

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Estágio no Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULS Santo António

Mariana Lucas Oliveira Neves Ferreira

M

2026



**Estágio No Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULS
Santo António**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Mariana Lucas Oliveira Neves Ferreira

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

marianalucasferreira@gmail.com

Orientador: André Filipe Couto de Carvalho

Assistente: Assistente Hospitalar Graduado de Endocrinologia – Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Unidade Local de Saúde de Santo António

Afiliação: Professor Associado Convidado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar,
Universidade do Porto

Endereço eletrónico: andre.carvalho@chporto.min-saude.pt

Coorientador: Liliana Cecília Martins da Fonseca

Assistente: Assistente Hospitalar de Endocrinologia – Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Unidade Local de Saúde de Santo António Afiliação: Assistente Convidada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: u12086@chporto.min-saude.pt

Estudante:



Assinado por: Mariana Lucas
Oliveira Neves Ferreira
Identificação: 8114557416
Data: 2026-06-05 às 16:20:42

Mariana Lucas Oliveira Neves Ferreira

Orientador:

Assinado por: **ANDRÉ FILIPE COUTO DE
CARVALHO**
Num. de Identificação: 10741413
Data: 2026.06.05 14:05:11+01'00'

André Filipe Couto de Carvalho

Coorientador:

Liliana Cecília Martins da Fonseca

Porto, junho 2026

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor André Carvalho e à Dra. Liliana Fonseca, pela orientação dedicada, pela disponibilidade prestada e pelo apoio constante. Aprender a dualidade do exercício de uma medicina diferenciada e humanizada constituíram os pilares da escrita do presente relatório.

A todos os profissionais do Serviço de Endocrinologia da ULSSA, agradeço o acolhimento caloroso e a constante partilha de conhecimentos e de experiências. Reconheci em todos os que me acompanharam uma grande dedicação no ato de cuidar, com rigor e empatia, demonstrando a verdadeira essência do exercício da medicina.

Agradeço à minha família por todo o seu apoio e amor incondicional. Obrigada por acreditarem sempre em mim e por me incentivarem a seguir os meus sonhos.

Por fim, deixar uma palavra de agradecimentos aos meus avós, pelo exemplo de resiliência, dedicação e humildade. Por me ensinarem o ato de cuidar.

Resumo

No âmbito da Unidade Curricular Dissertação/Projeto/Estágio referente ao 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina no Instituto de Biomédicas Abel Salazar, pretende-se redigir um relatório que descreva o estágio de carácter observacional e formativo no Serviço de Endocrinologia no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULS Santo António.

O estágio de carácter observacional apresenta como objetivo estabelecer um contacto mais próximo com a prática clínica na área de Endocrinologia, possibilitando a aplicação e consolidação de conteúdos teóricos adquiridos ao longo do curso. Para além disso, através da observação e acompanhamento dos profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados prestados ao doente, pretende-se compreender a organização do serviço e as diferentes modalidades de intervenção médica nesta área, bem como desenvolver competências de comunicação, diagnóstico e terapêutica.

A metodologia empregue consistiu na observação participante, complementada pela recolha sistematizada de dados clínicos e demográficos, análise descritiva simples da casuística observada com posterior integração crítica dos diagnósticos e orientações terapêuticas, bem como exposição de casos clínicos reais e notas finais pessoais. A estruturação do relatório foi realizada de acordo com as diferentes áreas de atuação do serviço que tive oportunidade de assistir: a Consulta Externa, que inclui a consulta geral e a consulta multidisciplinar e/ou diferenciada; a Consulta Interna e de apoio ao Serviço de Urgência; o Internamento e a Reunião de Serviço.

A realização deste estágio permitiu-me concluir que a Endocrinologia é uma especialidade médica que exige um equilíbrio constante entre rigor científico e sensibilidade humana. É inegável que o conhecimento teórico da fisiopatologia, diagnóstico e terapêutica é indispensável à prática clínica, contudo torna-se insuficiente na ausência da capacidade de compreender o doente como um todo e de o olhar para além da sua patologia, aspeto este que se torna particularmente relevante no contexto da gestão de patologias crónicas, que exigem uma adesão terapêutica e acompanhamento prolongado no tempo, bem como gestão de expectativas. Considero que esta é uma reflexão transversal a todas as especialidades médicas, sendo imperioso a abordagem holística do doente, tendo com conta o seu contexto biológico, psicológico e social. Sem dúvida que este estágio constituiu um momento determinante no meu percurso formativo, permitindo-me uma reflexão consciente e

informada sobre o meu futuro enquanto profissional de saúde com impacto na vida de terceiros.

Abstract

Within the scope of the Dissertation/Project/Internship curricular unit for the sixth year of the Integrated Master's Degree in Medicine at the School of Medicine and Biomedical Sciences (ICBAS), the report aims to describe the observational and educational internship undertaken in the Division of Endocrinology at the Santo António Local Health Unit (ULS de Santo António) – Porto, Portugal.

The primary aim of this observational internship was to establish closer contact with clinical practice in the field of Endocrinology, allowing the application and consolidation of the theoretical knowledge acquired throughout medical school. In addition, through the observation and follow-up of healthcare professionals across different levels of patient care, the internship aimed to provide an understanding of the organization of the department and the various modalities of medical intervention within this specialty, while simultaneously fostering the development of communication, diagnostic, and therapeutic skills.

The methodology employed consisted of participant observation, complemented by the systematic collection of clinical and demographic data, descriptive analysis of the observed case series with subsequent critical integration of diagnoses and therapeutic approaches, as well as presentation of real clinical cases and final personal notes. The report was structured according to the different areas of activity within the department to which I was exposed: the Outpatient Clinic, including both general and multidisciplinary/specialized consultations; Inpatient Consultation and Emergency Department Support; the Inpatient Ward; and the Departmental Clinical Meeting.

This internship led me to conclude that Endocrinology is a medical specialty that requires a continuous balance between scientific rigor and human sensitivity. Although theoretical knowledge of pathophysiology, diagnosis, and therapeutics is undeniably essential for clinical practice, it becomes insufficient in the absence of the ability to understand the patient as a whole and to look beyond the disease itself. This aspect is particularly relevant in the management of chronic diseases, which require long-term therapeutic adherence, prolonged follow-up, and appropriate management of patient expectations. I believe this reflection is applicable across all medical specialties, reinforcing the importance of a holistic patient-centered approach that takes into account each individual's biological, psychological, and social context. Undoubtedly, this internship represented a defining moment in my academic and professional development, allowing for a conscious and informed reflection on my future role as a healthcare professional with a meaningful impact on the lives of others.

Lista de Abreviaturas

AVP: Vasopressina

BMN: Bócio Multinodular

CAAF: Citologia Aspirativa de Agulha Fina

CAD: Cetoacidose Diabética

CART: Consulta de Alta Resolução da Tireoide

CE: Consulta Externa

c-HDL: Colesterol das lipoproteínas de alta densidade

c-LDL: Colesterol das lipoproteínas de baixa densidade

CSP: Cuidados de Saúde Primários

CT: Colesterol total

CTED: Consulta de Terapêutica Educacional da Diabetes *Mellitus*

DCV: Doença Cardiovascular

DCRNT: Doenças Crónicas Não Transmissíveis

DG: Diabetes Gestacional

DM: Diabetes *Mellitus*

DMO: Densidade Mineral Óssea

ECG: Eletrocardiograma

EU-TIRADS: *European Thyroid Imaging and Reporting Data System*

GIP: *Glucose-Dependent Insulinotropic Polypeptide*

GLP-1: *Glucagon-Like Peptide-1*

HF: Hipercolesterolemia Familiar

MIM: Mestrado Integrado em Medicina

n: Número

OMS: Organização Mundial de Saúde

OCEAN(a): *Olpasiran trials of Cardiovascular Events And LipoproteiN(a) reduction - Outcomes*

PSCI: Sistemas de Perfusão Subcutânea de Insulina

PTGO: Prova de Tolerância Oral à Glicose

PTH: Hormona Paratiroideia

SCORE 2: *Systematic Coronary Risk Evaluation 2*

SCORE 2-OP: *Systematic Coronary Risk Evaluation 2 – Older Persons*

SCORE2-Diabetes: *Systematic Coronary Risk Evaluation 2 – Diabetes*

SNC: Sistema Nervoso Central

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPD: Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SU: Serviço de Urgência

T4: Tiroxina

TIA: Tirotoxicose Induzida pela Amiodarona

TSH: Hormona estimulante da tiroide

ULSSA: Unidade Local de Saúde de Santo António

USEG: Unidade de Sexologia e Género

WPATH: *World Professional Association for Transgender Health*

ÍNDICE

Objetivos	4
Metodologia	5
Organização do Estágio e Distribuição da Atividade Assistencial.....	6
Resultados	7
Consulta Externa.....	7
Consultas de Índole Geral	8
Consultas Monotemáticas.....	10
Consultas Multidisciplinares	13
Reunião de Serviço	33
Ensaio Clínico.....	34
Internamento	35
Consulta Interna e de Apoio ao Serviço de Urgência	37
Discussão.....	40
Conclusão	43
Anexos.....	45
Gráficos	58
Bibliografia	59

Lista de Tabelas

Tabela I- Corpo clínico médico do Serviço de Endocrinologia da ULS Santo António

Tabela II- Organograma da atividade assistencial durante o período de estágio no serviço de Endocrinologia

Tabela III- Distribuição horária do estágio pelas atividades assistenciais do serviço de Endocrinologia

Tabela IV- Tipologia de Consultas Externas no serviço de Endocrinologia da ULS Santo António

Tabela V- Distribuição dos diagnósticos principais observados em âmbito de consulta de Endocrinologia Geral e Consultas Diferenciadas e/ou Multidisciplinares

Tabela VI- Prevalência dos fatores de risco cardiovascular modificáveis nos doentes observados na Consulta Multidisciplinar de Dislipidemias

Tabela VII- Distribuição das patologias observadas em âmbito de Consulta de Patologia Endócrina na Grávida

Tabela VIII- Distribuição das patologias observadas em âmbito de Consulta de Alta Resolução da Tireoide

Tabela IX- Distribuição das patologias observadas em âmbito de Consulta Interna e de apoio ao Serviço de Urgência

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição etária das gestantes acompanhadas em Consulta de Patologia Endócrina na Grávida

Gráfico 2: Distribuição de pedidos de Consulta Interna por Especialidade

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Dissertação/Projeto/Estágio referente ao 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina no Instituto de Biomédicas Abel Salazar, optei por redigir um relatório de estágio que descreve a minha experiência no serviço de Endocrinologia no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, integrado na ULS Santo António. O estágio de carácter observacional foi orientado pelo Professor Doutor André Carvalho e coorientado pela Doutora Liliana Fonseca.

O interesse pela área da Endocrinologia surgiu durante a redação de um trabalho sobre a patologia tiroideia, intitulado “Tiroidectomia total sempre? Poderemos poupar a tiroide aos nossos doentes?”, no âmbito da Unidade Curricular Terapêutica Geral, pertencente ao 4º do Mestrado Integrado em Medicina (MIM). O estudo dos nódulos tiroideus despertou-me interesse pela área, não só pela sua elevada prevalência, mas também pela variabilidade da abordagem terapêutica. Posteriormente, no 5º ano, contactei novamente com a especialidade, onde assisti a consultas de Endocrinologia Geral que abordaram diversas patologias, tais como, a Diabetes *Mellitus* (DM), dislipidemias e distúrbios do eixo hipotálamo-hipófise. Sendo uma especialidade médica que aborda patologias tão distintas entre si, considerei que o contacto ao longo do curso com esta área foi reduzido, não permitindo uma compreensão abrangente das diferentes modalidades de intervenção da prática clínica, nomeadamente, a consulta interna, o internamento e consultas diferenciadas. Nesse sentido, a realização deste estágio revelou-se uma oportunidade privilegiada para conhecer de forma mais aprofundada e próxima com a realidade a complexidade da abordagem diagnóstica e terapêuticas das patologias endócrinas, bem como para reconhecer os principais desafios e limitações inerentes à prática clínica. De igual forma, permitiu-me compreender a importância de uma abordagem holística do doente, com integração de todas as suas dimensões visando a otimização dos resultados em saúde.

A Endocrinologia é a especialidade médica dedicada ao estudo do sistema endócrino, com foco nos mecanismos de síntese, secreção e ação das hormonas a nível tecidual, bem como nas consequências metabólicas perante uma desregulação hormonal. O nascimento formal desta área médica surge com a obra intitulada “*Principles of Human Physiology*”, elaborada por *Ernest Starling*, no seguimento do estudo sobre o papel das hormonas na regulação fisiológica do organismo humano. Em 1949, a Endocrinologia foi reconhecida como uma especialidade médica autónoma em Portugal, com a organização subsequente das

primeiras consultas nos principais hospitais do país, marcos determinantes na afirmação da especialidade na medicina portuguesa.¹⁻³

Desde então, o crescimento da especialidade acompanha de perto a transição epidemiológica verificada nas últimas décadas. Perante o envelhecimento da população, verificou-se um aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e a necessidade de implementar e assegurar cuidados de saúde de qualidade e custo-efetivos, com o intuito de prevenir, diagnosticar precocemente e otimizar a terapêutica.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCRNT) representam uma das maiores problemáticas para a saúde pública a nível global, não só pela sua elevada prevalência, como também pelo facto de constituírem a principal causa de morbimortalidade na população em geral, sendo responsáveis por sete das dez principais causas de morte mundiais, com destaque para a DM, responsável por 2 milhões de mortes. Já a nível nacional, a DM assume também particular relevância, apresentando uma das prevalências mais elevadas da Europa, associada a um controlo glicémico, lipídico e cardiovascular deficitário e consequente elevado risco de complicações micro e macrovasculares. Apesar da instituição de políticas de saúde nacionais preventivas e da existência de sistemas promotores de cuidados de saúde direccionados ao doente diabético no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem-se assistido a um aumento crescente da prevalência e da carga global de doença. Paralelamente, destaca-se a obesidade que, pela sua prevalência e impacto metabólico, é atualmente reconhecida como patologia crónica, caracterizando-se por uma acumulação excessiva de gordura corporal, de etiologia multifatorial, com consequente impacto negativo na saúde e qualidade de vida, constituindo um dos grandes desafios de saúde pública do mundo atual.⁴⁻⁷

Por sua vez, os distúrbios tiroideus constituem umas das doenças mais frequentemente abordadas em contexto de consulta, nomeadamente, o hipotireoidismo e o hipertireoidismo, sendo a sua distribuição epidemiológica influenciada pelo estado nutricional de iodo. Em Portugal, um dos estudos epidemiológicos mais relevantes que procurou caracterizar a prevalência de défice nutricional de iodo na população gestante em larga escala demonstrou uma concentração urinária média de iodo reduzida (cerca de 82,5 $\mu\text{g/L}$), traduzindo-se num aporte de iodo diário inferior ao recomendado pela OMS na população gestante (250 $\mu\text{g/L}$). As mulheres grávidas constituem um grupo particularmente vulnerável a este défice nutricional, dado o risco de alterações no neurodesenvolvimento fetal associadas. Desta forma, desde 2013 é recomendada a suplementação com iodo sob a forma

de iodeto de potássio a todas as mulheres portuguesas no período de preconceção, durante a gravidez e amamentação. Adicionalmente, estudos populacionais nacionais recentes demonstraram que o défice nutricional de iodo é transversal à população em geral e que se encontra associado a uma maior incidência de nódulos tiroideus, bócio e carcinomas tiroideus.⁸⁻¹²

Com o envelhecimento progressivo da população, tem-se verificado um aumento gradual da incidência de patologias do âmbito da Endocrinologia, tais como a DM, o bócio nodular, o hiperparatiroidismo primário, o défice de vitamina D, a osteoporose, entre outras. A osteoporose, uma patologia multidisciplinar, frequentemente subdiagnosticada por evoluir de forma silenciosa, é muitas vezes diagnosticada aquando da ocorrência de fraturas. A fratura de fragilidade constitui a principal consequência clínica da osteoporose, apresentando um risco de mortalidade no primeiro ano após o evento de cerca de 24%, aliado a uma perda da autonomia funcional e aumento da procura de cuidados de saúde. Sendo a osteoporose uma patologia que evolui de forma silenciosa até à ocorrência de fratura, a sinalização precoce de indivíduos com maior risco torna-se particularmente relevante, permitindo uma instituição do tratamento adequado e a prevenção de ocorrência destas fraturas.^{13,14}

Estas constituem algumas das patologias abordadas pela Endocrinologia com elevado impacto na saúde pública, não só pela sua elevada prevalência, como também por constituírem uma importante causa de morbimortalidade, contribuindo, de forma expressiva, para a carga global de doença das DCRNT. A abordagem clínica centra-se sobretudo na necessidade de acompanhamento longitudinal da evolução crónica característica destas doenças, aliada a uma integração das várias dimensões do doente, refletindo a complexidade de na sua gestão. Desta forma, torna-se essencial a instituição de medidas de prevenção e de diagnóstico precoces aliado a uma terapêutica baseada na evidencia científica na otimização de ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida global.¹⁵

O serviço de Endocrinologia da ULS Santo António foi fundado pelo Professor Doutor Ignácio Salcedo em 1953, constituindo o serviço mais antigo do país. O serviço de Endocrinologia apresenta como principal objetivo a prestação de cuidados médicos diferenciados ao doente com patologia endócrina, de forma acessível e especializada, estabelecendo articulação com outras ULS e Cuidados de Saúde Primários (CSP), garantindo uma sinalização e diagnóstico precoce e uma terapêutica adequada. Para além disso, desde cedo que colabora ativamente na formação de profissionais de saúde diferenciados na área de Endocrinologia, bem como na formação académica de alunos do MIM e de outras

licenciaturas, sendo parte integrante do ensino médico pré-graduado e pós-graduado, respetivamente. Durante o período do estágio, a direção do serviço estava a cargo do Dr. Jorge Dorez. O corpo clínico médico do serviço encontra-se representado na Tabela I. Adicionalmente, é parte integrante do serviço uma equipa de enfermagem liderada pela enfermeira Manuela Resende, bem como as secretárias clínicas Fátima Andrade, Conceição Santos, Ermelinda Maciel e Gorete Guerreiro, e a assistente operacional Cidália Aleixo. O serviço conta ainda com o apoio do serviço de Nutrição, dirigido pelo Dr. Fernando Pichel, e dos podologistas Dra. Rosa Guimarães e Dr. Joel Pereira.^{1,16}

OBJETIVOS

O estágio de carácter observacional apresenta como principal intuito estabelecer um contacto mais próximo com a prática clínica na área de Endocrinologia, possibilitando a aplicação e consolidação de conteúdos teóricos adquiridos ao longo do MIM. Para o efeito, destaco os seguintes objetivos a cumprir: (1) Compreender os diferentes níveis de cuidado da Endocrinologia, nomeadamente, consulta externa, consulta interna e de apoio ao serviço de urgência, internamento e hospital de dia; (2) Acompanhar o doente endócrino em todas as fases de intervenção, isto é, desde a formulação de um diagnóstico até ao planeamento terapêutico e posterior seguimento clínico; (3) Adquirir e desenvolver competências que permitam estabelecer uma relação médico-doente próxima, empática e adequada, procurando adaptar a comunicação às características individuais intrínsecas de cada doente, nomeadamente, faixas etárias, contexto socioeconómicos e familiar, nível de escolaridade e grau de literacia em saúde; (4) Reconhecer as principais aprendizagens e dificuldades que encontrei ao longo da observação da prática clínica, promovendo uma análise reflexiva.

