



Mariana Pinho Pereira
Integrar a sexualidade em diabetes na prática clínica

P. 26

Pedro Melo
Autocuidado: entre o labor e a vida

P. 4

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Fevereiro 2026
Ano XIII • Número 143 • 3 euros

Publicação Periódica



Mário Morais de Almeida,
presidente da World Allergy Organization,
diz que as doenças alérgicas não podem continuar a ser tão subdiagnosticadas, subtratadas e subvalorizadas

P. 6

NOVO

Recigarum®

*Valor comparativo ao concorrente compartilhado (Janeiro 2026). MNSRM-EF: compartilhado a 37%. Consulta de preços em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>.

25 dias
para respirar melhor
uma vida inteira

COMPARTICIPADO
+ económico

TECNIFAR

Tel. 210 330 700 • gruportecnifar@tecnifar.pt
www.tecnifar.pt
Linha farmacovigilância 21 386 09 29
farmalerta@tecnifar.pt
DMK.RCG.003.01.2026_01/2026/PUB



P. 20/25

ULS de São João promove a Avaliação Geriátrica Global em doentes oncológicos mais velhos

O cirurgião Fernando Osório e o internista Paulo Sousa Almeida (na foto) são as caras de um projeto pioneiro na área da Oncogeriatria



Hipertensos com resposta + eficaz

P. 8/12



ULS de Entre Douro e Vouga tem Consulta Multidisciplinar de HTA. Casos mais complexos são discutidos em reunião de grupo

USF D. Francisco de Almeida prepara 10.º aniversário

com uma equipa coesa e grande proximidade à autarquia. Na foto, a coordenadora, Susana Pires da Silva, com o médico João Rufino, os dois impulsionadores das caminhadas *Walk with a Doc*



P. 14/19

NOVO

Recigarum®

*Valor comparativo ao concorrente compartilhado (Janeiro 2026). Recigarum está indicado para a cessação tabágica e redução do desejo de nicotina em fumadores adultos dispostos a parar de fumar. Medicamento não sujeito a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF). Regime de comparticipação: Escalão C (57%). IECROM disponível no interior. Para mais informações deverá contactar o Titular de AIM: Adamed Laboratórios S.L.U. Representante local: TECNIFAR - Indústria Técnica Farmacéutica, S.A. Sob licença da Adamed.

25 dias
para respirar melhor
uma vida inteira

COMPARTICIPADO
+ económico

TECNIFAR

Tel. 210 330 700 • gruportecnifar@tecnifar.pt
www.tecnifar.pt
Linha farmacovigilância 21 386 09 29
farmalerta@tecnifar.pt
DMK.RCG.004.01.2026_01/2026/PUB

NOVO

para respirar melhor
**uma vida
inteira**

#PlanoDeixarDeFumar

COMPARTICADO

+ económico



LINHA FARMACOVIGILÂNCIA
21 386 09 29
farmalerta@tecnifar.pt

www.tecnifar.pt
EXCLUSIVO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DMK.RCG.005.01.2026_01/2026/PUB

Fevereiro 2026 **Jornal Médico** ■ 3

VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026
19 a 21 de março
PORTO



PUB



cirurgia implica um grande corte no couro cabeludo, associado a maior definitiva, com impacto físico e emocional para o doente.

Ao optar por uma abordagem minimamente invasiva, através de um pequeno corte discretamente lo-

calizado na sobrancelha, totalmente oculto e sem necessidade de pontos cirúrgicos externos, é possível reduzir de forma significativa os riscos e o desconforto associados à cirurgia tradicional, proporcionando uma recuperação mais rápida e um resultado estético claramente superior.

Do ponto de vista técnico, destaca-se ainda neste procedimento, o recurso a tecnologia de neuronavegação, um sistema comparável a um verdadeiro “GPS cirúrgico”, que permite localizar o tumor com precisão milimétrica e confirmá-lo, no final do procedimento, a sua remoção total. A equipa cirúrgica integrou ainda o neurocirurgião Inácio Reis, o que evidencia a complexidade deste procedimento.



Doutoramento em Enfermagem e integra a direção da FCSE-UCP.

A distinção será entregue durante a Conferência Europeia da Sigma, que decorrerá em Kuopio, na Finlândia, em junho de 2026, reunindo especialistas e líderes internacionais na área da saúde. O prêmio é atribuído pela Sigma Europe, braço europeu da Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, uma organização científica internacional dedicada à promoção da excelência em enfermagem.

Publicações



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

ATIVIDADE ASSISTENCIAL
Ano de 2025
Unidade Local de Saúde do Oeste E.P.E.

Atividade	2025	2024	Variação
Partos	1.166	-	+12,1 %
Atendimentos Urgenciais Hospitalares	146.492	-	-17,1 %
Sessões de Hospital Dia	25.535	-	+25,2 %
Consultas Médicas Hospitalares	171.170	-	+3,1 %
Serviços Cuidados de Saúde Primários	38.065	-	+0,8 %

ULS OESTE



e a compreender o impacto das suas escolhas na sua saúde e bem-estar.

Diogo Costa, figura de referência do desporto, desempenhou um papel ativo na sensibilização das gerações mais novas, reforçando mensagens-chave de forma acessível e positiva.

A evidência científica demonstra que a adoção precoce de hábitos saudáveis é determinante para a sua manutenção ao longo da vida, influenciando positivamente a saúde na idade adulta. Investir na saúde das crianças é investir em adultos mais saudáveis, mais informados e com melhor qualidade de vida.

Com esta iniciativa, a DGS reforça o seu compromisso com a promoção da saúde em idade escolar, capacitando crianças, famílias e comunidades educativas para “defenderem a saúde” todos os dias, com conhecimento, espírito crítico e escolhas conscientes.

A evidência científica demonstra que a adoção precoce de hábitos saudáveis é determinante para a sua manutenção ao longo da vida.



Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

MGF Flash 8.0



Online
4 a 6 de março
Organização: Internos da ULS
Loures-Odivelas

MGF Summit 2026



Online
29 e 30 de abril
Organização: Grupo de médicos
internos da ULS de Coimbra

VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF



**Centro de Congressos
Sheraton Porto**
19 a 21 de março
Organização: Formédica
– Sociedade de Formação e
Educação Médica

6.^{as} Jornadas MGF Além Fronteiras



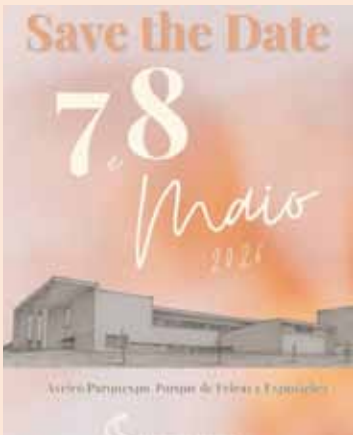
**Hotel Solverde Spa &
Wellness Center e online**
29 e 30 de abril
Organização: Associação MGF
Além Fronteiras

IX START MGF



**Convento de São Francisco,
Coimbra**
19 a 21 de março
Organização: Internos de MGF da
Zona Centro

12.^a Academia Médica



Aveiro Parque Expo
7 e 8 de maio
Organização: Internos de MGF

DIAGNÓSTICO

DE ENFERMAGEM

Autocuidado: entre o labor e a vida



Pedro Melo

Doutor em Enfermagem. Professor
adjunto na Escola Superior de
Enfermagem da Universidade do Porto

A discussão sobre o equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal nunca foi tão urgente como nos tempos que vivemos. Nas últimas décadas, assistimos a uma aceleração constante das exigências laborais, alimentada pela digitalização, pela conectividade permanente e por uma crescente complexidade social. Contudo, essa aceleração não surge acompanhada por um aumento do tempo disponível, da capacidade emocional ou da energia humana. O resultado é um desfasamento entre aquilo que o trabalho pede e aquilo que a vida permite.

Na área da Saúde – e particularmente na Enfermagem, este desfasamento manifesta-se com intensidade. O trabalho do cuidar, por si só emocionalmente exigente, convive com desafios estruturais: equipas insuficientes, listas de utentes crescentes, novas burocracias, expectativas sociais divergentes e, não menos importante, o desgaste acumulado de anos recentes marcados por crises sucessivas. A balança, tantas vezes frágil, oscila.

Quando Hannah Arendt, uma das minhas filósofas preferidas, distingue labor, trabalho (*work*) e ação, oferece-nos uma lente interessante para pensar esta tensão contemporânea.

O labor, para Arendt, corresponde às tarefas necessárias à sobrevivência, repetitivas e intermináveis – aquilo que fazemos porque tem de ser feito. O trabalho (obra) é aquilo que produz algo durável, com significado – projetos, construções, práticas que deixam marca. A ação é a dimensão profundamente humana, onde nos relacionamos, criamos sentido e nos revelamos aos outros.

No quotidiano atual, muitos profissionais sentem-se aprisionados no domínio do labor: jornadas esgotantes, tarefas que se acumulam, rotinas que têm de ser

cumpridas, sistemas que exigem mais do que devolvem. A pessoa – na conceção plena que Arendt propõe – fica reduzida à parte mais básica do seu fazer.

E quando a ação e a obra perdem espaço o sujeito perde também parte da sua respiração identitária. É aqui que emerge o risco do *burnout*, da despersonalização e da erosão silenciosa do entusiasmo e projeto de vida pleno (associados a uma espiritualidade comprometida – área emergente de investigação na Ciência de Enfermagem, com alguns doutoramentos, por exemplo, com resultados muito interessantes neste domínio).

Pode parecer pouco óbvio, ainda que para mim não o seja, e espero que para si que me lê agora também passe a fazer sentido: o autocuidado é igualmente um ato político.

O equilíbrio entre trabalho e vida pessoal tornou-se mais difícil não apenas pela quantidade de tarefas, mas pela natureza das nossas sociedades. Três dimensões parecem particularmente marcantes:

A hiperconectividade – O trabalho acompanha-nos no bolso, vibra no telemóvel, invade interstícios que antes pertenciam ao descanso. A fronteira entre estar “de serviço” e estar “fora dele” esbate-se.

A lógica do desempenho permanente – Vivemos num paradigma que valoriza rapidez, eficiência e disponibilidade contínua. Mesmo em profissões vocacionadas para o cuidado, cresce a sensação de que se mede produtividade em métricas que ignoram a complexidade humana.

A sobrecarga emocional difusa – As crises sociais recentes – da pandemia às incertezas económicas – deixaram marcas invisíveis. Muitos profissionais chegam ao trabalho já cansados antes mesmo de começar; levam para casa um peso que não cabe apenas na palavra “cansaço”.

Por tudo isto, falar de autocuidado não é falar de luxo. É falar de Saúde Pública. É falar de sustentabilidade das equipas, das instituições e, em última análise, dos próprios sistemas de saúde.

Autocuidar-se não é apenas “descansar mais”. É reconhecer limites sem culpa (às vezes,

um sentimento imposto pelas próprias organizações); é cultivar espaços de ação e de sentido, para além do labor; é criar momentos para relações nutritivas, *hobbies*, silêncio e corpo e dar prioridade ao que nos humaniza, mesmo em agendas densas.

Pode parecer pouco óbvio, ainda que para mim não o seja, e espero que para si que me lê agora também passe a fazer sentido: o autocuidado é igualmente um ato político.

E o equilíbrio? O equilíbrio não é um estado fixo; é um movimento contínuo. Cada pessoa negocia-o de forma única e essa negociação depende tanto de fatores individuais quanto de condições institucionais.

Equilíbrio é: permitir-se dizer “não” quando necessário; proteger rituais de descanso como quem protege um medicamento essencial; redefinir prioridades regularmente; reivindicar condições de trabalho que tornem possível não apenas sobreviver, mas viver.

O diagnóstico contemporâneo é claro: vivemos tempos que desafiam a integridade do bem-estar e da identidade profissional. Mas a resposta não precisa ser resignação.

Enquanto profissionais de saúde – e, mais amplamente, enquanto Pessoas Humanas – podemos recuperar parte do espaço entre labor, obra e ação. Podemos recordar a dimensão humana que Arendt defende: aquela que se realiza na palavra, no encontro, na criação de sentido.

Esse é, talvez, o maior gesto de autocuidado: garantir que o trabalho não rouba à vida aquilo que a torna verdadeiramente nossa. E que, no fim do dia, continuemos capazes de cuidar – dos outros, sim, mas também da nossa própria Pessoa.

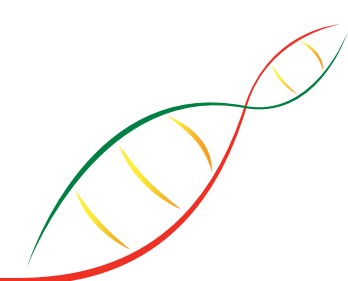
Esse é, talvez, o maior gesto de autocuidado: garantir que o trabalho não rouba à vida aquilo que a torna verdadeiramente nossa. E que, no fim do dia, continuemos capazes de cuidar – dos outros, sim, mas também da nossa própria Pessoa.

ULS Entre Douro e Vouga integra *Global Green and Healthy Hospitals*

A ULSEDV anuncia a sua integração na GGHH, uma rede internacional de instituições de saúde empenhadas em promover práticas sustentáveis, resilientes e amigas da saúde ambiental. A GGHH é uma

comunidade global que reúne hospitais, unidades de cuidados de saúde, sistemas e organizações de saúde de mais de 80 países, com mais de 2000 membros, representando mais de 70.000 hospitais e centros de saúde.

Esta rede foi criada para incentivar a redução da pegada ambiental do setor da Saúde e contribuir para a melhoria da saúde pública e ambiental através da partilha de soluções, práticas e recursos inovadores.



PRÉMIO Bial

DE MEDICINA CLÍNICA 2026

Regulamento disponível em:
www.bialfoundation.com

Prazo de Candidaturas:
1 de janeiro a 31 de agosto de 2026

Prémio Bial de Medicina Clínica 2026 | € 100.000 + Publicação primeira edição

Menções Honrosas (máximo duas) | € 10.000

Visa galardoar uma obra intelectual original, com uma componente de investigação clínica associada, que represente um trabalho com resultados de grande qualidade e relevância. Pelo menos um dos autores tem de ser médico nacional de um país de expressão oficial portuguesa.

Presidente do Júri | Jaime Branco

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELÊNCIA


O Presidente da República


CONSELHO DE
RETORES DAS
UNIVERSIDADES
PORTUGUESAS


ORDEM
DOS MÉDICOS

FUNDAÇÃO
Bial
Instituição de utilidade pública

www.bialfoundation.com • info@bialfoundation.com

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT

MÁRIO MORAIS DE ALMEIDA, PRESIDENTE DA WORLD ALLERGY ORGANIZATION:

“O acesso a cuidados de imunoalergologia depende imenso do país onde se nasce”

A MEIO DO MANDATO DE 2 ANOS COMO PRESIDENTE DA WAO, MÁRIO MORAIS DE ALMEIDA, 63 ANOS, ESTÁ DEVERAS IMPRESSIONADO – AINDA MAIS DO QUE QUANDO ASSUMIU O CARGO! – COM AS DESIGUALDADES QUE EXISTEM ENTRE PAÍSES NO QUE RESPEITA AO ACESSO A CUIDADOS DE IMUNOALERGOLOGIA. AFIRMA MESMO QUE ESTE “DEPENDE DRAMATICAMENTE” DO LOCAL DE NASCIMENTO. EM ENTREVISTA À *JUST NEWS*, DIZ QUE “É PRECISO AGIR SOBRE AS DESIGUALDADES”.

Quando no dia 1 de janeiro de 2025 o imunoalergologista Mário Morais de Almeida iniciou o seu mandato como presidente da World Allergy Organization (Organização Mundial de Alergia, em português) já estava claramente convicto de que “produzir ciência de excelência não é suficiente se essa ciência não chegar às pessoas”.

“Em imunoalergologia, o paradoxo é particularmente duro: tratamos as mesmas doenças, com a mesma base biológica e a mesma evidência científica, mas o acesso aos cuidados depende dramaticamente do país onde se nasce”, afirma. E acrescenta: “Pensar globalmente é importante, mas já não chega. É preciso agir sobre as desigualdades.”

No último ano, “tive oportunidade de viajar e trabalhar diretamente com colegas em vários continentes, como em África e no Sudoeste Asiá-

tico, e isso foi determinante para concluir ser mesmo necessário fazer alguma coisa para combater a disparidade de situações que existe”. Como por exemplo?

“Em países africanos encontrei profissionais altamente qualificados, profundamente comprometidos, a lidar diariamente com anafilaxias sem acesso imediato a adrenalina, ou com doentes com angioedema hereditário sem diagnóstico ou terapêuticas seguras. No Sudoeste Asiático, a realidade é de igual forma heterogénea: centros de excelência convivem com regiões onde as terapêuticas básicas simplesmente não estão com frequência acessíveis.”

“Estas experiências mudam a forma como olhamos para *guidelines* e recomendações. Obrigam-nos a pensar em aplicabilidade real. Em recursos, em algoritmos, em justiça...”, desabafa.

Mário Morais de Almeida esclarece que tem procurado afirmar a WAO



“Ver de perto as desigualdades torna impossível a indiferença”, afirma Mário Morais de Almeida

Mário Morais de Almeida: “Estas experiências obrigam-nos a pensar em aplicabilidade real.”

como uma organização “orientada para a ação”. E de que forma? “As recomendações globais em áreas como

a anafilaxia, o angioedema hereditário, a tosse crónica ou a remissão das doenças alérgicas foram pensadas desde o início com uma pergunta central: ‘Será que isto pode ser usado em qualquer parte do mundo?’ A evidência científica continua a ser o alicerce, mas passou a ser acompanhada por uma reflexão ética e prática sobre equidade, sustentabilidade e adaptação aos contextos locais.”

