

# JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares  
Mensal • Maio 2026  
Ano XIV • Número 146 • 3 euros

Publicação Periódica

**“Não está a ser fácil!”,  
reconhece Fernando Martos  
Gonçalves, presidente da  
Sociedade Portuguesa de  
Hipertensão, referindo-se  
ao “paradoxo de um  
fator de risco tratável que  
continua descontrolado”:  
a hipertensão arterial**

P. 8



IX JORNADAS  
MULTIDISCIPLINARES DE  
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2027  
11 a 13 de março  
PORTO



ABERTURA

PALESTRANTE  
**ANA CORREIA  
DE OLIVEIRA**

PALESTRANTE  
**GABRIELA  
QUEIROZ**

PALESTRANTE  
**RUI  
COSTA**

PALESTRANTE  
**PAULO  
SANTANA**

**RECORDE:**  
**3642**

**ESPECIAL** VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF

P. 20/27

## Lidar com a **HTA** de forma concertada

P. 6/10



Telmo Coelho explica  
como funciona a  
Unidade de Hipertensão  
Arterial e Risco  
Vascular da ULS de  
Trás-os-Montes e Alto  
Douro

Criada há pouco mais de  
um ano, **a USF Berço  
abre as portas aos  
médicos do Hospital  
de Guimarães para  
ali realizarem  
consultas.** Na foto, a  
coordenadora, Joana Nuno,  
com o urologista José Preza  
Fernandes



P. 14/19



A capa da última edição



**JORNAL MÉDICO**

**Diretor:** José Alberto Soares **Jornal Médico** é uma publicação da *Just News*, de periodicidade mensal, dirigida a profissionais de saúde e que pretende promover a partilha de boas práticas entre todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, estando isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º n.º 1A. **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/13 **Morada:** Alameda dos Oceanos, N.º 25, E. 3, 1990-196 Lisboa **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "informação".

Publicações



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

## Carlos Alberto preside ao CA da ULSEDV



Iniciou funções a 23 de abril o novo presidente do CA da ULS de Entre Douro e Vouga. Licenciado em Economia, Carlos Alberto presidiu ao CA do CH do Tâmega e Sousa, integrou a Administração do CH do Porto e do H. Geral de Santo António e foi administrador no H. da Trofa e no H. de Santo Tirso. Sublinhando a importância de uma gestão rigorosa, próxima das equipas e orientada para resultados, o responsável afirma ser para si uma prioridade “garantir uma resposta assistencial eficiente, reforçar a articulação entre serviços e valorizar o trabalho das equipas clínicas e não clínicas”. Carlos Alberto destaca ainda a importância do trabalho em equipa e da estabilidade organizacional como fatores essenciais para a qualidade e sustentabilidade dos serviços prestados.

## Relatório PaRIS confirma: o SNS precisa de mais Enfermagem nos CSP



**Luís Filipe Barreira**  
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

O relatório PaRIS (*Patient-Reported Indicator Surveys*) da OCDE, recentemente divulgado, é um documento que merece ser lido com a máxima atenção, pois, demonstra que não é possível continuar a adiar decisões estruturais. Pela primeira vez, dispomos de um retrato sobre o que os utentes pensam dos cuidados de saúde primários em Portugal, sobretudo aqueles que vivem com doença crónica e que mais dependem da resposta pública.

Em Portugal, o estudo envolveu 11.744 utentes com 45 ou mais anos e 91 unidades de CSP. O retrato que resulta desta análise demonstra que o país está consistentemente abaixo da média internacional nos resultados em saúde reportados pelos utentes e mantém fragilidades sérias na experiência com os cuidados, em especial na coordenação e na continuidade da assistência.

Os números não deixam margem para quaisquer dúvidas. Entre as pessoas com doença crónica em Portugal, apenas 57% referem ter uma boa saúde física, um valor inferior à média da OCDE no PaRIS (70%) e 25 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho. No domínio da saúde mental, o cenário é ainda mais gritante: Portugal apresenta

o valor mais baixo de todos os países participantes.

A experiência com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) também revela lacunas profundas. Apenas 42% dos doentes crónicos em Portugal consideram ter um bom estado de saúde geral, contra os 66% da média da OCDE. No que toca à coordenação de cuidados, menos de metade dos utentes (49%) classifica-a como “boa”, o que representa uma distância de 10 pontos face à média internacional (59%) e de 32 pontos face ao país com melhores resultados. Além disso, a confiança no sistema de saúde fixa-se nos 54%, abaixo dos 62% registados na média da OCDE.

Embora não seja, formalmente, um relatório sobre Enfermagem, este é um documento que interpela a profissão. O estudo identifica com precisão as áreas onde os enfermeiros podem e devem ter um papel mais forte e visível: coordenação de cuidados, acompanhamento longitudinal, apoio à autogestão, planos individuais de cuidados e literacia em saúde.

As conclusões do PaRIS evidenciam ainda a necessidade de cuidados de saúde mais integrados e centrados nas pessoas, sobretudo tendo em conta que 80% dos utentes dos CSP com 45 ou mais anos vivem com pelo menos uma doença crónica. Torna-se, por isso, fundamental implementar políticas direcionadas para reduzir desigualdades, reforçar a coordenação dos cuidados e aumentar a confiança nos sistemas de saúde.

