SPMI, para a edição de jul-set 2018 da *LIVE Medicina Interna*, fazendo a antevisão da I Reunião do Núcleo.

Além da troca de ideias e experiências nacionais, vamos ainda contar com a presença da Sociedade Espanhola de Medicina Interna (SEMI) e de colegas internistas espanhóis, que vêm também mostrar o trabalho desenvolvido nos seus hospitais, para que, todos juntos, possamos otimizar a abordagem holística destes doentes.

Não podemos esquecer que o tratamento da insuficiência cardíaca não assenta única e exclusivamente na abordagem farmacológica, mas deve ainda incluir várias outras vertentes, tais como a psicossocial, a nutricional e a psicológica.

Não podemos esquecer que o tratamento da insuficiência cardíaca não assenta única e exclusivamente na abordagem farmacológica, mas deve ainda incluir várias outras vertentes, tais como a psicossocial, a nutricional e a psicológica.

Esta noção é fundamental, principalmente para os internistas que lidam, diariamente, com casos clínicos de insuficiência cardíaca, ou não fosse esta uma das patologias mais prevalentes dos nossos serviços. Face à complexidade desta doença, à sua gravidade e ao seu prognóstico nem sempre muito favorável, é preciso estar a par das novidades, mas também debater e partilhar ideias e experiências que podem fazer toda a diferença na prática clínica e, principalmente, na qualidade de vida destes doentes.

Contamos com a vossa presença!

I Reunião do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI

29 de setembro de 2018 - Fundação Copertino de Miranda, Porto

I Reunião do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI

Um caminho coletivo

Inês Araújo
Internista no Hospital São Francisco Xavier, ULS de Lisboa Ocidental. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

O meu interesse pela insuficiência cardíaca surgiu ainda durante a licenciatura, quando fui aluna do 6.º ano na instituição onde atualmente trabalho. Escolhi ser internista pela abordagem holística do doente, a gestão do doente complexo, a articulação com outras especialidades e a abrangência do diagnóstico, mas a eleição do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Francisco Xavier decorreu da sua estreita ligação à patologia cardíaca, nomeadamente a IC.

Sempre me fascinou a complexidade da síndrome, que não se resume a uma patologia cardíaca, mas que representa o ponto de convergência de múltiplas doenças crónicas, exigindo uma visão global do doente. A IC, um diagnóstico prevalente na população mais idosa, reforça a necessidade de olhar para a pessoa na sua totalidade, compreender as suas fragilidades, manejar múltiplos fármacos e antecipar/prevenir descompensações.

Foi neste contexto que, em 2015, já como assistente hospitalar, tive a possibilidade de integrar o, na altura, recém-criado Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (NEIC) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Desde o início, reconheci neste projeto uma oportunidade para promover a reflexão, a formação e a investigação em torno da IC, mas também para consolidar a identidade da MI como especialidade com um papel central nesta área e do internista como "gestor" do doente. O NEIC surgiu do entusiasmo de um grupo de internistas conceituados e motivados que partilhavam a convicção de que só uma abordagem transversal e colaborativa poderia melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos doentes.

Na minha instituição hospitalar, ULS de Lisboa Ocidental, a MI tem assumido um protagonismo crescente na gestão da IC. Atualmente, a nossa Clínica é reconhecida nacional e internacionalmente como de referência para o tratamento da síndrome. A diversidade clínica dos nossos doentes, frequentemente idosos, polimedicados e com múltiplas comorbilidades, faz com que o internista esteja particularmente preparado para coordenar cuidados.

Para além da gestão do episódio agudo de descompensação assegurada na nossa Unidade de Internamento ou no Hospital de Dia, torna-se cada vez mais clara a relevância do seguimento estruturado, da articulação com os Cuidados de Saúde Primários (nomeadamente através do projeto Elos da IC) e da implementação de programas de reabilitação e de transição de cuidados, em que o Hospital de Dia se afirma como elemento estruturante.

A abordagem da IC exige, inevitavelmente, um trabalho conjunto entre diferentes profissionais e especialidades. A colaboração entre Medicina Interna, Cardiologia, Nefrologia, Enfermagem, Medicina Geral e Familiar, Farmácia, Nutrição, Fisiatria e tantas outras áreas é determinante. Só assim é possível oferecer aos doentes um percurso assistencial coerente, com menos hospitalizações, maior adesão terapêutica e, consequentemente, melhor qualidade de vida.

Celebrar os 10 anos do NEIC é, por isso, celebrar um caminho coletivo. Nesta década, consolidámos conquistas relevantes, mas continua presente o desafio de responder ao envelhecimento populacional e ao peso crescente da IC. Continuar a investir em conhecimento, em redes de colaboração e em modelos de cuidados centrados no doente será sempre a melhor forma de honrar esta primeira década e preparar o futuro.

Dar foco à abordagem multidisciplinar

César Lourenço
Internista no Serviço de MI do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

Desde que comecei a especialidade que tenho um especial interesse na área da insuficiência cardíaca, mas foi com surpresa que recebi o convite do Prof. Paulo Bettencourt para integrar o novo Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI, uma vez que não tinha nenhuma obra ou algo organizado neste domínio. Disse-me que eram precisas pessoas novas – nas palavras dele: "Não podem ser sempre os mesmos." –, era necessário e urgente dar mais visibilidade ao problema e aumentar o *awareness* da IC, dentro da classe médica e não só.

Esse esforço tem pautado a atividade do NEIC ao longo destes anos, apesar de termos tido o infortúnio da perda súbita e precoce do seu fundador, Prof. Paulo Bettencourt, e termos passado pelo ocaso da pandemia covid.

A face mais visível do nosso trabalho têm sido as reuniões anuais do NEIC, em que procuramos estabelecer uma relação com os vários intervenientes nesta área e enaltecer a importância de uma abordagem integrada na gestão da patologia.

A IC quase nunca surge sozinha, é progressivamente mais prevalente na população mais idosa, em pessoas portadoras de múltiplas patologias, algumas das quais são, entre si, fatores de risco para IC ou podem estar na sua génese. É nesse sentido que o internista desempenha um papel fulcral na personalização de cuidados e no manejo da doença.

Nas reuniões anuais, temos tido a preocupação de envolver vários núcleos da SPMI, tendo em conta a abrangência do tema, e também temos contado com a presença e participação regular do Grupo de Estudos de IC da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Conseguimos criar pontes ibéricas com os colegas da SEMI (Sociedade Espanhola de Medicina Interna).

Damos anualmente foco à abordagem multidisciplinar, envolvendo várias especialidades, mas também outros profissionais de saúde, como enfermeiros e fisioterapeutas, e contamos, inclusive, com a participação de doentes (AADIC - Associação de Apoio aos Doentes com IC).