METODOLOGIA

O estágio de carácter observacional e formativo decorreu entre o dia 03 de Outubro de 2025 e o dia 19 de Fevereiro de 2026, no serviço de Endocrinologia da ULS Santo António, com a duração total de 93 horas. O acompanhamento das diversas valências e áreas de atuação foi realizado tendo em conta a minha disponibilidade e dos profissionais de saúde envolvidos, sob orientação do Prof. Doutor André Carvalho e da Dra. Liliana Fonseca.

A metodologia empregue consistiu na observação e participação, complementada pela recolha sistematizada de dados clínicos e demográficos, análise descritiva (por exemplo, distribuição por sexo, idade e diagnóstico) e posterior integração crítica dos diagnósticos e orientações terapêuticas. A estruturação do relatório foi realizada de acordo com as diferentes áreas de atuação da especialidade que tive oportunidade de assistir. Em cada uma delas, início com uma breve introdução teórica, seguida da descrição da valência apresentação da casuística e uma reflexão crítica final.

A **Consulta Externa**, que inclui a consulta geral e a consulta multidisciplinar e/ou diferenciada, engloba a maioria das atividades desenvolvidas deste estágio.

A **Consulta Interna e de apoio ao Serviço de Urgência**, que inclui a avaliação e gestão de situações de descompensação aguda de patologias endócrinas, através da otimização diagnóstica e terapêutica, em resposta a pedidos de apoio e consultadoria de outros serviços hospitalares.

O **Internamento**, com análise da abordagem das patologias endócrinas observadas e posterior reflexão.

A **Reunião de Serviço**, com discussão multidisciplinar de questões relacionadas com a prática clínica, temas de carácter estrutural e organizacional do serviço, bem como atividades de formação e desenvolvimento científico.

O **Ensaio Clínico**, com acompanhamento da investigação clínica desenvolvida no serviço, visando a produção de evidencia científica robusta.

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO E DISTRIBUIÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Entre Outubro de 2025 e Fevereiro de 2026, realizei um estágio de carácter observacional no serviço de Endocrinologia da ULS Santo António, perfazendo um total de 93 horas. O organograma da atividade assistencial, representado na Tabela II, demonstra que a carga horária mensal não foi uniforme, pela necessidade de conciliar os horários das diversas atividades assistenciais do serviço com as restantes obrigações curriculares do 6º ano do MIM. A distribuição horária pelas áreas de atuação do serviço que tive oportunidade de assistir encontra-se detalhada na Tabela III. A Consulta Externa constituiu a principal componente assistencial do estágio, seguindo-se, por ordem decrescente de carga horária, a Consulta Interna e de apoio ao Serviço de Urgência, o Internamento, a Reunião de Serviço e o Ensaio Clínico. A vivência nestas diferentes valências proporcionou-me uma visão abrangente das múltiplas modalidades de intervenção diagnóstica e terapêutica do serviço.

RESULTADOS

Os resultados do presente relatório encontram-se organizados de acordo com a estrutura funcional do serviço de Endocrinologia da ULS de Santo António, permitindo uma compreensão integrada da sua prática clínica e assistencial. A análise assume essencialmente um carácter descritivo, procurando caracterizar o perfil demográfico dos doentes observados e as patologias abordadas e compará-los a padrões epidemiológicos nacionais e internacionais, quando pertinente, permitindo uma reflexão crítica da casuística. Procede-se, de seguida, à descrição de cada valência e atividade desenvolvida.

CONSULTA EXTERNA

A Consulta Externa de Endocrinologia constitui a principal componente assistencial do serviço, pelo carácter de evolução crónica inerente à maioria das patologias e distúrbios endócrinos, exigindo um acompanhamento e monitorização clínica periódica prolongada no tempo. Desta forma, assume um papel preponderante na gestão integrada da doença endócrina, permitindo a avaliação inicial e definição diagnóstica e a instituição de um plano terapêutico adequado ao contexto clínico e psicossocial do doente.

Durante o estágio, a Consulta Externa representou a maioria da minha atividade observacional desenvolvida, distribuída por Consultas de Endocrinologia Geral e Consultas Diferenciadas e/ou Multidisciplinares. Na Tabela IV encontram-se representadas todas as tipologias de consulta realizadas pelo serviço de Endocrinologia, no momento da realização do estágio.

A diferenciação da Consulta Externa surge pela crescente complexidade científica, clínica e terapêutica das diversas patologias abordadas, com marchas diagnósticas e tratamentos muito específicos, exigindo protocolos de atuação diferenciados, aliada a uma articulação multidisciplinar e atualização científica constante. A existência de consultas diferenciadas e multidisciplinares possibilita a uniformização da abordagem diagnóstica e terapêutica, contribuindo para uma resposta mais dirigida, sustentada na evidência clínica atual. Não obstante, a Consulta Geral constitui um pilar fundamental na prática clínica da especialidade, permitindo uma abordagem abrangente e integrada das patologias e distúrbios endócrinos. Na Tabela V estão representados os principais diagnósticos observados na Consulta de Endocrinologia Geral e em diversas Consultas Diferenciadas e/ou Multidisciplinares, nomeadamente, Consulta Multidisciplinar de Obesidade, Consulta de Patologia Tiroideia, Consulta Multidisciplinar de Dislipidemias, Consulta Multidisciplinar de

Hipófise, Consulta de Terapêutica Educacional de Diabetes, Consulta Multidisciplinar de Cancro de Tiroide, Consulta Multidisciplinar de Tiroide, Consulta Multidisciplinar de Tratamento da Diabetes *Mellitus* tipo 1 com Sistemas de Perfusão Subcutânea de Insulina e Consulta Multidisciplinar de Hipertensão Endócrina e Patologia Suprarrenal.

CONSULTAS DE ÍNDOLE GERAL

Consulta de Endocrinologia Geral

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a um total de 36 consultas de Endocrinologia Geral. Num primeiro momento, acompanhei 18 consultas com o Dr. Miguel Saraiva, das quais a maioria constituiu consultas de seguimento (n=15; 83,3%), com foco na evolução clínica da doença e na avaliação da adesão, eficácia e segurança da terapêutica. Paralelamente, as primeiras observações (n=3; 16,7%) destacaram-se por uma entrevista clínica mais exaustiva e detalhada, de forma a estabelecer um diagnóstico inicial e instituir um plano terapêutico adequado, exigindo um maior tempo de duração. As patologias mais frequentes foram o Bócio Multinodular (BMN) (n=4; 22,2%) e a Doença de Graves (n=3; 16,7%). Adicionalmente, foram abordadas patologias suprarrenais, distúrbios do metabolismo fosfocálcio e do eixo hipotálamo-hipófise, realçando a heterogeneidade clínica desta área. Adicionalmente, acompanhei a Dra. Liliana Fonseca em 18 consultas, nas quais se observou um predomínio dos distúrbios da obesidade (n=7; 38,8%) e do metabolismo fosfocálcio e do osso (n=5; 27,8%). Em termos de distribuição por idade, observou-se uma elevada variabilidade etária, entre os 20-81 anos de idade, refletindo os diferentes perfis epidemiológicos das patologias abordadas. Por exemplo, os distúrbios genéticos da regulação do cálcio manifestam-se em idade pediátrica, ao contrário de patologias como a osteoporose, que apresentam o seu pico de incidência em faixas etárias mais avançadas, pela diminuição gradual da densidade mineral óssea (DMO) decorrente de fatores associados ao envelhecimento, tais como desequilíbrio do *turnover* ósseo (aumento da reabsorção óssea e diminuição da produção óssea), supressão das hormonas sexuais e hiperparatiroidismo secundário.¹⁷

Considero que o acompanhamento destas consultas possibilitou o contacto com distúrbios menos prevalentes e com os quais nunca tinha contactado na prática, revelando-se uma excelente oportunidade de aprendizagem e integração de conhecimentos teóricos. Para além disso, a observação de diversos contextos clínicos, com formulação de diagnóstico

e implementação de um plano terapêutico, aliado à avaliação da evolução clínica, permitiu-me compreender a importância do acompanhamento longitudinal na otimização terapêutica.

Apresento dois casos clínicos que considere relevante destacar. O primeiro, por se tratar de uma patologia frequente na população em geral, mas cuja gravidade é incomum. O segundo caso clínico, por se tratar de uma complicação pós-operatória frequente, muitas vezes não acautelada, podendo acarretar complicações graves e fatais.

Caso Clínico 1:

Mulher de 66 anos de idade, com diagnóstico de osteoporose fraturaria grave (T-score coluna lombar vertebral: -3,5; T-score fémur proximal: -3) aos 55 anos, múltiplas fraturas de fragilidade vertebrais (D12, L2 e L4), destacando-se da investigação etiológica um défice grave de vitamina D. Iniciou terapêutica anabólica com teriparatide e suplementação com cálcio e vitamina D (calcifediol). A filha de 32 anos, também é seguida na consulta de Endocrinologia desde 2021 por osteoporose fraturaria grave, fratura de 10 vértebras, associada à gravidez e amamentação. Neste contexto, foi pedido estudo genético e referenciada para Consulta Externa (CE) de Genética Médica, para identificação de possíveis variantes genéticas patogénicas implicadas na sinalização e metabolismo ósseo. A identificação de uma possível causa secundária para a osteoporose poderá orientar para terapêuticas futuras, que permitam uma terapêutica eficaz da patologia. Este caso pretende realçar a importância de uma reavaliação clínica constante, para otimização da terapêutica e melhoria da qualidade de vida dos doentes.^{18,19}

Caso Clínico 2:

Mulher de 27 anos, com diagnóstico de hiperparatiroidismo primário durante a gravidez, foi submetida a paratiroidectomia, para normalização da calcemia e controlo sintomático. A doente apresentou uma complicação pós-cirúrgica frequente, a Síndrome de Osso Faminto ou *Hungry-Bone Syndrome*, correspondendo a uma hipocalcemia transitória e autolimitada, que ocorre em 30% dos doentes operados. Em doentes com hiperparatiroidismo, os níveis elevados constantes da hormona paratiroideia (PTH) estimulam cronicamente a atividade osteoclástica e a reabsorção óssea, culminando numa diminuição da DMO. Após recessão cirúrgica das paratiroides, há uma diminuição abrupta da PTH e um consequente aumento da atividade osteoblástica, para reversão da osteodistrofia e remineralização óssea, com uma redução abrupta dos níveis séricos de cálcio, fósforo e

magnésio. Neste caso, as manifestações clínicas surgiram nos primeiros dias após a cirurgia, com um quadro característico de tetania latente (parestesias, contrações musculares e presença de sinal de *Trousseau* e Sinal de *Chvostek*). A doente não demonstrou alterações da repolarização ventricular no eletrocardiograma (ECG) decorrentes de um quadro de hipocalcemia, como um prolongamento do intervalo QT. Não obstante, face à gravidade do quadro, foi instituída terapêutica com cálcio endovenoso, terapêutica oral com cálcio e um fármaco análogo da vitamina D, e ainda suplementação de fosfato e magnésio. Este caso ilustra a importância de uma avaliação do metabolismo fosfocálcio no período pré e pós-operatório, como medidas de prevenção de uma complicação potencialmente fatal.²⁰

CONSULTAS MONOTEMÁTICAS

Consulta de Obesidade

Assisti a 12 consultas de obesidade, sob orientação da Dra. Liliana Fonseca e a Dra. Ana Luísa Pinheiro. Numa primeira consulta, é realizada uma anamnese dirigida à obesidade, procurando caracterizar a sua evolução ao longo do tempo, peso máximo atingido, comorbilidades associadas, hábitos alimentares e comportamentos alimentares característicos, como episódios de voracidade e compulsão alimentar. O exame objetivo inclui a avaliação dos dados antropométricos e a identificação de estigmas de obesidade, bem como a exclusão de causas secundárias, como a síndrome de *Cushing*. A integração de dados objetivos e analíticos permite delinear um plano terapêutico individualizado, visando a promoção de perda ponderal sustentada e a melhoria das comorbilidades associadas.

De um total de 12 doentes observados, 83,3% (n=10) eram do sexo feminino e 16,7% (n=2) do sexo masculino. A média de idades foi de $44,8 \pm 11,8$ anos, com uma idade mínima de 24 anos e idade máxima de 67 anos.

Cerca de 58,3% (n=7) dos doentes optaram pela cirurgia bariátrica e 41,7% (n=5) por terapêutica farmacológica, sendo os fármacos preferenciais o semaglutide [análogo do recetor *Glucagon-Like Peptide-1* (GLP-1)] ou o tirzepatide [co-agonista duplo dos recetores *Glucose-Dependent Insulinotropic Polypeptide* (GIP) e GLP-1]. Os doentes referenciados para esta consulta apresentam, na maioria dos casos, uma falência terapêutica da primeira linha de tratamento (medidas de estilo de vida), revelando-se insuficientes e/ou de difícil adesão. Sendo a obesidade uma doença complexa, multifatorial, crónica e recidivante, torna-se fundamental a instituição de uma abordagem holística e multidisciplinar, visando a integração das diversas dimensões do indivíduo na instituição de um plano terapêutico adequado.

A decisão sobre a terapêutica a adotar depende não só das indicações formais estabelecidas, mas também da preferência do doente, tendo em conta o seu contexto biopsicossocial, expectativas, motivação para aderir à terapêutica e capacidade económica. A elevada adesão à cirurgia bariátrica pode estar relacionada com o facto de os doentes observados apresentarem, na sua maioria, obesidade de classe II (n=4; 33,3%) e classe III (n=8; 66,7%), nos quais a cirurgia demonstrou uma eficácia superior a longo prazo, comparativamente com as restantes alternativas. Para além disso, o fator económico apresentou um grande peso na escolha, por constituir uma opção mais barata e acessível comparativamente com os fármacos disponíveis, que não são comparticipados em Portugal, e cuja eficácia é dose-dependente. Não obstante, uma percentagem significativa dos doentes optou por esta alternativa, não só pela elevada eficácia na redução do peso, como também por ser um método não invasivo e fácil de administrar. Estes fármacos são geralmente bem tolerados, sendo os efeitos adversos mais frequentes os do trato gastrointestinal (náuseas, vómitos e alterações do trânsito intestinal), de carácter autolimitado. A terapêutica farmacológica apresenta algumas vantagens em relação à terapêutica cirúrgica, tais como ausência dos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos, défices nutricionais graves e síndrome de dumping, entre outros.²¹⁻²³

Considero que uma das principais dificuldades da abordagem terapêutica da obesidade reside na gestão de expectativas entre a perda ponderal desejada e aquela que é alcançável, podendo motivar sentimentos de ansiedade, frustração e desmotivação. Apesar de os objetivos de perda de peso serem alcançáveis, é necessário que o doente compreenda que nem a terapêutica cirúrgica nem a terapêutica farmacológica de forma isolada são suficientes para atingir resultados sustentados a longo prazo. A eficácia clínica destas intervenções depende da adoção concomitante e sustentada no tempo de alterações do estilo de vida, incluindo a reeducação do comportamento alimentar e a prática de exercício físico. Desta forma, torna-se essencial estabelecer uma relação terapêutica baseada numa comunicação empática, com o intuito de alinhar expectativas, definir objetivos terapêuticos realistas e reforçar o papel das medidas de estilo de vida no sucesso terapêutico a longo prazo.

Concluindo, constatei que a decisão terapêutica revelou ser multifatorial, tendo em conta critérios clínicos, fatores psicológicos e o contexto socioeconómico. A farmacoterapia destacou-se sobretudo pela elevada eficácia e bom perfil de segurança, ao invés que a cirurgia demonstrou ser mais vantajosa em casos de obesidade de classe II e III e contextos económicos precários. Desta forma, considero pertinente refletir sobre a possibilidade de

comparticipação destes fármacos no futuro, uma vez que a obesidade é reconhecida pela OMS como uma patologia crónica e estes fármacos demonstraram benefícios significativos na redução do peso corporal e morbimortalidade destes doentes. Trata-se de uma problemática relevante, que carece de reflexão e discussão entre a comunidade civil, atendendo ao elevado impacto desta patologia na saúde e qualidade de vida dos doentes.

Consulta de Patologia Tiroideia

Acompanhei 18 consultas de tiroide com a Dra. Maria Teresa Pereira. A maioria dos doentes observados eram do sexo feminino (n=14; 77,8%), e a média de idades foi de $65,6 \pm 13,7$ anos, com uma idade mínima de 39 anos e máxima de 93 anos. O diagnóstico mais frequentemente observado foi a Doença de Graves (n=8; 44,4%), seguido do BMN (n=4; 22,2%), tirototoxicose iatrogénica (n=3; 16,7%), nódulos tiroideus (n=2; 11,1%) e hipotireoidismo (n=1; 5,6%).

O acompanhamento destas consultas permitiu-me sistematizar a abordagem diagnóstica e terapêutica da patologia tiroideia, na qual tive a oportunidade de rever conceitos importantes na colheita da história clínica e na realização da técnica de palpação da glândula tiroideia, integrando de forma sistematizada os dados clínicos, analíticos e imagiológicos. Adicionalmente, tornou-se evidente a grande diversidade de situações clínicas e fatores externos com potencial impacto na função tiroideia, os quais devem ser cuidadosamente explorados durante a anamnese.