Exemplos concretos de desigualdades não faltam, sendo até, sublinha, “demasiado frequentes”. É o que acontece com os dispositivos para autoadministração de adrenalina, um medicamento essencial e que salva vidas, “que continua indisponível ou inacessível em grande parte do mundo, fazendo com que crianças continuem a morrer por anafilaxia tratável”.

O mesmo se passa relativamente às terapêuticas biológicas para alergia alimentar, “suportadas por dados científicos robustos, permanecem aprovadas apenas em contextos muito limitados e somente nos EUA”. No angioedema hereditário, “muitos doentes continuam sem acesso a terapapias seguras”.

“Estas não são falhas da ciência, são falhas dos sistemas”, frisa Mário Morais de Almeida, que considera que a WAO “não pode e não deve limitar-se a produzir conhecimento e assegurar educação”.

“Tem de ser uma voz ativa junto de decisores políticos, reguladores, organizações internacionais e parceiros globais e locais. Defender o acesso a tratamentos essenciais, apoiar a formação de especialistas em regiões em desenvolvimento e promover padrões mínimos globais de cuidados tornou-se parte integrante da nossa missão. Em África, por exemplo, investir em educação médica e diagnóstico básico tem um impacto imediato e transformador”, assevera. Vale a pena olhar para estes núme-



Percurso passado e futuro de Morais de Almeida na WAO

2018-2019
Membro da Direção
2020-2022
Secretário-geral/tesoureiro
2023-2024
Presidente eleito
2025-2026
Presidente
2027-2028
Presidente cessante
2029-2030
Conselheiro

O próximo Congresso Mundial da WAO acontecerá em outubro deste ano e envolverá a Sociedade Japonesa de Alergologia, a maior do mundo desta área em número de sócios. Contabiliza 8000 do total de 40.000 membros da World Allergy Organization, de que Mário Morais de Almeida é o 28.º presidente, o 1.º português em 75 anos.

ros: nos países desenvolvidos, como em Portugal, existe pelo menos um especialista para cada 50.000 habitantes, enquanto em algumas nações asiáticas há apenas 1 para cada 4 ou 5 milhões e em África ainda é pior, somente 1 para 80 milhões de pessoas!

Mário Morais de Almeida considera “essencial apoiar jovens alergologistas, criar redes regionais e facilitar o acesso à formação contínua para quebrar ciclos de desigualdade”. Sublinha mesmo que em vários países africanos e asiáticos “formar um especialista significa criar um ponto de mudança para milhões de doentes”.

“Os 75 anos da WAO marcam um ponto de viragem”

Numa altura em que se celebra o 75.º aniversário da World Allergy Organization, o imunoalergologista português considera que este seu primeiro ano de mandato “foi de escuta ativa, de aprendizagem no terreno e de afirmação de princípios”. Desde logo porque “ver de perto as desigualdades torna impossível a indiferença”.

“O que se segue exigirá ainda mais ambição e colaboração global, mas a visão é clara: uma WAO que seja farol científico, ético e humano. Porque a equidade em cuidados alérgicos não é um extra – é o verdadeiro destino da inovação”, sublinha.

Tendo a WAO nascido para unir especialistas em torno de uma missão científica comum, Mário Morais de Almeida deixa evidente que “essa missão é agora maior, mais exigente e mais urgente”. Até porque “as doenças alérgicas afetam centenas de milhões de pessoas em todo o mundo, atravessam idades, geografias e sistemas de saúde e continuam, demasiadas vezes, a ser subdiagnosticadas, subtratadas e subvalorizadas”.

“Ao longo destas décadas, a ciência avançou de forma notável. Com-

“As doenças alérgicas continuam, demasiadas vezes, a ser subdiagnosticadas, subtratadas e subvalorizadas”, alerta o presidente da WAO.

preendemos melhor os mecanismos das doenças alérgicas, desenvolvemos terapêuticas eficazes e definimos estratégias baseadas em evidência. Mas este progresso revelou um paradoxo inaceitável: a mesma ciência não chega a todos de igual forma. O local onde uma pessoa nasce continua a determinar se terá acesso ao diagnóstico correto, ao tratamento adequado ou, em alguns casos, a cui-

dados que salvam vidas”, adverte.

Dá que, para si, celebrar os 75 anos desta organização seja muito mais do que apenas olhar para o passado: “É assumir uma responsabilidade clara para o presente e para o futuro, que passa por afirmar o papel central do alergologista como especialista capaz de transformar conhecimento em impacto real – no consultório, no hospital, na comunidade e nas políticas de saúde.”

“A WAO tem hoje uma dimensão global e uma missão inequívoca: garantir que a inovação científica se traduz em equidade, que as recomendações globais são aplicáveis em contextos reais e que nenhuma pessoa com doença alérgica é deixada para trás por razões geográficas, económicas ou estruturais”, diz Mário Morais de Almeida, garantindo:

“Os 75 anos da WAO marcam um ponto de viragem. Não são um momento de celebração passiva, mas um compromisso ativo com uma alergologia mais justa, mais humana e verdadeiramente global. Porque a equidade em cuidados alérgicos não é opcional – é o verdadeiro destino da inovação.”



IMPLEMENTADA PELA MEDICINA INTERNA DA ULS DE ENTRE DOURO E VOUGA, PROMOVE A DISCUSSÃO EM GRUPO DE CASOS QUE ENVOLVEM OUTRAS ESPECIALIDADES

Consulta Multidisciplinar de HTA permite resposta eficaz a doentes hipertensos

“O DOENTE SENTE-SE VALORIZADO AO SABER QUE O SEU CASO É ANALISADO POR ESPECIALISTAS DE VÁRIAS ÁREAS”, COMENTA HELOÍSA RIBEIRO, A INTERNISTA RESPONSÁVEL PELA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA (ULSEDV). AGREGADA À CONSULTA DE HTA SISTÊMICA, QUE AQUELA MÉDICA DE MEDICINA INTERNA COORDENA, É ALI QUE TÊM ORIGEM OS CASOS QUE SEMANALMENTE SÃO APRESENTADOS NA CONSULTA DE GRUPO PARA DISCUSSÃO. A GRANDE MAIS-VALIA DO PROJETO ESTÁ NO FACTO DE SE CONSEGUIR, COM ESTA ARTICULAÇÃO, ACELERAR E OTIMIZAR O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO, ESSENCIAL PARA POSSIBILITAR UMA DECISÃO TERAPÊUTICA MAIS ADEQUADA E EFICAZ.



Faz no próximo mês de julho 5 anos que foi oficialmente criada no então Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV) a Consulta de Hipertensão Arterial Sistémica, integrada na Medicina Interna. No entanto, embora não estando a mesma, até então, formalizada, a verdade é que aquele Serviço já assegurava uma consulta focada nessa patologia.

De salientar que a resposta especializada à população hipertensa servida pela instituição começou a ser garantida pela Cardiologia muito pouco tempo após a inauguração, em 1999, do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, a principal unidade hospitalar da atual ULSEDV. Aliás, um dos dois cardiologistas responsáveis por isso surge mais à frente nesta reportagem, uma vez que Fernando Pinto é um dos elementos que integram o projeto da Consulta Multidisciplinar de HTA, representando o seu Serviço.

A *Just News* recolheu os depoimentos que deram origem ao texto que preenche estas páginas na primeira segunda-feira de novembro último, o dia do mês em que se junta ao grupo de discussão de casos a endocrinologista Anabela Giestas. A sala de reuniões do Serviço de MI da ULSEDV acolhia vários médicos mas igualmente, como sempre acontece, o coordenador da equipa de enfermagem alocada à Consulta de HTA Sistémica, Sílvia Almeida.

Na ocasião, também foi possível registar o comentário da médica Mariana Santana, 28 anos, que entretanto iniciou agora em 2026 o 3.º ano do internato de MI e que foi convidada para assistir a essa consulta de grupo: “Achei muito interessante e, aliás, penso que o futuro da Medicina está mesmo na multidisciplinaridade

e neste modelo de discutirmos os doentes envolvendo várias especialidades.”

Consulta Multidisciplinar desenvolve-se paralelamente à Consulta de HTA Sistémica

Heloísa Ribeiro, 39 anos, chegou ao CHEDV em 2011, para fazer o internato do Ano Comum, tendo-se verificado a circunstância de, no âmbito do seu estágio de MI, ter acompanhado a médica Luísa Moreira. Para além de fazer a consulta de HTA, esta internista integrava, na altura, os Corpos Sociais da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), que já há alguns anos promovia, com reconhecimento êxito, a *Hypertension Summer School*.

Incentivada a participar nesse curso intensivo focado na investigação e clínica da HTA e risco cardiovascular, Heloísa Ribeiro haveria de ser quem obteve a melhor classificação, o que lhe valeu, como prémio, um estágio no Hôpital Européen Georges-Pompidou, em Paris.

Seguiram-se mais 5 anos de formação, em que, como não podia deixar de ser, passou pela Consulta de HTA que então existia no Hospital de São Sebastião, obtendo o título de

especialista em Medicina Interna em 2017.

Atual presidente eleita da SPH, e preparando-se para assumir a presidência em março de 2027, Heloísa Ribeiro explica que a criação formal, por parte do Conselho de Administração, da denominada Consulta de Hipertensão Arterial Sistémica aconteceu em julho de 2021.

Recorda que o arranque “foi um pouco a meio-gás” porque escassos meses depois ocorreria uma nova onda de covid-19 que veio, como se sabe, condicionar bastante a normal atividade hospitalar. “Mas 2022, 2023 e 2024 foram anos de muito crescimento, e 2025 também! Temos tido mais doentes, o que se reflete tanto na consulta individual de cada uma de nós como na consulta de grupo”, refere.

Convém esclarecer que a Consulta Multidisciplinar de HTA começou a funcionar praticamente na mesma altura, “desenvolvendo-se paralelamente”, diz Heloísa Ribeiro, acrescentando: “Trazemos doentes da nossa consulta para discutir, o que nos permite, por exemplo, ao nível da Cardiologia e da Endocrinologia, decidir com mais rigor quais os exames complementares de diagnóstico que fazem sentido serem solicitados para



Heloísa Ribeiro

maior benefício no seguimento de determinado doente.”

Com um horário limitado que, regra geral, permite que sejam analisados não mais do que dois a três casos semanalmente — às segundas-feiras, logo ao princípio da tarde —, a coordenadora descreve algumas situações com que o cardiologista Fernando Pinto tem sido confrontado:

“Há casos em que surgem dúvidas na interpretação de alterações

descritas no ecocardiograma, em que questionamos se tal se deve a uma lesão de órgão mediada pela hipertensão ou se há indicação para completar o estudo para excluir outras causas. Da mesma forma, a abordagem diagnóstica de doentes com quadros menos típicos de dor torácica, por exemplo, também é discutida com a especialidade.”

“É uma mais-valia contar com o apoio de um cardiologista que possui

Importa referir que a proveniência dos doentes atendidos na Consulta de HTA Sistémica é diversa, com destaque, desde logo, para os cuidados de saúde primários, o Serviço de Urgência, o Internamen-

to (principalmente MI) e a Consulta Externa, nomeadamente de Cardiologia, Medicina Interna, Neurologia e Obstetrícia.

“A divulgação de que a Consulta existe é feita internamente,

aproveitando as sessões formativas promovidas no Serviço de Medicina Interna, mas abertas aos colegas de outras áreas, por exemplo, para apresentar novas *guidelines* para o tratamento da hipertensão. É sem-

pre conveniente recordar quais são os critérios de referenciação para a Consulta de HTA Sistémica”, afirma Heloísa Ribeiro.

(Continua na pág. 10)

20^o

CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

International Meeting on Hypertension and Global Cardiovascular Risk

ALGARVE
2026
19·22
FEVEREIRO
February
Grande Real Santa Eulália

www.sphhta.org.pt

SECRETARIADO EXECUTIVO: Veranatura – Conference Organizers
+351 217 120 778 | cidaliampacheco@veranatura.pt

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension



Sessão com profissionais dos cuidados de saúde primários

(Continuação da pág. 9)

A médica salienta o empenho contínuo no estreitar da relação com os CSP e no esclarecimento da população em geral sobre o que é a hipertensão e como se pode prevenir. Essa sensibilização já tem incluído a realização de rastreios, que têm lugar no átrio principal do Hospital de São Sebastião, habitualmente durante a Semana da Hipertensão, assinalada em maio, uma iniciativa que tem contado com o patrocínio científico da SPH.

Anabela Giestas, endocrinologista: “Muitas vezes consegue-se orientar medicamente o caso através da Consulta de HTA Sistémica”

É de certa forma óbvio o envolvimento da Endocrinologia na Consulta Multidisciplinar de HTA, a partir do momento em que se sabe que a patologia endócrina é uma das causas de hipertensão arterial.

“Perante a suspeita de que se está perante um caso desses, ele é apresentado pelos colegas da Medicina Interna na reunião de grupo, sendo feita a devida abordagem. Dessa forma, também se consegue evitar a duplicação de consultas, pois, o caso é então orientado e objeto da devida investigação”, explica Anabela Giestas, diretora do Serviço de Endocrinologia da ULS de Entre Douro e Vouga.

“Quando é feita a avaliação inicial na Consulta de HTA Sistémica é também incluído o despiste de causa endócrina. A mais frequente causa endócrina de HTA é o hiperaldosteronismo primário, que representará cerca de 14% dos casos, sendo mais



Anabela Giestas

habitual em idades jovens. Aliás, devido à sua elevada prevalência, *guidelines* recentes recomendam que esta patologia seja despistada em praticamente todas as situações de hipertensão. Na circunstância de esta ser confirmada, o facto é que muitas vezes consegue-se orientar medicamente o caso através da Consulta de HTA Sistémica, sem ser preciso estar



O átrio principal do Hospital de São Sebastião tem sido utilizado para realizar ações de sensibilização dirigidas à população em geral

a referenciar para a Endocrinologia”, informa a médica.

Anabela Giestas, 44 anos, fez o curso de Medicina no ICBAS e o internato da especialidade no Hospital de Santo António. Logo a seguir, em 2013, chegou a Santa Maria da Feira, passando a assegurar sozinha a Con-

“A mais frequente causa endócrina de HTA é o hiperaldosteronismo primário”, refere Anabela Giestas.

sulta de Endocrinologia, reportando ao diretor da MI. Só com a contratação de um terceiro elemento foi possível criar oficialmente, em 2021, o Serviço de Endocrinologia no então CH de Entre Douro e Vouga, que é hoje formado por cinco especialistas.

Andreia Teixeira, internista: “A minha ligação à hipertensão surgiu... de uma necessidade!”

Natural de Gondomar, Andreia Teixeira, 34 anos, formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em 2015. Fez o internato do Ano Comum no Hospital de Santo An-

relativamente ao seu perfil tensional mas também para medir o nível da adesão à terapêutica. Até porque nós sabemos que os utentes se sentem mais à vontade com o enfermeiro do que com o médico, seja para admitir certas falhas na toma da medicação ou para reconhecer uma eventual menor atenção em termos de cuidados alimentares.”

E por que razão pensa Andreia Teixeira que isso acontece?

“Porque têm receio de que nós os julgemos ou até desistamos deles! Julgo que tenham medo de que lhes demos alta e não marquemos mais nenhuma consulta. Aliás, está comprovado que até mesmo o fenómeno da ‘HTA de bata branca’ é cerca de 10% menos acentuado quando os doentes estão frente a um enfermeiro.”

Andreia Teixeira: “O fenómeno da ‘HTA de bata branca’ é muito menos acentuado quando os doentes estão frente a um enfermeiro.”

Questionada sobre qual o doente que exige mais de si, não demora a responder que “é aquele incumpridor que, sabendo tudo sobre a medicação que lhe foi prescrita, e levantando-a até na farmácia, acaba por não a tomar, embora não o admitindo. Torna-se, por vezes, complicado gerir uma situação dessas e pode acontecer só após algumas consultas percebermos que determinada hipertensão aparentemente resistente é, afinal, um caso de não adesão ao tratamento”.

Com base na sua prática clínica, Andreia Teixeira identifica como menos cumpridores os homens na casa dos 40 a 50 anos, “apesar de virem às consultas e de fazerem os exames



Andreia Teixeira

(Continua na pág. 12)

FERNANDO PINTO, CARDIOLOGISTA:

“Considero que este modelo de consulta tem funcionado muito bem”

Fernando Pinto é cardiologista no Hospital de São Sebastião desde que o mesmo foi inaugurado, logo nos primeiros dias do ano de 1999. Chegou à instituição com Luís Martins, para abrir o Serviço de Cardiologia, sob a direção deste último. O especial interesse pela área da hipertensão era algo comum a ambos, o que levou rapidamente à criação de uma consulta dedicada a essa patologia, que foi assegurada durante muitos anos pelos dois médicos.

Com a saída de Luís Martins, a quem Fernando Pinto sucedeu no cargo de diretor do Serviço de Cardiologia, assumindo essa responsabilidade entre 2019 e 2020, deixou de ser possível acompanhar todos os doentes com hipertensão que eram referenciados para o hospital, tendo sido criada uma consulta estruturada de Hipertensão Arterial liderada pela Medicina Interna.

Conforme acordado entre os dois serviços, Fernando Pinto (atualmente, o único cardiologista

do seu Serviço dedicado à HTA) integrou, desde o início, a Consulta Multidisciplinar. Dá o seu



contributo “para ajudar a resolver algumas questões específicas da Cardiologia, nomeadamente, valorizar as lesões de órgão-alvo a nível do coração, como a cardiopatia hipertensiva, a hipertrofia ventricular esquerda ou a disritmia”. Mas também, admite, para ajudar, com a sua experiência na área, “a encontrar as melhores soluções/orientações para alguns dos casos mais complexos”.