O primeiro grande trabalho de enfoque do NEIC foi a elaboração de uma *check-list* pré-alta de internamento por IC, que constitui uma ferramenta útil e sistematizada de rever o que foi feito ao longo do internamento, por forma a optimizar os cuidados. Agora, nesta VI Reunião, vamos falar do nosso novo grande projeto, a certificação de clínicas de IC no nosso país.

É importante referir que o trabalho do NEIC não se resume às reuniões anuais. Temos estimulado parcerias científicas, participado nos congressos nacionais e outras reuniões de núcleos, colaborado em documentos de consenso e estudos multicêntricos. Tem havido preocupação com a formação médica e, nesse sentido, foram realizadas várias formações da nossa responsabilidade. Além disso, temos difundido a relevância desta condição no terreno, nas festas de saúde, bem como em publicações generalistas e pelos *media*.

Sinto orgulho em pertencer a um Grupo tão dinâmico

Vanessa Novais de Carvalho
Internista no Hospital da Luz Setúbal e Hospital da Luz Lisboa. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

O meu interesse pela área cardiovascular surgiu cedo, ainda durante o curso de Medicina, e foi-se consolidando ao longo da formação. A participação em trabalhos com a equipa de Cardiologia, nomeadamente na miocardiopatia de Takotsubo e na síndrome de Marfan, deu-me uma base sólida e um fascínio duradouro pela insuficiência cardíaca. Em 2016, realizei um estágio dedicado à IC no Instituto do Coração (InCor), em São Paulo, um centro de referência mundial. A imersão em equipas altamente diferenciadas reforçou a ideia de que a IC exige conhecimento atualizado, experiência partilhada e uma forte interação entre especialidades.

Entre 2022 e 2024 frequentei, em Londres, a pós-graduação PCHF – *Postgraduate Course in Heart Failure*, com cunho da European Society of Cardiology, que me permitiu aprofundar competências ao longo de todo o espectro da IC: desde a avaliação diagnóstica e otimização terapêutica até às terapêuticas mais avançadas, gestão de comorbilidades e integração de cuidados. Além do conteúdo científico, o PCHF trouxe-me uma rede de colegas com quem continuo a discutir casos, a desenvolver projetos e a partilhar boas práticas.

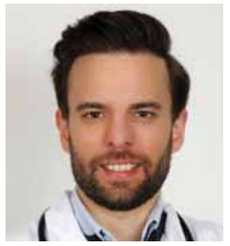
Integrei o NEIC-SPMI em 2021, com o entusiasmo de quem reconhece na Medicina Interna um papel estruturante na IC. Ao assinalarmos o 10.º aniversário do NEIC, sinto orgulho em pertencer a um grupo tão dinâmico, que promove projetos inovadores, impulsiona a discussão científica e reforça a sensibilização para o papel transversal da MI na IC, no hospital e na comunidade.

Na minha prática clínica, no Hospital da Luz Setúbal, a MI tem um papel central na trajetória do doente com IC: articula o período de internamento com o seguimento ambulatório, gere comorbilidades complexas e assegura a continuidade dos cuidados após a alta. No Hospital da Luz Lisboa integro a equipa do Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca, que possibilita seguimento regular e frequente, investigação etiológica e titulação rápida da terapêutica. Tem um modelo centrado no doente e na família, aposta na formação, na compreensão e adesão e no contacto direto e facilitado em caso de dúvida ou descompensação.

A IC é, indiscutivelmente, uma condição complexa, que exige uma abordagem multidisciplinar e integrada. É essencial articular esforços entre especialidades médicas e envolver equipas de enfermagem, farmácia, nutrição, reabilitação e psicologia. Esta teia colaborativa traduz-se em planos personalizados, prevenção de descompensações, melhoria do prognóstico e ganho em qualidade de vida.

Olho para o futuro com a mesma curiosidade, entusiasmo e motivação que me trouxeram até aqui. O compromisso que levo ao NEIC e à Medicina Interna é claro: cuidar melhor, juntos, de quem vive com insuficiência cardíaca.

O NEIC tem sido uma referência e uma inspiração



Luís Ramos dos Santos
Serviço de MI do SESARAM, Funchal. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

O interesse pela insuficiência cardíaca foi-me incutido desde cedo pela minha orientadora de formação durante o internato de Medicina Interna, na pessoa da Dr.ª Manuela Lélis. Este interesse refletiu-se no meu percurso como interno na realização de formação em IC na Unidade de IC do Hospital São Francisco Xavier, coordenada pela Prof.ª Cândida Fonseca, e onde tive ainda oportunidade de trabalhar com a futura colega do NEIC, a Dr.ª Inês Araújo.

Foram colegas de referência que deixaram uma marca indelével no meu percurso, que culminou num convite para integrar o NEIC no final de 2022 e na vontade de melhorar a gestão da IC na Região Autónoma da Madeira (RAM).

Com efeito, a MI no Serviço de Saúde da RAM (SESARAM) é responsável pela gestão de grande parte dos casos de IC, quer seja no Serviço de Urgência ou no Internamento. Esta especialidade torna-se particularmente relevante em casos de IC em doentes mais idosos/frágeis e com patologia cardíaca sem indicação para intervenções invasivas pela Cardiologia.

Atendendo à prevalência desta patologia (que se estima ser de 13,3% acima dos 70 anos na RAM), é incontornável que a MI tenha um papel preponderante na gestão desta síndrome, tendo em consideração também o facto da admissão destes doentes ser feita frequentemente através do Serviço de Urgência.

A MI na RAM tem feito esforços locais no sentido de gerir a síndrome de forma protocolada e integrada. Assim, em 2021, foi criada a Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca do SESARAM (UNIICA-SESARAM), que reúne consulta, hospital de dia (todos os dias úteis das 8h às 15h) e 6 camas de enfermaria no Serviço de MI, com benefícios já comprovados na redução de idas ao Serviço de Urgência e internamentos por IC (e por todas as causas), com resultados consistentemente acima de 70% até aos 2 anos de seguimento.

Esta redução de eventos de descompensação é, em parte, alicerçada no Hospital de Dia de MI, de tal forma que em 2024 a utilização do mesmo pela UNIICA foi de 37% do total de atendimentos.

Naturalmente, estes resultados não seriam possíveis sem o envolvimento de um conjunto de parceiros no processo assistencial do doente, desde várias especialidades, como Medicina Geral e Familiar, Cardiologia, Nefrologia e Medicina Física e de Reabilitação entre outras, até à intervenção de diversas outras áreas, como Enfermagem e Nutrição.

O NEIC tem sido uma referência e uma inspiração neste percurso, através de todo o trabalho desenvolvido pelos seus membros ao longo destes 10 anos, sentindo orgulho por ter a oportunidade de nele colaborar.