De seguida, apresento um caso clínico ilustrativo de uma complicação iatrogénica relativamente frequente na prática clínica, para o qual é fundamental um elevado grau de suspeição clínica e sensibilização.

Caso Clínico:

Homem de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilação auricular recorre à consulta de Patologia Tiroideia, referenciado pelos CSP, por alterações analíticas compatíveis com tirototoxicose (TSH: $0,07 \mu\text{U/mL}$, T4 livre: $1,66 \mu\text{g/dL}$). O doente encontrava-se clinicamente assintomático e sob tratamento com amiodarona há um ano. Perante o contexto clínico, o diagnóstico mais provável é de uma Tirototoxicose Induzida pela Amiodarona (TIA), complicação iatrogénica que ocorre em até 12% dos doentes sob

terapêutica com este fármaco antiarrítmico. Estão descritos três mecanismos subjacentes à TIA: tipo 1 (fenómeno de *Jod-Basedow*), tipo 2 (tiroidite destrutiva) e mista/indefinida (tipo 3). A TIA tipo 1 surge do aumento da síntese de hormonas tiroideias estimulado pelo alto teor de iodo presente na amiodarona, ocorrendo habitualmente em indivíduos que apresentam alterações na função da glândula tiroideia prévias à administração da amiodarona. Já a TIA tipo 2 resulta da libertação de hormonas tiroideias formadas previamente e que se encontram armazenadas nos folículos tiroideus, comum em indivíduos sem doença tiroideia associada. Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes à TIA tipo 1 e TIA tipo 2 podem coexistir, dando origem às chamadas formas mistas, não sendo totalmente compreendidos. A ecografia tiroideia com Doppler constitui o exame mais específico para distinguir entre os diferentes subtipos de TIA, através da avaliação da vascularização glandular tiroideia: no tipo 1 verifica-se um aumento da vascularização da glândula, contrastando com o tipo 2, com diminuição ou ausência de vascularização. Neste caso, concluiu-se que o doente apresentava um quadro de TIA tipo 2. Foi decidido iniciar corticoterapia (prednisolona via oral 40 mg/dia) e vigiar a função tiroideia. O doente foi simultaneamente encaminhado para reavaliação por Cardiologia, para avaliação do risco-benefício de suspensão da amiodarona. ²⁴⁻²⁶

CONSULTAS MULTIDISCIPLINARES

Consulta Multidisciplinar de Dislipidemias

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morte na Europa, sendo responsáveis por mais de 4 milhões de mortes por ano. O processo aterosclerótico inicia-se muito antes do aparecimento das primeiras manifestações de DCV, estando associado à presença de múltiplos fatores de risco cardiovasculares, entre eles, a dislipidemia.). A dislipidemia constitui um fator de risco modificável importante no desenvolvimento de DCV, pelo que a sua deteção precoce e tratamento são fundamentais no controlo do risco cardiovascular. ^{27,28}

No decorrer do estágio, acompanhei 11 consultas de Dislipidemias com a Dra. Liliana Fonseca. No que se refere à distribuição por sexo, 54,5% (n=6) dos doentes eram mulheres e 45,5% (n=5) homens. A análise de distribuição etária revelou uma média de idade de $53,0 \pm 13,8$ anos, com uma idade mínima de 26 anos e idade máxima de 73 anos. Cerca de 72,7% (n=8) dos doentes encontravam-se na faixa etária 35-64 anos, 18,8% (n=2) na faixa etária 65-79 anos e os restantes 9,1% (n=1) na faixa etária 18-34 anos. Em termos de diagnóstico, 90,9% (n=10) dos doentes apresentaram dislipidemia mista e 9,1% (n=1) suspeita de

Hipercolesterolemia Familiar (HF). A prevalência dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis dos doentes observados encontra-se representada na Tabela VI, destacando-se a hipertensão arterial (n=7; 63,7%), a DM tipo 2 (n=6; 54,6%), a obesidade (n=6; 54,6%) e o tabagismo (n=6; 54,6%). De salientar a coexistência de múltiplos fatores de risco num mesmo indivíduo, o que reforça a importância de uma abordagem terapêutica multifatorial na prevenção cardiovascular.

O estudo epidemiológico nacional “e_COR”, referente ao ano de 2019, demonstrou uma predominância no sexo masculino dos três fatores de risco cardiovasculares [hipercolesterolemia, c-HDL (colesterol das lipoproteínas de alta densidade) reduzido e hipertrigliceridemia] e registou um pico de prevalência na faixa etária 65-79 anos. É importante salientar que a amostra de doentes observados foi reduzida, o que dificultou a interpretação dos resultados e a sua comparação com dados epidemiológicos em grande escala.²⁹

Previamente a se estabelecer um plano terapêutico, é importante avaliar o risco cardiovascular global do doente, através de sistemas de estimativas de risco que permitem estratificar o risco vascular adaptado à idade e aos diversos fatores e condicionantes de risco cardiovasculares presentes, para definição de alvos terapêuticos adequados. Em Portugal, utilizam-se os sistemas de estimativa de risco cardiovascular europeu, designados SCORE2 (*Systematic Coronary Risk Evaluation 2*), SCORE 2-OP (*Systematic Coronary Risk Evaluation 2- Older Persons*) e o SCORE2-Diabetes (*Systematic Coronary Risk Evaluation 2- Diabetes*), com o intuito de estimar o risco individual a 10 anos de desenvolver eventos de patologia cardiovascular fatais e não fatais em indivíduos aparentemente saudáveis. De salientar que estes sistemas avaliam o risco cardiovascular em contexto de prevenção primária, sendo excluídos indivíduos que já apresentem condições de alto e muito alto risco, nomeadamente, doença cardiovascular estabelecida, doença renal crónica moderada a grave, hipercolesterolemia familiar ou presença de outros fatores de risco cardiovascular com lesão de órgão-alvo. Para os doentes com DM tipo 2, na ausência de doença cardiovascular estabelecida, de doença renal crónica e de três ou mais microcomplicações, é possível aplicar o SCORE2-Diabetes para estimativa do risco cardiovascular a 10 anos.^{30,31}

Todos os doentes observados em consulta enquadravam-se em contexto de prevenção secundária, pelo que não foram aplicados os SCOREs supracitados. Adicionalmente, pertenciam à categoria de risco cardiovascular muito alto, com múltiplos fatores de risco cardiovascular, exigindo terapêutica hipolipemiante intensiva, associada à

promoção de medidas de estilo de vida e controlo de fatores de risco cardiovasculares (por exemplo, cessação tabágica). A consulta revelou-se particularmente desafiante, pela complexidade do perfil dos doentes observados, evidenciando a necessidade de integrar as múltiplas condicionantes de risco para otimizar o controlo cardiovascular e diminuir a morbimortalidade associada.

Caso Clínico:

Primeira consulta de uma mulher de 35 anos, referenciada por suspeita de **Hipercolesterolemia Familiar**. A doente afirma que desde jovem tem o “colesterol alto”, estando sob terapêutica farmacológica desde os 18 anos (rosuvastatina 10mg). Relativamente à história familiar, pai com enfarte agudo do miocárdio aos 40 anos de idade, e mãe e irmão com dislipidemia, ambos com diagnóstico em idade jovem, não sabendo especificar a idade. Ao exame objetivo, o índice de massa corporal (IMC) calculado foi 20,1 kg/m² e o perímetro abdominal medido 71 cm. Não foram identificados xantomas tendinosos, xantomas palmares, xantomas eruptivos, arco corneano nem lipemia *retinalis*. O estudo analítico realizado na ULSSA demonstrou hipercolesterolemia e elevação do colesterol presente nas lipoproteínas de baixa densidade (c-LDL) (198 mg/dL).

Colocou-se a hipótese de um caso index de Hipercolesterolemia Familiar (HF). A HF constitui uma doença hereditária do metabolismo lipídico, caracterizada por níveis elevados de c-LDL, condicionando um elevado risco de doença cardiovascular prematura. A suspeita de é avaliada através dos critérios da *Dutch Clinic Network Criteria* (DLCN), que incluem valores analíticos de colesterol total (CT), c-HDL, achados ao exame objetivo (xantomas tendinosos e/ou arco tendinoso) e história pessoal e familiar de doença arterial coronária. Para além disso, como a patologia resulta de mutações com perda de função de determinados genes, a realização de estudo genético faz parte dos critérios de diagnóstico. Analisando os critérios, a doente enquadrava-se num nível de diagnóstico provável (7 pontos segundo o DLCN), carecendo de teste genético molecular para confirmar o diagnóstico. Se for identificada uma mutação genética, os seus familiares também devem ser submetidos a teste genético (rastreamento em cascata). Ilustro este caso, com o intuito de demonstrar a importância do diagnóstico atempado de HF e a instituição de terapêutica adequada precocemente, uma vez que existe risco de doença cardiovascular em todos os doentes com HF, independentemente da forma de manifestação da doença e da idade do doente, comparativamente com a população em geral. Portanto, um diagnóstico atempado e instituição precoce da terapêutica com atingimento dos alvos lipídicos permite reduzir a morbimortalidade cardiovascular.³²

Consulta Multidisciplinar de Medicina Transgénero

A consulta multidisciplinar de Medicina Transgénero, integrada na Unidade de Sexologia e Género (USEG) da ULSSA, pretende responder às necessidades em saúde de pessoas transgénero, reunindo várias especialidades e áreas de intervenção médica, nomeadamente, Endocrinologia, Endocrinologia Pediátrica, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Urologia e Anestesiologia.

A incongruência de género corresponde ao espectro de perturbações na qual há uma discrepância entre o sexo atribuído à nascença e a identidade de género, incluindo termos como trans e não binário. O sexo atribuído à nascença corresponde à atribuição de um sexo legal binário de acordo com a anatomia genital observada à nascença, não considerando as restantes componentes da biologia sexual humana. Já o conceito identidade de género refere-se à percepção intrínseca individual relativa ao seu género, podendo ou não corresponder ao sexo biológico. A identidade de género não pode ser definida à nascença, uma vez que depende do desenvolvimento sexual e biopsicossocial de cada indivíduo, sendo um reflexo da profunda experiência de género interna e individual. Desta forma, o termo trans ou transgénero abrange qualquer indivíduo que não se identifique com o seu sexo atribuído à nascença, podendo ou não realizar modificações corporais com o intuito de transitar de género. Engloba identidades, como “mulher trans”, “homens trans” e não-binário. Já o conceito disforia de género implica que haja sofrimento significativo na vida do indivíduo, provocado pela não conformidade entre o sexo atribuído à nascença e a identidade de género.

33,34

Na legislação portuguesa está previsto o direito à determinação da identidade de género, bem como à proteção das características sexuais individuais, em todos os indivíduos maiores de idade e a menores entre os 16-18 anos, com o acréscimo de um relatório de “atestado de consciência”. Não existem estudos epidemiológicos nacionais robustos sobre a prevalência e principais determinantes sociais e em saúde da população transgénero, contudo, tem-se verificado um aumento da procura de cuidados de saúde por esta população, facto que motivou a criação desta consulta diferenciada.^{35,36}

Acompanhei 7 consultas sob orientação do Dr. Miguel Saraiva. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima foi de 32 anos, o que demonstra uma elevada procura de pessoas trans jovens pelos cuidados de saúde diferenciados. Relativamente ao sexo atribuído à nascença, 42,9% (n=3) eram do sexo feminino e 57,1% (n=4) do sexo masculino. No que concerne à

identidade de género, 42,9% (n=3) identificam-se como género binário mulher, 42,9% (n=3) como género binário homem e os restantes 14,3% (n=1) como género não binário.

Nesta consulta, o diagnóstico e a otimização terapêutica da incongruência e disforia de género é realizado de acordo com as *guidelines* da *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). A pessoa trans é primeiramente avaliada por um psiquiatra e/ou psicológico na consulta de Sexologia Clínica, cujo objetivo é avaliar e confirmar o diagnóstico de disforia de género. Posteriormente, é encaminhada para as restantes especialidades médicas, de forma a proceder com o tratamento que desejar e que seja possível realizar.³³

Na consulta de Endocrinologia, o objetivo é propor uma terapêutica hormonal que vá ao encontro das expectativas de tratamento da pessoa trans. Como tal, é essencial saber quais os objetivos específicos da transição, por exemplo, uma feminização ou masculinização clássica. Previamente a iniciar qualquer tratamento, é realizada uma avaliação clínica e analítica, de modo a excluir alterações hormonais pré-existentes que invalidem a implementação de tratamento hormonal de afirmação de género. Para além disso, deve ser abordada a questão da fertilidade, uma vez que a terapêutica hormonal suprime a função reprodutiva, sobretudo se realizada de forma prolongada.³³

Numa primeira consulta, o objetivo é identificar os principais resultados que o doente pretende obter do tratamento, bem como esclarecer sobre as suas limitações e possíveis efeitos adversos associados. Nas consultas subsequentes são avaliados os efeitos da terapêutica hormonal quanto à sua presença e grau de evolução. Adicionalmente, é avaliada a ocorrência de efeitos adversos, como labilidade emocional e psicológica, diminuição da libido, toxicidade hepática e eventos cardiovasculares de novo. Tendo em conta a sua presença e gravidade, poderá ser necessário titular a dose ou até suspender e alterar a terapêutica, com o intuito de minimizar os efeitos nefastos do tratamento e maximizar a qualidade de vida da pessoa trans.

Considere-se que a principal dificuldade observada na consulta foi a gestão de expectativas entre o que a pessoa trans pretende obter com o tratamento hormonal e os efeitos terapêuticos obtidos. É frequente que exista uma discrepância entre as alterações desejadas e a evolução clínica observada com a terapêutica hormonal, o que pode condicionar ansiedade, frustração e abandono do tratamento. Nesse sentido, é fundamental esclarecer que determinados efeitos terapêuticos não surgem no imediato, quer pelo próprio mecanismo de ação do fármaco, quer pela necessidade de ajustes posológicos graduais para

obter o efeito pretendido. De igual forma, deve ser explicado que os efeitos adversos são expectáveis de ocorrer, podendo ser atenuados através de uma adequada titulação, de forma a otimizar a terapêutica e preservar a qualidade de vida da pessoa trans.

Estudos nacionais demonstraram que a população trans enfrenta barreiras no acesso a cuidados de saúde diferenciado, condicionando uma maior taxa de depressão, abuso de substâncias e piores resultados em saúde. A meu ver, é importante estar ciente desta problemática, de forma a combater as desigualdades e barreiras descritas no acesso à saúde desta população. Desta forma, a consulta Multidisciplinar Transgénero no ULSSA assume um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde trans-inclusivos específicos e individualizados às necessidades da pessoa trans, através do uso de linguagem respeitosa, informação atualizada e profissionais de saúde especializados e sensibilizados para esta temática.³⁷

Consulta Multidisciplinar de Hipófise

A Neuroendocrinologia estuda as interações entre o sistema endócrino e o sistema nervoso. O eixo hipotálamo-hipófise constitui o principal sistema regulador neuroendócrino do organismo, sendo responsável pela regulação da atividade secretora das glândulas do sistema endócrino e posterior ação nos respetivos órgãos-alvo. A homeostasia hipofisária é, desta forma, fundamental para o funcionamento do organismo, na medida em que todos órgãos e tecidos, de forma direta ou indireta, são afetados pelas hormonas produzidas e libertadas pela hipófise.³⁸

Os tumores da hipófise representam cerca de 10-25% dos tumores intracranianos, sendo maioritariamente benignos e localizados na sela turca, podendo ocorrer ectopicamente noutros locais. Embora pouco frequentes e com baixa probabilidade de malignidade, podem condicionar elevada morbimortalidade, não só pela invasão das estruturas locais, como também pelos efeitos sistémicos provocados pelo aumento ou diminuição da produção hormonal.³⁹

A consulta multidisciplinar da Hipófise é realizada em conjunto com duas especialidades: Endocrinologia e Neurocirurgia. Assisti a 14 consultas com a Dra. Maria Teresa Pereira, endocrinologista, e com a Dra. Isabel Ribeiro, neurocirurgiã. Em termos de distribuição por sexo, 71,4% (n=10) dos doentes observados na consulta eram homens e os restantes 28,6% (n=4) mulheres. A idade média dos doentes na consulta foi $58,4 \pm 19,6$ anos, com idade mínima de 31 anos e máxima de 88 anos.

O panorama epidemiológico global da prevalência dos tumores hipofisários descreve uma maior prevalência de diagnóstico no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino. É importante referir que a amostra de doentes observados foi reduzida, o que dificultou a interpretação dos resultados e a sua comparação com dados epidemiológicos em grande escala.⁴⁰

Esta consulta inclui uma avaliação clínica completa e precisa, estudo da função hipofisária, exame neuro-oftalmológico e exame imagiológico, sendo a ressonância magnética com gadolínio o exame de eleição. O diagnóstico mais frequente observado foi o adenoma da hipófise não secretor (n=8; 57,1%), seguido da acromegalia (n=4; 28,6%) e prolactinoma (n=2; 14,3%).

A presença nesta consulta permitiu-me compreender a diversidade e a complexidade fisiopatológica inerentes às patologias do eixo hipotálamo-hipófise, exigindo uma abordagem clínica sistemática e um raciocínio clínico constante na tomada de decisões. Acresce ainda a riqueza semiológica das patologias hipofisárias, sendo que a realização do exame objetivo dirigido permitiu-me reconhecer estigmas clínicos associados a estas patologias e, desta forma, auxiliar a formulação diagnóstica. O contacto com a equipa de Neurocirurgia revelou-se uma mais-valia, possibilitando a compreensão das principais indicações, limitações e contraindicações da intervenção cirúrgica. Adicionalmente, a abordagem multidisciplinar permitiu-me compreender de forma estruturada o processo de requisição, interpretação e integração clínica dos exames complementares de diagnóstico, bem dos critérios subjacentes à escolha de determinada opção terapêutica. Em última instância, compreendi o impacto significativo da terapêutica instituída na melhoria da qualidade de vida destes doentes, ressaltando o papel desta consulta na definição de tratamento individualizado e de um acompanhamento longitudinal adequado.