Como sublinha o nosso entrevistado, “atualmente, as consultas de HTA hospitalares servem para resolver situações mais complexas, até porque a maioria dos doentes é tratada, e bem, nas suas unidades de cuidados de saúde primários”.

“O médico de família referencia para o hospital quando tem maior dificuldade em controlar uma HTA, quando é necessário um estudo complementar, nomeadamente em busca de causas secundárias para essa hipertensão, ou para esclarecimentos

“Seria muito interessante poder contar com o envolvimento de outras especialidades nesta Consulta Multidisciplinar, até porque a HTA está associada a uma série de comorbilidades crónicas.”

relacionados com a resposta a determinados fármacos”, especifica.

(Continua na pág. 12)



(Continuação da pág. 10)

todos, enquanto as pessoas com mais idade são as que cumprem mais”.

Diana Dias, internista: “É uma oportunidade muito boa para podermos discutir em grupo alguns casos mais complexos”

Ser médica foi algo que Diana Dias, 33 anos, sempre ambicionou, tendo sido na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto que estudou, terminando o curso em 2016. Seguiu-se o internato do Ano Comum no São João e a especialização em MI no Hospital de São Sebastião, vindo a ter como orientadora de formação Heloísa Ribeiro.



Diana Dias

Ora, a grande ligação desta à hipertensão acabou por aproximar Diana Dias da patologia, numa altura em que nem sequer ainda existia a Consulta de HTA Sistémica no então CHEDV. “No entanto, a Dr.ª Heloísa já fazia muita hipertensão e eu acompanhava-a”, recorda Diana Dias, que no 5.º ano do internato já integrava a equipa da Consulta de HTA, entre-tanto criada no Serviço de Medicina Interna.

Especialista deste 2023, salienta sentir muita satisfação ao ver um doente a melhorar da sua hipertensão quando segue a terapêutica que lhe foi prescrita, mas está convicta de que a falta de adesão é mesmo um problema, “sendo, por vezes, difícil perceber se o utente está mesmo a cumprir ou não”.

Relativamente à Consulta Multidisciplinar de HTA, considera ser “uma oportunidade muito boa para podermos discutir em grupo alguns casos mais complexos com o Dr. Fernando Pinto todas as semanas e com a Dr.ª Anabela Giestas uma vez por mês”. E acrescenta:

“Há muitas causas endócrinas de HTA e a ajuda que temos na interpre-

“A Dr.ª Heloísa já fazia muita hipertensão e eu acompanhava-a”, recorda Diana Dias.

tação de certos resultados dos testes realizados é fundamental para evitar termos de encaminhar o doente para uma consulta de Endocrinologia, o que se torna muito mais confortável para ele.

Confirmando o que a sua colega Andreia Teixeira já afirmara em relação à dificuldade em lidar com “os doentes que não cumprem e não nos dizem”, Diana Dias acrescenta, como constituindo um desafio, lidar com as causas secundárias de hipertensão, “que exigem um tratamento específico”. Também nestes casos a sua discussão em grupo “é uma mais-valia”.

Sílvio Almeida, enfermeiro residente na consulta HTA: “É entre os doentes mais jovens que encontramos os mais incumpridores”

Seis meses depois de terminar o curso de Enfermagem na Escola Superior de Saúde Jean Piaget, em Vila Nova de Gaia, o que aconteceu em 2011, Sílvio Almeida fez as malas e



Sílvio Almeida

emigrou. Esteve então 2 anos a trabalhar num hospital em Bruxelas, “para ganhar experiência”, tendo percorrido os serviços de Medicina Interna, Infecciologia, Endocrinologia e Reumatologia.

Regressado a Portugal, após breves passagens por uma Unidade de

Primeiras consultas HTA 2021 - 2025

PROVENIÊNCIA

Unidades CSP – **401**

Consulta Externa – **167**

Hospital de Dia – **7**

Outro hospital – **8**

Internamento – **42**

Urgência – **97**

Total - 722



Mariana Santana, Andreia Teixeira, Anabela Giestas, Heloísa Ribeiro, Fernando Pinto, Sílvio Almeida e Diana Dias

Cuidados Continuados no Hospital Dr. Francisco Zagalo, em Ovar, esteve 2 anos no Hospital de Santo António antes de, em 2017, chegar finalmente a Santa Maria da Feira, de onde é, aliás, natural.

Sílvio Almeida lida também muito diretamente com a Cardiologia, seja na Consulta de Valvulopatias como na Sala de Dispositivos Médicos, e está envolvido no projeto de telemonitorização de doentes com insuficiência cardíaca.

Relativamente à Consulta de HTA Sistémica, articula uma equipa de oito enfermeiros, a contar consigo. “Efetuamos a primeira receção do doente, em que avaliamos o seu perfil tensional, fazemos os ensinamentos, apuramos se pratica exercício e que tipo de alimentação faz, procuramos saber se toma corretamente a medicação...”, refere, reconhecendo:

“Com a ligação que criamos com o doente, conseguimos envolvê-lo mais facilmente e identificar alguns erros que comete, seja a nível do exercício, da terapêutica ou da alimentação, por exemplo. Entretanto, nós apercebemo-nos de diversas situações em que a Consulta de Enfermagem faz toda a diferença na adesão do doente àquilo que lhe é pedido.”

Sílvio Almeida diz que “as pessoas com mais idade, dos 70 anos para cima, mostram-se preocupadas com o seu estado de saúde, pois, veem as condições físicas a deteriorarem-se lentamente, acabando por aderir com muito mais facilidade àquilo que lhes transmitimos”.

E acrescenta: “É entre os doentes mais jovens que encontramos os mais incumpridores, que mostram saber tudo, mas que depois apresentam sempre perfis tensionais muito altos, com

Consulta de HTA Sistémica

2025 (até 13 nov)

1184 consultas

553 utentes

Primeiras 185

2024

1182 consultas

538 utentes

Primeiras 260

2023

650 consultas

Primeiras 128

2022

467 consultas

Primeiras 95

2021

261 consultas

Primeiras 50

Sílvio Almeida:
“Nós apercebemo-nos de diversas situações em que a Consulta de Enfermagem faz toda a diferença na adesão do doente àquilo que lhe é pedido.”

o nível de sódio normalmente elevado, que nos obrigam a procurar descobrir porquê. São os que nos tentam enganar. Quando me apercebo que estou perante um doente desses, chamo-o à parte e, de maneira empática, para não o perder, digo-lhe: ‘Olhe que o senhor está a enganar-se a si, não é a mim. A sua saúde é que está em jogo!’.”

Com 37 anos de idade, Sílvio Almeida está atualmente a meio do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Pessoa em Situação Crónica.

doentes, nomeadamente, no que respeita aos ensinamentos e à promoção de um estilo de vida mais saudável”.

“Os dados que a Dr.ª Heloísa Ribeiro tem apresentado acerca da atividade dessa Consulta mostram que tem contribuído, de forma decisiva, para que os doentes hipertensos da área de influência da ULS de Entre Douro e Vouga tenham um acompanhamento mais adequado. Verifica-se que existe uma relação muito estreita com os médicos de família, que muitas vezes referenciam especificamente porque têm uma dúvida muito concreta, ou porque necessitam que seja realizado um determinado exame”, salienta.

“A equipa de enfermagem da Consulta de HTA Sistémica tem um papel fundamental junto dos doentes.”

ca assegurada pela Medicina Interna “reside no facto de possuir uma equipa de enfermagem, que tem um papel fundamental junto dos

timos os casos que colocam maiores dificuldades no controlo da pressão arterial e/ou na interpretação de eventuais alterações nos órgãos-alvo”, afirma Fernando Pinto, prosseguindo:

“Uma vez ajustadas as terapêuticas ou realizados aqueles exames complementares mais difíceis de fazer nos CSP, como sucedia com a MAPA até há bem pouco tempo, os doentes acabam por ser ‘devolvidos’ ao seu médico de família, ficando sempre a porta aberta para uma reavaliação se e quando for considerada necessária.”

O cardiologista faz questão de destacar que “uma mais-valia relevante” da Consulta de HTA Sistémica

série de comorbilidades crónicas”.

Refere a Nefrologia, “que, infelizmente, este hospital não tem”. E a Ginecologia/Obstetrícia, afirmando: “São habitualmente os colegas que tratam a HTA durante a gravidez, mas pode ser relevante atuar de alguma forma antes. E, sobretudo, fazer o seguimento posterior quando a mulher desenvolve hipertensão nesse período, uma vez que tem uma probabilidade muito maior de vir a ter complicações. Certamente que, a médio prazo, essa articulação virá a concretizar-se.”

“Considero que este modelo de consulta tem funcionado muito bem. Nós reunimos semanalmente, discu-

(Continuação da pág. 10)

A inclusão da Endocrinologia na equipa é igualmente, na sua opinião, fácil de entender, “porque os colegas têm um papel muito relevante nas situações em que se suspeita que a HTA é de causa endócrina, contribuindo para a confirmar ou para a excluir”.

O cardiologista vai mais longe, adiantando que “seria muito interessante poder contar com o envolvimento de outras especialidades nesta Consulta Multidisciplinar, pois, a HTA, para além de ser transversal a todos os grupos etários e estratos sociais, está igualmente associada a uma



A NOVA APP para Gestão da Diabetes

 Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ





Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR com as MESMAS TIRAS





A.MENARINI diagnostics
Viva uma Vida Nova

A COORDENADORA DESTA UNIDADE DA ULS DO MÉDIO TEJO DESTACA A MOTIVAÇÃO DOS SEUS PROFISSIONAIS E AFIRMA QUE O MUNICÍPIO DE ABRANTES ASSUMIU MESMO A TRANSFERÊNCIA DE COMPETÊNCIAS AO NÍVEL DOS CSP

USF D. Francisco de Almeida prepara-se para celebrar 10.º aniversário com uma equipa coesa e uma proximidade à autarquia pouco comum

A *JUST NEWS* TESTEMUNHOU A INAUGURAÇÃO OFICIAL DA USF D. FRANCISCO DE ALMEIDA, QUE ACONTECEU DIA 3 DE JUNHO DE 2016, UMA SEXTA-FEIRA, MAS DESDE O INÍCIO DESSA SEMANA QUE AS PORTAS ESTAVAM ABERTAS PARA RECEBER A POPULAÇÃO QUE PRECISASSE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELA NOVÍSSIMA UNIDADE. É POR ISSO QUE A DATA DO ANIVERSÁRIO CORRESPONDERÁ SEMPRE AO DIA DE INÍCIO DE ATIVIDADE: 30 DE MAIO. DEZ ANOS DEPOIS, AS INSTALAÇÕES MANTÊM TODO O ASPETO DE SEREM NOVAS E... TUDO PARECE ESTAR A FUNCIONAR! QUANTO AOS PROFISSIONAIS, A SUA ATITUDE NÃO PERMITE DISTINGUIR OS QUE ALI ESTÃO DESDE O PRIMEIRO DIA DOS QUE CHEGARAM POSTERIORMENTE. A EQUIPA ESTÁ COMPLETA E, PELO MENOS QUANDO ESTA REPORTAGEM FOI FEITA, EM MEADOS DE JANEIRO, NÃO HAVIA NINGUÉM AUSENTE POR DOENÇA. UM TOTAL DE 6 MÉDICOS, 6 ENFERMEIROS E 4 SECRETÁRIOS CLÍNICOS TRATAM DA SAÚDE DE QUASE 11.000 UTENTES. DOIS ASSISTENTES OPERACIONAIS ALI COLOCADOS PELA AUTARQUIA GARANTEM QUE ENTRE AS 8H E AS 20H HÁ SEMPRE ALGUÉM PARA, POR EXEMPLO, CONDUZIR A VIATURA DISPONIBILIZADA A TEMPO INTEIRO PELO MUNICÍPIO E QUE FICA ESTACIONADA NA GARAGEM SUBTERRÂNEA, ONDE OS 16 ELEMENTOS DA EQUIPA TAMBÉM PODEM PARQUEAR OS SEUS CARROS. EMBORA O EDIFÍCIO QUE ACOLHE A USF NO RÊS-DO-CHÃO E A LOJA DO CIDADÃO NO 1.º ANDAR (COM ACESSOS INDEPENDENTES) FIQUE LOCALIZADO NO CENTRO HISTÓRICO DE ABRANTES, HÁ UMA EXPLICAÇÃO PARA A SUA GENEROSA DIMENSÃO, QUE PERMITE A ESTA UNIDADE DA ULS DO MÉDIO TEJO DISPOR DE UM AMPLO ESPAÇO INTERIOR – NO LOCAL DA CONSTRUÇÃO FUNCIONOU OUTRORA A CENTRAL RODOVIÁRIA DA CIDADE. COORDENADA DESDE MARÇO DE 2020 PELA MÉDICA DE FAMÍLIA SUSANA PIRES DA SILVA, A USF D. FRANCISCO DE ALMEIDA TRANSITOU OFICIALMENTE PARA MODELO B EM FEVEREIRO DE 2023 E OBTVEU A CERTIFICAÇÃO DA DGS DE “NÍVEL ÓTIMO” EM FEVEREIRO DE 2025.



Susana Pires da Silva era uma jovem interna de MGF na USF Locomotiva quando se envolveu no processo com vista à criação da USF que viria a ser batizada com o nome de D. Francisco de Almeida. “A minha intenção já era voltar para Abrantes quando me tornasse especialista, até porque a carência de médicos de família aqui era imensa”, explica.

Foi ela, aliás, que informou da existência do projeto o colega Nuno Monteiro, que estava dois anos à sua frente no internato e que conheceu na Unidade do Entroncamento. Também entrevistado no âmbito desta reportagem, aquele haveria de integrar a equipa de médicos aquando da inauguração da nova USF em Abrantes. Quanto a Susana Pires da Silva, faz questão de esclarecer, com entusiasmo, que o seu nome já constava no documento de candidatura e que participou igualmente, por exemplo, na criação do logótipo da Unidade.

No entanto, o primeiro dia de trabalho da atual coordenadora na USF D. Francisco de Almeida só aconteceu a 2 de janeiro de 2018, uma terça-feira. E porquê? Porque o ano de 2017 passou “a correr”, com o aguardar da homologação da nota do exame final do internato, a abertura de concurso para colocação como especialista e o pedido do então ACES para que estivesse um período de três meses na UCSP Constância, com boa parte



“No final de 2019 é que vivemos uma fase complicada no trajeto desta Unidade”, recorda a coordenadora.

desse tempo passado na respetiva extensão de Santa Margarida. “Foi também uma experiência importante”, afirma.

Conjugaram-se então as coisas para que herdasse o ficheiro daquele que fora o seu orientador de formação no internato do Ano Comum na UCSP Abrantes (ver caixa) e que se estava a aposentar. E será que os utentes acei-

SUSANA PIRES DA SILVA, COORDENADORA DA USF D. FRANCISCO DE ALMEIDA:

“A minha prioridade é mesmo ser médica de família”

Natural do Carvalhal, uma aldeia distante apenas uma dúzia de quilómetros de Abrantes, Susana Pires da Silva faz por estes dias (12 de fevereiro) 39 anos. Foi ali que viveu até ao final do 12.º ano, sendo que a partir do 5.º ano de escolaridade passou a frequentar um estabelecimento de ensino no Sardoal, por uma questão de proximidade.

Com um irmão mais velho que não tem nada a ver com a área da Saúde, diz que desde pequena queria ser médica, a Faculdade de Ciências Médicas, em Lisboa, foi a sua 1.ª escolha, e ali fez o curso, entre 2005 e 2011. “Havia muito a ideia de ser uma faculdade direcionada para uma componente mais prática e era isso que eu queria, uma maior proximidade ao utente desde o início”, justifica.

Reconhecendo que, hoje em dia, “já não é tanto assim”, incomodava-a a “descharacterização do utente” que observava a nível hospitalar, embora admita que, por vezes, “ela era necessária também para prestar os melhores cuidados de uma forma mais atempada, nomeadamente em contexto de serviço de Urgência”.

Querendo uma especialidade “mais próxima do doente”, e fazendo-lhe uma certa confusão que aquele fosse apenas “o doente da cama 9, pouco mais se sabendo sobre essa pessoa”, Susana Pires da Silva chegou à conclusão de que só poderia sentir-se realizada como médica de família. O internato do Ano Comum já o fez no então CH do Médio Tejo, tendo como orientador de formação José Falcão Tavares, médico da UCSP Abrantes, unidade que na altura estava instalada fisicamente no edifício do Hospital Dr. Manoel Constância.



“O Dr. Falcão Tavares ajudou a construir-me enquanto médica de família.”

“Ele foi uma das pessoas envolvidas na constituição da então Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, muito empenhado no crescimento da nossa especialidade e com quem aprendi bastante. Sobre tudo no que respeita à relação com o utente, defendendo que se deve dar a devida importância à pessoa que está à nossa frente. Foi interessante porque me ajudou a construir-me enquanto médica de

família”, comenta Susana Pires da Silva.

Em 2013, inicia o internato da especialidade na USF Locomotiva, a uns 30 km de Abrantes, “uma excelente Unidade formadora, principalmente para crescer dentro do modelo USF, tão diferente do que eu conhecera no ano anterior na UCSP”. Teve como orientadora a médica Manuela Ambrósio, “um muito importante dentro da MGF”.

Foi já como coordenadora da USF D. Francisco de Almeida que fez um MBA em Gestão em Saúde, que terminou em 2023, “por achar que precisava de outras competências em gestão que não apenas aquelas que foram aprendidas pela força do cargo”.

Entretanto, Susana Pires da Silva tem pelo menos uma certeza: “A minha prioridade é mesmo ser médica de família!”

taram bem a sua nova médica de família? Nova em idade, entenda-se!