III Reunião do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI

9 de abril de 2022 - Fundação Copertino de Miranda, Porto

Fomentar a partilha de boas práticas

Pedro Bento Carreira
Assist. hospitalar graduado de MI. Coord. da Unidade de Cuidados Intermédios de MI e da Unidade Integrada de IC (UNIICA) da ULS da Arrábida. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

O meu interesse pela área da insuficiência cardíaca nasceu de forma natural no exercício diário da Medicina Interna. Ao longo da minha prática, percebi que os doentes com IC apresentam uma enorme complexidade, exigindo não apenas conhecimento técnico, mas também uma abordagem humana, centrada na prevenção de descompensações e na melhoria da qualidade de vida. A convivência com casos de elevada gravidade e múltiplas comorbilidades fez-me compreender que o caminho para resultados sustentáveis passa inevitavelmente por equipas integradas.

Em 2018, no âmbito de uma análise interna ao perfil de utilização dos serviços hospitalares, identificámos um grupo significativo de doentes com IC que eram hiper-frequentadores do Serviço de Urgência, distribuídos entre consultas de MI e de Cardiologia. Muitos deles não tinham sequer seguimento regular numa consulta hospitalar ou pelo seu médico de família. Foi neste contexto que surgiu a Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca (UNIICA) do então CH de Setúbal, em parceria com o ACES da Arrábida (atual ULS da Arrábida), fundada numa parceria sólida entre os serviços de Cardiologia e de MI, com partilha de recursos físicos e humanos.

Assumi na altura o papel de co-coordenador da Unidade, o que representou não só um desafio profissional mas também a concretização da visão de que o tratamento da IC exige uma articulação plena entre vários níveis de cuidados. A intervenção articulada com os Cuidados de Saúde Primários é outro pilar essencial. O acompanhamento de proximidade, aliado a critérios claros de referenciação permite identificar precocemente sinais de agravamento e atuar de forma atempada.

O modelo multidisciplinar da UNIICA integra, além da MI e da Cardiologia, especialidades como Pneumologia, Nefrologia, Psiquiatria, Cuidados Paliativos, Nutrição e Psicologia, criando um ecossistema clínico verdadeiramente centrado no doente.

Desde então, foi possível alcançar resultados sólidos: reduzimos as listas de hiper-frequentadores, conseguimos assegurar toda a atividade durante a pandemia mantendo os doentes longe das urgências, formámos outros profissionais e cuidadores, implementámos projetos na área da telemonitorização e sarcopenia.

Após ter participado numa reunião do NEIC, precisamente para partilhar a experiência da nossa Unidade, fui convidado a integrar o Secretariado do NEIC. Esta colaboração tem-me permitido constatar o papel que o Núcleo desempenha ao fomentar a partilha de boas práticas e de experiências bem-sucedidas na abordagem do doente com IC, incentivando a sua replicação noutras unidades hospitalares do país.

Hoje, mais do que nunca, acredito que o futuro no tratamento da IC passa por equipas multidisciplinares, abordagens personalizadas e pela união entre conhecimento científico e proximidade humana.

Acredito numa abordagem multidisciplinar e integrada

Ana Nascimento
Assist. hospitalar graduada em MI. Coord. da Consulta de Medicina - IC e do projeto Telemonitorização - IC, ULS do Alto Minho. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

Enquanto internista, desde muito cedo na minha formação tive de lidar com utentes vulneráveis, com múltiplas comorbilidades. Foi ainda durante o internato que comecei a ver a insuficiência cardíaca com maior interesse (diria mesmo com paixão). Pela sua complexidade nosológica, é mais do que uma entidade clínica *per se*, mas sim um ponto de confluência de várias doenças crónicas.

Pela sua diversidade semiológica, estimula o raciocínio clínico integrador que caracteriza a especialidade de Medicina Interna, sendo por isso que vejo a IC como uma das entidades em que mais fazemos a diferença, promovendo a melhoria na qualidade de vida dos nossos utentes.

Temos assistido a uma revolução no prognóstico – conseguimos, nos dias de hoje, fazer muito mais pelos nossos insuficientes cardíacos do que conseguíamos há 20 anos, quando iniciei o meu percurso na Medicina. Com a prática clínica e o contacto com a investigação, o meu interesse pela IC foi-se consolidando ainda mais.

A integração no NEIC-SPMI ocorreu de forma natural neste percurso. O convite para integrar o grupo aconteceu em 2022. Desde a sua criação que acompanhava as atividades promovidas pelo Núcleo, de forma que não hesitei quando surgiu a oportunidade de colaborar mais diretamente com o NEIC.

Trabalhar com colegas tão experientes, de diferentes gerações e geografias, tem sido enriquecedor, ao permitir a assimilação de diferentes vivências. O ambiente de partilha, aprendizagem contínua e compromisso, com incentivo à atualização científica e investigação, tem-me permitido evoluir, não apenas na gestão do utente com IC mas também enquanto internista.

No Hospital de Santa Luzia, ULS do Alto Minho, a Medicina tem assumido um papel central no diagnóstico, tratamento e seguimento da IC. Atuamos como elo entre os diferentes níveis de cuidados. Temos em funcionamento uma consulta dedicada à IC desde maio de 2014 (com uma equipa central composta por internistas, mas com a colaboração de Enfermagem, Cardiologia, Cardiopneumologia, Nutrição, Cuidados Paliativos e Serviço Social), contando ainda com um programa de telemonitorização que está em funcionamento desde dezembro de 2017, linha telefónica de apoio aos utentes (funcionamento em dias úteis) e interligação com cuidados de saúde primários (contacto telefónico e e-mail direto).

Acredito, portanto, numa abordagem multidisciplinar e integrada na IC. Nenhuma especialidade, independentemente da sua abrangência, consegue dar resposta por si só aos múltiplos desafios que esta patologia coloca. A complexidade da IC exige uma intervenção centrada no utente, com necessidade de colaboração próxima entre médicos de família, internistas, cardiologistas, nefrologistas, pneumologistas, endocrinologistas, mas também enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas, entre outros. Só assim poderemos melhorar o prognóstico da IC, mas também a qualidade de vida de quem vive com IC.

A Medicina Interna está na linha da frente

Patrícia Dias
Assistente hosp. graduada de MI. Coord. da Consulta de IC da ULS de Coimbra. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

O meu percurso na área da insuficiência cardíaca começou com a convicção de que esta síndrome, pela sua complexidade e impacto crescente, merecia uma abordagem dedicada e integrada dentro da Medicina Interna. Atualmente, sou a coordenadora da Consulta de IC da ULS de Coimbra.

Faço parte do Secretariado do NEIC desde outubro de 2024, a convite da atual coordenadora, para o biénio 2024-2026, encontrando-me motivada para contribuir para projetos que visem a melhoria da prática clínica e dos cuidados aos doentes com IC, bem como projetos científicos que valorizem a IC em Portugal.