Consulta Patologia Endócrina na Grávida

A gravidez corresponde a um estado fisiológico complexo caracterizado por alterações hormonais, metabólicas e imunológicas, resultantes de um processo adaptativo do organismo materno às novas exigências nutricionais e metabólicas. Nesse sentido, a gestação pode constituir um fator de agravamento de distúrbios endócrinos pré-existentes ou até mesmo despoletar o desenvolvimento de uma patologia endócrina de novo.⁴¹

No decorrer do estágio, assisti a 32 consultas de Patologia Endócrina na Grávida, orientada pela Dra. Susana Garrido. Esta é uma consulta multidisciplinar, integrada por

Endocrinologia, Obstetrícia e Nutrição, permitindo uma abordagem global e especializada da mulher grávida com disfunção endócrina. A maioria das consultas observadas acompanharam mulheres grávidas (n=26; 81,3%), sendo as restantes consultas de pós-parto (n=4; 12,5%) e preconcepção (n=2; 6,3%). A distribuição etária das gestantes está representada no Gráfico 1, com destaque para o predomínio da faixa etária entre os 30-39 anos (n=21; 62,6%), seguida dos 40-49 anos (n=9; 28,1%) e por fim 20-29 anos (n=2; 6,3%). A idade média foi de $35,9 \pm 5,1$ anos, valor superior ao pico de incidência descrito das patologias endócrinas mais comuns na gravidez (30-32 anos), refletindo a tendência gradual do adiamento da maternidade, aliado ao aumento do risco de patologias endócrinas com o avançar da idade materna.⁴²

A Diabetes Gestacional (DG) constituiu a patologia mais frequentemente observada, (n=17; 53,1%), seguindo-se as disfunções tiroideias (n=11; 34,4%), diabetes prévia à gravidez (n=2; 6,3%), obesidade (n=1; 3,1%) e o hiperparatiroidismo primário em contexto de síndrome de Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1 (MEN1) (n=1; 3,1%). Na tabela VII estão representadas as patologias observadas em âmbito da Consulta de Patologia Endócrina na Grávida.

A DG constitui uma intolerância aos hidratos de carbono diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez, sendo a disfunção endócrina mais frequente na gestação, estimando-se que afete cerca de 14% de todas as gravidezes a nível mundial. Um controlo glicémico inadequado durante este período está associado a um aumento da morbimortalidade materna e fetal, nomeadamente, pré-eclampsia e parto pré-termo, macrosomia, polihidrâmnios, hipoglicemia neonatal, anomalias congénitas, abortamento espontâneo e morte fetal. Desta forma, foram estabelecidos critérios específicos para o diagnóstico de hiperglicemia durante a gravidez, com o intuito de identificar precocemente a patologia e iniciar uma adequada intervenção terapêutica. O diagnóstico da DG no primeiro trimestre da gravidez é realizado através de um valor de glicemia plasmática ≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL, após um jejum de 8-12 horas. Se a glicemia plasmática for entre 92-99 mg/dL numa grávida sem fatores de risco para a DM (por exemplo, obesidade, antecedentes pessoais de pré-diabetes ou diabetes gestacional) deve-se confirmar o valor obtido com uma segunda medição. Se a segunda avaliação demonstrar um valor de glicemia plasmática < 92 mg/dL exclui-se o diagnóstico de DG no primeiro trimestre da gravidez e a grávida deverá realizar a Prova de Tolerância Oral à Glicose (PTGO) com 75 g de glicose entre as 24-28 semanas.^{43,44}

A grávida com diagnóstico inaugural de DG deve ser acompanhada nesta consulta, de forma a assegurar um adequado controlo metabólico, através da caracterização do perfil glicémico, determinação de valores de A1c ao longo da gestação, avaliação do crescimento

fetal na ecografia, detecção de alterações do volume de líquido amniótico e de possíveis complicações perinatais associadas à hiperglicemia, como hipoxia fetal. A mulher gestante é encorajada a realizar uma auto-monitorização glicêmica diariamente, para uma avaliação fidedigna do seu perfil glicêmico, bem como para avaliar a necessidade de iniciar terapêutica farmacológica. A terapêutica não farmacológica, nomeadamente, o plano nutricional e o exercício físico, constituem uma importante intervenção terapêutica da DG. Nas consultas observadas, a presença de um nutricionista revelou-se essencial na definição conjunta de um plano alimentar personalizado, de acordo com as necessidades energéticas e nutricionais da gestante. A terapêutica farmacológica é instituída quando os objetivos glicêmicos não são alcançados num período de 1-2 semanas após medidas de estilo de vida, sendo a insulina a terapêutica preferencial.⁴³

As gestantes com DM prévia são também acompanhadas nesta consulta, sendo importante a caracterização da doença diabética pré-existente, nomeadamente, o tipo de diabetes e o seu tempo de evolução, a presença de complicações micro e macrovasculares associadas e revisão da terapêutica instituída com base no perfil glicêmico da gestante. A auto-monitorização glicêmica diária é também incentivada, de forma a otimizar o controlo glicêmico e prevenir e/ou retardar o desenvolvimento de complicações. Adicionalmente, nas gestantes com DM tipo 1 é aconselhável o doseamento de corpos cetónicos perante um quadro de mal-estar geral ou em períodos de doença, de forma a permitir o diagnóstico precoce de uma possível cetoacidose diabética (CAD). A CAD constitui uma emergência obstétrica, pelas complicações materno-fetais potencialmente fatais que acarreta. O controlo glicêmico deve ser otimizado através de medidas não farmacológicas e farmacológicas, quando necessário, tal como na DG. É importante salientar que no início da gestação existe uma maior sensibilidade à insulina, pelo que poderá ser necessário ajustar a sua dose, de forma a evitar quadros hipoglicêmicos. Por volta das 16 semanas de gestação, há um aumento da insulinoresistência e necessidade de reajustar a dose diária de insulina, de modo a alcançar os alvos glicêmicos.⁴³

É recomendado que todas as mulheres com DG realizem uma prova de reclassificação da diabetes 6-8 semanas após o parto, através da PTOG com 75 g de glicose. Das consultas pós-parto observadas (n=4; 12,5%), apenas uma era para avaliação da prova de reclassificação, tendo voltado à normoglicemia. As restantes consultas realizadas no puerpério foram destinadas à avaliação de patologias tiroideias. Apesar de a maioria das mulheres retomarem o estado normoglicêmico após o parto, o diagnóstico de DG por si só acarreta um elevado

risco de doença cardiovascular, pré-diabetes e DM tipo 2, bem como uma maior recorrência de DG numa futura gestação. Desta forma, mesmo na ausência de alterações na prova de reclassificação é importante apelar à adoção de medidas de estilo de vida saudável para atingir um controlo metabólico adequado.^{43,45}

Através do acompanhamento da mulher grávida com diabetes, reconheci a importância desta consulta multidisciplinar na educação e orientação terapêutica, através de um plano nutricional individualizado, monitorização glicémica periódica e, quando necessário, terapêutica farmacológica. Para além disso, apercebi-me da heterogeneidade clínica das patologias abordadas nesta consulta e da sua complexidade. Assisti a um caso de uma gestante que estava a ser acompanhada nesta consulta por um diagnóstico de DG, submetida a uma cirurgia bariátrica (*bypass* gástrico) no período de preconceção. A realização desta intervenção cirúrgica parece estar associada a um aumento de complicações materno-fetais importantes, tais como défices nutricionais, malformações congénitas fetais (por exemplo, defeitos do tubo neural), bem como efeitos adversos metabólicos. Apesar de a cirurgia bariátrica prévia à gravidez estar associada a uma diminuição da incidência de DG, o risco residual não é negligenciável, principalmente nas gestantes que apresentem obesidade ou excesso de peso no momento conceção. Neste sentido, no período pré-concepcional e na gravidez é importante o rastreio da DG, bem como de défices nutricionais e a sua posterior suplementação, se necessário. Neste caso, perante uma cirurgia restritiva (*bypass* gástrico), os défices nutricionais mais frequentes são o défice de proteínas, de ferro, cálcio, vitaminas B12 e D e de ácido fólico. A doente em questão não teve acompanhamento pré-concepcional, contudo estava a ser acompanhada no período perinatal, encontrando-se a realizar suplementação vitamínica, para colmatar défices nutricionais inerentes à cirurgia. Apesar de não existir um consenso absoluto quanto ao intervalo de tempo seguro entre a cirurgia bariátrica e a conceção, estudos recomendam um tempo mínimo necessário de 12-24 meses para a estabilização da perda ponderal e dos défices nutricionais.^{46,47}

No que concerne as disfunções tiroideias, as mais frequentes na gravidez são o Hipotireoidismo, a Tireotoxicose Gestacional e a Doença de Graves. Nas consultas observadas, das 11 gestantes com disfunções tiroideias, 72,7% (n=8) apresentavam Hipotireoidismo e 27,3% (n=3) Doença de Graves. A gravidez apresenta um grande impacto na função tiroideia da mulher, com um aumento fisiológico das necessidades de hormonas tiroideias, uma vez que estas apresentam um papel fundamental na maturação do sistema nervoso central fetal. Desta forma, está indicada a suplementação com iodo, sob a forma de iodeto de potássio, a

todas as mulheres portuguesas no período de preconceção, durante a gravidez e amamentação, pelo risco de alterações no neurodesenvolvimento fetal associadas ao défice de iodo.^{11,48}

Consulta de Terapêutica Educacional da Diabetes *Mellitus* tipo 2

A Consulta de Terapêutica Educacional da Diabetes *Mellitus* tipo 2 (CTED) é uma consulta multidisciplinar, constituída por endocrinologistas, enfermeiros, nutricionistas, podologistas, estomatologistas, psicólogos e assistentes sociais, implementada em 2006 na ULSSA com o objetivo de incentivar a participação ativa do doente diabético na gestão da sua patologia. A Educação Terapêutica integra um conjunto de atividades de sensibilização, informação e apoio médico, psicológico e social que permitem dotar o doente de competências úteis para uma melhor compreensão da sua doença e da terapêutica antidiabética. A abordagem educativa é centrada no doente, considerando o seu contexto biopsicossocial, literacia em saúde, adesão à terapêutica e expectativas terapêuticas. O doente é, deste modo, parte integrante da sua equipa de saúde, com autonomia para a gestão da sua doença, controlo metabólico e prevenção de complicações associadas.⁴⁹

A consulta consiste em 4 sessões de grupo e individualizadas. Tive a oportunidade de assistir à primeira sessão em grupo de um total de 8 doentes com DM. A consulta de grupo foi orientada pelo Dr. Fernando Pichel, nutricionista, na qual foi explicado o papel central da alimentação no controlo glicémico de um doente com diabetes. As consultas de grupo incentivam a participação ativa e a partilha de experiências entre indivíduos com um denominador em comum, facilitando a comunicação e definição de estratégias em parceria com os profissionais de saúde.⁴⁹

De seguida, assisti a 3 consultas individuais de Endocrinologia, com o Dr. Miguel Pacheco. Estas consultas permitem estabelecer uma relação de maior proximidade com o doente, procurando definir objetivos terapêuticos individualizados e ajustados ao seu contexto biopsicossocial.

Adicionalmente, é realizada uma avaliação psicológica, social e nutricional. A integração desta informação permite conhecer o doente e a sua doença metabólica em todas as suas dimensões, facilitando a definição de um plano terapêutico individualizado e ajustado às suas necessidades e expectativas. A organização da CTED permite uma redução do absentismo às

consultas, uma vez que o doente é avaliado por uma equipa multidisciplinar numa única deslocação ao hospital, favorecendo a adesão ao tratamento e a continuidade de cuidados.⁵⁰

Considero a Educação Terapêutica uma estratégia essencial na abordagem integrada do indivíduo com diabetes, na medida em que permite uma intervenção estruturada, multidisciplinar e centrada no doente, promovendo a gestão autónoma da sua doença. A abordagem multidisciplinar possibilita uma abordagem holística do doente em todas as suas vertentes: clínica, psicológica e social. Uma vez que apenas assisti à primeira sessão, não consegui avaliar o seu impacto no controlo glicémico e na evolução clínica ao longo do tempo. Contudo, os benefícios da Educação Terapêutica são reconhecidos pela comunidade científica, traduzindo-se numa maior adesão ao tratamento, melhoria do controlo metabólico, diminuição da incidência de complicações agudas e crónicas e aumento da qualidade de vida dos doentes.⁵¹

Consulta Multidisciplinar de Pé Diabético

A DM constitui uma doença crónica metabólica bastante prevalente na população. Um controlo glicémico inadequado sustentado no tempo está associado a um maior risco de lesão em órgãos-alvo e de complicações micro e macrovasculares. A doença arterial periférica e a polineuropatia sensitivo-motora distal contribuem para o desenvolvimento do pé diabético, fator de risco para úlceras que se não forem tratadas devidamente podem cursar com a necessidade de amputação *minor* ou *major* do membro inferior. Desta forma, doentes com DM são avaliados anualmente em consulta nos CSP, para deteção de um pé em risco, isto é, com neuropatia sensitiva, deformação ou proeminências ósseas, sinais de isquemia periférica e história de ulceração ou amputação anterior.⁵²

A consulta multidisciplinar de Pé Diabético da ULSSA foi a primeira unidade multidisciplinar criada no país em 1987 e direcionada para a avaliação e tratamento do pé diabético. É uma consulta multidisciplinar que conta com a participação de diferentes especialidades médicas, nomeadamente, Endocrinologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Fisiatria, contando com o apoio em todas as consultas da equipa de enfermagem e da podologia, e quando necessário com o apoio da Infecologia, Dermatologia e da Consulta da Dor Crónica. É realizada uma abordagem individualizada diagnóstica e terapêutica do pé diabético, possibilitando um tratamento mais invasivo e prolongado em casos mais severos, com infeções graves e risco de amputação *major*.

Observei um total de 17 consultas, sendo a maioria consultas de seguimento (n=15; 88,2%). A distribuição etária dos doentes observados apresentou uma média de idades de $63,8 \pm 14,3$ anos, com uma idade mínima de 35 anos e máxima de 90 anos. A maioria dos doentes eram do sexo masculino (n=15; 88,2%). O pé neuroisquémico apresentou uma prevalência ligeiramente superior, representado 52,9% (n=9) das observações. O pé neuropático constitui as restantes situações observadas (n=8; 47,1%), com 11,8% (n=2) destes a apresentar pé de *Charcot*. O pé diabético apresenta uma maior prevalência no sexo masculino do que no sexo feminino, o que poderá estar relacionado com uma predominância do sexo masculino na patologia diabética. Para além disso, a idade média dos doentes com pé diabético coincide com o descrito em estudos epidemiológicos, com um pico de incidência entre os 55-65 anos de idade. A idade avançada está associada a um maior tempo de evolução da DM e do desenvolvimento de alterações da vasculares do membro inferior, e de outros fatores predisponentes ao desenvolvimento de pé diabético, como neuropatia, trauma e deformidade, condicionando um maior risco de ulceração e amputação major. Segundo a literatura, o pé neuroisquémico é o mais frequente, seguido do pé neuropático e do pé isquémico, dados sobreponíveis com os observados na consulta.^{53,54}

Caso Clínico:

Mulher de 45 anos, com diagnóstico de DM tipo 2 há 10 anos, vem à consulta para troca da bota de imobilização. Há 3 meses, relata um quadro de edema, rubor e eritema do membro inferior esquerdo, negando dor e lesões traumáticas. Foi realizado o diagnóstico de pé de *Charcot* agudo, uma neuroartropatia do membro inferior, resultante de uma destruição crónica e progressiva da componente óssea e articular do pé e tornozelo que ocorre em doentes com neuropatia diabética. O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser complementado por exames imagiológicos. Nesta doente, procedeu-se à colocação de uma bota de imobilização, para evitar a progressão da destruição óssea. Na consulta foi ainda explicada a importância de um controlo metabólico adequado para a resolução do quadro, através da dieta e da adesão à terapêutica antidiabética instituída. Apresento este caso para alertar para sinais e sintomas característicos de pé de *Charcot* agudo, uma vez que o diagnóstico precoce permite uma terapêutica adequada, evitando complicações major e potencialmente fatais.⁵⁵

A meu ver, esta é uma consulta multidisciplinar essencial no diagnóstico e tratamento individualizado de uma das complicações mais frequentes da DM, visando a otimização dos cuidados ao doente com pé diabético e a redução da taxa de amputações *minor* e/ou *major*, traduzindo-se numa menor morbimortalidade. Não obstante, é importante ter em conta que a prevenção constitui a medida terapêutica mais útil desta problemática, através dos rastreios periódicos e de medidas de sensibilização e educação dos doentes para uma otimização do controlo glicémico, utilização de calçado adequado e reconhecimento de sinais e sintomas típicos de um pé em risco.

Consulta Multidisciplinar de Cancro de Tiroide

O carcinoma da tiroide constitui a neoplasia endócrina mais comum, cuja incidência tem vindo a aumentar ao longo dos anos, sobretudo devido aos avanços dos métodos diagnósticos. A neoplasia tiroideia apresenta uma elevada prevalência no sexo feminino, representando cerca de 75% dos casos. Apesar do aumento da incidência, a mortalidade manteve-se estável, uma vez que a maioria das neoplasias são diferenciadas com comportamento indolente.⁵⁶

Tive a oportunidade de acompanhar 12 consultas de carcinoma da tiroide, orientada pela Dra. Susana Garrido, cujo principal objetivo é o seguimento longitudinal de doentes com cancro da tiroide submetidos a tratamento cirúrgico, permitindo uma monitorização da resposta terapêutica, deteção precoce de recidiva e gestão de eventuais complicações. A avaliação em consulta inclui uma anamnese detalhada, para pesquisa de sinais e sintomas sugestivos de recidiva, bem como a realização de exame objetivo, com destaque para a região cervical. Das 12 consultas observadas, 91,7% (n=11) eram consultas de seguimento e apenas 8,3% (n=1) primeiras observações. Todos os doentes observados eram do sexo feminino (n=12; 100%) com idade média de $59,7 \pm 12,9$ anos (mínimo de 39 anos e máximo de 82 anos). O carcinoma papilar da tiroide foi o diagnóstico predominante (n=11; 91,7%), seguido do carcinoma indiferenciado (n=1; 8,3%). A maioria dos doentes foi submetido a tireoidectomia total (n=11; 91,7%) e os restantes a lobectomia (n=1; 8,3%). Dos 11 doentes submetidos a tireoidectomia total, 63,6% (n=7) realizaram posteriormente terapêutica ablativa com iodo (I^{131}). Aproximadamente 25% (n=3) dos doentes observados foram encaminhados para vigilância a longo prazo nos CSP.