“Eles reconheceram-me como alguém que já tinha estado com o seu médico. Para além disso, o Dr. Falcão Tavares fez um trabalho de preparação para a mudança, dizendo-lhes: ‘Eu já estou na idade da reforma, vou ter que sair, mas deixo-vos bem entregues com a outra colega.’ E, portanto, essa transição foi muito suave, não houve qualquer tipo de dificuldade.”

“Quando eu comecei aqui, a equipa tinha estado à minha espera e, por isso, eu fui a 6.ª médica, com 6 enfermeiros e 4 secretários clínicos, tal como estamos hoje, embora com alguns profissionais que não são os mesmos. No final de 2019 é que vivemos uma fase complicada no trajeto desta Unidade, com uma reestruturação da equipa que foi devida à saída de vários elementos”, recorda.

No entanto, a recuperação foi rá-

pida. Em fevereiro entra uma médica (Ângela Ferreira) e no mês seguinte uma segunda colega. Março de 2020 fica marcado pela pandemia de covid-19 e pelo início de funções de Susana Pires da Silva como coordenadora, que assume oficialmente o cargo no final da primeira quinzena do mês, “a uma semana do meu 1.º plano de contingência!”, refere, acrescentando:

(Continua na pág. 16)

(Continuação da pág. 15)

“Reagimos rapidamente, mas tivemos que fazer algumas adaptações. Isto porque, apesar do excelente edifício que temos, só existe uma única sala de espera e um só corredor. Fazer circuitos separados para doentes infetados e não infetados, sobretudo pensando que nós vemos crianças e grávidas, que tinham que estar salvaguardadas, era difícil. Mas logo decidimos reservar as manhãs para os utentes mais vulneráveis e de risco e as tardes para os restantes, com a higienização entre utentes e no final do dia.”

A falta de espaço não é uma questão que se coloque nesta USF

Ao entrar na Unidade, logo após ultrapassarem a sala de espera e o balcão de atendimento, os uten-

Susana Pires da Silva: “Neste momento, só temos um interno, no entanto, já tivemos quatro em simultâneo. Infelizmente, é esta a nova realidade.”

tes da USF D. Francisco de Almeida deparam-se com um longo corredor, sendo que do lado direito fica a equipa médica e do lado esquerdo a de enfermagem.



JOÃO RUFINO, MÉDICO DE FAMÍLIA:

“Prefiro as consultas de saúde do adulto e do idoso e patologias da área cardiovascular como a HTA e a diabetes”

Tendo nascido em Lisboa, mas registado oficialmente como sendo natural de Abrantes, João Rufino, 35 anos, chegou à USF D. Francisco de Almeida a meio de 2021, recém-especialista em MGF. Para trás ficava um percurso que se conta em dois ou três parágrafos.

Conta que não foi muito difícil os pais convencerem-no a seguir



Medicina, “até porque sempre gostei da área das Ciências, como a Biologia e a Química, apesar de ter mais tarde percebido que a Medicina é muito mais do que isso”. Em 2009, muda-se para Lisboa, para seis anos depois se formar na FMUL.

O internato do Ano Comum foi feito no Hospital Beatriz Ângelo, permitindo-lhe “perceber como funcionava o modelo de parceria pública-privada”. Os seus colegas diziam-lhe que tinha “perfil de internista”, mas João Rufino via-se mais noutra especialidade também generalista: MGF.

A USF Delta, em Oeiras, recebeu-o durante o período de formação, entre 2017 e 2020, e até o desafiaram para ficar lá a exercer como médico de família. Mas dois fatores de peso pesaram na sua decisão de regressar a Abrantes. Por um lado, durante o 4.º ano, no âmbito dos estágios que escolheu fazer nas unidades de CSP do coneelho, conheceu a

USF D. Francisco de Almeida, tendo ficado agradado com a equipa e com as condições.

Paralelamente, cruzou-se em Lisboa com a pessoa com quem haveria de casar e que tem profundas raízes familiares em... Abrantes. São hoje pais de um bebé que ainda nem fez 6 meses!

João Rufino herdou a lista de utentes de uma médica que esteve pouco tempo na USF e teve que esperar cerca de um ano até ter uma enfermeira para fazer equipa consigo, Manuela Gaspar. “É uma lista variada, porém, das mais envelhecidas da Unidade”, diz, para logo adiantar que, de qualquer forma, até gosta particularmente de acompanhar a população de utentes idosos.

“Não é que desgoste da saúde infantil e do planeamento familiar, mas prefiro as consultas de saúde do adulto e do idoso e patologias da área cardiovascular como a HTA e a diabetes”, refere João Rufino, que entretanto fez uma pós-graduação em Medicina do Viajante e em Medicina Desportiva.

E porquê Medicina Desportiva? “Por um lado, para aconselhar melhor pessoas que não fazem exercício algum e que querem receber um certo apoio inicial. E depois para ter a capacidade de avaliar e orientar melhor quem já é atleta amador e que, por vezes, me aparece na consulta. É uma área de que eu, de facto, gosto bastante!”

Não admira, pois, que João Rufino tenha sido — juntamente com a sua coordenadora, como faz questão de sublinhar — o grande impulsionador das caminhadas *Walk with a Doc*. Trata-se de um projeto internacional, lançado por um cardiologista norte-americano há umas duas décadas, a que a USF D. Francisco de Almeida resolveu aderir.

Realizada na última sexta-feira de cada mês, a caminhada, que tem o apoio da Câmara Municipal de Abrantes, inicia-se pelas 10h00 da manhã, junto à entrada da Unidade, cumprindo-se depois um percurso de cerca de 3 km.



“Há sempre pelo menos um médico e um enfermeiro da nossa equipa que acompanha os utentes que se inscrevem para a caminhada. Para além de se procurar, desta forma, combater o sedentarismo e até o isolamento, que têm um grande impacto negativo na saúde da comunidade, a certa altura, há uma paragem de 5 ou 10 minutos para se abordar um tema adequado à época em que se está, promovendo-se assim a literacia em saúde. Nesta altura aborda-se a vacinação ou as infeções respiratórias, na primavera podemos falar de rinite e no verão exploramos, por exemplo, os cuidados a ter com a pele”, explica João Rufino, recordando que a primeira caminhada aconteceu no dia 28 de abril de 2023.

“Procura-se com a caminhada *Walk with a Doc* combater o sedentarismo e promover a literacia em saúde”, esclarece João Rufino.



“Os gabinetes são fixos, pelo que os nossos utentes decoram facilmente onde estão os profissionais que os acompanham. Para além disso, há também gabinetes próprios para algumas consultas específicas, como é o caso da Saúde Infantil e do Planeamento Familiar. Existem ainda salas para realizar tratamentos, o vestiário, duas copas e uma sala de reuniões”, descreve a coordenadora.

Se a isso juntarmos dois gabinetes reservados para internos, facilmente se conclui que a falta de espaço não é uma questão que se coloque nesta USF. Mas já é um problema a falta de internos: “Neste momento, só temos um, no entanto, já tivemos quatro internos em simultâneo. Infelizmente, é esta a nova realidade, aqui no Médio Tejo e a nível nacional, que é o desinvestimento dos novos médicos na especialização, preferindo cada vez mais ficar indiferenciados. Fico sobretudo preocupada.”

E justifica: “Fico preocupada por constatar que muitos dos meus colegas consideram não ser importante terem uma diferenciação mas mais ainda quando penso na população que, por exemplo, precisa de recorrer a um serviço de Urgência e pode deparar-se com alguém que, depois de acabar a faculdade, fez apenas o internato do Ano Comum. E vemos isso no SNS mas também no privado.”

A população servida pela USF D. Francisco de Almeida é maioritariamente urbana, mas com as características próprias de uma cidade do interior e com as dimensões que Abrantes tem. E, como não podia deixar de ser, envelhecida! Os utentes de outros países são poucos pela simples razão de que as listas já esta-

vam completas quando se registou o grande afluxo de imigrantes ao nosso país.

As últimas palavras de Susana Pires da Silva acabam por ser de elogio para a autarquia: “A transferência de competências cá em Abrantes é uma realidade que o município assumiu com todas as unidades de CSP, havendo uma proximidade muito boa. No nosso caso, a rápida resposta às solicitações já se registava quando o edifício era novo e surgia algum problema, mas ela continua a ser excecional. Por exemplo, se a torneira do meu gabinete avariou, articulamos com o município e em menos de uma hora está cá o canalizador a resolver a situação.”

Flávia Aleixo, enfermeira de família: “Sempre gostei de ter uma lista de utentes que abrangesse desde o recém-nascido até ao idoso”

Natural de Mação, a 30 Km de Abrantes, Flávia Aleixo, 53 anos, reconhece que até queria ser veterinária, mas acabou a fazer o curso de enfermagem em Coimbra, entre 1990 e 1993. O primeiro trabalho que teve foi numa clínica de hemodiálise, precisamente em Abrantes, para onde entretanto foi viver.

Por lá ficou mais de um ano a tempo inteiro — e ainda hoje lá presta serviço, mas apenas como colaboradora —, depois esteve seis meses no Centro de Saúde do Sardoal, até que foi parar ao CS de Mação, “que naquela altura ainda tinha internamento”, onde se manteve por menos 17 anos. Pediu então transferência para a UCSP Abrantes, acabando por ficar alocada ao polo de Alvega durante uma meia dúzia de anos.



Flávia Aleixo

Já com o título de especialista em Enfermagem de Reabilitação (“Sentia a necessidade de me especializar nes-

“Por acaso, o nosso ficheiro até é bastante equilibrado”, reconhece Flávia Aleixo.

sa área, para preencher lacunas que eu senti que tinha”), e surgindo essa possibilidade, integrou a equipa que formou a UCC Abrantes, por volta de 2018.

Acabou por não ficar lá muito tempo porque, entretanto, achou que se sentiria mais realizada numa unidade com as características da USF D. Fran-

Dois anos de ULS do Médio Tejo e a transformação dos CSP

esta reforma introduziu uma nova forma de pensar e prestar cuidados, assente numa integração efetiva entre cuidados primários, hospitalares, comunitários e as autarquias, com ganhos claros ao nível do acesso, da continuidade assistencial e da proximidade aos utentes dos onze concelhos servidos.

Importa sublinhar o desafio inicial que se colocou com a complexidade do território abrangido pela ULS do Médio Tejo: uma realidade pouco homogênea, marcada pela coexistência de concelhos rurais e urbanos, áreas centrais bem servidas por infraestruturas e zonas remotas do interior, bem como por perfis demográficos muito distintos. Mas é esta diversidade territorial e populacional que exige respostas flexíveis e diferenciadas, tendo a criação da ULS funcionado como um catalisador decisivo para adaptar os cuidados de saúde primários (CSP). Mais do que uma mera reorganização administrativa,

A criação da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo marcou um momento decisivo na organização dos cuidados de saúde da região, com um impacto particularmente relevante nos cuidados de saúde primários (CSP). Mais do que uma mera reorganização administrativa,

cisco de Almeida. “Sempre gostei de trabalhar com a família e de ter uma lista de utentes que abrangesse desde o recém-nascido até ao idoso”, afirma.

Chegou à USF D. Francisco de Almeida em 2020, no início da pandemia, numa altura de reorganização da equipa, apenas dois meses depois da médica Ângela Ferreira, com quem partilha uma lista de utentes que era obviamente nova para ambas. “Por acaso, o nosso ficheiro até é bastante equilibrado, com crianças, adultos e idosos”, esclarece Flávia Aleixo, que integra o Conselho Técnico.

Quando a *Just News* esteve em Abrantes a fazer esta reportagem, Flávia Aleixo era uma das duas enfermeiras escaladas para assegurar as visitas domiciliárias durante essa semana. Tendo a Câmara Municipal alocado a esta USF, a tempo inteiro, uma viatura e dois operacionais habilitados para a

conduzir, não se pode considerar que seja problemático gerir as deslocações aos domicílios dos utentes que necessitam desse apoio, daí que essas visitas possam realizar-se, se necessário for, todos os dias da semana.

Nuno Monteiro, médico de família: “Sinto uma forte ligação a esta Unidade, é quase como se fizesse parte de mim!”

Membro do Conselho Técnico da USF D. Francisco de Almeida, Nuno Monteiro nasceu em Lisboa há 44 anos e sempre viveu e estudou na capital, até o curso de Medicina o ter colocado na Universidade da Beira Interior, na cidade da Covilhã. Mas, logo que pôde, mudou-se para o Ribatejo, região do país que sempre o atraiu, em parte por um dos seus avós ser natural daquela zona.

Não foi por acaso que em 2010 escolheu o Hospital Distrital de Santarém para fazer o internato do Ano Comum, posteriormente a USF Locomotiva, no Entroncamento, para a sua formação em MGF, e Abrantes para trabalhar, já como especialista em MGF.

Apesar de a sua mãe ser anestesiológica, garante que não foi esse facto que o levou a optar por Medicina, mas sim porque “queria perceber como é que o nosso organismo funciona”, para além de considerar que a saúde, a par da educação e da segurança, ser um dos três pilares fundamentais num país”.



Nuno Monteiro

Nuno Monteiro diz que, se dúvidas tivesse, os últimos três meses do Ano Comum contribuíram decisivamente para que se tivesse chegado à conclusão de que a MGF seria a especialidade certa para si. “Gostei da experiência e da proximidade que há com o utente e da importância que nós temos também para ele”, diz.

No início do seu 3.º ano de internato da especialidade na USF Locomotiva, ingressou no 1.º ano, na mesma Unidade, a atual coordenadora, Susana Pires da Silva, tendo sido por ela que tomou conhecimento do projeto em curso para a criação de uma USF em Abrantes, a que a equipa deu o nome de D. Francisco de Almeida. “Na altura, achei muito

(Continua na pág. 18)

Em 2025, os CSP realizaram um total de 883.023 consultas médicas e de enfermagem, registando uma estabilização da atividade face a 2024, com um crescimento de 0,3%.

dores confirmam a consolidação de uma transformação profunda, construída de forma discreta, mas consistente. Em 2025, os CSP rea-

(Continua na pág. 18)

(Continuação da pág. 17)

interessante, porque era o comear de uma unidade de raiz!”, afirma.

Obtendo o título de especialista em MGF no final de 2015, Nuno Monteiro começou então a trabalhar como médico de família na UCSP Abrantes, que funcionava em espaço físico do próprio hospital da cidade. Mas o seu envolvimento no processo de “nascimento” da USF D. Francisco de Almeida foi tão intenso que quase lhe faltam as palavras para descrever o que isso significou para si. “Sinto uma forte li-

Nuno Monteiro: “Os utentes, no início, até estranhavam toda uma organização a que não estavam nada habituados.”



gação a esta Unidade, é quase como se fizesse parte de mim!” confessa.

Fazendo equipa com a enfermeira Isabel Ramalho, reconhece que não foi nada difícil formar uma lista de utentes porque “havia mesmo muita população a descoberto, sem médico de família”. E recorda que “as pessoas, no início, até estranhavam toda uma organização a que não estavam nada habituadas, acabando por reconhecer a mais-valia deste modelo de prestação de cuidados”.

Com uma lista de 1758 utentes, Nuno Monteiro diz estar a mesma “um pouco envelhecida, com doen-

ças associadas e todos os problemas que estão inerentes à fragilidade das pessoas mais velhas”. E lamenta o facto de haver, por regra, uma nova consulta a cada 20 minutos, sendo que, “normalmente, estes doentes requerem muito mais tempo”.

Isabel Ramalho, enfermeira de família: “Trabalhar em Urgência fortalece a rapidez de ação, o pensamento crítico e a vigilância clínica no dia-a-dia.”

O médico Nuno Monteiro já sabia que no dia em que a USF D. Francis-



co de Almeida começasse a funcionar ainda não teria ao seu lado a enfermeira com quem ia formar equipa, precisamente Isabel Ramalho. Aliás, feitas as contas, teve que esperar seis meses pela sua chegada, e já se vai perceber porquê mais adiante.

Natural do concelho de Abrantes, Isabel Ramalho iniciou a sua formação em Enfermagem em 1993, na Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, Coimbra. Três anos depois começou a trabalhar no Serviço de Neurologia do Hospital de Egas Moniz, fazendo diariamente a viagem de comboio entre o Entroncamento, onde viva, e Lisboa.

Entretanto, por concurso, conseguiu entrar no Hospital Dr. Manoel Constâncio, mudando-se então para Abrantes. Ficaria naquela instituição

Isabel Ramalho: “A adoção sistemática de práticas de higienização constitui uma das estratégias mais eficazes na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.”

até mesmo ao final de 2016, sempre no Serviço de Urgência. Ela e a sua colega Elisabete Conde estavam as duas na mesma situação, ou seja, tinham à sua espera, desde 30 de maio, os colegas da USF D. Francisco de Almeida, onde só chegariam dia 2 de janeiro de 2017.

“Tivemos que aguardar autorização para concretizar essa transição, o que só aconteceu quando arranjam colegas para nos substituir, pois, era necessário garantir que o Serviço de Urgência não ficava desfalcado”, ex-



Isabel Ramalho

plica Isabel Ramalho, para acrescentar logo de seguida:

“A decisão foi tomada com alguma apreensão, face às diferenças significativas entre os dois contextos profissionais. No entanto, não me arrependo da opção tomada e sinto-me satisfeita com o trabalho que atualmente desenvolvo.”

Sublinha ainda “Considero que a experiência adquirida em contexto de Urgência constitui uma mais-valia

para a prática diária, nomeadamente pelo desenvolvimento de competências clínicas sólidas, capacidade de resposta rápida, pensamento crítico e maior sensibilidade para a identificação precoce de situações de risco.”