O reconhecimento da elevada prevalência e morbimortalidade associadas à IC, bem como do seu peso transversal na atividade assistencial da MI – desde o Internamento à Urgência e à Consulta Externa –, evidenciaram a necessidade de criar uma área dedicada no nosso Serviço. Assim, em 2018, foi proposta a criação de uma consulta temática de IC, no então Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), complementando a resposta já existente do Serviço de Cardiologia. Esta Consulta foi constituída por profissionais motivados e empenhados em oferecer cuidados diferenciados.

A MI assume um papel central no seguimento de pessoas com IC com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada, com múltiplas comorbilidades, em contexto de doenças sistémicas, ou com FEVE reduzida ou recuperada sem indicação para seguimento especializado em Cardiologia. Esta abordagem permite uma resposta mais abrangente e adaptada à complexidade clínica dos doentes.

Com a criação da ULS de Coimbra, em janeiro de 2024, surgiu a oportunidade de estruturar um percurso integrado para os doentes com IC, envolvendo os Cuidados de Saúde Primários, a Cardiologia e a MI. Este modelo multidisciplinar e multiprofissional, atualmente em fase de implementação, visa acompanhar o doente desde o diagnóstico até às terapêuticas avançadas, passando pela gestão das agudizações, monitorização remota, reabilitação e educação de doentes e cuidadores.

Acredito que o sucesso das unidades ou clínicas de IC assenta na resposta multidisciplinar de serviços e recursos adequados às necessidades complexas dos doentes, quer nas situações programadas ou agudas, e numa cadeia de transferência de cuidados com intervenção multiprofissional, de acordo com a melhor evidência técnico-científica.

É fundamental reconhecer a importância atual e futura da IC, perspetivando-se um crescimento da sua prevalência e incidência – sobretudo com FEVE preservada –, dado o envelhecimento da população e a elevada prevalência de comorbilidades, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*. A MI, pela sua natureza integradora, está na linha da frente para enfrentar este desafio.

10 ANOS NEIC SPMI LIVE MI
especial

IV Reunião do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI

17 de junho de 2023 - Hotel Crowne Plaza, Porto

Síndrome cardio-reno-metabólica: implicações terapêuticas

A síndrome cardio-reno-metabólica (CRM) deixou de ser uma mera descrição académica para se tornar uma realidade preocupante, em Portugal e no mundo, com um grande impacto clínico, social e económico, uma verdadeira epidemia silenciosa no século XXI.

O conceito foi formalmente definido pela American Heart Association em 2023, identificando a interligação fisiopatológica e a sobreposição entre doenças cardiovasculares, doença renal crónica (DRC), diabetes tipo 2 e obesidade, que culminam em *outcomes* adversos. Foi proposta uma classificação em vários estádios que estratificam a gravidade crescente do problema: do "estádio 0" (sem fatores significativos, em que o foco é a prevenção) até ao estádio 4, em que existe doença cardiovascular estabelecida com ou sem doença renal. Mediante essa classificação foram propostas estratégias de intervenção.

A compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes e a identificação precoce dos grupos em risco é fundamental para intervir precocemente quer ao nível da implementação de hábitos e estilo de vida saudáveis, quer a nível farmacológico, com a introdução de fármacos que limitem ou atrasem a progressão das doenças e os seus efeitos adversos.

A nível mundial, os números são alarmantes: estima-se que mais de 850 milhões de pessoas vivam com DRC (10 a 12% da população adulta global). De acordo com os dados mais recentes do *Global Burden of Disease*, a DRC é a oitava principal causa de morte no planeta, sendo responsável direta por mais de 1,4 milhões de óbitos anuais, número que ultrapassa os 5 milhões quando incluímos as mortes cardiovasculares associadas à disfunção renal.

A sua incidência tem aumentado de forma sustentada desde 1990, impulsionada sobretudo pelo envelhecimento populacional, pela epidemia da diabetes, obesidade e hipertensão arterial, e pelo acesso limitado a estratégias de rastreio precoce em muitos países. Se não forem implementadas medidas efetivas de prevenção e intervenção terapêutica, prevê-se que até 2040 a DRC esteja entre as cinco principais causas de morte globais.

Andreia Campos
Nefrologista na ULS de Santo António

Portugal é um dos países com maior incidência de doentes em terapêutica de substituição da função renal do mundo e a diabetes ainda é a principal causa de DRC. A principal causa de mortalidade dos doentes em diálise é cardiovascular. A insuficiência cardíaca continua a ser uma das principais causas de hospitalização em adultos, com taxas elevadas de reinternamento. Estima-se que 1 em cada 5 adultos com mais de 55 anos tenha IC em Portugal. A diabetes e a obesidade acrescentam custos diretos (com consultas, medicação, hospitalizações) e indiretos (absentismo laboral, incapacidade precoce). Em conjunto, estas patologias representam um peso insustentável para sistemas de saúde já sobrecarregados.

O diagnóstico precoce continua a ser uma das grandes fragilidades e um ponto crucial de atuação dos clínicos. A identificação de indivíduos em risco, a avaliação rotineira da TFG e da albuminúria, a utilização de biomarcadores como o pró-BNP, a avaliação dos fatores de risco cardiovasculares e a intervenção precoce no controlo dos mesmos são fulcrais.

Com os avanços no conhecimento da fisiopatologia e nas várias interações de mediadores e vias patogénicas, os últimos anos trouxeram avanços terapêuticos sem precedentes e muito caminho haverá ainda a percorrer. Saliento alguns dos pilares terapêuticos inexoráveis:

- Os inibidores de SGLT2 revolucionaram a abordagem da DRC e da IC, reduzindo a progressão da doença renal, hospitalizações e mortalidade cardiovascular, mesmo em doentes sem diabetes.

- Os agonistas do GLP-1 demonstraram redução de eventos cardiovasculares e benefícios renais adicionais, além de perda ponderal significativa, tornando-se particularmente relevantes numa população com obesidade e diabetes tipo 2.

- A finerenona, antagonista não esteroide do recetor dos mineralocorticóides, reduziu eventos renais e cardiovasculares em doentes com nefropatia diabética, tendo um papel potencial na redução da fibrose.

- Os IECA, ARA, ARNI e betabloqueadores são fundamentais no tratamento e modificação do prognóstico dos doentes com IC.

- Não menos importantes são os fármacos usados no tratamento da dislipidemia (estatinas, ezetimibe, inibidores de PCSK9, o ácido bempedoico e outros promissores em estudo).

- Gostaria ainda de realçar o papel dos captadores de potássio, que permitem que em muitos doentes seja mitigado o problema da hipercaliemia associada ao uso da associação de diferentes classes farmacológicas.