O *follow-up* dos carcinomas tiroideus é orientado de acordo com o risco de recorrência e de resposta à terapêutica, tendo em conta o tipo histológico, as características do tumor e a

evolução do estudo analítico e imagiológico após a terapêutica. Os doentes considerados de baixo risco apresentam um risco de recorrência inferior a 5%, sendo o seguimento analítico e imagiológico mantido durante 5 anos, após os quais, na ausência de doença ativa, apenas mantém vigilância anual dos marcadores bioquímicos. Os doentes de risco intermédio apresentam um risco de recidiva de 5-20%, com vigilância analítica e imagiológica também durante 5 anos, período depois do qual apenas é realizada uma vigilância dos marcadores bioquímicos. De salientar que em ambos os casos, se doença inativa, o valor de TSH alvo situa-se dentro dos valores de referência para a população em geral, uma vez que a supressão de TSH não demonstrou benefícios significativos na diminuição do risco de recorrência nestes doentes. Para além disso, valores de TSH indeseáveis estão associados a um maior risco de osteoporose e de arritmias cardíacas. Por outro lado, doentes de elevado risco apresentam um risco de recorrência de 25-50%, pelo que é necessária uma monitorização analítica e imagiológica de forma mais regular e durante mais tempo. Neste caso, o valor de TSH alvo idealmente será $< 0,1$ mU/L.^{57,58}

Esta consulta permitiu-me compreender os critérios de seguimento das neoplasias tiroideias e a importância da articulação com os CSP na vigilância a longo prazo destes doentes, reforçando a necessidade de uma comunicação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados.

Uma das principais dificuldades observadas na consulta foi a gestão das complicações associadas à cirurgia tiroideia, destacando-se o hipoparatiroidismo com hipocalcemia, podendo ser transitório ou permanente. Outra complicação frequente é a lesão do nervo laríngeo recorrente, com consequente paralisia das cordas vocais, alterações permanentes da voz e, em casos graves, compromisso da via aérea. Observei o caso de uma doente que sofreu uma lesão do nervo laríngeo recorrente após realização de tireoidectomia total, ficando com alterações permanentes da voz. Esta complicação teve um impacto significativo na vida da doente, uma vez que exercia funções como professora, sendo a voz um elemento-chave para o desempenho da sua profissão. Este caso evidencia a importância de alertar os doentes para os riscos inerentes à intervenção cirúrgica, bem como da necessidade de um acompanhamento posterior próximo e multidisciplinar. Adicionalmente, reforça a relevância de uma tomada de decisões partilhada, baseada na evidência e numa comunicação médico-doente empática, tendo em conta as suas preferências, expectativas e contexto biopsicossocial.⁵⁹

Consulta de Alta Resolução da Tireoide

A Consulta de Alta Resolução da Tireoide (CART) é uma consulta direcionada à avaliação imagiológica e diagnóstica da patologia tiroideia, através da realização de ecografia cervical e de Citologia Aspirativa de Agulha Fina (CAAF), quando justificável. Beneficiei da oportunidade de assistir a 9 consultas, sob orientação da Dra. Liliana Fonseca, sendo a maioria dos doentes avaliados do sexo feminino (n=7; 77,8%). A idade média obtida neste grupo de doentes foi de $57,6 \pm 17,4$ anos, com uma idade mínima de 24 anos e idade máxima de 86 anos. A patologia mais frequentemente observada foi o BMN (n=5; 55,6%), seguido da Doença de Graves (n=2; 22,2%), Tiroidite de Hashimoto (n=1; 11,1%) e tecido tiroideu ectópico (n=1; 11,1%). Na tabela VIII estão representadas as patologias observadas em âmbito da CART.

Assisti à realização da ecografia da tireoide em todos os doentes, bem como à caracterização ecográfica de nódulos tiroideus, nomeadamente, localização, dimensão, morfologia, conteúdo, ecogenicidade, margens, presença de calcificação, vascularização glandular e descrição do parênquima tiroideu circundante. Adicionalmente, foi interessante observar a avaliação ecográfica das cadeias ganglionares cervicais e a identificação de características sugestivas de adenopatia suspeita. Para além de observar, tive ainda a oportunidade de realizar ecografia cervical em mais do que um doente, experiência que se revelou bastante vantajosa na aplicação prática de competências teóricas, contribuindo para aumentar o meu interesse pela patologia tiroideia.

De acordo com as características ecográficas identificadas, é estimado o risco de malignidade através do sistema de classificação EU-TIRADS (*European Thyroid Imaging and Reporting Data System*), que orienta a necessidade de realização de CAAF: EU-TIRADS 3 se dimensões ≥ 20 mm, EU-TIRADS 4 se dimensões ≥ 15 mm e EU-TIRADS 5 se dimensões ≥ 10 mm. A CAAF constitui um procedimento seguro, minimamente invasivo e ecoguiado, com uma elevada sensibilidade e especificidade para deteção de neoplasia, contribuindo para uma redução significativa do sobretratamento e de procedimentos cirúrgicos. É relatada através da classificação de Bethesda, compreendendo seis categorias: I – não diagnóstico; II – benigno; III – atipia de significado indeterminado; IV – tumor folicular; V – suspeito de malignidade; VI - maligno. As categorias III, IV e V são habitualmente designadas por citologia indeterminada, apresentando taxas de malignidade compreendidas entre os 5-15%, 15-30% e 60-75%, respetivamente. Desta forma, é possível a instituição de tratamento adequado de acordo com a classificação obtida, aliado ao *status* funcional do doente, fatores de risco individuais e motivação do indivíduo avaliado. Nas consultas observadas, não assisti à sua realização.^{57,60}

Durante estas consultas, tive a oportunidade de rever aspetos importantes na colheita de uma história clínica dirigida à patologia tiroideia e posterior integração com os dados analíticos e imagiológicos efetuados. A oportunidade de, para além de observar, realizar a ecografia tiroideia e das cadeias ganglionares constituiu uma mais-valia na minha formação académica, aumentando o meu gosto pela patologia tiroideia.

Consulta Multidisciplinar de Tiroide

A consulta multidisciplinar de tiroide é constituída por Endocrinologia e Cirurgia Geral, cujo principal objetivo é a definição da estratégia terapêutica mais adequada em doentes com patologia tiroideia, de acordo com os dados clínicos, imagiológicos e histológicos.

Assisti a 11 consultas com a Dra. Cláudia Freitas, endocrinologista, e com a Dra. Raquel Correia, cirurgiã geral. Dos 11 doentes avaliados em consulta, todos eram do sexo feminino (n=11; 100%), e a média de idades foi de $60,7 \pm 12,5$ anos, com uma idade mínima de 31 anos e máxima de 83 anos. O diagnóstico mais frequentemente observado foi o BMN (n=6; 54,5%), seguido do adenoma tóxico (n=3; 27,3%), Doença de Graves (n=1; 9,1%) e neoplasia folicular (n=1; 9,1%). Estes resultados demonstram que a intervenção cirúrgica está indicada não só em patologias tiroideias malignas, como também em patologias benignas, como a Doença de Graves ou BMN sintomático. A maioria dos doentes foi proposta para realização de tireoidectomia total (n=6; 54,5%), e os restantes para vigilância ativa (n=4; 36,4%) e terapêutica com iodo radioativo (I^{131}) (n=1; 9,1%).⁵⁷

Apesar de a maioria requerer uma abordagem mais invasiva, foi interessante perceber que houve casos em que se optou por uma vigilância ativa, refletindo uma medicina cada vez mais individualizada e baseada na evidência. Estudos recentes concluíram que em doentes com carcinomas tiroideus diferenciados de baixo risco, a vigilância ativa e a recessão cirúrgica demonstraram um risco de mortalidade, doença metastática e recidiva semelhantes. A vigilância ativa constitui, desta forma, uma abordagem terapêutica cada vez mais relevante nos carcinomas diferenciados de comportamento indolente. No entanto, constatei que a vigilância ativa nem sempre é bem aceite pelos doentes, devido à ansiedade associada à presença de um carcinoma não tratado e à incerteza quanto à sua evolução. Nesse sentido, uma comunicação médico-doente empática aliado a medidas de promoção da literacia em saúde assumem um papel fundamental na gestão da ansiedade e no aumento da adesão desta estratégia no futuro.⁴³

Caso Clínico:

Primeira consulta de mulher de 67 anos, com diagnóstico de BMN, que apresentava sintomas compressivos, nomeadamente, dispneia para pequenos esforços. Ao exame físico cervical, a tiroide era palpável e de conformação globolosa, com sinal de *Pemberton* positivo (pletora facial e dispneia). O estudo imagiológico previamente efetuado (Tomografia Computorizada crânio-cervical) confirmou a presença de compressão traqueal. Perante estes achados, foi decidido que a doente beneficiaria de uma tireoidectomia total. Este caso demonstra a importância da realização desta consulta, de modo a garantir uma orientação adequada destes doentes, tendo em conta a gravidade do seu quadro clínico e impacto na qualidade de vida.

Consulta Multidisciplinar de Tratamento da Diabetes *Mellitus* tipo 1 com Sistemas de Perfusão Subcutânea de Insulina

A Consulta Multidisciplinar de Tratamento da Diabetes *Mellitus* tipo 1 com Sistemas de Perfusão Contínua de Insulina (PSCI) do serviço de Endocrinologia da ULS Santo António é considerado um centro de referência nacional no tratamento com sistemas de perfusão de insulina. Nesta consulta são acompanhados doentes que iniciaram tratamento com sistemas de PSCI, previamente referenciados interna ou externamente e após uma seleção criteriosa com base em critérios definidos pela Direção-Geral da Saúde em doentes com DM tipo 1. ⁶¹

Os sistemas de Perfusão Contínua de Insulina Subcutânea (PSCI) são parte integrante do tratamento da DM tipo 1, apresentando uma absorção insulínica semelhante à secreção fisiológica pancreática, traduzindo-se numa maior estabilidade glicémica, com variações mínimas de dose de insulina a ser administrada. A evidência científica mais recente demonstrou uma melhoria do controlo metabólico e uma menor incidência de episódios de hipoglicemia graves com a utilização destes sistemas, em detrimento das múltiplas administrações de insulina diárias. Para além disso, permite evitar as múltiplas injeções diárias de insulina, facilitando a adesão à terapêutica. Contudo, pode haver dificuldades no manuseamento destes dispositivos, pela sua componente eletrónica, infeções cutâneas relacionadas com a inserção do cateter e ainda desconforto pelo impacto estético. ⁶²

Beneficiei da oportunidade de assistir a 5 consultas, sob orientação da Dra. Ariana Maia, cujo objetivo é avaliar o funcionamento e a adaptação do doente à colocação dos sistemas de PSCI. Para além dos critérios supracitados, estes dispositivos são propostos a doentes que se encontrem motivados para usufruir dos sistemas e que apresentem literacia

suficiente para compreender o seu funcionamento, permitindo uma gestão autónoma e eficaz da sua patologia. Antes da implementação dos dispositivos, os doentes participam em várias sessões de educação terapêutica, nas quais são explicados aspetos fundamentais para a sua correta utilização.⁶¹

Durante o decorrer das consultas, é avaliado o funcionamento dos sistemas através de um relatório de atividades emitido na aplicação do sistema, onde estão disponibilizados diversos parâmetros úteis na avaliação do controlo metabólico e da adequabilidade do dispositivo ao doente. A consulta constitui um momento privilegiado para esclarecimento de dúvidas e reforço da educação terapêutica. De um total de 5 doentes observados, 60% (n=3) eram do sexo feminino e 40% (n=2) do sexo masculino, sendo a idade mínima de 23 anos e a máxima de 51 anos, o que denota uma procura e motivação dos doentes jovens para utilizar estes dispositivos. Para além da consulta com um médico, o doente é observado pela equipa de enfermagem para avaliação de uma adequada utilização do dispositivo, por exemplo, para confirmar que há uma troca regular dos cateteres de infusão e do reservatório do sistema.

Caso Clínico:

Homem de 23 anos, com diagnóstico de DM tipo 1 aos 21 meses de idade, recorre à consulta para avaliação do funcionamento do sistema de PSCI colocado há 6 meses. A análise dos gráficos de variação glicémica extrapolada revelou picos hiperglicémicos pós-prandiais frequentes. Concluiu-se que a ativação quase diária do modo “Alvo Glicémico Temporário” estaria na origem dos picos, pelo receio de ocorrer crises hipoglicémicas graves. Exponho este caso com o objetivo de alertar para situações de pouca confiança e uma consequente utilização inadequada destes sistemas. Trata-se de um jovem com diagnóstico de DM tipo 1 há vários anos, que estaria habituado a gerir autonomamente a sua doença através de esquemas de insulinoaterapia convencionais. A transição para sistemas de administração automatizada de insulina traduziu-se numa maior dependência destes para controlar a sua doença, gerando ansiedade. Como estratégia para aumentar a confiança no dispositivo, a médica assistente aumentou o tempo de duração média no valor de glicemia alvo pré-definido. Para além disso, reforçou os benefícios do dispositivo na correção automática de valores de glicemia discrepantes em relação ao alvo glicémico, salientando que uma utilização correta está associada a um menor risco de episódios de hipoglicemia, comparativamente com o esquema insulínico previamente utilizado.

A meu ver, os sistemas de administração automatizada de insulina apresentam vários benefícios no controlo da doença diabética, permitindo uma maior autonomia e estabilidade glicémica, com menor dependência do utilizador. Por outro lado, tem como desvantagem ser um sistema complexo, exigindo uma grande motivação e literacia do doente, não só para aprender sobre o seu funcionamento, mas também para confiar e depender deste para controlar a sua doença. Nesse sentido, é fundamental estabelecer uma relação médico-doente próxima, baseada na confiança, com o intuito de promover a adesão à terapêutica e permitir que o doente beneficie das vantagens do sistema.

Consulta Multidisciplinar de Hipertensão Endócrina e Suprarrenal

A Consulta Multidisciplinar de Hipertensão Endócrina e Suprarrenal foi criada com o objetivo de abordar de forma sistematizada doentes com patologia das glândulas suprarrenais, contando com o apoio de outras especialidades médicas, como a Urologia e a Radiologia.

Beneficiei da oportunidade de assistir a 10 consultas, sob orientação da Dra. Isabel Palma, das quais 70% (n=7) foram consultas de seguimento. A maioria dos doentes avaliados eram do sexo feminino (n=6; 60%), com uma média de idades de $61,2 \pm 11,6$ anos (idade mínima de 38 anos e máxima de 78 anos). A patologia mais frequentemente observada foi o incidentaloma da suprarrenal (n=5; 50%), seguido do hiperaldosteronismo primário (n=4; 40%) e da hiperplasia suprarrenal congénita (n=1; 10%). A abordagem inicial inclui o estudo morfológico e funcional da lesão, e a orientação terapêutica depende da etiologia subjacente, podendo incluir terapêutica médica ou cirúrgica. Esta é uma consulta importante na abordagem integrada e sistematizada de patologias das glândulas suprarrenais, que apesar de menos prevalentes, podem apresentar um impacto significativo na morbilidade e qualidade de vida dos doentes. A participação nesta consulta permitiu-me contactar com várias de patologias desta glândula, na qual compreendi a importância de uma abordagem diagnóstica estruturada para a definição de estratégias de orientação e seguimento adequados.⁶³

Caso Clínico:

Mulher de 38 anos, seguida nesta consulta por diagnóstico de Hiperplasia Congénita da Suprarrenal (HCSR). A HCSR constitui uma patologia endócrina autossómica recessiva, uma das mais frequentes em idade pediátrica, que se caracteriza por um défice de glucocorticoides

e mineralcorticoides, bem como um excesso de androgénios, devido a defeitos enzimáticos das vias de esteroidogénese. A doente em questão apresentava uma HCSR por défice da enzima 21-hidroxilase (21OH), provocada pela mutação no gene CYP21A2. O défice da enzima 21OH é a forma mais comum desta patologia, constituindo cerca de 90% dos casos. No caso desta doente, o diagnóstico de HCSR foi considerado, uma vez que à nascença apresentava ambiguidade sexual, compatível com o fenótipo virilizante simples. À data da consulta, a doente encontrava-se sob terapêutica de substituição hormonal com hidrocortisona 10 mg, distribuída por três tomas diárias. Este constitui o glucocorticoide preferencial no tratamento de HCSR, devido ao seu tempo de semivida curto e menor atividade glucocorticoide, minimizando, desta forma, potenciais efeitos adversos associados ao hipercortisolismo. Adicionalmente, a doente encontrava-se sob terapêutica com fludrocortisona 0,1 mg por dia, com vista à reposição do défice de mineralocorticoides associado ao hipoadrenalismo primário. A otimização posológica deverá ser efetuada periodicamente, com base na monitorização da pressão arterial, do ionograma sérico e da atividade da renina plasmática, cujo valor-alvo corresponde ao limite superior do intervalo de referência, de modo a minimizar o risco de complicações iatrogénicas por excesso de mineralocorticoide, designadamente, hipertensão arterial, cardiopatias, hipocaliemia e edema. No decorrer da consulta, a doente admitiu abandono da terapêutica, por quadro depressivo associado, com desestabilização clínica da sua patologia de base. Este caso ilustra a importância de uma abordagem holística do doente com integração de todas as suas dimensões na gestão de patologias crónicas. Neste caso, a otimização da terapêutica antidepressiva, bem como o apoio psicológico, demonstrou ser a chave para o sucesso da terapêutica.⁶⁴

REUNIÃO DE SERVIÇO

Beneficiei da oportunidade de assistir a uma reunião de Serviço de Endocrinologia, realizada semanalmente às terças-feiras de manhã. Estas reuniões constituem um momento privilegiado para a discussão multidisciplinar de casos clínicos desafiantes, questões estruturais e organizacionais do serviço, revisão de protocolos clínicos e reflexão crítica da atividade assistencial, contando com a participação de médicos especialistas e médicos internos de formação especializada. Adicionalmente, estas reuniões assumem um importante papel formativo e de desenvolvimento científico, visando a atualização contínua através de apresentações de temas e trabalhos de investigação científica, revisões bibliográficas, apresentação de novos fármacos ou dispositivos médicos, entre outras atividades.