Mãe de dois filhos, a enfermeira admite que chegou a pensar, na altura do curso, em vir a especializar-se em Saúde Materna e Obstétrica ou em Saúde Infantil e Pediátrica. Mais tarde, colocou a hipótese da especialidade de Médico-Cirúrgica, por causa da sua ligação à Urgência, e até de

CARLA GOMES, SECRETÁRIA CLÍNICA:

“As exigências são muitas e o que temos para oferecer não é tão abrangente como os nossos utentes desejam”

Carla Gomes. 53 anos, nasceu em casa, a não mais do que 50 passos do local onde 43 anos depois se apresentaria para trabalhar, e onde se mantém. Explica que pertenceu uns 15 anos ao Ministério da Educação, a lidar com alunos e professores. A certa altura, surgiu a possibilidade de transitar para o Ministério da Saúde e não hesitou.

Olha para trás no tempo e reconhece que foi um grande desafio o ter de adaptar-se “a um modelo novo, com outras perspetivas, diferentes procedimentos, exigências distintas, era tudo novo para mim”. Diz que teve que se integrar e habituar-se à circunstância de lidar diretamente com o público, o que não sucedia enquanto trabalhou numa escola.

Esteve um ano na UCSP Abrantes, mas ao fim de uns meses já tinha dito que sim ao convite para integrar a equipa daquela que viria a ser a USF D. Francisco de Almeida. Admite que às vezes não é fácil a tarefa de lidar com o público, “porque as exigências são muitas e o que temos para oferecer não é tão abrangente como os nossos utentes desejam, até porque também temos as nossas limitações”.

Afirma que já conhece boa parte deles, pelo menos os que recorrem

com mais frequência à Unidade, “por vezes, pessoas com muitas necessidades, até porque a população de Abrantes está um pouco envelhecida”.



Carla Gomes: “O nosso calcanhar de Aquiles, se assim se pode dizer, é o telefone.”

do estes horários entre nós, porque achamos que é a melhor forma de nos organizarmos, tanto a nível pessoal como profissional”, esclarece.

“O nosso calcanhar de Aquiles, se assim se pode dizer, é o telefone. Toca imenso e não é fácil gerir o atendimento das chamadas, até porque damos prioridade aos utentes que estão em sala. Conseguimos lidar com mais facilidade com os emails”, afirma.

O dia da semana com um movimento superior acaba por ser, como se pode facilmente imaginar, a segunda-feira. “Mesmo para a Consulta do Dia, é o que regista mais utentes a visitarem-nos!”, adianta Carla Gomes, acrescentando que, “sendo utente da Unidade, basta a qualquer pessoa dirigir-se aqui, tirar a senha C e solicitar a marcação”.



“Terei sempre um carinho especial pela área da saúde da mulher”, diz Laélia d’Almeida.

escolheu ficar no Hospital Central do Exército, no Rio, exercendo na Clínica Médica, o equivalente à nossa Medicina Interna.



Laélia d’Almeida

Ainda fez a prova de acesso à especialidade, mas resolveu ir primeiro servir o Exército durante um ano (2016) como voluntária. Depois de um mês de “treinamento de campo”,

Laélia d’Almeida, 34 anos, ainda começou o internato de Ginecologia e Obstetrícia no Brasil, mas foram só 6 meses, viajando para Portugal no início do outono de 2017, ao encontro do marido, que tinha vindo no início desse ano. Natural do Rio de Janeiro, foi aí que se formou em Medicina, em 2015.

(Continuação da pág. 17)

lizaram um total de 883.023 consultas médicas e de enfermagem, registando uma estabilização da atividade face a 2024, com um crescimento de 0,3%. Este desempenho traduz maturidade organizativa, refletindo a passagem de uma lógica centrada no aumento da produção para um foco mais claro na adequação da resposta e na qualidade do acompanhamento clínico.

Ao nível assistencial, 2025 registou um aumento das consultas médicas presenciais (+2%) e dos contactos de enfermagem (+6%), apoiado pelo reforço de profissionais. Em termos de efetivos,

os CSP passaram a contar com o equivalente a 95 médicos em tempo completo, assegurando uma cobertura próxima de 93% da população com médico de família ou assistente.

Um dos sinais mais expressivos desta transformação é o crescimento da resposta domiciliária. Em 2025, as visitas domiciliárias médicas e de enfermagem aumentaram 4,7%, totalizando 38.487 visitas, refletindo uma aposta clara na proximidade, particularmente relevante nos concelhos mais envelhecidos e geograficamente dispersos.

Paralelamente, a telemedicina afirmou-se como uma ferramenta estruturante. Após o seu início, em

dezembro de 2024, foi alargada em 2025 a centros de saúde com maior carência de médicos, totalizando 8519 consultas e um crescimento superior a 3400%. Esta resposta revelou-se fundamental para o seguimento da doença crónica, a renovação terapêutica e a orientação clínica atempada, mitigando o recurso desnecessário às consultas de recurso e aos serviços de urgência.

É neste contexto que se insere o arranque, em fevereiro, do projeto das unidades móveis de saúde em sete concelhos do Médio Tejo, levando cuidados médicos e de enfermagem a populações com maiores dificuldades de mobili-

dade e reforçando a equidade no acesso.

Em 2025, consolidou-se ainda a resposta comunitária, com a criação de novas unidades funcionais, de equipas de cuidados continuados integrados e da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, bem como a cobertura plena de Medicina Dentária e Higiene Oral em todos os concelhos. Em articulação com os municípios, foram requalificadas e reabertas várias extensões de saúde, reforçando a prestação de cuidados de proximidade.

Independentemente dos ciclos de governação ou da continuidade dos atuais órgãos de gestão, o percurso iniciado com a criação da

ULS do Médio Tejo deixa um legado inequívoco nos CSP.

A integração dos cuidados é hoje uma realidade operacional, com resultados mensuráveis e impacto direto na vida dos utentes.

O desafio dos próximos anos será consolidar este caminho, aprofundar a resposta comunitária e garantir a sustentabilidade das soluções implementadas, respeitando a diversidade do território e das populações servidas.

Mais do que um projeto associado a um mandato, a ULS do Médio Tejo afirma-se como um compromisso coletivo com um SNS mais próximo, mais integrado e mais centrado nas pessoas.

Nome: D. Francisco de Almeida (1450-1510), 1.º vice-rei da Índia, era filho de D. Lopo de Almeida, que foi o 1.º conde de Abrantes. A família Almeida era titular do condado e alcaide-mor de Abrantes, estando o Panteão dos Almeida localizado na igreja de Santa Maria do Castelo.



Logótipo: A sua conceção baseou-se na história, momentos e símbolo heráldico da cidade de Abrantes. Como figura central, destaca-se D. Francisco de Almeida. Os 8 bicos que a envolvem representam as 8 pontas da estrela e as 4 flores de Liz inspiradas no referido símbolo. Na parte superior estão representadas as muralhas da cidade e sobre estas estão 3 ciclos, 2 com a mesma dimensão e 1 menor, representando a família (pais e filho), considerando que a principal missão da USF e dos CSP é cuidar, tratar e acompanhar a família durante todo o seu ciclo de vida.

FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (DEZEMBRO DE 2025)

Utentes: 10,564 (14.257 UP)
Idosos (≥ 65 anos): 2773 (Índice de dependência: 41,6%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1123 (Índice de dependência: 16,8%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 2533

ATIVIDADE (2025)

Consultas médicas
Contactos diretos: 18.166
Contactos indiretos: 12.961
Domicílios médicos: 158
Enfermagem
Contactos diretos: 16.120
Contactos indiretos: 2184
Domicílios de enfermagem: 525

Atendimentos do Secretariado: 27.638

PROFISSIONAIS (DEZEMBRO DE 2025)

Médicos: 6
Enfermeiras: 6
Secretários clínicos: 4
Internos: 1

“PROGRAMA PGA > 70” DEU ORIGEM, HÁ 5 ANOS, A UMA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR FOCADA EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA E, POSTERIORMENTE, EVOLUIU PARA UMA UNIDADE DE ONCOGERIATRIA

ULS de São João tem projeto pioneiro de Oncogeriatria que promove a Avaliação Geriátrica Global em doentes oncológicos mais velhos

O LEITOR NÃO SE DEVE ADMIRAR COM O FACTO DE NESTAS PÁGINAS A REFERÊNCIA A DOENTES SURGIR UMAS VEZES NO FEMININO E OUTRAS NO MASCULINO. AFINAL, NA ORIGEM DO PROJETO ESTEVE UM CIRURGIÃO DO ENTÃO CENTRO DE MAMA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO, FERNANDO OSÓRIO, QUE PERCEBEU A IMPORTÂNCIA DE AS SUAS DOENTES MAIS VELHAS SEREM SUBMETIDAS À DENOMINADA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL. MAS NA CONSULTA DE ONCOGERIATRIA, QUE FUNCIONA, NA PRÁTICA, DESDE 2021, COORDENADA PELO INTERNISTA PAULO SOUSA ALMEIDA, COMEÇARAM, A PARTIR DE CERTA ALTURA, A SER ACOMPANHADOS TAMBÉM OUTROS DOENTES ONCOLÓGICOS COM, POR EXEMPLO, CANCRO DO PULMÃO. A CRIAÇÃO FORMAL DA UNIDADE DE ONCOGERIATRIA, CUJA COORDENAÇÃO FOI NATURALMENTE ASSUMIDA PELO REFERIDO CIRURGIÃO, SERIA VALIDADA PELO CA DA ULS DE SÃO JOÃO NO VERÃO DE 2024. AMBOS OS MÉDICOS TÊM A COMPETÊNCIA DE GERIATRIA, ATRIBUÍDA PELA ORDEM DOS MÉDICOS, E INTEGRAM A ATUAL DIREÇÃO DO RESPECTIVO COLÉGIO.

A partir de 2013, altura em que começou a envolver-se na temática do cancro da mama na mulher mais velha, o cirurgião Fernando Osório procurou conhecer bons exemplos do que se fazia noutros países, acabando por chegar a uma conclusão: para conseguir desenvolver uma consulta verdadeiramente dedicada a esta faixa de doentes tão específica seria necessário formar uma equipa interdisciplinar constituída por profissionais de diferentes serviços hospitalares.

Quando, no verão de 2019, no âmbito do 60.º aniversário do Hospital de São João, o Conselho de Administração do CHUSJ, presidido na altura por Fernando Araújo, anunciou a abertura de um concurso de novas ideias, o médico do Centro de Mama – hoje Centro de Responsabilidade Integrado de Patologia Mamária – resolveu concorrer com um projeto que, no início de 2020, haveria de ser premiado.

A ideia consistia em criar uma estrutura que possibilitasse um apoio diferenciado, antes, durante e após a cirurgia, a mulheres com cancro da mama mais velhas e frágeis.

À proposta que apresentou deu-lhe o nome de “Programa pGA > 70”, correspondendo as três letras agregadas a *perioperative Geriatric Assessment*. Ou seja, tratava-se de promover a avaliação geriátrica perioperatória em doentes com mais de 70 anos. A ideia consistia em criar uma estrutura que possibilitasse um apoio diferenciado, antes, durante e após a cirurgia, a mulheres com cancro da mama mais velhas e frágeis.

Obviamente, nessa altura, Fernando Osório já tinha percebido que a Medicina Interna “era a única especialidade hospitalar com capacidade para saber observar um doente na sua globalidade e, sobretudo, para implementar algo que eu já vira na literatura, a chamada Avaliação Geriátrica Global”.

De referir que o contacto que estabeleceu com a MI do hospital já se iniciara anteriormente, mas na altura em que o seu projeto recebe “luz verde” do CA para avançar, em outubro de 2020, é Jorge Almeida que dirige o Serviço de MI. É este responsável que vem depois a entregar ao jovem internista Paulo Sousa Almeida a tarefa de montar a Consulta de Oncogeriatria, que arranca em março de 2021, apesar dos contratempos causados pela pandemia de covid-19.

Fernando Osório tem um óbvio orgulho naquilo a que o “Programa pGA > 70” deu origem e que em agosto de 2024 conheceu mais um capítulo na sua história quando o CA validou a criação formal da Unidade de Oncogeriatria, o que, para o seu coordenador, foi mais um reconhecimento da validade da sua ideia.

“A melhor decisão pode ser não operar, não fazer um determinado tratamento, ou, pelo contrário, recorrer à equipa que o Dr. Paulo Sousa Almeida lidera, para dar o suporte que uma doente precisa para fazer

uma quimioterapia que é indispensável ou uma cirurgia absolutamente necessária. Um apoio de retaguarda que dê tranquilidade à doente, à família e à nossa própria equipa”, afirma.

Fernando Osório: “Muitas doentes não queriam ser operadas, com medo de vir para o hospital, de sair de suas casas.”

Prevenir o denominado *delirium* pós-operatório, uma deterioração cognitiva que atinge particularmente a população mais velha quando é sujeita a permanecer fora do seu ambiente normal – o que acontece, por exemplo, quando ocorre um internamento hospitalar –, foi um objetivo até facilmente alcançado e que Fernando Osório faz questão de referir. “Muitas das doentes que não queriam ser operadas, após insistência nossa, acabavam por admitir que era porque tinham medo de vir para o hospital, de sair de suas casas”, conta, adiantando que a solução encontrada foi relativamente simples:

“Passámos a implementar a cirurgia de ambulatório adaptada, em que a doente é operada de manhã cedo, faz o seu recobro anestésico e, se estiver tudo bem, a meio da tarde vai para casa. Fica depois sob a vigilância dos colegas da Hospitalização Domiciliária, cujo Serviço nos dá esse apoio de proximidade. Ou seja, anulámos o risco de *delirium*



pós-operatório e ainda reduzimos os tradicionais internamentos.”

Perante o número crescente de casos de cancro da mama, o que está diretamente relacionado com o presente envelhecimento da população, o coordenador da Unidade de Oncogeriatria da ULS de São João salienta o facto de o programa de rastreio mamográfico promovido pelo SNS não incluir as mulheres com idade superior a 74 anos, embora reconheça que, até muito recentemente, esse limite se situava ainda mais abaixo, nos 69 anos:

“Sabemos que o rastreio é extraordinariamente eficaz em permitir diagnosticar mais cedo uma situação de cancro da mama, o que vai possibilitar sermos mais eficazes no seu tratamento, mas ‘fechamos a porta’ a quem tem 75 ou 80 anos, está bem e vive ativamente, até, muitas vezes, a nível profissional. Não se percebe a razão pela qual essas pessoas não podem ser incluídas no programa de rastreio, sabendo-se a importância que o diagnóstico precoce tem nesta patologia.”

Nuno Teixeira Tavares, oncologista: “É transversal, na Oncologia, a convicção de que se torna necessária esta colaboração com a Oncogeriatria”

Quando Nuno Teixeira Tavares, 37 anos, concluiu o curso na Faculdade de Medicina da Universidade

do Porto a Oncologia já era uma das especialidades que mais o entusiasmavam. O seu interesse resultou do facto de “ser uma área onde a Ciência evolui de forma constante e muito rápida” e também “pela patologia em si, que é bastante relevante e muito frequente”.



Nuno Teixeira Tavares

Escolheu fazer o internato do Ano Comum em Bragança, na ULS do Nordeste, que considera ter sido “uma experiência extraordinariamente enriquecedora”, e prosseguiu a sua formação no Hospital de São João, em cujo Serviço de Oncologia acabou por ficar a exercer depois de, em 2019, ter obtido o título de especialista.

Faz questão de dizer que foi “com muito gosto” que aceitou o desafio de ser o elo de ligação entre o seu Serviço e a Consulta de Oncogeriatria, numa fase inicial, em que ainda não havia sido formalmente criada a Unidade com o mesmo nome. Afinal, a ligação de Nuno Teixeira Tavares a Fernando Osório já existia, por via do Centro de Mama, que este cirurgião integra.

“O meu envolvimento relaciona-se, em parte, com a patologia que esteve na origem do projeto, o tumor da mama, cabendo-me identificar no meu Serviço doentes que pudessem vir a beneficiar deste tipo de avaliação geriátrica. Ao mesmo tempo, competia-me dar a minha visão em termos de opções terapêuticas e de prognóstico para cada caso em concreto”, explica o oncologista, esclarecendo:

“A esmagadora maioria dos doentes acaba por ser encaminhada para a Consulta de Oncogeriatria logo numa fase inicial, quando é feito o diagnóstico de tumor. Há um segundo momento importante, especificamente na Consulta do Grupo Oncológico de Patologia Mamária, quando nos confrontamos com a necessidade de tomar uma decisão terapêutica numa doente com uma idade já relativamente avançada e recorremos ao apoio da Oncogeriatria para modular essa decisão.”

E de onde mais podem surgir os

Nuno Teixeira Tavares: “A esmagadora maioria dos doentes acaba por ser encaminhada para a Consulta de Oncogeriatria logo quando é feito o diagnóstico de tumor.”

casos, independentemente da patologia em causa?

“Quando um doente tenha ultrapassado esses dois crivos, quando a dúvida concreta sobre a exequibilidade de um tratamento surge mais a jusante, ou até na circunstância de alguém que já seguíamos e uma recidiva da sua doença oncológica ou uma determinada progressão da mesma origina uma situação de potencial fragilidade.”

“Eu penso que, hoje em dia, na Oncologia, é absolutamente transversal a convicção de que, havendo uma grande proporção de doentes com idade acima dos 65 ou 70 anos

com diagnóstico de cancro, torna-se necessário ter esta colaboração com a Oncogeriatria para podermos fundamentar as nossas decisões da melhor maneira possível”, conclui Nuno Teixeira Tavares.

De referir que os cancros da mama, colorretal e peritoneal são aqueles a que este especialista mais se dedica, tendo igualmente uma ligação estreita com a Oncogenética.