Novas moléculas abrem perspetivas ainda mais promissoras considerando os aspetos antiproliferativos, antifibróticos e anti-inflamatórios intervenientes em vias patogénicas comuns.

É necessário implementar em larga escala o rastreio precoce, garantir acesso equitativo às terapêuticas inovadoras e promover o trabalho em equipa multidisciplinar na prática clínica diária.

A combinação racional e individualizada destas terapêuticas tem um impacto real no prognóstico e qualidade de vida destes doentes. Contudo, o desafio não é apenas científico, também é organizacional. É necessário implementar em larga escala o rastreio precoce, garantir acesso equitativo às terapêuticas inovadoras e promover o trabalho em equipa multidisciplinar na prática clínica diária.

Precisamos urgentemente de uma mudança de paradigma: olhar para o doente não como portador de doenças isoladas, mas como indivíduo inserido num contínuo cardio-reno-metabólico, onde a prevenção e a intervenção precoce farão certamente a diferença!

justNews

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Coração e Vasos

LIVE MEDICINA INTERNA

WOMEN'S MEDICINE

justNews

Insuficiência cardíaca e VBHC em Portugal: a batida certa no compasso errado... muito solo, pouco concerto!

Em Portugal, tratamos a insuficiência cardíaca como tratamos o sistema de saúde: com boas intenções, algum improviso... e pouca métrica. Portugal ensaia há anos para o grande espetáculo da IC, mas o que devia soar como uma sinfonia coordenada de cuidados acaba muitas vezes num improviso desafinado – onde se ouvem mais os sons do sistema do que os batimentos dos doentes. Criamos *guidelines*, publicamos consensos, organizamos eventos – tudo com a elegância de uma orquestra sinfónica. Mas, quando se liga o metrónomo dos resultados, percebemos que cada secção está a tocar num tempo diferente. E a batida que falta é a do valor.

Filipe Costa
Professor na Nova School of Business & Economics

Estamos a ensaiar... mas falta o público

O nosso sistema continua a premiar o número de consultas, exames, ecocardiogramas, NT-proBNPS e doses de fármacos, enquanto ignoramos se os doentes conseguem subir um lance de escadas ou dormir sem almofadas empilhadas até ao teto. Falamos de "controlo da doença", mas não medimos o retorno à funcionalidade... Uma partitura incompleta.

Tratamos a IC como se fosse um solo de piano no hospital – ignorando que o resto da melodia se toca em ambulatório, nos cuidados primários, na reabilitação, no domicílio.

Tratamos a IC como se fosse um solo de piano no hospital – ignorando que o resto da melodia se toca em ambulatório, nos cuidados primários, na reabilitação, no domicílio. É como compor uma ópera e apenas mostrar o terceiro ato.

Por exemplo: um centro que evita reinternamentos com gestão multidisciplinar proativa recebe... nada. Mas se o doente for internado três vezes no mesmo mês multiplica-se o financiamento. Se uma equipa reduz as readmissões de 30% para 10%, recebe *"uma palmadinha nas costas"* e, por vezes, um generoso *"bom trabalho"*. Se as mantiver nos 30%, continua a receber o mesmo orçamento. Um pouco como premiar uma banda por cada música interrompida a meio. Estamos a pagar por silêncio, não por música.

Volume em vez de harmonia

Não medir os resultados em saúde, nem os custos por ciclo de cuidados, é como gerir uma orquestra sem saber se alguém no público ficou com os ouvidos a sangrar. Em IC, como em tantas outras áreas, não sabemos quanto custa evitar um internamento. Não sabemos se a introdução precoce de certas terapêuticas reduziu mortalidade real na nossa população. E muito menos sabemos se os doentes sentem que a sua qualidade de vida melhorou ou de que forma pudemos diagnosticar mais cedo e qual o custo de não diagnosticar...

Pagamos com base na pauta de *inputs*, mas ignoramos o refrão que realmente importa: os resultados para os doentes.

VBHC afina com diapasão

Value-Based Health Care (VBHC) propõe algo simples – mas revolucionário: tratar mais e melhor, medindo o que realmente interessa ao doente e é específico da IC, assim como o seu custo real no ciclo global de cadeia de valor. Na IC, isso significa ir além da fração de ejeção e perguntar: "Voltou a trabalhar?" "Quanto custa?" Perguntas simples, respostas complexas – mas mensuráveis.

O problema é que, em Portugal, VBHC continua a ser como o jazz: toda a gente diz que gosta, mas poucos compreendem. Criamos estruturas, pilotamos projetos, mas resultados comparáveis, ajustados ao risco e com custos analíticos dessas atividades, isso já é outra conversa...

Estamos a gerir insuficiência cardíaca com "ausência cardíaca de dados" prospetivos de mundo real.

Do solista ao ensemble integrado

A oportunidade? As Unidades Locais de Saúde (ULS). Pela primeira vez, temos estruturas que acompanham o doente ao longo de todo o ciclo de cuidados, do ambulatório ao hospital, da fase aguda à gestão crónica. Se há condição que pede continuidade é a IC. Medir resultados longitudinais nestes contextos não é apenas possível – é imperativo.

E não precisamos de inventar a roda: temos PROMs validados, temos algoritmos preditivos, temos modelos de financiamento ajustado ao risco a funcionar noutros países, só precisamos de coragem para usar tudo isto como base de decisão. Se conseguirmos demonstrar, com dados e resultados, que é possível melhorar a vida das pessoas enquanto reduzimos custos evitáveis... então o VBHC deixa de ser o Unicórnio que alimentamos e nunca apareceu (mito) e torna-se método.

O valor não se canta – mede-se

Falar de VBHC sem medir resultados é como fazer *playback* num concerto ao vivo. Os relatórios continuam bonitos, mas os doentes não ouvem música. E a verdade é esta: Portugal gasta como se fosse um festival, mas serve saúde como se fosse um ensaio geral.

Está na hora de mudar o disco – e de alinhar notas, músicos, maestros e patrocinadores. Porque se a IC tem um ritmo difícil de controlar, mais vale tocá-lo com estrutura, em vez de tropeçar a cada compasso.

Porque, sejamos honestos: se continuarmos a medir o sucesso apenas por quantos doentes atendemos – e não por quantos voltam a viver com qualidade – então estamos apenas a afinar instrumentos num concerto sem público.

E ninguém aplaude no fim de uma performance que não se ouve.

VI REUNIÃO NÚCLEO DE ESTUDOS INSUFICIÊNCIA CARDÍACA'25 27 SETEMBRO COIMBRA

EXIGÊNCIAS E OPORTUNIDADES DE MUDANÇA

A gestão da IC aguda

Elisabete Martins
Cardiologista na ULS de São João. Docente na FMUP. Coord. do Grupo de Estudo de IC da Sociedade Portuguesa de Cardiologia

A insuficiência cardíaca aguda (ICA) permanece uma das principais causas de internamento hospitalar e representa um desafio crescente para o sistema de saúde português. Define-se pelo aparecimento súbito de sintomas ou pela descompensação de insuficiência cardíaca crónica, exigindo intervenção imediata.