Na reunião que assisti, foi discutido a abordagem terapêutica de um caso complexo da Consulta Multidisciplinar de Hipertensão Endócrina e Suprarrenal. Tratava-se de uma mulher de 53 anos, com um incidentaloma da suprarrenal, descoberto em contexto de estudo de doença neoplásica. A avaliação morfológica e funcional demonstrou uma lesão suprarrenal com elevado risco de malignidade e potencialmente produtor de amins. Contudo, a doente estaria sob tratamento com fármacos antidopaminérgicos, o que poderia justificar um falso positivo. Após a suspensão dos fármacos, foi repetido o doseamento das metanefrinas e catecolaminas plasmáticas, com normalização dos valores. A dúvida estaria no plano terapêutico a adotar, recessão cirúrgica com ou sem bloqueio alfa prévio, face à incerteza quanto à funcionalidade da lesão. A discussão do caso em reunião permitiu ponderar ambas as abordagens, tendo em conta o contexto clínico da doente e as suas comorbilidades. Foi decidido que este caso deveria ser discutido com Anestesiologia, para avaliar o risco-benefício do bloqueio alfa prévio à recessão cirúrgica.⁶⁵

Na mesma reunião, assisti a uma apresentação sobre a temática “Papel do semaglutido na gestão da obesidade e da esteato-hepatite associada a disfunção metabólica (MASH)”, evidenciando a variabilidade dos benefícios clínicos dos fármacos análogos da GLP-1.

A participação nestas reuniões permitiu-me compreender melhor a organização do serviço e a importância de uma reflexão crítica sobre a tomada de decisão clínica, exigindo muitas vezes uma discussão interpares.

ENSAIO CLÍNICO

Durante o estágio, tive a oportunidade de contactar com um ensaio clínico que estava a decorrer no serviço de Endocrinologia. O estudo clínico a decorrer denomina-se OCEAN(a) (*Olpasiran trials of Cardiovascular Events And Lipoprotein(a) reduction*) - *Outcomes*, é um ensaio clínico de fase 3, duplamente cego e aleatorizado, que pretende avaliar a eficácia e segurança da redução da Lp(a) por interferência de RNA com olpasiran, um siRNA (*small interfering RNA*), em participantes com doença aterosclerótica cardiovascular estabelecida e concentrações elevadas de Lp(a) [Lp(a) $\geq$ 200nmol/L]. Estudos recentes demonstraram que a Lp(a) constitui um fator de risco independente modificável no desenvolvimento de doença cardiovascular, tornando-se, desta forma, um alvo terapêutico emergente.⁶⁶

Assisti a uma consulta médica no âmbito do estudo, para avaliação da doença cardiovascular, através da anamnese, exame objetivo e avaliação de parâmetros analíticos [com exceção dos níveis de Lp(a)]. Adicionalmente, foi avaliada a segurança do tratamento, com caracterização da frequência e gravidade de efeitos adversos relacionados com o tratamento, caso estejam presentes.

Esta experiência possibilitou um contacto próximo e realista com a componente de investigação clínica, permitindo-me compreender a sua importância na produção de evidência científica robusta e no desenvolvimento de novas armas terapêuticas.

INTERNAMENTO

O internamento em Endocrinologia visa a estabilização clínica de doentes em fase aguda, permitindo uma monitorização contínua da sua evolução clínica, com ajuste terapêutico dinâmico. Adicionalmente, constitui uma oportunidade para a promoção de literacia em saúde, particularmente relevante nas patologias crónicas, visando uma maior adesão à terapêutica e prevenção de complicações agudas futuras. O internamento de Endocrinologia localiza-se no piso 6 do Edifício Neoclássico do Hospital de Santo António e dispõe de 6 camas, podendo expandir a sua capacidade de vagas suplementares em outros serviços da Clínica de Medicina, consoante a necessidade.

Acompanhei a gestão de um total de 7 doentes internados com a Dra. Catarina Silva e a Dra. Diana Ferreira. A maioria dos doentes eram do sexo feminino ($n=6$; 85,7%), sendo a média de idades $69,4 \pm 9,0$ anos (idade mínima de 52 anos e máxima de 82 anos). O pé diabético constituiu o principal motivo de admissão ($n=4$; 57,1%), seguindo-se as complicações agudas da DM ($n=3$; 42,9%), todos por CAD. Esta casuística é concordante com o descrito na literatura, sendo as crises hiperglicémicas a principal causa de descompensação aguda da DM, mas também o Pé Diabético.⁶⁷

Constatei que a gestão destes doentes é complexa e desafiante, encontrando-se frequentemente condicionada por múltiplos fatores biopsicossociais. Por exemplo, nos doentes admitidos por pé diabético verifiquei que o tempo de internamento, geralmente já longo pela complexidade da patologia, era frequentemente prolongado por fatores biológicos (por exemplo, comorbilidades associadas) e condicionantes sociais e familiares (por exemplo, falta de suporte social e familiar). Esta realidade reflete uma problemática em crescendo e

transversal a todas as especialidades médicas, fruto do gradual envelhecimento da população portuguesa e da precariedade socioeconómica característica desta faixa etária.

Ainda tive a oportunidade de assistir a uma consulta não presencial de reavaliação após internamento. Estas consultas assumem um papel fundamental na avaliação da evolução clínica do doente após alta hospitalar, visando a adequação da terapêutica instituída e a continuação de cuidados.

Caso Clínico:

Mulher de 57 anos, com diagnóstico de DM tipo 1 com 19 anos de evolução, insulinotratada e com lesão de órgão alvo (retinopatia diabética e doença renal diabética). Recorre ao Serviço de Urgência (SU) da ULSSA por alteração do estado de consciência, associada a quadro de tosse produtiva, mialgias e mal-estar geral, com 3 semanas de evolução. Na admissão, apresentava-se prostrada, sonolenta, contudo colaborante e orientada. Apresentava-se polipneica, apirética, eupneica em ar ambiente e normotensa, com hálito cetónico marcado. A gasometria arterial demonstrou acidose metabólica. De seguida, foi avaliada a cetonemia, que foi positiva, apresentando um valor de 6 mmol/L. Realizou radiografia torácica, que demonstrou condensação na base esquerda, sugestivo de pneumonia.

Exponho um quadro de descompensação de DM tipo 1 sob a forma de CAD, por provável infeção do trato respiratório inferior. O tratamento assenta essencialmente em três pilares: fluidoterapia, insulina e cloreto de potássio, por via endovenosa. Neste caso, como o valor de potássio sérico estava dentro da normalidade, para além da fluidoterapia, foi iniciada insulinoterapia e perfusão com cloreto de potássio, de forma a manter níveis de caliemia entre os 4-5 mmol/L. Para além disso, foi administrado bicarbonato, uma vez que o pH da doente à admissão foi inferior a 6,9. No dia em que acompanhei a visita ao internamento com a Dra. Diana, a doente estava no 4º dia de internamento de Endocrinologia, a realizar esquema de insulinoterapia basal-bólus, com resolução completa da CAD e sem insuficiência respiratória.

68

Este caso clínico ilustra uma das complicações mais graves da descompensação aguda da DM, realçando a importância do diagnóstico precoce e tratamento imediato. Para além disso, reforça a promoção da literacia para a saúde em doentes com patologias crónicas,

nomeadamente, na identificação de situações que exigem ajuste terapêutico rigoroso, como neste caso.

CONSULTA INTERNA E DE APOIO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A Consulta Interna e de apoio ao SU apresenta como principal objetivo a orientação diagnóstica e terapêutica de patologias endócrinas em fase aguda ou de difícil controlo, em contexto de urgência, internamento ou hospital de dia de qualquer serviço do hospital. Para além disso, presta apoio a doentes internados aos cuidados da Endocrinologia fora do horário de atuação da equipa de internamento, e realiza consultas de reavaliação após internamento de doentes observados na permanência, quando há necessidade, como tive oportunidade de assistir. A Consulta Interna encontra-se disponível, através de linha telefónica direta, para apoiar doentes com descompensação endócrina urgente e discutir casos de doentes com patologia endócrina provenientes de outras instituições de saúde, como os CSP e hospitais que não disponham de serviço de Endocrinologia. A permanência decorre todos os dias úteis, entre as 8h30-20h30, e entre as 8h-13h ao sábado, sendo assegurada por um especialista e/ou um interno de formação específica de 5º ano mais um interno de formação específica dos restantes anos.

Beneficiei da oportunidade de assistir a esta valência, sob orientação da Dra. Liliana Fonseca, da Dra. Catarina Silva e da Dra. Ana Luísa Pinheiro. Assisti à avaliação de 12 doentes em regime de consulta interna, não sendo contabilizadas as consultorias realizadas por via telefónica. Destes, 83,3% (n=10) foram primeiras avaliações, nas quais é avaliado o motivo do pedido, seguido da revisão do processo clínico, permitindo uma adequada integração dos dados clínicos disponível. Posteriormente, muitas vezes acompanhei o médico assistente ao encontro do doente para realizar uma anamnese e exame objetivo dirigidos à patologia. Esta avaliação é importante na formulação de hipóteses de diagnóstico e definição de um plano terapêutico adequado, em articulação com a equipa requisitante. Os restantes 16,7% (n=2) foram reavaliações de doentes previamente observados, geralmente por situações de controlo clínico deficitário ou necessidade de ajuste terapêutico. Em termos de distribuição por sexo, observou-se um equilíbrio entre os dois sexos: 50% (n=6) dos doentes eram do sexo feminino e 50% (n=6) do sexo masculino. Relativamente à distribuição etária, verificou-se uma maior concentração de doentes nas faixas etárias entre os 50-59 anos (n=4; 33,3%) e os 80-89 anos (n=4, 33,3%), seguida pela faixa etária dos 60-69 anos (n=2; 16,7%), e dos 70-79 anos (n=1; 8,3%) e 30-39 anos (n=1; 8,3%). A média de idades foi de $66,0 \pm 15,7$ anos, com idade

mínima de 33 anos e máxima de 84 anos. A distribuição de pedidos de Consulta Interna por Especialidade encontra-se explícita no Gráfico 2, com destaque para o serviço de Medicina Interna (n= 7; 58,3%), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (n=2; 16,7%), Psiquiatria (n=2; 16,7%), e Pneumologia (n=1; 8,3%).

As patologias observadas encontram-se explícitas no Tabela IX. A Diabetes *Mellitus* (n=5; 41,7%) constituiu a patologia mais frequentemente observada nos doentes avaliados em consulta interna, traduzindo a sua elevada prevalência, tanto no contexto hospitalar como na população em geral. Durante a observação da Consulta Interna, constatei que a gestão da DM no doente internado constituiu frequentemente um verdadeiro desafio, pela natureza multifatorial do desequilíbrio glicémico. Fatores como a corticoterapia, intercorrências agudas (por exemplo, quadro infeccioso) ou a existência de múltiplas comorbilidades condicionam um ajuste terapêutico dinâmico e, muitas vezes, desafiante. Apesar de existir na ULSSA um protocolo de orientação clínica para ajuste de insulino terapia no doente internado, o elevado número de pedidos de colaboração para gestão da DM reflete as dificuldades sentidas por outras especialidades médicas no controlo glicémico desta patologia.

Adicionalmente, apercebi-me da importância da realização das consultas de reavaliação após episódio agudo, para otimizar e ajustar a terapêutica fora do ambiente hospitalar e, desta forma, garantir uma melhoria do controlo metabólico a longo prazo.

De seguida, apresento dois casos clínicos. O primeiro caso ilustra um pedido de colaboração para ajuste terapêutico da DM. O segundo relata um pedido de colaboração para gestão de uma patologia endócrina menos comum, défice de Vasopressina (AVP), que considerei relevante apresentar, pelo seu valor formativo e carácter complexo na abordagem diagnóstica e terapêutica.

Caso Clínico 1:

Homem de 81 anos, admitido no Serviço de Pneumologia na ULSSA, por pneumonite rástica, em contexto de tratamento de carcinoma do pulmão, a realizar corticoterapia oral. Como antecedentes pessoais de destacar hipertensão arterial, dislipidemia e DM tipo 2. No internamento, registaram-se picos hiperglicémicos diários, imediatamente antes da hora de jantar, tendo sido solicitado pedido de colaboração à Endocrinologia. Perante uma primeira avaliação, é importante caracterizar a DM tipo 2 do doente, em termos de diagnóstico, terapêutica instituída e complicações macro e microvasculares existentes. Decidiu-se

adicionar ao esquema terapêutico uma insulina de ação intermédia (NPH) no horário da manhã, uma vez que o seu perfil farmacocinético permite uma melhor estabilização da glicemia durante o período da tarde, contribuindo para um melhor controlo glicémico quando é administrada corticoterapia no período matinal. Este caso ilustra o pedido um dos pedidos de colaboração mais frequentes, destacando a importância da adequação da terapêutica insulínica ao perfil farmacocinético dos fármacos adicionados em situações agudas. De realçar que em doentes internados, geralmente são indicados esquemas de insulina basal ou insulina basal e correção com bólus de ação rápida, em detrimento de fármacos antidiabéticos orais, pela sua melhor flexibilidade e ajuste em doentes complexos e instáveis.⁶⁹

Caso Clínico 2:

Mulher de 66 anos, com diagnóstico de Linfoma B difuso de grandes células primário do Sistema Nervoso Central (SNC), internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, por quadro de hipernatremia grave sintomática. Foi realizado pedido de colaboração por suspeita de Diabetes insípida por défice de AVP, com um quadro de 5 meses de evolução de polidipsia e poliúria, associado a uma hipernatremia grave. Após exclusão de causas iatrogénicas de resistência renal à AVP, e tendo em conta a neoplasia do SNC de base, foi realizado estudo imagiológico cerebral, para exclusão de envolvimento neoplásico da região selar. A Ressonância Magnética Nuclear dirigida à sela turca identificou uma lesão infiltrativa, sugerindo um quadro de défice de AVP de causa central. Decidiu-se iniciar terapêutica como desmopressina e recomendada ingestão regular de água, ambas por via oral. Posteriormente, foi pedido uma reavaliação, por novo agravamento do quadro clínico, com alteração do estado de consciência associado a uma hipernatremia, pela perda da via oral. Como a doente não se encontrava colaborante e dado o seu estado hipovolémico, optou-se pela administração endovenosa de desmopressina e colocação de sonda nasogátrica.^{70,71}

Considerarei este caso um momento de grande aprendizagem e colocação em prática de conhecimentos teóricos de patologias com a quais nunca tinha contactado antes. O linfoma B difuso de grandes células primário do SNC já é por si um tumor raro, sendo o envolvimento do eixo hipotálamo-hipófise incomum. Mesmo após instituição de terapêutica oncológica com resolução dos achados imagiológicos, a diabetes insípida central é muitas vezes irreversível e a doente necessitará de terapêutica com desmopressina de forma vitalícia.⁷¹

DISCUSSÃO

A realização do estágio no serviço de Endocrinologia da ULSSA revelou-se um importante marco na minha formação académica, permitindo-me não só estabelecer um contacto próximo com a prática clínica, como também desenvolver competências fundamentais ao seu exercício, como uma comunicação empática e baseada na confiança. O acompanhamento das várias vertentes de ação desta especialidade possibilitou-me compreender as diferentes fases de seguimento do doente com patologia endócrina, dando-me uma visão abrangente da abordagem clínica.

Através da observação do doente em fase aguda, na Consulta Interna e no Internamento, consegui perceber o impacto negativo que um controlo deficitário da doença crónica acarreta, traduzindo-se num aumento do recurso aos serviços de saúde, prolongamento do tempo de internamento e, consequentemente, piores resultados em saúde. Compreendi também que a grande maioria das descompensações agudas em contexto de urgência são potencialmente evitáveis, podendo ser mitigadas através de políticas de saúde de prevenção primária e secundária. Neste sentido, os profissionais de saúde assumem um papel central, não só motivando o doente para aderir à terapêutica proposta, como também para dotá-lo de capacidades de autogestão da sua doença. A meu ver, a CTED é um exemplo de estratégia a adotar na abordagem das patologias crónicas. A educação terapêutica permite que o doente esteja informado sobre a sua doença, possibilitando uma tomada de decisão mais informada e consciente, traduzindo-se numa maior literacia em saúde, maior adesão à terapêutica e melhoria do controlo metabólico. Para o futuro, considero que esta abordagem seria benéfica no tratamento de outras patologias crónicas com elevada prevalência, como a obesidade e a dislipidemia, esta última particularmente relevante, pela elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular, reforçando o papel das medidas de estilo de vida e da adesão terapêutica como pilares do controlo lipídico.

Adicionalmente, constatei que uma relação médico-doente próxima e empática constitui um dos pilares essenciais na abordagem terapêutica, particularmente no contexto das patologias crónicas. Uma das estratégias que poderia potenciar a relação médico-doente seria aumentar o tempo destinado a cada consulta, para que os profissionais de saúde pudessem conhecer o doente em todas as suas dimensões, e não apenas a patologia que motivou a realização da consulta. Isto porque, como evidenciado num caso clínico anteriormente descrito, o contexto biopsicossocial constitui um importante fator a ter em conta na adesão ao tratamento instituído, na evolução clínica e, consequentemente, na qualidade de vida. Uma das aprendizagens que levo deste estágio é que devemos olhar para o doente como um

todo, e não apenas para a patologia em si, ou seja, o exercício da medicina deve ser centrado na pessoa, através de uma abordagem holística e integrativa de todas suas dimensões.

Contudo, a possibilidade de aumentar o tempo destinado a cada consulta levanta desafios organizacionais pertinentes. Apesar desta estratégia poder beneficiar a relação terapêutica e permitir uma abordagem mais individualizada, tal implicaria uma redução do número de doentes observados diariamente em Consulta Externa, traduzindo-se numa menor capacidade de resposta aos pedidos de nova consulta, maior tempo de espera e menor acessibilidade a cuidados de saúde diferenciados. Desta forma, considero que um dos grandes desafios da prática clínica atual traduz-se em alcançar um equilíbrio entre a prática de uma medicina mais humanizada e centrada no indivíduo e a crescente procura de cuidados de saúde especializados.

As consultas multidisciplinares também me demonstraram a importância do trabalho em equipa e da discussão clínica interpares, principalmente em situações de dúvidas sobre a melhor abordagem a seguir. Compreendi que a partilha de experiências e inquietações constitui um processo fundamental na aquisição de conhecimento clínico e de competências humanísticas essenciais à prática clínica. A reunião de serviço torna-se útil nesse sentido, constituindo um momento ideal para a colocação de dúvidas, discussão de casos complexos e partilha de experiências, envolvendo profissionais de saúde com diferentes níveis de conhecimento.