Fernando José Rodrigues, enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação: “Os instrumentos que utilizamos permitem-nos conhecer melhor a pessoa”

“Os instrumentos que nós utilizamos dão-nos os dados de que nós necessitamos para nos permitir conhecer melhor a pessoa que está a ser avaliada. O objetivo é perceber se temos que intervir e, se for esse o caso, uma vez identificados os fatores de risco, promover a sua correção – através, nomeadamente, do ensino do doente e sensibilizando os familiares ou cuidadores para a situação – e partilhar a informação obtida com os outros elementos da equipa, para que seja tomada a decisão mais adequada.”

Basicamente, é assim que, de uma forma muito resumida, Fernan-

FERNANDO OSÓRIO, COORDENADOR DA UNIDADE DE ONCOGERIATRIA:

“Então mas vamos querer tratar só os pacientes de 40 ou 50 anos e esquecer os mais velhos?”

Nascido no Porto a 3 de fevereiro de 1965, onde sempre tem vivido e trabalhado, Fernando Osório frequentou a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto entre 1983 e 1989, tendo feito os dois anos do internato geral no Hospital de São João. Após nove meses de Serviço Militar, regressou à instituição para, em 1999, terminar a especialidade de Cirurgia Geral.

Depois de uma breve passagem por Lamego e Póvoa de Varzim, voltou ao maior hospital do Porto, começando nessa altura a fazer cirurgia da mama, a que acaba por se dedicar a tempo inteiro a partir de 2008, quando é criado o Centro de Mama.

E porquê só nessa altura? “Sempre tive esse objetivo, mas nunca encontrei um tema que me desse tanto gosto de estudar, de trabalhar e de investigar como este da Oncogeriatria. É uma área pela qual me apaixonei e em que acho poder ser útil.”

“O cancro é uma doença associada à idade avançada e, portanto, como a população está a envelhecer, vamos tendo, naturalmente, cada vez mais casos. A questão é que temos doentes com 70, 80, 90 e quase 100 anos com cancro da mama e não podemos usar os protocolos definidos para mulheres com 40 ou 50 anos, que são os que existem”, observa Fernando Osório, acrescentando:



No entanto, importa referir que, ainda enquanto interno da especialidade, Fernando Osório integrou o denominado Grupo de Patologia Mamária, que então foi constituído. Com características multidisciplinares, agregava elementos de vários serviços envolvidos no tratamento do cancro da mama.

Entretanto, em 2013, ao serem instituídas no Centro de Mama consultas especificamente dirigidas à mulher jovem e à mulher idosa, por serem particularidades próprias, “seria a mim que, de uma forma completamente aleatória, me foi sugerido ficar com as doentes mais velhas”. Algo desconcertado com essa decisão, embora apenas num primeiro momento, viria a concluir tratar-se de “uma área muito interessante e inexplorada”.

Mantendo, desde sempre, a ligação à FMUP, até porque, como diz, “gosto imenso de dar aulas”, acaba por fazer o doutoramento em 2023.

“Há ainda outro problema, que se prende com o facto de estarmos a treinar os jovens médicos para a prática de uma medicina muito tecnológica, em que se pedem exames e determinados testes bastante precisos, cujos resultados são acessíveis através da consulta do processo clínico eletrónico, mas em que não têm a pessoa à sua frente. Conhecê-la muito bem, verificando, por exemplo, se é perfeitamente autónoma ou se é dependente, torna-se fundamental para decidir o que fazer em relação à sua doença.”

O cirurgião chama ainda a atenção para o idadismo, o preconceito da idade, tanto por parte do doente como do próprio profissional, quando se considera “já não valer a pena” fazer seja o que for! O desabafo é imediato: “Isso é terrível. Então mas vamos querer tratar só os pacientes de 40 ou 50 anos e esquecer os mais velhos?”

(Continua na pág. 22)

Três médicas internas atraídas pela Consulta de Oncogeriatria

A *Just News* teve oportunidade de conhecer três médicas internas da ULS de São João que já estabeleceram – pode-se dizer isso! – uma ligação muito estreita à Consulta de Oncogeriatria.

Joana Santos, na altura em que esta reportagem foi feita a frequentar o 4.º ano do internato de Medicina Interna, com 41 anos completados em dezembro último, foi decididamente atraída para a área da Geriatria pelo seu orientador de formação: Paulo Sousa Almeida. De tal forma que não tem sequer faltado às reuniões anuais do NEGERMI, o Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI.

Tendo começado por licenciarse em Biologia, porque “queria fazer investigação”, foi essa a atividade que desenvolveu durante os quase 9 anos em que esteve no IPO do Porto. No entanto, com o passar do tempo, começou “a ficar mais atraída pela aplicação do conhecimento do que propriamente pela ciência básica”.

Foi já enquanto aluna do 1.º ano de Medicina na FMUP que terminou o seu projeto de doutoramento. E foi o poder “ver o indivíduo como um todo” que a conduziu à MI e não à Oncologia, como poderia ser expectável, tendo em conta a ligação que teve ao IPO.



Helena Hipólito Reis, Marta Gonçalves e Joana Santos

Feitas as contas, foi testemunhando a evolução do projeto da Oncogeriatria praticamente desde o início, participando na Consulta de Grupo às terças de manhã e na avaliação e seguimento dos doentes nas quartas à tarde.

Helena Hipólito Reis, 31 anos, que terminou, entretanto, o 5.º ano do internato de MI e que está nesta altura na reta final para a obtenção do título de especialista em MI, também teve como orientador de formação Paulo Sousa Almeida. “Tudo o que aprendemos em Geriatria foi com ele”, reconhece.

Explica que no início a estrutura da Consulta não era a que existe

hoje, pelo que parte da avaliação que é atualmente da responsabilidade da enfermeira Virgínia Regufe era assegurada pela equipa médica.

Será difícil vir a desligar-se desta área da Medicina, em particular, especificamente da Oncogeriatria, até pelo investimento que já fez em termos de formação. Desde o início do internato que manifestara o seu interesse em realizar um estágio em Geriatria e, entretanto, desenvolveu uma paixão especial pela Oncogeriatria.

Reuniram-se então as condições necessárias para que Helena Hipólito Reis passasse três meses – entre outubro e dezembro de 2024 – no The Christie Hospital, em Manchester, concretamente no Serviço de Oncogeriatria daquela instituição, criado e dirigido pelo oncologista português Fábio Gomes.

Marta Gonçalves, 28 anos, veio da Madeira para estudar Medicina no Porto e terá começado agora em janeiro o 3.º ano do internato de Oncologia já no respetivo Serviço. No último trimestre de 2025 esteve na Medicina Intensiva e, antes disso, cumpriu os 21 meses de estágio na Medicina Interna.

Diz que conheceu Paulo Sousa Almeida apenas o ano passado e, para que ficasse a perceber bem

(Continuação da pág. 21)

do José Rodrigues explica qual o papel assumido pela enfermagem no âmbito da Unidade de Oncogeriatria, fazendo questão de deixar claro que são vários os instrumentos disponíveis. No seu caso, começa logo por destacar que uma das principais ferramentas que usa é a sua própria experiência como enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Mas também valoriza a informação disponibilizada acerca de como prevenir as quedas e sobre quais os exercícios físicos que os doentes são aconselhados a fazer no seu domicílio, existindo mesmo um manual que, em casos específicos, é disponibilizado.

“Nesta consulta temos doentes com 90 e mais anos e uma das coisas muito más que lhes pode acontecer é sofrerem uma queda. Embora algumas delas não originem qualquer dano, para além do medo de cair, há outras que têm consequências gravíssimas. Para muitas pessoas, uma fratura do colo do fémur pode ser o princípio do fim, ou fazer com que percam a mobilidade, deixando de andar”, sublinha Fernando José Rodrigues.



Fernando José Rodrigues

O enfermeiro adianta que, para além da avaliação da velocidade da marcha, usando o corredor para cronometrar o tempo que o doente demora a percorrer 10 metros, considera “essencial” o recurso ao

dinamómetro para avaliar a força de preensão da mão. Aliás, deve dizer-se que o aparelho que a Unidade de Oncogeriatria possui foi oferecido pela Associação de Voluntariado do Hospital de São João.



“Eu digo que este equipamento é essencial porque os estudos e a evidência científica disponível permitem fazer uma correlação entre a força de preensão da mão e o estado geral de uma pessoa. O nosso aparelho é digital, tendo uma série de funcionalidades que permitem reduzir o viés do avaliador e do avaliado. A avaliação não seria tão precisa se fosse analógico”, garante o enfermeiro, acrescentando:

“Este instrumento permite-nos ter maior robustez em termos de colheita de dados, dando-nos aquela fiabilidade de que necessitamos para podermos tirar conclusões precisas. Se nós tivermos um doente com fragilidade conseguimos, na maior parte das situações, (pré)habilitá-lo com ensinos e treinos. Ao fazermos a reavaliação, que está previsto acontecer 8 a 10 semanas depois, é possível perceber se houve resultados da nossa intervenção”.

ção, se retomou a sua vida normal, se começou a movimentar-se melhor, se melhorou a força muscular.”

E especifica: “Para nós, é bom se aumentou 1 kg, mas se perdeu 2 kg de força de preensão manual em

Fernando José Rodrigues: “O dinamómetro permite-nos ter maior robustez em termos de colheita de dados, dando-nos aquela fiabilidade de que necessitamos para podermos tirar conclusões precisas.”



quatro meses é sinal de que essa pessoa está mais limitada e que deixou de fazer as coisas do dia-a-dia em sua casa!”

Para Fernando José Rodrigues, o indicador que mais valoriza ainda é a resposta que o doente lhe dá quando lhe pergunta se teve alguma queda desde a última vez que falaram. E se, por acaso, ela aconteceu, o passo seguinte é perceber como ocorreu, de forma a corrigir o que for necessário para procurar evitar novo acidente, com consequências ainda mais graves. “Se não se registou qualquer queda é excelente!”, exclama.

“É importante saber quais são as limitações do doente, para que o familiar ou o prestador de cuidados que o acompanha na consulta seja um parceiro que nos vai ajudar a influenciá-lo e a intervir, dando-lhe o suporte necessário”, remata.

Natural de Bragança, onde nasceu há 46 anos, Fernando José Rodri-

gues fez o curso de Enfermagem em Macedo de Cavaleiros, que terminou em 2004. Nesse ano, enquanto esperava pela oportunidade de cumprir o desejo de ingressar no Hospital de São João, investiu numa formação que lhe deu competências para mais tarde poder ser formador na área da Enfermagem. Antes do ano acabar já tinha começado a trabalhar na instituição onde ainda hoje se mantém, ficando ligado ao Serviço de Ortopedia até 2018.

Foi nesse período, concretamente em 2010, que obteve o título de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, mas também fez formação, nomeadamente, na área da Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Não admira, por isso, que tenha acabado por ir parar à Unidade de Qualidade e Segurança do Doente, sendo que na altura desta reportagem tinha como função principal



ver qualquer coisa focada na Ortopedia, ou seja, em ligação com a Ortopedia, porque eram essas as experiências que conhecia. Aliás, na

altura em que estagiara no Hospital Clínico Universitário San Carlos, em Madrid, ainda não existia ali Oncogeriatria.

colaborar no circuito de controlo de documentos institucionais.

Virgínia Regufe, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: “Tiro a ‘fotografia’ a cada novo doente para ver como o vou motivar”

Na altura em que a *Just News* conversou com Virgínia Regufe, em pleno verão de 2025, esta enfermeira estava a um “par de meses” de, previsivelmente, entregar na Reitoria da Universidade do Porto a sua tese de doutoramento em “Metabolismo – Clínica e Experimentação”.

Assumindo ter sentido sempre uma atração pela área da educação terapêutica, Virgínia Regufe já em 2017 elaborara uma tese de mestrado a que deu o título de “Autogestão do Doente Diabético: Papel do Enfermeiro na Promoção da Autonomia”.

Aliás, esse trabalho, que incide sobre a diabetes *mellitus* tipo 2, haveria de, posteriormente, vir a ser distinguido pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia, com a atribuição à nossa entrevistada do 1.º Prémio Nacional de Enfermagem na Área da Diabetes, de que manifestamente se orgulha.

Entretanto, associado ao mestrado, surge o título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que já antes havia feito uma pós-graduação em Endoscopia Digestiva. De qualquer forma, tudo o que atrás se escreveu concretizou-se apenas somente após 2010, quando o filho fez 14 anos e a deixou com mais disponibilidade de tempo.

Concluído o curso de enfermagem feito na ESEP, Virgínia Regufe, atualmente com 59 anos, começou a trabalhar no Hospital de São João no dia 7 de maio de 1996, iniciando funções na Unidade de Cuidados Inten-



Virgínia Regufe

sivos da Urgência e, posteriormente, a seu pedido, foi transferida para as técnicas de Gastroenterologia, onde permaneceu uma boa parte do tempo (19 anos). Recentemente, aconteceu a sua passagem para a área das consultas externas de Endocrinologia, o que a colocou precisamente no espaço K4, onde se realiza também a Consulta de Oncogeriatria.

Não demorou muito até o cirurgião Fernando Osório, que já conhecia a que deu o título de “Autogestão do Doente Diabético: Papel do Enfermeiro na Promoção da Autonomia”.

Virgínia Regufe: “Procuo ter uma conversa muito informal com a doente, para a colocar à vontade.”

indispensável autorização superior, Virgínia Regufe iniciou a sua colaboração no dia 7 de fevereiro de 2024, tendo assim oportunidade de aplicar nesta população oncológica com idade avançada muito do que também já fazia, e continua a fazer, com os seus doentes de diabetes tipo 2.

“Achei logo o projeto muito interessante porque é da minha área, ou seja, faço uma abordagem clínica, procedendo à avaliação inicial da pessoa, contemplando os sinais vitais, o peso e a altura, bem como o índice de massa corporal. Até costumava dizer que tiro a ‘fotografia’ a cada nova doente para ver como a vou motivar, que é algo que eu considero muito importante, a motivação, para que não falhe os tratamentos e, por outro lado, siga os nossos conselhos”, afirma a enfermeira.

Virgínia Regufe explica que procura “ter uma conversa muito informal com a doente, para que fique mais à vontade”. Na avaliação que faço, “coloquei questões simples, perguntando se consegue levantar um garrafo com água, se é autónoma no vestir, se precisa de ajuda para tomar banho, se vai às compras sozinha, se utiliza os transportes públicos, etc., a fim do preenchimento das escalas da Avaliação Geriátrica Global”.

Num percurso marcado pela especialização técnica, pela investigação académica e por “uma prática clínica profundamente centrada na pessoa”, Virgínia Regufe continua a demonstrar que cuidar vai muito além de cumprir protocolos”. Seja na diabetes ou na Oncogeriatria, a sua intervenção assenta “numa escuta atenta, numa avaliação rigorosa e

(Continua na pág. 24)

PAULO SOUSA ALMEIDA, COORDENADOR DA CONSULTA DE ONCOGERIATRIA:

“A nossa atividade clínica tem sido muito promovida pela procura de formação em Geriatria”

Uma das desilusões que Paulo Sousa Almeida, 37 anos, teve na sua vida foi quando, ao iniciar o curso na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, percebeu que não existia a especialidade de Geriatria, numa altura em que ainda desconhecia o que era verdadeiramente a Medicina Interna.

Também tinha a ideia da Pediatria, mas logo a abandonou, principalmente depois de ter passado pelo Serviço de MI, no São João, e de ter chegado à conclusão que aquela era a especialidade que mais o apaixonava. Entretanto, eliminava a Cirurgia, “por não gostar do bloco”, e a MGF, “por não ter internamento”...

Terminado o curso, e residindo em Espinho, iniciou a sua formação no Hospital de Aveiro. Sempre com a ideia fixa do doente mais velho, logo no primeiro ano do internato da especialidade, em 2015, fez a pós-gra-

“A Consulta de Oncogeriatria tem funcionado à quarta-feira, com uma Consulta de Grupo à terça para discussão de casos.”

duação em Geriatria da FMUP e não perdeu a oportunidade de participar naquela que foi a 1.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, em Tomar, onde se estreou a apresentar um póster.

Estávamos em 2020 quando, recém-especialista e conhecendo bem os pouquíssimos projetos de Geriatria implementados em hospitais do nosso país, decidiu contactar o diretor da Medicina Interna do São João, Jorge Almeida, no sentido de perceber se haveria interesse em fazer no Serviço alguma coisa nessa área, tendo a resposta sido positiva.

“A minha vontade era regressar a um hospital onde nasci enquanto médico e que conhecia bem e onde, aliás, fiz grande parte do meu internato, com estágios realizados em alguns serviços. No final de outubro de 2020 acabei por vir reforçar a equipa médica naquela que foi a 2.ª vaga da pandemia de covid-19”, recorda Paulo Sousa Almeida.

Mas esclarece que, na sua ideia, só via como possível vir a desenvol-

Semanas depois, no final de dezembro, é confrontado com o “Programa pGA > 70”, do cirurgião Fernando Osório, e desafiado por Jorge Almeida para montar, na Medicina Interna, uma Consulta de Oncogeriatria. Paulo Sousa Almeida recorda-se perfeitamente que foi no dia 3 de março de 2021 que observou as suas primeiras doentes oncológicas mais velhas do Centro de Mama. E adianta:

“A nossa atividade clínica começou a ser conhecida e em dois anos falámos sobre o projeto numa vintena de reuniões, congressos e cursos, apresentámos cerca de uma dezena de trabalhos, tendo seis deles sido premiados, publicando ainda seis artigos. Foi então que, em 2023, o Serviço de MI oficializou a criação da Consulta de Oncogeriatria, que tem funcionado à quarta-feira à tarde. Contudo, temos sempre uma Con-

sulta de Grupo à terça, para discussão dos casos que vão ser avaliados e dos que já o foram.”