A gravidade é inquestionável: a mortalidade intra-hospitalar situa-se entre 4-10% e, após a alta, pode atingir 25-30%. Em muitos casos, a ICA é a primeira manifestação da síndrome e cada episódio agrava o prognóstico do doente.

Apesar da existência de centros de excelência, a prestação de cuidados mantém-se heterogénea. Falta um modelo organizativo nacional, com protocolos uniformes e adaptados às diferentes realidades hospitalares e regionais.

A proposta conjunta do NEIC-SPMI e do GEIC-SPC defende um percurso estruturado para a ICA, desde o Serviço de Urgência até ao Ambulatório. Na admissão, a identificação precoce de congestão e hipoperfusão, associada à rápida instituição de terapêutica, sobretudo diurética intravenosa, é crucial para evitar a deterioração clínica. O diagnóstico etiológico, a avaliação ecocardiográfica e a monitorização de biomarcadores completam a abordagem inicial.

Na fase de estabilização, é crucial iniciar e/ou titular precocemente as terapêuticas modificadoras de prognóstico, com seguimento precoce após a alta para diminuir reinternamentos e mortalidade.

A experiência de "vias verdes" já implementadas, como a coronária ou do AVC, demonstra o impacto positivo de protocolos claros de atuação. É urgente replicar este modelo para a ICA, sobretudo nas formas mais graves, como o choque cardiogénico, definindo critérios de referenciação para unidades especializadas e reforçando a articulação entre instituições de diferentes níveis de cuidados.

Cada internamento por ICA deve ser visto como uma oportunidade de mudança: otimizar terapêutica, rever estratégias de seguimento e capacitar o doente. Portugal dispõe de conhecimento científico e experiência clínica; falta consolidar uma rede nacional que garanta que, independentemente da geografia, todos os doentes beneficiem de cuidados de excelência.

Finalmente, importa compreender a ICA como parte de um *continuum* que começa na prevenção e se estende até à insuficiência cardíaca avançada. A deteção precoce, o controlo rigoroso dos fatores de risco cardiovasculares e o acesso equitativo a terapêuticas inovadoras são essenciais para travar o aumento de casos de IC, limitar a progressão da doença e, em última análise, reduzir os custos associados.

VI REUNIÃO NÚCLEO DE ESTUDOS INSUFICIÊNCIA CARDÍACA'25 — 27 SETEMBRO COIMBRA

Miocardiopatia amiloidótica por transtirretina: o presente e o futuro em Portugal

Patrícia Rodrigues
Cardiologista na ULS de Santo António.
Professora auxiliar convidada no ICBAS-UP

A amiloidose relacionada com a transtirretina é uma patologia com elevado impacto nacional, devido à variante Val30Met (p.Val50Met) do gene da transtirretina (TTR), conhecida como "mutação portuguesa". O facto de no nosso país se concentrar o maior número de casos desta mutação a nível mundial, aliado à investigação de translação promovida pela escola de Corino de Andrade, fizeram de Portugal uma referência internacional para o conhecimento e desenvolvimento do tratamento da amiloidose hereditária.

Na última década, a miocardiopatia amiloidótica por transtirretina (MC-ATTR) passou de uma patologia rara e encarada como um diagnóstico de exclusão, para um dos principais diagnósticos diferenciais a ter em consideração perante um doente com hipertrofia ventricular esquerda.

Na base deste "protagonismo" crescente estiveram 3 fatores relevantes:

– Prevalência significativa: sabemos hoje que a doença causada pela "nossa" variante também pode manifestar-se com miocardiopatia e sobretudo apercebemo-nos do elevado número de casos wild-type subdiagnosticados. No âmbito da insuficiência cardíaca, a MC-ATTR é o diagnóstrico subjacente em sensivelmente 10% dos doentes com hipertrofia ventricular esquerda a partir da 6.ª década de vida.

– Diagnóstico fácil: passámos da obrigatoriedade de biópsia para um diagnóstico não invasivo na maioria dos casos, consistindo no rastreio de proteína monoclonal para excluir amiloidose AL, cintigrafia (idealmente SPECT) com marcadores ósseos (^{99m}Tc-DPD/HMDP/PYP) e sequenciação do gene TTR após a identificação de MC-ATTR. Contudo, é fundamental considerar algumas nuances: na mutação p.Val50Met, típica em Portugal, a cintigrafia pode apresentar falsos negativos, exigindo em alguns casos confirmação histológica ou outros métodos complementares de diagóstico.

– Surgimento de tratamentos modificadores da doença e do seu prognóstico, sendo este o fator que provavelmente teve mais impacto para que mais clínicos sentissem a utilidade de conhecer a doença. Atualmente, o tafamidis 61 mg/dia é o tratamento de referência para MC-ATTR em Portugal, com benefícios comprovados em sobrevida e qualidade de vida.

Para o futuro, destacaria justamente a terapêutica, uma vez que têm surgido muitos ensaios clínicos nesta área nos últimos anos. Já há aprovação europeia de um outro estabilizador da transtirretina – o acoramidis –, bem como de um silenciador da transtirretina: o vutrisiran. Outros fármacos estão atualmente em investigação, atuando em diferentes pontos sensíveis da amiloidogénese. O facto de podermos ter um armamentário terapêutico cada vez mais diversificado é um motivo de otimismo e a escolha do melhor fármaco para um determinado doente será uma "boa dificuldade" no futuro.

Para além disso, o diagnóstico atempado, idealmente em fases precoces da doença, será fundamental para melhorar o prognóstico, e aqui destaco o papel essencial da Medicina Interna e da Medicina Geral e Familiar.

A expansão de centros com SPECT-DPD, pesquisa ativa em doentes com "red flags" e uma rede multidisciplinar de cuidados médicos serão importantes facilitadores. Por outro lado, a oferta alargada de aconselhamento genético e de opções reprodutivas nos casos com variante, assim como o conhecimento aprofundado sobre diferentes tratamentos disponíveis e respetivo valor terapêutico, serão cruciais para as entidades de gestão de saúde. Finalmente, a investigação "bed to bench" não está esgotada e há várias questões sobre as manifestações clínicas e a fisiopatologia desta doença que gostávamos de esclarecer.

O nosso objetivo comum será sempre dar justamente mais *futuro* a esses doentes. Aceitando estes desafios, o horizonte é de esperança e o país que revelou ao mundo uma doença rara tem também a oportunidade de ser um modelo de inovação no seu tratamento e acompanhamento.