Ao longo do estágio, uma das principais dificuldades que senti na abordagem terapêutica foi a gestão de expectativas dos doentes, tal como evidenciado na Consulta de Obesidade e Consulta Multidisciplinar de Medicina Transgénero. A meu ver, a definição de expectativas realistas depende de uma comunicação objetiva, clara e empática dos objetivos terapêuticos a curto, médio e longo prazo, bem como dos benefícios esperados e das limitações inerentes às intervenções propostas. A adequação das expectativas permite não só a redução da frustração e ansiedade, como também estabelecer uma relação mais próxima com o doente, visando uma maior adesão à terapêutica.

Infelizmente, não consegui estar presente na Consulta Multidisciplinar de Tumores Neuroendócrinos, Consulta Multidisciplinar de Transição e Medicina Sexual e Reprodutiva, Consulta de Transição de Endocrinologia Pediátrica para Endocrinologia de Adultos nem no Hospital de Dia, por incompatibilidade de horários com as restantes atividades académicas. Considero que uma das dificuldades da realização deste estágio foi a conciliação entre os horários das diferentes valências do serviço com as minhas obrigações curriculares,

obrigando-me a prolongar no tempo a conclusão do mesmo. Não obstante, as valências que tive oportunidade de acompanhar proporcionaram-me uma visão abrangente dos diversos domínios da Endocrinologia, bem como das principais patologias abordadas e da complexidade diagnóstica e terapêutica inerente à especialidade. Adicionalmente, foi particularmente relevante a oportunidade de colocar em prática conhecimentos teóricos, nomeadamente a caracterização ecográfica da tiroide.

Por último, considero relevante reforçar a articulação com os CSP na continuação da prestação de cuidados e na vigilância periódica de doentes com patologia endócrina numa fase estável e controlada. Não obstante, esta articulação exige critérios claros de referência, bem como uma comunicação eficaz entre diferentes níveis de cuidados, visando a continuidade do plano terapêutico e a integração da componente psicossocial.

CONCLUSÃO

No decorrer das 93 horas de estágio de carácter observacional fui integrada nas diferentes áreas de atuação da especialidade de Endocrinologia, com os objetivos principais de estabelecer um contacto próximo com a prática clínica e de consolidar conhecimentos teóricos sobre diagnóstico e terapêutica. Considero que cumpri os objetivos ao qual inicialmente me propus, tendo até em muitos aspetos ultrapassado as expectativas, permitindo-me desenvolver uma visão mais abrangente e crítica do exercício da prática médica atual.

Em primeiro lugar, compreendi que o acompanhamento do doente com patologia do foro endócrino, sobretudo em contexto de doença crónica, exige uma abordagem longitudinal e integrativa das várias dimensões do doente. Neste sentido, reconheci que o exercício da medicina não se prende apenas pela definição de diagnósticos e orientação de terapêuticas de acordo com as *guidelines* científicas mais recentes, mas também na criação de uma relação próxima com o doente, baseada na empatia e na escuta ativa. Considero, desta forma, que a principal aprendizagem que levo com a realização deste estágio é precisamente o exercício de uma medicina centrada na pessoa e não apenas na patologia em si.

Em segundo lugar, apercebi-me de que as DCRNT constituem um dos maiores desafios da medicina atual, tornando evidente que o controlo metabólico depende, sobretudo, da literacia em saúde e da capacidade de autogestão do doente. Desta forma, a educação terapêutica estruturada abandona o seu carácter complementar, sendo reconhecida como estratégia terapêutica por si só.

Em terceiro lugar, saliento a dificuldade na gestão do tempo disponível por cada consulta com a complexidade da abordagem clínica do doente com patologia crónica. Esta constitui uma problemática que afeta não só a gestão do tempo de consulta, mas também o seguimento a longo prazo. A meu ver, esta problemática exige a criação de modelos assistenciais otimizados que permitam a partilha de responsabilidades entre cuidados de saúde diferenciados e CSP.

Por fim, esta experiência formativa reforçou o meu respeito e admiração pela especialidade médica de Endocrinologia, pelo acompanhamento do doente com patologia endócrina em todas as suas fases e pelos profissionais de saúde que diariamente dedicam o seu tempo e conhecimento ao exercício de uma medicina cada vez mais exigente, diferenciada e integrativa. Esta vivência não me ensinou apenas conceitos teóricos sobre diagnósticos e terapêutica, mas também o exercício de uma medicina mais empática, próxima e centrada na

pessoa. Considero que seria benéfico uma maior integração dos estudantes de medicina com a prática clínica ao longo do percurso de formação académica, visando não apenas a consolidação de conhecimentos teóricos e de raciocínio clínico, mas também de competências como a escuta ativa e a empatia. Apesar de breve, o estágio constituiu uma mais-valia na minha formação académica, reforçando o exercício de uma medicina mais consciente e humanizada.

ANEXOS

Tabela I- Corpo clínico médico do Serviço de Endocrinologia da ULS Santo António

Assistentes hospitalares graduados seniores	Dr. Jorge Soares Dr. Rui Carvalho
Assistentes hospitalares graduados	Dra. Isabel Palma Dra. Cláudia Freitas Dra. Joana Vilaverde Prof. Dr. André Couto de Carvalho Dra. Sofia Teixeira Dra. Maria Teresa Pereira Dra. Susana Garrido Dra. Lia Ferreira
Assistentes hospitalares	Dra. Liliana Fonseca Dr. Tiago da Silva Santos Dr. Miguel Saraiva Dra. Arianne Maia
Assistente hospitalar de Ortopedia	Dr. Francisco Xará Leite
Assistente hospitalar de Medicina Geral e Familiar	Dra. Helena Rei Neto
Internos de Formação Especializada	Dra. Ana Torção Pinheiro Dra. Daniela M. Soares Dra. Renata Duarte Barbosa Dra. Beatriz Tavares da Silva Dra. Inês Poças Ferreira Dr. Diogo Brandão Dra. Catarina Silva

	Dra. Francisca Pacheco Dra. Margarida Praça Dra. Sónia Ferreira Dra. Lúcia Silva
--	---

Tabela II- Organograma da atividade assistencial durante o período de estágio no serviço de Endocrinologia

	Atividade Assistencial	Tempo despendido
Outubro	CE Endocrinologia Geral CE Multidisciplinar de Dislipidemias CE Multidisciplinar de Medicina Transgénero CE Multidisciplinar de Hipófise CE Multidisciplinar de Patologia Endócrina da Grávida CE Terapêutica Educacional da DM tipo 2 CE de Avaliação Multidisciplinar de Tratamento Cirúrgico da Obesidade	30h
Novembro	CE Multidisciplinar de Pé Diabético CE Alta Resolução da Tireoide CE de Patologia Tireoideia CE Multidisciplinar de Cancro de Tireoide CE Multidisciplinar de Tireoide Internamento	20h
Dezembro	CE Multidisciplinar de Pé Diabético Internamento	8h
	CE Endocrinologia Geral CE Multidisciplinar de Patologia Endócrina da Grávida	

Janeiro	CE Multidisciplinar de Tratamento da DM tipo 1 com Sistemas de PSCI CE Alta Resolução da Tiroide Consulta de Avaliação Multidisciplinar de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Consulta Interna e de apoio ao Serviço de Urgência Ensaio Clínico	28h30min
Fevereiro	CE Multidisciplinar de Hipertensão Endócrina e Patologia Suprarrenal Reunião de Serviço	6h30min
Total		93h

Tabela III- Distribuição horária do estágio pelas atividades assistenciais do serviço de Endocrinologia

Atividade Assistencial	Tempo despendido
Consulta Externa	73h
Consulta de Endocrinologia Geral	12h
Consulta de Alta Resolução da Tiroide	5h
Consulta Multidisciplinar de Cancro de Tiroide	4h
Consulta Multidisciplinar de Tiroide	3h
Consulta de Patologia Tiroideia	4h
Consulta de Avaliação Multidisciplinar de Tratamento Cirúrgico da Obesidade	8h
Consulta Multidisciplinar de Dislipidemias	4h
Consulta Multidisciplinar de Hipófise	4h

Consulta Multidisciplinar de Hipertensão Endócrina e Patologia Suprarrenal	4h
Consulta Multidisciplinar de Medicina Transgênero	3h
Consulta Multidisciplinar de Pé Diabético	7h30min
Consulta Multidisciplinar de Tratamento da DM tipo 1 com Sistemas de PSCI	4h
Consulta de Patologia Endócrina na Grávida	7h
Consulta de Terapêutica Educacional na DM tipo 2	3h30min
Consulta Interna e de apoio ao Serviço de Urgência	9h
Internamento	7h
Reunião de Serviço	2h30min
Ensaio Clínico	1h30min
Total	93h

Tabela IV- Tipologia de Consultas Externas no serviço de Endocrinologia da ULS Santo António

Consulta de Índole Geral
Consulta de Endocrinologia Geral
Consulta de Endocrinologia – Diabetes
Consultas Monotemáticas
Consulta de Patologia Tiroideia
Consulta de Obesidade
Consulta de Endocrinologia Oncológica
Consultas Multidisciplinares
Consulta de Alta Resolução da Tiroide

Consulta Multidisciplinar de Cancro de Tiroide
Consulta Multidisciplinar de Tiroide
Consulta de Avaliação Multidisciplinar de Tratamento Cirúrgico da Obesidade
Consulta Multidisciplinar de Dislipidemias
Consulta Multidisciplinar de Hipófise
Consulta Multidisciplinar de Hipertensão Endócrina e Patologia Suprarrenal
Consulta Multidisciplinar de Medicina Transgénero
Consulta Multidisciplinar de Pé Diabético
Consulta Multidisciplinar de Transição e Medicina Sexual e Reprodutiva
Consulta Multidisciplinar de Tratamento da DM tipo 1 com Sistemas de Perfusão Subcutânea de Insulina
Consulta de Patologia Endócrina na Grávida
Consulta de Terapêutica Educacional da DM tipo 2
Consulta Multidisciplinar de Tumores Neuroendócrinos
Consulta de Transição de Endocrinologia Pediátrica para Endocrinologia de Adultos

Tabela V- Distribuição dos diagnósticos principais observados em âmbito de consulta de Endocrinologia Geral e Consultas Diferenciadas e/ou Multidisciplinares

Patologia principal	CE Endocrinologia Geral	CE Multidisciplinar de Obesidade	CE de Patologia Tiroideia	CE de Dislipidemias	CE Multidisciplinar de Hipófise	CTED	CE Multidisciplinar de Cancro de Tiroide	CE Multidisciplinar de Tiroide	CE Multidisciplinar de Tratamento de DM tipo 1 com Sistemas de PSCI	CE Multidisciplinar de Hipertensão Endócrina e Patologia Suprarrenal	Total (n=132)
Patologia tiroideia											53
Patologia nodular eutiroideia											4
Patologia nodular eutiroideia	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
Tirotoxicose											32
Doença de Graves	3	0	8	0	0	0	0	1	0	0	12
BMN/ Adenoma Tóxico	4	0	4	0	0	0	0	9	0	0	17

Iatrogénica	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Hipotiroidismo											3
Tiroidite de Hashimoto	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Carcinoma da Tireoide											14
Carcinoma papilar da tireoide	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	11
Carcinoma indiferenciado da tireoide	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Carcinoma folicular da tireoide	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Carcinoma de Células de <i>Hurthle</i>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Alteração do metabolismo dos hidratos de carbono											15
DM tipo 2	4	0	0	0	0	3	0	0	0	0	7

DM tipo 1	2	0	0	0	0	0	0	0	5	0	7
Diabetes relacionada com a Fibrose Quística	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Metabolismo fosfocálcio e do osso											5
Hiperparatireoidismo primário	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Osteoporose	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Patologia gonádica											3
Hipogonadismo Hipergonadotrófico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hipogonadismo Hipogonadotrófico	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

Patologia suprarrenal											12
Incidentaloma da glândula suprarrenal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Hiperaldosteronismo primário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
HCSR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Insuficiência adrenal primária	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Feocromocitoma	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Obesidade											19
Classe II	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Classe III	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	11

Seguimento pós-cirurgia bariátrica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Patologias do metabolismo lipídico											11
Dislipidemia mista	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	10
Hipercolesterolemia familiar	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Tumores da hipófise											14
Não Secretor	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8
Secretor	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
Acromegalia	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
Prolactinoma	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Total	36	12	18	11	14	3	12	11	5	10	132

Tabela VI- Prevalência dos fatores de risco cardiovascular modificáveis nos doentes observados na Consulta Multidisciplinar de Dislipidemias

Fatores de risco cardiovascular modificáveis	Total
Tabagismo	6 (54,6%)
Hipertensão arterial	7 (63,7%)
DM tipo 2	6 (54,6%)
Obesidade	6 (54,6%)
Classe II	2 (18,2%)
Classe III	4 (36,4%)

Tabela VII- Distribuição das patologias observadas em âmbito de Consulta de Patologia Endócrina na Grávida

Patologia	Consultas de pré-concepção	Consultas na gravidez	Consultas no puerpério	Total (n=32)
Patologia tiroideia	2	6	3	11
Tirotoxicose	1	1	1	3
Doença de Graves	1	1	1	3
Hipotiroidismo	1	5	2	8
Tiroidite de Hashimoto com hipotiroidismo	1	5	2	8
Alteração do metabolismo dos hidratos de carbono	0	18	1	19
DM tipo 2	0	2	0	2
DG	0	16	1	17
Síndromes genéticas	0	1	0	1

Síndrome MEN-1	0	1	0	1
Obesidade	0	1	0	1
Seguimento pós-cirurgia bariátrica	0	1	0	1
Total	2	26	4	32

Tabela VIII- Distribuição das patologias observadas em âmbito de Consulta de Alta Resolução da Tireoide

Patologia	Primeira Avaliação	Total (n=9)
Patologia tiroideia	5	9
Tirotoxicose	3	7
Doença de Graves	1	2
BMN/ Adenoma Tóxico	2	5
Hipotiroidismo	1	1
Tiroidite de Hashimoto com hipotiroidismo	1	1
Tecido tiroideu ectópico	1	1
Total	5	9

Tabela IX- Distribuição das patologias observadas em âmbito de Consulta Interna e de apoio ao Serviço de Urgência

Motivo			Primeira Avaliação	Reavaliação	Total (n=12)
Diabetes Mellitus	Complicações agudas	CAD	1	0	5
	Ajuste terapêutico	Intercorrência Aguda	2	1	
	Diagnóstico inaugural		1	0	
Patologia tiroideia	Hipotireoidismo	Amiodarona	1	0	4
		Ajuste de dose	1	0	
		Coma mixedematoso	1	0	
	Síndrome de Eutiroideu doente		1	0	
Patologia Suprarrenal	Insuficiência Suprarrenal Primária		1	0	1
Patologia Hipofisária	Défice de Vasopressina (AVP)		0	1	1
Outros	Hiperprolactinemia em estudo		1	0	1
Total			10	2	12

GRÁFICOS

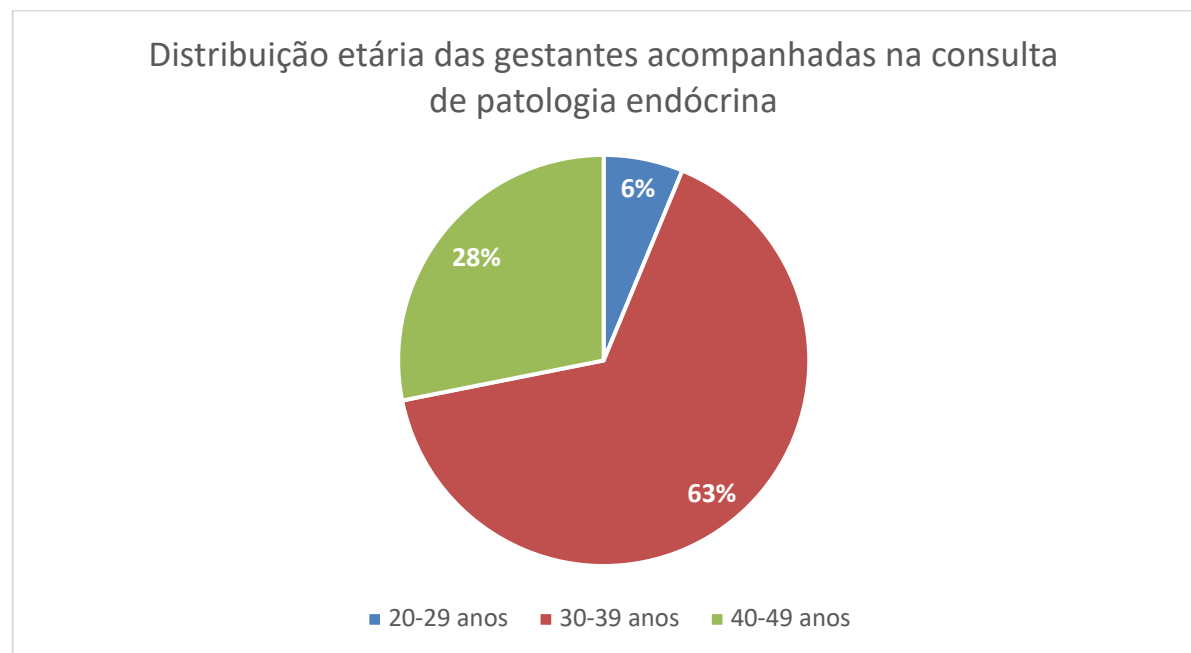


Gráfico 1: Distribuição etária das gestantes acompanhadas em consulta de patologia endócrina