Se no arranque do projeto Paulo Sousa Almeida era o único médico a assegurar a Consulta de Oncogeriatria, ao longo do ano de 2025 já pôde contar com a colaboração de Helena Hipólito Reis, interna do 5.º ano de MI: “Sendo equiparada a especialista, começou a fazer a consulta autonomamente, tornando-se possível começarmos a partilhar os doentes, o que permite, desde logo, que consigamos ter mais colegas a estagiar connosco.”

Aliás, reconhece, “a nossa atividade clínica tem sido muito promovida por esta procura de formação em Geriatria, pois, o facto de sermos pioneiros na área faz com que as pessoas queiram conhecer a nossa experiência, levando-nos a falar sobre o

(Continua na pág. 24)

(Continuação da pág. 23)

da, porque isso é uma vantagem e, principalmente, uma necessidade. Nós temos doentes que nos dizem que se sentem melhores após os tratamentos oncológicos, mesmo funcionalmente, e isso deve-se ao trabalho que realizamos na reversão e tratamento da fragilidade”, sublinha Paulo Sousa Almeida, prosseguindo:

“É preciso perceber que não é só por causa do cancro que o doente tem fragilidade, esta aparece porque há um envelhecimento patológico em curso.”

“É preciso perceber que não é só por causa do cancro que o doente tem fragilidade, esta aparece porque há um envelhecimento patológico em curso, que nós procuramos travar com a nossa intervenção. Ele melhora após a cirurgia ou a radioterapia, mas são tratamentos bastante agressivos, com consequências que podem ser relevantes no caso de uma pessoa mais velha e frágil, nomeadamente, com deterioração funcional, cogni-

tiva e nutricional. A nossa abordagem traz vantagens que os próprios doentes e os seus familiares acabam por conseguir observar.”

“Os doentes mais velhos têm mais risco de cancro e apresentam particularidades clínicas que exigem uma avaliação especializada, holística e individualizada”, conclui.

O cirurgião Fernando Osório, que participa na conversa com a *Just News*, subscree as palavras do seu colega internista. E afirma:

“Essa é a essência da Oncogeriatría, pois, o seu objetivo não é definir um tratamento oncológico. Ela tem a capacidade de avaliar um doente, de lhe dar suporte. Isto é, não se limita a diagnosticar, também intervém, procurando modificar determinados parâmetros que podem ser melhorados. É um trabalho de equipa. Se o doente tem indicação para fazer quimioterapia, nós vamos ver se ele tem capacidade para tal e dar-lhe o suporte de que eventualmente necessite.”

O coordenador da Unidade de Oncogeriatría da ULS de São João faz questão de frisar que “não há aqui apenas um trabalho ou uma motivação assistencial, há também, digamos assim, uma motivação académica, no sentido de formar jovens médicos nesta área”.

E é com satisfação que informa ser este já o segundo ano letivo em que o Curso Pós-graduado de Especialização em Geriatria Clínica da FMUP — coordenado pela psiquiatra Lia Fernandes, presidente do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos — inclui um módulo de Oncogeriatría, liderado precisamente por Fernando Osório e Paulo Sousa Almeida.

com 80 anos tem 80 anos de hábitos alimentares, nem sempre os mais corretos”, sublinha Luciana Teixeira, acrescentando:

“Particularmente por se tratar de idosos, a maioria tem uma baixa ingestão em alimentos fornecedores de proteínas, que necessitam de ser reforçados. E, por isso, temos que tentar dar a volta a esses hábitos da melhor forma possível para conseguirmos ter uma boa adesão.”



Luciana Teixeira

Luciana Teixeira, 34 anos, terminou o curso de Nutrição em 2013 e nessa altura já havia desenvolvido um especial interesse pela área da Oncologia. Já tinha feito o estágio curricular no São João e foi também neste hospital que cumpriu o estágio profissional de acesso à Ordem dos Nutricionistas. Foi contratada pela instituição em 2015 e ali se mantém desde então, sempre trabalhando com doentes do foro oncológico.

“Os doentes geriátricos têm hábitos muito enraizados e, por vezes, não são os que deveriam ter quando confrontados com um diagnóstico de patologia oncológica e fazem algum tipo de tratamento. Portanto, torna-se um desafio a intervenção nutricional nestes casos, porque alguém



Luciana Teixeira: “Particularmente por se tratar de idosos, a maioria tem uma baixa ingestão em alimentos fornecedores de proteínas, que necessitam de ser reforçados.”

existir risco, mas os hábitos nutricionais estão tão desregulados que solicitam na mesma a minha colaboração.”

A especialista do Serviço de Nutrição da ULS de São João diz que, “habitualmente, os doentes são cumpridores relativamente às orientações que lhes são dadas, sendo necessário que compreendam que as alterações propostas irão fazê-los sentir-se melhor com os tratamentos oncológicos a que são submetidos”.

E insiste: “Se ficarem com a ideia errada de que eu vou fazer um plano alimentar para perder peso ou para controlar a diabetes — e não é esse o objetivo —, não vou ter grande adesão. Mas se perceberem que é para melhorar o seu estado geral e a sua qualidade de vida já é possível captar mais a atenção dos doentes.”

Cláudia Sousa, neuropsicóloga: “Atuamos na interface entre o funcionamento cerebral, o comportamento e o impacto do cancro e dos seus tratamentos”

Quando Fernando Osório transmitiu a Cláudia Sousa o desejo de que a Unidade de Neuropsicologia do Serviço de Psicologia da ULS de São João es-

tivesse representada na equipa multidisciplinar do programa pGA > 70 a sua coordenadora não pensou duas vezes, aceitando de imediato. “O neuropsicólogo desempenha um papel fundamental numa consulta com estas características, atuando na interface entre o funcionamento cerebral, o comportamento e o impacto do cancro e dos seus tratamentos na pessoa mais velha”, justifica.



Cláudia Sousa

Cláudia Sousa: “A nossa avaliação é feita preferencialmente antes da tomada de decisão terapêutica ou cirúrgica.”

E explica que a sua intervenção é solicitada quando na Consulta de Oncogeriatría é detetada alguma alteração significativa no âmbito do rastreio cognitivo, funcional e emocional realizado: “O pedido é feito de imediato e procedemos então à avaliação do funcionamento cognitivo do doente, incluindo áreas como

memória, atenção, linguagem, funções executivas e velocidade de processamento.”

“Temos um protocolo definido, com testes e questionários específicos para a avaliação destes domínios cognitivos, o que nos permite identificar defeitos prévios, alterações associadas ao envelhecimento, quadros de demência ou comprometimento cognitivo ligeiro, bem como alterações cognitivas relacionadas com o cancro ou com os tratamentos oncológicos, como a quimioterapia e a radioterapia. A nossa avaliação é feita preferencialmente antes da tomada de decisão terapêutica ou cirúrgica”, refere Cláudia Sousa.

“A identificação destas alterações é essencial para apoiar a tomada de decisões clínicas, nomeadamente no planeamento terapêutico e na avaliação da capacidade do doente para compreender e aderir aos tratamentos propostos. Quando estamos perante alguém que apresenta alterações cognitivas, devemos promover a psicoeducação, orientação e apoio ao doente mas também aos familiares e cuidadores, para lidar com esta sintomatologia cognitiva e comportamental”, esclarece a neuropsicóloga.

Para além da avaliação cognitiva, é analisado igualmente o estado emocional da pessoa, identificando eventuais sintomas de ansiedade, depressão, medo da progressão da doença e sofrimento psicológico.

“O diagnóstico oncológico e os tratamentos podem ter um impacto significativo na saúde mental destes doentes mais velhos, sendo frequente a coexistência de vulnerabilidades emocionais prévias”, sublinha Cláudia Sousa, acrescentando:

“Quando na nossa avaliação identificamos morbilidade psicológica significativa, é feita a orientação e encaminhamento para a Psicologia da Saúde, para que seja disponibilizado acompanhamento psicológico especializado na área.”

Cláudia Sousa, 51 anos, psicóloga clínica e da saúde com particular interesse na área da Neuropsicolo-

gia, chegou ao Hospital de São João em 2007. Ao longo destas quase duas décadas, tem trabalhado com praticamente toda a patologia neurológica e neurocirúrgica, nomeadamente, esclerose múltipla, AVC, doença de Parkinson, demências e tumores cerebrais.

Em 2019, com a constituição de um Serviço de Psicologia autónomo, dirigido por Eduardo Carqueja, foram criadas três unidades, uma das quais a de Neuropsicologia, que coordena desde então. Dispõe de uma equipa com cinco elementos, todos igualmente especializados em Neuropsicologia, sendo já certo que um deles, Patrícia Campos, irá integrar igualmente o projeto da Oncogeriatría agora em 2026.

Joana Mourão, anestesiológica: “Adaptar a Medicina Perioperatória à jornada completa do doente idoso é uma exigência ética.”

A anestesiológica Joana Mourão, 49 anos, é assistente hospitalar graduada sénior na ULS de São João, investigadora e professora associada convidada com agregação na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dedicase a duas áreas onde, sublinha, “a Anestesiologia assume um papel central no manuseamento do doente, a segurança deste e a otimização perioperatória”.

“A idade cronológica não funciona como um limite, mas como um guia para adaptar os cuidados”, afirma Joana Mourão.

“No atual contexto demográfico, adaptar a Medicina Perioperatória à jornada completa do doente idoso não é apenas uma necessidade técnica, é uma exigência ética”, considera a especialista, frisando: “O período perioperatório, embora breve, é determinante e pode ter um impacto decisivo na preservação da autonomia e da qualidade de vida desta população.”



Joana Mourão

“O doente idoso impõe desafios à prática da anestesiologia devido à heterogeneidade clínica. Ao contrá-

rio do que sucede na Pediatria, onde o desenvolvimento segue etapas previsíveis, o envelhecimento é um processo verdadeiramente heterogéneo, moldado pelo percurso de vida único de cada indivíduo. Esta variabilidade exige uma abordagem personalizada, em que a idade cronológica não funciona como um limite, mas como um guia para adaptar os cuidados”, afirma.

Na Medicina Perioperatória, explica Joana Mourão, “o anestesiológica não se limita à avaliação do risco, desenvolve um plano in-

tegrado de intervenções em que procura preservar a funcionalidade e reduzir complicações como o *delirium* pós-operatório ou o declínio cognitivo, particularmente relevantes em contexto de oncogeriatría”.

É neste enquadramento que surge o seu envolvimento na Unidade de Oncogeriatría, em colaboração com o cirurgião Fernando Osório, no desenvolvimento do programa pGA > 70. No fundo, diz, “o projeto responde à crescente necessidade de abordagens interdisciplinares

em doentes frágeis com mais de 70 anos.”

“A integração precoce da Medicina Perioperatória neste programa tem permitido uma colaboração entre a Oncologia, a Geriatria e a Anestesiologia, promovendo decisões clínicas mais seguras”, garante.

E explica que, após a avaliação inicial, é estruturado um plano individualizado, ajustado aos objetivos e preferência de cada doente.

No seu entender, “um bom exemplo desta abordagem é o projeto de ambulatorização da cirurgia da

mama em doentes frágeis com mais de 80 anos, ASA III e IV, que demonstra ser possível garantir segurança e conforto através de uma seleção clínica rigorosa e do recurso à hospitalização domiciliária, evitando complicações associadas ao internamento hospitalar nesta faixa etária”.

Afinal, conclui Joana Mourão, “no centro de toda a intervenção está o doente verdadeiramente importa ao doente: recuperar a funcionalidade, regressar ao seu ambiente familiar e manter a qualidade de vida pré-intervenção”.

NÓS SOMOS MULTIDISCIPLINARES

Jornal Médico é agora também o Jornal Oficial das Jornadas Multidisciplinares

de Medicina Geral e Familiar, partilhado mensalmente com a comunidade de

5563* internos e especialistas de MGF

que já participaram, até agora, no evento anual mais mobilizador

e de maior notoriedade em Portugal na área dos Cuidados de Saúde Primários.

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

Publicações

www.justnews.pt


Jornal Oficial
da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS

JORNAL MÉDICO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES



JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VIII JORNADAS
19-21 março 2026
SHERATON PORTO HOTEL



A NOVA APP para Gestão da Diabetes



Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ



Estas páginas incluem artigos originalmente publicados no *Jornal da 19.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Diabetes* Mellitus. O evento decorreu em Monte Real, nos dias 24 e 25 de outubro 2025, promovido por aquele Núcleo da SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Diabetes *mellitus* no hospital. O que há de novo? O que podemos melhorar?



Joana Paixão
Internista na ULS de Coimbra

A diabetes *mellitus* (DM) é uma condição prevalente no contexto hospitalar, afetando uma percentagem significativa de doentes internados (22% a 46% dos não-críticos). A hiperglicemia e a gestão subótima da glicemia são fatores de risco independentes associados a piores *outcomes* clínicos, complicações e maior tempo de permanência hospitalar. As recentes evoluções na abordagem da DM hospitalar refletem o abandono de metas glicémicas restritas em favor de um controlo moderado e individualizado, priorizando a segurança do doente face ao risco de hipoglicemia.

Inovações como a monitorização contínua de glicose (MCG) e os sistemas de circuito fechado (pâncreas

artificial) representam avanços cruciais. Importa ainda sublinhar a urgência de melhorias organizacionais, nomeadamente a implementação de Programas de Controlo Glicémico Hospitalar (PCGH) e a formação contínua das equipas de saúde, visando uma transição da prática reativa para uma abordagem proativa e estruturada.

A DM2 constitui a maioria dos casos de diabetes e a sua prevalência elevada traduz-se, em ambiente hospitalar, numa maior vulnerabilidade dos doentes. O controlo glicémico deficiente em internamento está associado a infeções mais frequentes e difíceis de debelar, má cicatrização de feridas, complicações cardiovasculares, maior número de admissões em unidades de cuidados intensivos e maior morbimortalidade.

Portanto, a gestão da DM no hospital é um indicador crítico de qualidade de cuidados e uma responsabilidade transversal a toda a equipa de saúde. A avaliação da HbA1c à admissão é consensual para todos os doentes sem resultado nos últimos 3 meses, permitindo diferenciar a hiperglicemia de *stress* de uma diabetes cronicamente mal controlada.

A evolução na gestão da DM em ambiente hospitalar baseia-se na personalização, na segurança e na tecnologia, afastando-se de protocolos padronizados e estritos. O paradigma

A evolução na gestão da DM em ambiente hospitalar baseia-se na personalização, na segurança e na tecnologia, afastando-se de protocolos padronizados e estritos.

de controlo excessivamente rigoroso foi abandonado. As novas recomendações priorizam um controlo mais moderado e seguro, alinhado com o estado clínico do doente.

A hipoglicemia está hoje associada a consequências mais imediatas e graves do que a hiperglicemia moderada. O regime basal-bólus estabeleceu-se como o padrão de cuidados para a maioria dos doentes não-críticos, sendo mais eficaz do que a insulina de correção isolada (abordagem reativa).

Concretizando as metas: em doentes críticos, preconiza-se um

controlo entre 140-180 mg/dL; em doentes não-críticos, o intervalo glicémico é 100-180 mg/dL, desde que alcançado sem hipoglicemias significativas.

O internamento exige cautela redobrada na utilização de novas classes de fármacos. Os agonistas do receptor GLP-1, por exemplo, requerem protocolos de suspensão e reinício bem definidos, nomeadamente nos doentes cirúrgicos, devido ao risco de atraso no esvaziamento gástrico, que pode aumentar o risco de regurgitação e aspiração pulmonar do conteúdo gástrico durante a sedação ou a anestesia

A monitorização contínua de glicose (MCG) é uma das maiores inovações tecnológicas na DM. A sua utilização, validada para o ambiente hospitalar, permite maior precisão e segurança na avaliação glicémica, facilitando a deteção de hipoglicemias e da variabilidade glicémica. Os sistemas de circuito fechado (pâncreas artificial) estão em permanente evolução, perspetivando a sua utilização na DM2, além da DM1, de acordo com resultados promissores de estudos recentes.

A reconhecida lacuna na gestão do diabético internado reside na necessidade de implementar medidas sistémicas, pois, o controlo glicémico insuficiente é frequentemente exacerbado pela inércia terapêutica e pela falta de adesão aos

protocolos. O estabelecimento formal de um PCGH é a estratégia mais custo-efetiva para otimizar os cuidados. O PCGH deve incluir protocolos claros e baseados em evidências para a gestão da hiperglicemia e da hipoglicemia, garantindo uma abordagem proativa e não reativa e promovendo uma cultura de segurança glicémica.

É crucial investir na educação contínua das equipas de saúde (médicos e enfermeiros), capacitando-os para atuarem como educadores do doente e família, garantindo a adesão aos protocolos. Adicionalmente, o cuidado centrado na pessoa e na transição para ambulatório é fundamental, assegurando que o doente compreende o seu novo regime terapêutico, prevenindo complicações no período pós-alta.

A gestão da DM no hospital requer uma evolução dos cuidados relativos para um modelo proativo, individualizado e focado na segurança. As novidades no controlo glicémico moderado e o recurso crescente à MCG são passos importantes. Contudo, a melhoria duradoura dos *outcomes* exigirá a implementação generalizada dos PCGH e o investimento contínuo na capacitação das equipas de saúde. É imperativo transformar o paradigma da gestão padronizada e reativa para um modelo preventivo, personalizado e focado na segurança do doente.

Sexualidade em diabetes – integrar na prática clínica



Mariana Pinho Pereira
Médica de família na USF Pombal Oeste, ULS da Região de Leiria. Especialização Avançada em Sexologia Clínica

A sexualidade continua a ser uma das dimensões mais esquecidas do cuidado em diabetes. Apesar de sabermos que a doença afeta múltiplos sistemas, raramente integramos a função sexual na avaliação clínica de rotina. No entanto, a disfunção sexual é uma complicação frequente, com impacto direto na qualidade de vida e na perceção de bem-estar, e pode ser um marcador precoce de complicações micro e macrovasculares.