PODERÁ SER ATTR-CM?

Esta ECO pode ser um alerta para algo mais

Considere a possibilidade de ser Miocardiopatia Amiloide por Transtirretina (ATTR-CM), quando[1,2]:

- Insuficiência cardíaca
+
- Aumento da espessura da parede do VE ≥ 12 mm
+
- Idade ≥ 65 anos*

SUSPEITA DE ATTR-CM?
Considere solicitar uma Cintigrafia Óssea ou referencie para um especialista em Miocardiopatias

*Homens com idade superior a 65 anos e mulheres com idade superior a 70 anos
Perfil de doente hipotético
ATTR-CM, miocardiopatia amiloide por transtirretina; VE, ventrículo esquerdo

Referências:
1. Dorbala S, Ando Y, Bokhari S, et al. ASNC/AHA/ASE/EANM/HFSA/ISA/SCMR/SNMMI expert consensus recommendations for multimodality imaging in cardiac amyloidosis: part 1 of 2—evidence base and standardized methods of imaging. *J Nucl Cardiol*. 2019;26(6):2065-2123. doi:10.1007/s12350-019-01760-6. Addendum: *J Nucl Cardiol*. Published online July 1, 2021. doi:10.1007/s12350-020-02455-z **2.** Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. 2021;42(16):1554-1568. doi:10.1093/eurheartj/ehab072

PP-VYN-PRT-1000 | Data de preparação: abril de 2024

Pfizer

VI REUNIÃO NÚCLEO DE ESTUDOS INSUFICIÊNCIA CARDÍACA'25 27 SETEMBRO COIMBRA

O papel dos biomarcadores nos CSP: recomendações portuguesas

A insuficiência cardíaca em Portugal tem vindo a aumentar de forma significativa como consequência do envelhecimento populacional, da maior prevalência de doenças crónicas e da crescente sobrevivência a eventos cardiovasculares *major*. O estudo PORTHOS revelou recentemente um dado preocupante: um em cada seis portugueses com 50 ou mais anos sofre de IC, mas em nove em cada dez casos o diagnóstico ainda não era conhecido. Ou seja, continuamos a diagnosticar pouco e, por consequência, a tratar pouco.

O impacto desta realidade é evidente. Atrasar o diagnóstico e o início de terapêutica significa reduzir a esperança de vida destes doentes, aumentar episódios de recurso à urgência e internamentos, bem como consultas abertas nos centros de saúde, com custos acrescidos para o sistema público e perda de qualidade de vida para os doentes e aumento da mortalidade.

Neste contexto, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem-se como a força motriz no diagnóstico precoce. Os médicos de família acompanham diariamente os doentes de risco e é nesta proximidade que reside a maior oportunidade para identificar a doença numa fase inicial. Contudo, ainda existe baixo *awareness* para o rastreio da IC nos CSP, em grande parte devido à sua apresentação insidiosa: sintomas progressivos, muitas vezes atribuídos ao envelhecimento, e sinais pouco específicos em fases precoces.

Até há pouco tempo, a falta de comparticipação dos peptídeos era uma barreira. Mas desde janeiro de 2025 que o NT-proBNP passou a ser comparticipado pelo SNS nos CSP, representando um marco para a prática clínica em Portugal. Este avanço exige agora formação contínua dos profissionais de saúde e também iniciativas de sensibilização da população,

Jonathan dos Santos
Especialista em MGF. Coord. de MGF no H. Lusíadas Paços de Ferreira. Doutorando em Medicina na FMUP. Coord. do Grupo de Estudos de Doenças Cardiovasculares da APMGF

para que o acesso se traduza efetivamente em diagnósticos mais precoces.

Os CSP enfrentam um desafio distinto dos cuidados hospitalares: encontram os doentes frequentemente em fase subclínica ou pouco sintomática. É aqui que os biomarcadores têm um papel decisivo. Em doentes de risco para IC, sobretudo os que apresentam sinais e/ou sintomas ou se encontram sob terapêutica com diuréticos, deve ser solicitado NT-proBNP. Valores ≥ 125 pg/mL justificam a realização de ecocardiograma (sem esquecer a importância do eletrocardiograma).

A IC com fração de ejeção reduzida (IC-FEr) é relativamente simples de confirmar pela ecocardiografia. Já a IC com fração de ejeção preservada (IC-FEp) representa maior dificuldade diagnóstica, mas a combinação entre história clínica, exame objetivo, biomarcadores e ecocardiograma permite um diagnóstico mais robusto, ou pelo menos a exclusão com segurança.

Uma vez diagnosticada, a abordagem terapêutica deve integrar fármacos modificadores de prognóstico, diuréticos para alívio sintomático e um plano de *follow-up* estruturado, articulando-se sempre que necessário com exames complementares adicionais.

Os biomarcadores são aliados estratégicos dos CSP para identificar precocemente a IC e iniciar terapêutica em tempo útil.

Um marco recente para a prática clínica nacional foi a publicação do artigo de consenso português sobre o papel dos biomarcadores na IC, subscrito por especialistas de Medicina Interna, Cardiologia, Endocrinologia e Medicina Geral e Familiar. Nele, recomendamos que todos os doentes com diabetes com 50 ou mais anos realizem NT-proBNP, sendo ainda de considerar a sua solicitação em diabéticos mais jovens quando coexistem outros fatores de risco.

Em suma, os biomarcadores já não são apenas uma ferramenta hospitalar: são aliados estratégicos dos CSP para identificar precocemente a IC e iniciar terapêutica em tempo útil. Cabe-nos agora garantir que este recurso esteja plenamente integrado na prática clínica, permitindo melhorar prognóstico, reduzir internamentos e, sobretudo, oferecer melhor qualidade de vida aos nossos doentes.

VI REUNIÃO NÚCLEO DE ESTUDOS INSUFICIÊNCIA CARDÍACA'25 27 SETEMBRO COIMBRA

Obesidade: novo alvo terapêutico para a insuficiência cardíaca

Na atualidade, somos bombardeados diariamente com notícias sobre os polos extremos da nutrição. Felizmente, a obesidade torna-se cada vez mais o centro das diversas comorbilidades e não tanto a condição em segundo plano. Tal verifica-se também na insuficiência cardíaca e neste eixo cardiometabólico complexo. Se até agora os estudos apontavam a obesidade como causa de risco cardiovascular, nomeadamente em relação com a dislipidemia e a diabetes, a nova corrente mostra a obesidade como o centro de alterações do miocárdio e epicárdio.

Com os dados recentes, é possível compreender que o IMC não será de todo o método de avaliação mais seguro dos nossos doentes, pela disparidade de distribuição de tecido adiposo e pelo "paradoxo da obesidade" a ele associado. Assim, compreender qual a distribuição do tecido adiposo e como atuar nos diferentes tipos de obesidade, através de estratégias higieno-dietéticas, fármacos ou intervenções cirúrgicas, será o futuro da atuação nos doentes obesos com IC.