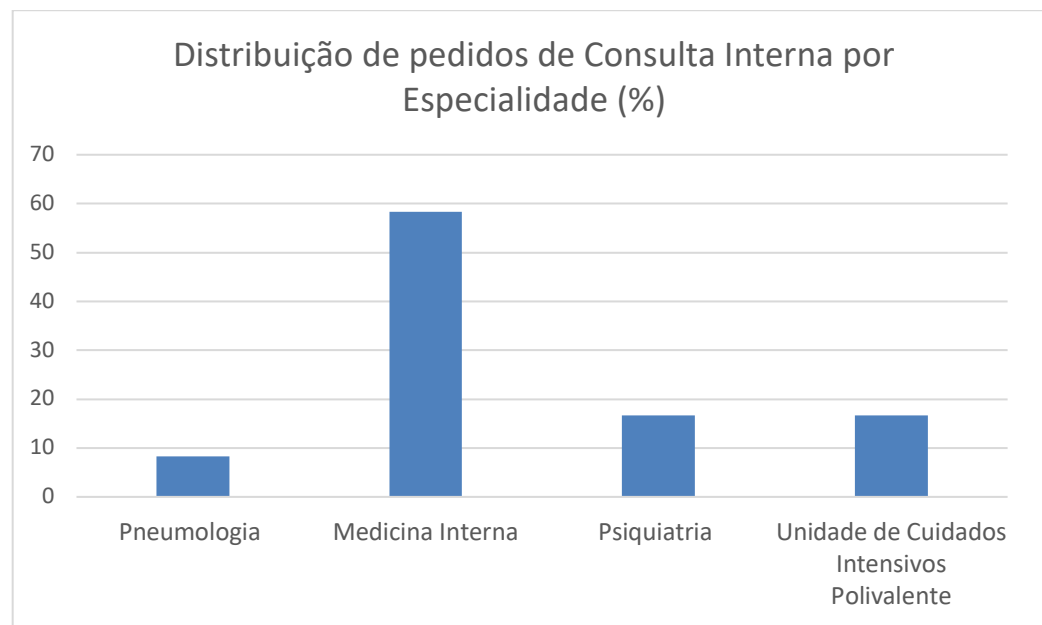


Gráfico 2: Distribuição de pedidos de Consulta Interna por Especialidade (%)

BIBLIOGRAFIA

1. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia D e M. História da Endocrinologia em Portugal no Século XX [Internet]. Lisboa; 2018. Available from: https://www.spedm.pt/uploads/media/publicacoes/Historia_da_endocrinologia.pdf Accessed March 26, 2026.
2. Wright S. Starling's Principles of Human Physiology: Physiology for Pharmaceutical Students. *Nature*. 1942;149(3768):61–3.
3. Starling EH. The Croonian Lectures on the Chemical Correlation of the Functions of the Body. *Lancet*. 1905;166(4275):339–41. doi:10.1016/S0140-6736(01)11877-5
4. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Accessed March 30, 2026.
5. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable Diseases. *N Engl J Med*. 2013 Oct 3;369(14):1336–43. doi:10.1056/nejmra1109345. PMID: 24088093.
6. World Health Organization. Diabetes Country Profile: Portugal [Internet]. Geneva: WHO; 2016. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/diabetes/prt_en.pdf?sfvrsn=289ffea9_38&download=true Accessed April 1, 2026.
7. Ng M, Gakidou E, Lo J, et al. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2025 Mar;405(10481):813–38. doi:10.1016/S0140-6736(25)00355-1
8. Taylor PN, Albrecht D, Scholz A, et al. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nat Rev Endocrinol*. 2018 May 1;14(5):301–16. doi:10.1038/NREND0.2018.18 PMID: 29569622.
9. Limbert E, Prazeres S, São Pedro M, et al. Iodine intake in Portuguese pregnant women: results of a countrywide study. *Eur J Endocrinol*. 2010 Oct 1;163(4):631–5. doi:10.1530/EJE-10-0449 PMID: 20643757.
10. Dunn JT, Delange F. Damaged reproduction: the most important consequence of iodine deficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(6):2360–3. doi:10.1210/JCEM.86.6.7611 PMID: 11397823.
11. Direção-Geral da Saúde. Orientação n.º 011/2013 de 26/08/2013 [Internet]. Lisboa: DGS; 2013. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112013-de-26082013-png.aspx> Accessed April 2, 2026.

12. Santos JEC, Freitas M, Fonseca CP, et al. Iodine deficiency a persisting problem: assessment of iodine nutrition and evaluation of thyroid nodular pathology in Portugal. *J Endocrinol Invest*. 2017 Feb 1;40(2):185–91. doi:10.1007/S40618-016-0545-2 PMID: 27619914.
13. Xiao PL, Cui AY, Hsu CJ, et al. Global, regional prevalence, and risk factors of osteoporosis according to the World Health Organization diagnostic criteria: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2022 Oct 1;33(10):2137–53. doi:10.1007/S00198-022-06454-3. PMID: 35687123.
14. Clynes MA, Harvey NC, Curtis EM, Fuggle NR, Dennison EM, Cooper C. The epidemiology of osteoporosis. *Br Med Bull*. 2020 Apr 13;133(1):105–17. doi:10.1093/BMB/LDAA005. PMID: 32282039.
15. Liang J, Leng H, Bai X, et al. Global, regional, and national burden of endocrine, metabolic, blood, and immune disorders from 1990 to 2021, and projections to 2050: a systematic analysis of the global burden of disease study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025;16. doi:10.3389/fendo.2025.1631123
16. Unidade Local de Saúde de Santo António. Serviço de Endocrinologia [Internet]. Porto: ULS Santo António. Available from: <https://www.ulssa.pt/v0C0J0D0N/servico-de-endocrinologia> Accessed April 16, 2026.
17. van den Beld AW, Kaufman JM, Zillikens MC, Lamberts SWJ, Egan JM, van der Lely AJ. The physiology of endocrine systems with ageing. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018 Aug 1;6(8):647–58. doi:10.1016/S2213-8587(18)30026-3. PMID: 30017799.
18. Lynch L, Shea PR, Vena N, et al. Genetic contributors to osteoporosis in pregnancy and lactation associated osteoporosis (PLO). *Bone*. 2026 Mar 1;204:117744. doi:10.1016/j.bone.2025.117744. PMID: 41330509.
19. Ebeling PR, Nguyen HH, Aleksova J, Vincent AJ, Wong P, Milat F. Secondary Osteoporosis. *Endocr Rev*. 2022 Apr 1;43(2):240–313. doi:10.1210/endrev/bnab028. PMID: 34476488.
20. Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT, et al. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism. *JAMA Surg*. 2016 Oct 1;151(10):959–68. doi:10.1001/JAMASURG.2016.2310. PMID: 27532368.
21. Elmaleh-Sachs A, Schwartz JL, Bramante CT, Nicklas JM, Gudzone KA, Jay M. Obesity Management in Adults: A Review. *JAMA*. 2023 Nov 28;330(20):2000–15. doi:10.1001/JAMA.2023.19897. PMID: 38015216.
22. De Luca M, Cohen R V., Belluzzi A, et al. Efficacy and Safety of Pharmacological, Endoscopic, and Surgical Treatments for Obesity: A GRADE-Based Network Meta-Analysis. *Obesity*. John Wiley and Sons Inc; 2026. doi:10.1002/oby.70083

23. van Beek AP, Emous M, Laville M, Tack J. Dumping syndrome after esophageal, gastric or bariatric surgery: pathophysiology, diagnosis, and management. *Obesity Rev.* Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 68–85. doi:10.1111/obr.12467. PMID: 27749997.
24. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid.* 2016 Oct 1;26(10):1343–421. doi:10.1089/thy.2016.0229. PMID: 27521067.
25. Wiersinga WM, Poppe KG, Effraimidis G. Hyperthyroidism: aetiology, pathogenesis, diagnosis, management, complications, and prognosis. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2023 Apr 1;11(4):282–98. doi:10.1016/S2213-8587(23)00005-0. PMID: 36848916.
26. Yiu KH, Jim MH, Siu CW, et al. Amiodarone-induced thyrotoxicosis is a predictor of adverse cardiovascular outcome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(1):109–14. doi:10.1210/JC.2008-1907. PMID: 18940876.
27. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: Epidemiological update 2016. *Eur Heart J.* 2016 Nov 7;37(42):3232–45. doi:10.1093/eurheartj/ehw334. PMID: 27523477.
28. Sociedade Portuguesa de Aterosclerose. Abordagem das Dislipidemias à luz das Guidelines da ESC/EAS 2019 [Internet]. Lisboa: SPA; 2021. Available from: https://spaterosclerose.org/wp-content/uploads/2021/03/AFSPA_ea31.PDF Accessed April 26, 2026.
29. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa [Internet]. Lisboa: INSA; 2019. Available from: https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf Accessed April 26, 2026.
30. Sociedade Europeia de Cardiologia. Prevenção da DCV: Recomendações para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica. [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2021. Available from: https://spc.pt/wp-content/uploads/2025/04/Pockets-Prevencao-DCV-Versao-definitiva-3_compressed.pdf Accessed April 26, 2026.
31. Sociedade Europeia de Cardiologia. Diabetes: Recomendações para o tratamento de doença cardiovascular em doentes com diabetes [Internet]. 2023. Available from: <https://spc.pt/wp-content/uploads/2025/04/Diabetes-versao-definitiva-reduzido.pdf> Accessed April 26, 2026.
32. Migliara G, Baccolini V, Rosso A, et al. Familial Hypercholesterolemia: A Systematic Review of Guidelines on Genetic Testing and Patient Management. *Frontiers in Public Health.* Frontiers Media S.A.; 2017. doi:10.3389/fpubh.2017.00252
33. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health.* 2022;23(S1):S1–259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644

34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013. 451–459 p.
35. Diário da República. Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto. Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa [Internet]. Lisboa: Diário da República; 2018. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/38-2018-115933863> Accessed April 30, 2026.
36. Oliveira AGC, Vilaça AF, Gonçalves DT. Da transexualidade à disforia de género – protocolo de abordagem e orientação nos cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2019 Jun 1;35(3):210–22. doi:10.32385/rpmgf.v35i3.12105
37. Rodrigues J, Lemos C, Figueiredo Z. Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. 2020 Dec 30;6(3):98–108. doi:10.51338/rppsm.2020.v6.i3.152
38. Viegas Gomes ML. Tumores da Hipófise: Contribuição do Estudo Clínico e Molecular para o Conhecimento da Patogenia e Comportamento Biológico dos Tumores Clinicamente não Funcionantes [tese de doutoramento]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2011.
39. Scheithauer BW, Gaffey TA, Lloyd R V., et al. Pathobiology of pituitary adenomas and carcinomas. Neurosurgery. 2006 Aug;59(2):341–53. doi:10.1227/01.NEU.0000223437.51435.6E. PMID: 16883174.
40. Miller KD, Ostrom QT, Kruchko C, Patil N, Tihan T, Cioffi G, et al. Brain and other central nervous system tumor statistics, 2021. CA Cancer J Clin. 2021 Sep;71(5):381–406. doi:10.3322/CAAC.21693. PMID: 34427324.
41. Morton A, Teasdale S. Physiological changes in pregnancy and their influence on the endocrine investigation. Clin Endocrinol. 2022. p. 3–11. doi:10.1111/cen.14624. PMID: 34724247.
42. Li Y, Ren X, He L, Li J, Zhang S, Chen W. Maternal age and the risk of gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of over 120 million participants. Diabetes Research and Clinical Practice. Elsevier Ireland Ltd; 2020. doi:10.1016/j.diabres.2020.108044. PMID: 32017960.
43. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Consenso Diabetes e Gravidez – Atualização 2025. [Internet]. Rev Port Diabetes. 2025. 20(3):85–129. Available from: https://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2025/11/REC_Consenso-Diabetes-e-Gravidez-Atualizacao-2025_85-129.pdf Accessed May 2, 2026.
44. Sweeting A, Hannah W, Backman H, et al. Epidemiology and management of gestational diabetes. Lancet. 2024 Jul 13;404(10448):175–92. doi:10.1016/S0140-6736(24)00825-0. PMID: 38909620.

45. Céu Almeida M, Ruas L, Grupo de Estudos de Diabetes e Gravidez da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Registo Nacional de Diabetes Gestacional: Um Caminho de 18 Anos. *Rev Port Diabetes*. 2022; 17:54–62.
46. Cheah S, Gao Y, Mo S, et al. Fertility, pregnancy and post partum management after bariatric surgery: a narrative review. *Medical Journal of Australia*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. 96–102. doi:10.5694/mja2.51373. PMID: 35034365.
47. Parent B, Martopullo I, Weiss NS, Khandelwal S, Fay EE, Rowhani-Rahbar A. Bariatric Surgery in Women of Childbearing Age, Timing Between an Operation and Birth, and Associated Perinatal Complications. *JAMA Surg*. 2017 Feb 1;152(2):128–35. doi:10.1001/JAMASURG.2016.3621. PMID: 27760265.
48. Fan J, Zhang Y, Zhang C, et al. Persistency of Thyroid Dysfunction from Early to Late Pregnancy. *Thyroid*. 2019 Oct 1;29(10):1475–84. doi:10.1089/THY.2019.0115. PMID: 31347461.
49. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Educação Terapêutica na Diabetes: Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes [Internet]. Lisboa: SPD; 2018. Available from: https://spd.pt/images/booklet_educacao_terapeutica.pdf Accessed May 2, 2026.
50. Santos FAV. Importância da Terapêutica Educacional no Tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2 [dissertação de mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2014.
51. Beck J, Greenwood DA, Blanton L, et al. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. 2017 Oct 1;40(10):1409–19. doi:10.2337/DCI17-0025. PMID: 28754780.
52. Boulton AJM, Armstrong DG, Albert SF, et al. Comprehensive Foot Examination and Risk Assessment: A report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care*. 2008 Nov;31(8):1679–85. doi:10.2337/dc08-9021
53. McDermott K, Fang M, Boulton AJM, Selvin E, Hicks CW. Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers. *Diabetes Care*. 2023; 46: 209–11. doi:10.2337/dci22-0043. PMID: 36548709.
54. Meloni M, Izzo V, Giurato L, Lázaro-Martínez JL, Uccioli L. Prevalence, Clinical Aspects and Outcomes in a Large Cohort of Persons with Diabetic Foot Disease: Comparison between Neuropathic and Ischemic Ulcers. *J Clin Med*. 2020 Jun 1;9(6):1–11. doi:10.3390/JCM9061780. PMID: 32521700.
55. Jeffcoate W, Game F. The Charcot Foot Reflects a Response to Injury That Is Critically Distorted by Preexisting Nerve Damage: An Imperfect Storm. *Diabetes Care*. 2022 Jul 1;45(7):1691–7. doi:10.2337/dc21-2508. PMID: 35796768.

56. Chen DW, Lang BHH, McLeod DSA, Newbold K, Haymart MR. Thyroid cancer. *Lancet*. 2023 May 6;401(10387):1531–44. doi:10.1016/S0140-6736(23)00020-X. PMID: 37023783.
57. Ringel MD, Sosa JA, Baloch Z, et al. 2025 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2025 Aug 1;35(8):841–985. doi:10.1177/10507256251363120. PMID: 40844370.
58. Cho YY, Ahn SH, Kim M, et al. TSH Cutoffs and Recurrence Risk in Differentiated Thyroid Carcinomas: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025 Dec 1;110(12):3588–98. doi:10.1210/CLINEM/DGAF463. PMID: 40811629.
59. Adler JT, Sippel RS, Schaefer S, Chen H. Preserving function and quality of life after thyroid and parathyroid surgery. *Lancet Oncol*. 2008 Nov;9(11):1069–75. doi:10.1016/S1470-2045(08)70276-6. PMID: 19012855.
60. Vassallo E, Péporté A, McQueen A, Becker M, Hirvonen J. ESR Essentials: thyroid imaging-practice recommendations by the European Society of Head and Neck Radiology. *Eur Radiol*. 2026 May 1;36(5):3788–96. doi:10.1007/S00330-025-12101-2. PMID: 41258456.
61. Direção-Geral da Saúde. Gestão Integrada da Diabetes – Elegibilidade dos Doentes para Tratamento através de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina. Lisboa: DGS; 2008.
62. Sherr JL, Heinemann L, Fleming GA, et al. Automated Insulin Delivery: Benefits, Challenges, and Recommendations. A Consensus Report of the Joint Diabetes Technology Working Group of the European Association for the Study of Diabetes and the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2022 Dec 1;45(12):3058–74. doi:10.2337/dci22-0018. PMID: 36202061.
63. Fassnacht M, Tsagarakis S, Terzolo M, et al. European Society of Endocrinology clinical practice guidelines on the management of adrenal incidentalomas, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol*. 2023 Jul 1;189(1):G1–42. doi:10.1093/ajendo/lvad066. PMID: 37318239.
64. Auer MK, Nordenström A, Lajic S, Reisch N. Congenital adrenal hyperplasia. *Lancet*. 2023 Jan 21;401(10372):227–44. doi:10.1016/S0140-6736(22)01330-7. PMID: 36502822.
65. Shah MH, Goldner WS, Benson AB, et al. Neuroendocrine and Adrenal Tumors, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2021 Jul 1;19(7):839–67. doi:10.6004/jnccn.2021.0032. PMID: 34340212.
66. Kaur G, Abdelrahman K, Berman AN, et al. Lipoprotein(a): Emerging insights and therapeutics. *Am J Prev Cardiol*. 2024 Jun 1;18. doi:10.1016/j.ajpc.2024.100641

67. Idrees T, Castro-Revoredo I, Dhatariya KK, Hernandez L, Umpierrez GE. Advances in the management of hyperglycaemia and diabetes mellitus during hospitalization. *Nat Rev Endocrinol*. 2025 Dec 1;21(12):757–68. doi:10.1038/S41574-025-01157-1. PMID: 40760269.
68. American Diabetes Association. 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes-2026. *Diabetes Care*. 2026;49(1): S339–55. doi:10.2337/dc26-S016. PMID: 41358892.
69. Korytkowski MT, Muniyappa R, Antinori-Lent K, et al. Management of Hyperglycemia in Hospitalized Adult Patients in Non-Critical Care Settings: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022 Aug 1;107(8):2101–28. doi:10.1210/CLINEM/DGAC278. PMID: 35690958.
70. Flynn K, Hatfield J, Brown K, Vietor N, Hoang T. Central and nephrogenic diabetes insipidus: updates on diagnosis and management. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025;15. doi:10.3389/FENDO.2024.1479764. PMID: 39845881.
71. Sager-La Ganga C, Navas-Moreno V, Sebastián-Valles F, Cannata-Ortiz J, Marazuela M. Hypothalamic-Pituitary Axis Involvement in Primary Central Nervous System Lymphoma: A Systematic Review. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025 Nov 13. doi:10.1210/CLINEM/DGAF620. PMID: 41230877.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