Estima-se que até 80% dos homens com diabetes experienciem disfunção erétil em algum momento da vida, e que 60 a 70% das mulheres refiram alterações do desejo, da lubrificação ou dor. Em jovens com diabetes tipo 1, os sintomas podem surgir precocemente, associados a fatores metabólicos, neuropáticos e emocionais. Apesar disso, a maioria

dos doentes não procura ajuda e, quando o tema é abordado, parte quase sempre da iniciativa do próprio doente.

A etiologia é multifatorial: a hiperglicemia crónica e a neuropatia autonómica comprometem o fluxo sanguíneo e a resposta nervosa ge-

nital; o hipogonadismo nos homens e a disfunção autonómica nas mulheres agravam a perda de desejo e prazer. Fatores psicológicos, como ansiedade, depressão e stress associado à gestão da diabetes (*“diabetes distress”*), intensificam e perpetuam o quadro de disfunção.

Para além das alterações fisiológicas, persistem barreiras comunicacionais importantes. Os doentes sentem vergonha, medo de julgamento e têm a perceção de que a sexualidade não é um assunto médico. Do lado dos profissionais, as principais barreiras são a falta de tempo, de formação e de confiança para abordar o tema. A simples pergunta “Como tem estado a sua vida sexual?” pode abrir espaço para um diálogo terapêutico e revelar problemas com impacto metabólico e emocional.

Existem ferramentas práticas que facilitam a integração do tema em

consulta: os modelos PLISSIT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy*) e os 5P (Parceiros, Práticas, Proteção, Passado de IST, Prevenção de gravidez) estruturam a comunicação e reduzem o constrangimento. Para a quantificação de sintomas e a identificação precoce da disfunção sexual podem utilizar-se questionários validados, como o *International Index of Erectile Function* (IIEF) e o *Female Sexual Function Index* (FSFI). Porém, não substituem a conversa clínica – perguntar é, em si, um ato terapêutico.

A saúde sexual é parte integrante da saúde global e deve ser reconhecida como tal na diabetes. Abordar a sexualidade previne complicações, melhora a adesão e aumenta a qualidade das consultas. Questionar o utente é o primeiro passo: falar de sexualidade é cuidar da diabetes.



Medidor de
Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR com as MESMAS TIRAS

A.MENARINI diagnostics
Viva uma Vida Nova

Contagem de hidratos *for dummies*



Raquel Oliveira
Nutricionista clínica na ULS da Região de Leiria. Docente na Escola Superior de Saúde da Univ. do Algarve

A contagem de hidratos de carbono (HC) é uma das estratégias nutricionais mais eficazes e individualizadas no controlo metabólico da diabetes, sobretudo na diabetes tipo 1 (DM1). Através da quantificação dos HC ingeridos, o doente aprende a ajustar a dose de insulina rápida às suas refeições, permitindo uma gestão flexível e pre-

cisa da glicemia. Este método traduz o princípio da insulinoaterapia intensiva – adaptar a dose de insulina à ingestão alimentar e não o inverso – e tem vindo a ser amplamente reconhecido em diretrizes internacionais como o padrão-ouro do tratamento nutricional na DM1.

Os hidratos de carbono são o principal determinante da glicemia pós-prandial. A sua contagem, feita com base em tabelas de composição de alimentos, aplicações digitais ou rotulagem nutricional, possibilita calcular a dose de insulina necessária segundo a relação insulina/HC e o fator de sensibilidade. A implementação correta requer um processo educativo estruturado, acompanhamento nutricional regular e treino contínuo. O envolvimento ativo do médico e do nutricionista é essencial para garantir segurança, prevenir erros e adaptar o plano alimentar à realidade de cada doente.

A literatura científica mostra de forma consistente que a contagem de HC melhora o controlo glicémico, reduz a variabilidade da glicemia e per-

mite maior liberdade alimentar. Programas como o *Dose Adjustment For Normal Eating* (DAFNE) e dados do *Diabetes Control and Complications*

O envolvimento ativo do médico e do nutricionista é essencial para garantir segurança, prevenir erros e adaptar o plano alimentar à realidade de cada doente.

Trial (DCCT) confirmam reduções significativas da HbA1c e melhoria da qualidade de vida.

Além do impacto metabólico,

esta abordagem potencia a adesão à terapêutica e o bem-estar psicológico, pois, confere ao doente um papel ativo e informado. Também reduz episódios de hipoglicemia ao favorecer decisões mais precisas sobre doses de insulina e tempo de administração.

Apesar da sua eficácia, a contagem de HC exige literacia em saúde e numeracia adequadas. Sem formação adequada, podem ocorrer erros de estimativa, frustração ou ansiedade. É fundamental que os internistas reconheçam a importância desta ferramenta e incentivem o trabalho articulado com o nutricionista clínico, assegurando o reforço periódico de competências.

Nos doentes com diabetes tipo 2 em insulinoaterapia, a aplicação de princípios simplificados – porções equivalentes e consistência nas escolhas de HC – pode igualmente melhorar o controlo glicémico e facilitar a adesão.

A educação terapêutica deve ser contínua e ajustada ao contexto clínico. A contagem de HC deve ser integrada nas consultas médica e

nutricional, articulando-se com a monitorização da glicemia capilar ou dos sistemas de *flash* e *continuous glucose monitoring*. O médico pode aproveitar os dados para ajustar as doses de insulina basal e bolus, enquanto o nutricionista apoia o doente na seleção alimentar, na leitura de rótulos e no planeamento das refeições. Esta abordagem multidisciplinar traduz-se numa terapêutica mais personalizada e num maior empoderamento do doente.

A contagem de hidratos de carbono é um instrumento fundamental da abordagem moderna da diabetes. Mais do que um simples cálculo, representa uma estratégia de autonomia e corresponsabilização, capaz de transformar o doente num gestor ativo da sua própria condição. O seu sucesso depende da colaboração entre médicos, nutricionistas e restantes profissionais de saúde, que em conjunto asseguram uma intervenção baseada na evidência e centrada na pessoa, com benefícios clínicos e qualidade de vida duradouros.

A aplicação de *guidelines* na singularidade do doente real



Adriana Bandeira
Assist. hospitalar de MI, ULS da Região de Leiria

Pela sua formação abrangente e visão global do doente, está particularmente capacitada para uma abordagem holística, integrando o controlo metabólico com a avaliação biomédica, funcional, social e ambiental. A personalização do tratamento torna-se essencial, com foco na segurança, na qualidade de vida e na sustentabilidade do plano terapêutico.

A adaptação não implica desvio arbitrário das recomendações ou complacência, mas sim realismo clínico. Para isso, é fundamental treinar diariamente a comunicação eficaz, compreender as motivações, expectativas e limitações do doente que permita construir uma aliança terapêutica sólida, promovendo a adesão e o autocuidado. A articulação multidisciplinar – com especial envolvimento da equipa de enfermagem e da Nutrição – reforça esta abordagem centrada na pessoa.

Em suma, a prática do internista perante o doente diabético que foge às *guidelines* é um exercício de equilíbrio entre ciência e individualidade. A verdadeira excelência clínica reside na capacidade de adaptar, integrar e humanizar o cuidado, transformando a evidência em medicina personalizada.

nós vemos isso nos nossos doentes diariamente.

Temos hoje ao nosso dispor fármacos com imenso potencial para o tratamento simultâneo destas duas patologias. No entanto, em Portugal, o estigma da obesidade é ainda evidente (tanto na pessoa que convive com a doença como em alguns profissionais de saúde) e muito há a fazer para reduzir a carga emocional deste diagnóstico. As recentes notícias, nem sempre esclarecedoras, sobre a disponibilidade dos GLP1 e o seu uso indevido criam uma barreira à aceitação desta terapêutica por parte de alguns doentes. Cabe também a nós, internistas, a luta pela participação destes fármacos em pessoas com obesidade, mas “ainda” sem diabetes.

Por outro lado, a cirurgia bariátrica é uma opção terapêutica de extrema eficácia na obesidade, com benefícios metabólicos duradouros. É, aliás, a única terapêutica que permite uma “remissão” da DM2.

A diabetes e a obesidade representam uma “dupla epidemia” interligada, que exige respostas integradas e sustentáveis. O investimento em educação, prevenção e investigação científica é essencial para travar o avanço destas doenças e melhorar a qualidade de vida das populações. O desafio é grande, mas o conhecimento acumulado e as novas abordagens terapêuticas abrem caminho para uma medicina mais eficaz, centrada na pessoa e promotora de saúde a longo prazo.

nar em falência das células betapancreáticas e diabetes.

Estima-se que cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 (DM2) estejam directamente associados ao excesso de peso e obesidade, estando bem demonstrado o aumento do risco de desenvolver DM2 com o aumento do índice de massa corporal (IMC).

Em Portugal, como no Mundo, a prevalência de obesidade e da diabetes tem vindo a aumentar de forma preocupante nas últimas décadas. De acordo com dados recentes, cerca de 60% da população adulta apresenta excesso de peso ou obesidade e 10% têm diagnóstico de diabetes. Estes números traduzem-se em elevada morbimortalidade e num consumo significativo de recursos do Sistema Nacional de Saúde.

O tratamento eficaz da “diabesidade” requer uma abordagem multidisciplinar, que a Unidade Local de Saúde da Região de Leiria tenta proporcionar tendo ao dispor da população consultas de Diabetes e consultas de Obesidade, bem como apoio nutricional e psicológico.

A intervenção precoce sobre o estilo de vida é fundamental, com especial enfoque na adoção de uma alimentação equilibrada e na prática regular de atividade física. Mas sabemos que estas alterações do estilo de vida são, na maioria das vezes, insuficientes no tratamento destas doenças. Ainda assim, os estudos mostram que mesmo perdas modestas de peso podem melhorar significativamente o controlo glicémico, e



Joana Filipe Leite
Assist. hospitalar graduada de MI, ULS da Região de Leiria

A diabetes e a obesidade são dois dos maiores desafios da Medicina Interna do século XXI, com impacto crescente tanto a nível individual como social. Estas duas doenças estão intimamente relacionadas, partilhando múltiplos fatores de risco e mecanismos fisiopatológicos, o que levou até ao surgimento do termo “diabesidade”, utilizado para descrever a coexistência e interdependência entre ambas.

A obesidade é caracterizada pela disfunção do tecido adiposo, resultante de um desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, secundário a múltiplos fatores genéticos, epigenéticos e sociais. O tecido adiposo, sobretudo o visceral, age como um órgão endócrino ativo, libertando citocinas pró-inflamatórias e adipocinas que promovem insulinoresistência, podendo culmi-

Recigarum®

NOVO



25 dias

para respirar melhor
uma vida
inteira

#PlanoDeixarDeFumar

COMPARTICIPADO



+ económico*

*Valor comparativo ao concorrente participado (Janeiro 2026). MNSRM-EF participado a 37%. / Consulta de preços em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>.

Informações Essenciais compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento • NOME DO MEDICAMENTO, COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA E FORMA FARMACÉUTICA: Recigarum, 1,5 mg, comprimido revestido por película. Cada comprimido revestido por película contém 1,5 mg de citisinidina (a denominação anteriormente utilizada: citisina). Excipientes com efeito conhecido: cada comprimido revestido por película contém 0,12 mg de aspartamo. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Recigarum está indicado para a cessação tabágica e redução do desejo de nicotina em fumadores dispostos a parar de fumar. O objetivo do tratamento com Recigarum é a cessação permanente da utilização de produtos que contêm nicotina. Recigarum é indicado em adultos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Posologia:** Uma caixa de Recigarum (100 comprimidos) é suficiente para um tratamento completo. A duração do tratamento é de 25 dias. Recigarum deve ser tomado de acordo com o seguinte esquema por dias de tratamento (DR: dosagem recomendada, DDM: dose diária máxima): Do 1.º ao 3.º dia, DR: 1 comprimido a cada 2 horas, DDM: 6 comprimidos; Do 4.º ao 12.º dia, DR: 1 comprimido a cada 2,5 horas, DDM: 5 comprimidos; Do 13.º ao 16.º dia, DR: 1 comprimido a cada 3 horas, DDM: 4 comprimidos; Do 17.º ao 20.º dia, DR: 1 comprimido a cada 5 horas, DDM: 3 comprimidos; Do 21.º ao 25.º dia, DR: 1-2 comprimidos por dia, DDM: Até 2 comprimidos. O blister apresenta-se com a indicação dos dias consecutivos da toma de Recigarum. O fumador deverá parar de fumar o mais tardar até ao 5.º dia de tratamento. O consumo de tabaco não deve ser continuado durante o tratamento, pois pode agravar as reações adversas. O fumador que está a deixar de fumar não pode mesmo fumar um único cigarro. Em caso de falha do tratamento, o mesmo deve ser descontinuado e pode ser retomado após 2 a 3 meses. **População especial (insuficiência renal, insuficiência hepática):** Não existe experiência clínica de Recigarum em doentes com compromisso renal ou hepático, pelo que o medicamento não é recomendado para utilização nesta população de doentes. **População idosa:** Devido à experiência clínica limitada, Recigarum não é recomendado em doentes idosos com mais de 65 anos de idade. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de Recigarum em crianças com menos de 18 anos de idade não foram estabelecidas. Recigarum não é recomendado para uso em menores de 18 anos de idade. **Modo de administração:** Recigarum deve ser tomado por via oral com uma quantidade adequada de água. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados no RCM, Angina instável, Histórico recente de enfarte do miocárdio, Arritmia clinicamente significativa, Histórico de AVC recente, Gravidez e amamentação. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Recigarum deve apenas ser tomado em caso de verdadeira intenção de abandonar a nicotina. O doente deve estar ciente de que a administração simultânea do medicamento e o consumo ou a utilização de produtos que contêm nicotina podem agravar os efeitos adversos da nicotina. Recigarum deve ser tomado com precaução em caso de doença cardíaca isquémica, insuficiência cardíaca, hipertensão, feocromocitoma, aterosclerose e outras doenças vasculares periféricas, úlcera gástrica e duodenal, doença do refluxo gastroesofágico, hipertiroidismo, diabetes e esquizofrenia, insuficiência renal e hepática. **Mulheres em idade fértil:** As mulheres em idade fértil devem usar métodos contraceptivos altamente eficazes enquanto tomam Recigarum. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** Recigarum não deve ser tomado com medicamentos para a tuberculose. **Contraceptivos hormonais:** Atualmente não se sabe se Recigarum pode reduzir a eficácia dos contraceptivos hormonais de ação sistémica e, portanto, as mulheres que usam contraceptivos hormonais de ação sistémica devem adicionar um segundo método de barreira. **EFETOS INDESEJÁVEIS:** Os estudos clínicos e a experiência anterior com o uso de produtos contendo citisinidina indicam uma boa tolerabilidade da citisinidina. A proporção de doentes que interromperam o tratamento devido a reações adversas foi de 6-15,5% e em estudos controlados foi comparável à proporção de doentes que interromperam o tratamento no grupo placebo. São geralmente observadas reações adversas ligeiras a moderadas, mais frequentemente relacionadas com o trato gastrointestinal. A maioria das reações adversas ocorreu no início do tratamento e desapareceu durante o tratamento. Estes sintomas também podem ser o resultado de parar de fumar e não do uso do medicamento. Todas as reações adversas por classe de órgãos do sistema e frequência de ocorrência em ensaios clínicos estão listadas abaixo. A frequência da ocorrência é definida da seguinte forma: muito frequentes (MF ≥ 1/10), frequentes (F ≥ 1/100 a <1/10), pouco frequentes (PF ≥ 1/1.000 a <1/100), raros (R ≥ 1/10.000 a <1/1.000), muito raros (MR <1/10.000), desconhecido (D, não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). **Doenças do metabolismo e da nutrição:** MF: alteração do apetite (principalmente aumento), aumento de peso; **Doenças do sistema nervoso:** MF: tonturas, irritabilidade, alterações de humor, ansiedade, perturbações do sono (insónia, sonolência, letargia, sonhos anormais, pesadelos), dores de cabeça, F: dificuldade de concentração, PF: sensação de peso na cabeça, diminuição da libido; **Afeções oculares:** PF: lacrimejo; **Cardiopatias:** MF: taquicardia, F: frequência cardíaca lenta; **Vasculopatias:** MF: hipertensão; **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** PF: dispneia, aumento da expectoração; **Doenças gastrointestinais:** MF: boca seca, diarreia, náusea, alteração do paladar, azia, obstipação, vômitos, dor abdominal (especialmente na parte superior do abdómen), F: distensão abdominal, ardor na língua, PF: salivação excessiva; **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** MF: erupção cutânea, PF: sudorese, diminuição da elasticidade da pele; **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** MF: mialgia; **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** MF: fadiga, F: mal-estar, PF: cansaço; **Exames complementares de diagnóstico:** PF: aumento dos níveis da transaminase sérica. **Para mais informações deverá contactar o Titular de Autorização de Introdução no Mercado:** Adamed Laboratórios S.L.U. **Representante local:** TECNIFAR - Indústria Técnica Farmacéutica, S.A., Rua José Da Costa Pedreira, N.º 11-B Torre Sul, 1750-130 Lisboa. Sob licença da Adamed. **Medicamento não sujeito a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF).** Regime de participação: Escalão C (37%). RCM aprovado a 21/01/2025 (versão 1.0).



TECNIFAR

Rua José da Costa Pedreira, 11B,
Torre Sul 1750-130 Lisboa
Tel. 210 330 700 | grupotecnifar@tecnifar.pt

LINHA FARMACOVIGILÂNCIA
21 386 09 29
farmalerta@tecnifar.pt

www.tecnifar.pt
EXCLUSIVO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DMK.RCG.005.01.2026_01/2026/PUB