Apesar da obesidade estar sobretudo relacionada com IC com fracção de ejeção preservada (IC Fep), pesos superiores aumentam o risco de IC com fracção de ejeção reduzida, sobretudo em homens, sendo assim a obesidade um fator de complexidade transversal à IC.

Através dos inibidores de SGLT2, conseguimos perceber os efeitos pleotrópicos inicialmente desconhecidos e que conseguiram alterar a terapêutica em doentes com IC Fep, o grande elefante na sala dos últimos anos. Da mesma forma, os análogos de GLP-1 mostram cada vez mais a sua eficácia em doentes com IC Fep, em estudos como o STEP (semaglutido) e o SUMMIT (tirzepatida), numa análise pós hoc publicada no JAMA em Agosto de 2025, mostrando o seu benefício com redução acima de 40% do risco composto de hospitalização por IC ou na mortalidade quando comparado com sitagliptina (*placebo proxy*).

Ana Catarina Lucas
Internista no Serviço de MI da ULS de Coimbra. Membro do Secretariado do Núcleo de Estudos de Obesidade da SPMI

Importa também compreender que estes resultados mostraram ser independentes da perda de peso, representando o seu benefício na IC ser superior à perda de peso. Nos estudos efetuados até agora, o mesmo não se pode concluir na IC com fracção de ejeção reduzida, apesar de resultados díspares e sem possibilidade de conclusões a longo prazo, nomeadamente nos estudos realizados com liraglutido.

Os doentes obesos com IC são desafiantes, muitas vezes sem condições para cirurgias major, como é o caso da cirurgia bariátrica.

Por outro lado, a cirurgia bariátrica continua a ser a forma mais eficaz de perda de peso, embora a sua durabilidade cada vez esteja mais colocada em questão, com as recentes descobertas do contributo genético e epigenético na obesidade. Doentes obesos com IC constituem doentes desafiantes, muitas vezes sem condições para cirurgias *major*, como é o caso da cirurgia bariátrica. No entanto, tem sido objeto de revisões e novos alvos. O estudo GETAWAY mostra, numa população de 100 doentes, o melhor controlo de fatores de risco cardiovascular, como seria expectável.

No entanto, em diversos estudos em que são encontrados doentes pós-cirurgia bariátrica, verificou-se que estes apresentam menos internamentos por IC, tanto com fracção de ejeção reduzida como preservada, mostrando o seu benefício a longo prazo, muito provavelmente relacionado com a redução significativa de tecido adiposo em locais considerados problemáticos para a IC (epicárdio, perivascular).

VI REUNIÃO NÚCLEO DE ESTUDOS INSUFICIÊNCIA CARDÍACA'25 — 27 SETEMBRO COIMBRA

Certificação de programas estruturados de organização e gestão da IC

O Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI tem como objetivos para o novo biénio a criação de um modelo de certificação de clínicas de insuficiência cardíaca em Serviços de Medicina Interna, com vista a uniformizar os cuidados, fomentar a adesão às *guidelines*, criar uma rede de partilha de conhecimentos e práticas e ainda certificar os programas de gestão integrada de IC (PGIC), que poderão ter idoneidade formativa na área da IC.

Nasce assim o PRESTIGE-IC – "PRogramas ESTruturados de organIzação e GEstão da Insuficiência Cardíaca em serviços de Medicina Interna".

Os PGIC estão recomendados nas atuais *guidelines* como o modelo ideal para a adequada gestão da síndrome, melhorando o processo assistencial e a satisfação do doente, e melhorando *outcomes* a curto e longo prazo.

Várias sociedades científicas enfatizam que a IC exige uma organização assistencial em níveis distintos de complexidade. O programa UMIPIC (Unidades de Manejo Integral do Paciente com Insuficiência Cardíaca), por exemplo, foi lançado em 2012 pela Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) com o objetivo de oferecer abordagem sistematizada e integrada aos doentes com IC, através de equipas multidisciplinares de MI e enfermagem, promovendo a educação do doente, o seguimento continuado e a deteção precoce de descompensações.

A adesão a este modelo tem demonstrado redução significativa das readmissões hospitalares e da mortalidade a um ano, reforçando a qualidade e a sustentabilidade dos cuidados prestados.

Esse modelo multinível, alinhado às recomendações da Heart Failure Association da European Society of Cardiology, visa uniformizar e melhorar a qualidade do cuidado. O NEIC propõe-se então à criação de um protocolo de certificação inspirado nesse modelo, com vários níveis de diferenciação e critérios específicos para cada um. Para além de uniformizar processos e melhorar resultados, com esta certificação é possível diferenciar os PGIC aptos a receber internos de formação especializada em MI durante o seu percurso curricular no internato, garantindo desta forma um nível de ensino padrão.

A certificação dos PGIC assume, assim, um papel estratégico no contexto da formação médica, assegurando que os internos realizam estágios em unidades com elevada competência técnica, organização assistencial estruturada e capacidade comprovada de ensino. Este processo não só potencia a aquisição de competências clínicas específicas em IC como também promove a homogeneidade da experiência formativa entre diferentes serviços, contribuindo para a excelência e a equidade na formação em MI.

Luís Ramos dos Santos
Internista na Unidade Integrada de IC (UNIICA) do Serviço de MI do SESARAM, Funchal. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

Pedro Bento Carreira
Assist. hospitalar graduado de MI. Coord. da Unidade de Cuidados Intermédios de MI e da Unidade Integrada de IC (UNIICA) da ULS da Arrábida. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

Lançado o PRESTIGE-IC, convidamos todos os serviços que queiram fazer parte desta caminhada a efetuarem pedidos formais de adesão.

Lançado o PRESTIGE-IC, convidamos todos os serviços que queiram fazer parte desta caminhada a efetuarem pedidos formais de adesão. Acreditamos que a adesão ao programa é um incentivo aos serviços de MI para a criação e a dinamização de projetos de IC que irão certamente melhorar o percurso dos doentes.

32 Congresso Nacional de MEDICINA INTERNA
Do Algarve para o Futuro
Inovação em Medicina Interna
21 a 23 maio 2026
Centro de Congressos de Lagoa
ORGANIZAÇÃO
SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
APOIO
Lagoa do Algarve
SECRETARIADO
ad médic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS
Ad Médic

32 Congresso Nacional de MEDICINA INTERNA

Do Algarve para o Futuro
Inovação em Medicina Interna

21 a 23 maio 2026
Centro de Congressos de Lagoa

ORGANIZAÇÃO

SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

APOIO

Lagoa DO ALGARVE

SECRETARIADO

ad médic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

Ad Medic