Promover a participação ativa dos doentes nas decisões sobre os seus cuidados, bem como fortalecer a relação com os profissionais de saúde, pode traduzir-se em melhores resultados clínicos, maior confiança no sistema e maior capacidade de autogestão da saúde. Paralelamente, é crucial assegurar um sistema de saúde dotado de profissionais qualificados em número adequado e com unidades de cuidados primários organizadas de acordo com as necessidades da população, de forma a melhorar tanto os resultados como a experiência dos doentes.

Se o sistema reconhece que cada utente deve ter um gestor de cuidados e se admite que o apoio à autogestão é insuficiente – apenas 49% dos utentes sentem ter apoio suficiente para gerir a própria saúde –, então não se pode continuar a olhar para os enfermeiros como um recurso acessório. Aliás, embora o relatório não foque os enfermeiros (uma das lacunas que aponto a este documento), o mesmo sugere que estes desempenham um papel importante na melhoria da prestação de cuidados de saúde a pessoas com várias doenças crónicas.

O futuro dos CSP depende, portanto, da capacidade de acompanhar doentes crónicos ao longo do tempo, de reduzir desigualdades e de garantir que alguém assume a responsabilidade pela gestão do caso. Portugal precisa de reorganizar a prestação de cuidados centrados na pessoa, algo que implica dar aos enfermeiros autonomia na gestão de caso, integrá-los plenamente nos planos de cuidados e valorizar o seu impacto na literacia em saúde e na prevenção da doença.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

### O cuidado que liberta



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

Maiο lembra-nos, todos os anos, que cuidar é também um gesto de libertação. O Dia Internacional contra a Homofobia, a Transfobia e a Bifobia, celebrado a 17 de maio, convoca-nos a olhar de frente para a forma como a sociedade – e, inevitavelmente, os sistemas de saúde – continuam a lidar com a diversidade humana. Este ano, em Portugal, a discussão sobre a eventual legitimação das chamadas “terapias de conversão” reacendeu uma inquietação que julgávamos ultrapassada: a persistência de discursos pseudocientíficos que tentam transformar identidade em doença e sofrimento em método terapêutico. É precisamente neste contexto que a Enfermagem tem a responsabilidade de afirmar, com clareza, que o cuidado só é cuidado quando liberta – nunca quando fere.

A Enfermagem, enquanto ciência que estuda, diagnostica, prescreve e intervmem nas firmezas e infirmezas das pessoas humanas, não pode assistir a este debate como mera observadora. As práticas de conversão, independentemente da linguagem que utilizem, são formas de violência simbólica e psicológica. Não são terapias; são tentativas de correção identitária. E tudo o que procura corrigir aquilo que não está errado é, inevitavelmente, uma agressão. A evidência científica é inequívoca: a orientação sexual e a identidade de género não são patologias, desvios ou disfunções. O que a literatura demonstra, de forma consistente, é que a exposição a práticas de conversão está associada a depressão, ansiedade, isolamento, trauma e, em muitos casos, perda profunda de autoestima. A saúde

não se promove negando identidades, mas reconhecendo-as.

No final de março concluí o meu pós-doutoramento em Tecnologia em Saúde, um percurso que me permitiu aprofundar a consciência de que ainda temos um longo caminho a percorrer na construção de terminologias clínicas verdadeiramente inclusivas. Classificações, taxonomias e ontologias continuam, demasiadas vezes, a reproduzir visões normativas que não refletem a pluralidade humana. E quando a linguagem que sustenta a decisão clínica é limitada, o cuidado torna-se limitado. Quando a terminologia exclui, o cuidado fere. É por isso que o desenvolvimento de modelos clínicos de dados e sistemas classificatórios em Enfermagem deve integrar, de forma explícita, a diversidade sexual e de género como parte constitutiva da pessoa – não como exceção, mas como expressão legítima da condição humana.

Simultaneamente, o meu percurso atual no Mestrado em Sexologia na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto tem reforçado uma ponte que sempre intuí: a Sexologia e a Enfermagem partilham um território comum, onde o corpo vivido, a intimidade, o desejo, a identidade e o bem-estar se entrelaçam. Ambas as ciências reconhecem que a sexualidade é uma dimensão estruturante da saúde. Ambas sabem que o silêncio, o estigma e a tentativa de “corrigir” identidades produzem sofrimento real. Esta convergência torna ainda mais evidente a responsabilidade ética da Enfermagem neste debate: cuidar implica validar, proteger e reconhecer a pessoa na sua totalidade.

**O encontro clínico é, por natureza, um território ético. Cada pessoa enfermeira é guardiã desse espaço onde a pessoa cliente se revela e se reconhece.**

## ULS do Oeste aposta no projeto Hospital Sénior

O projeto Hospital Sénior, desenvolvido pela ULS do Oeste em parceria com o Centro Distrital da Segurança Social de Leiria, está a transformar a forma como são prestados cuidados de saúde à população idosa em lares, através de uma resposta mais próxima, articulada e centrada na pessoa. Nos primeiros três meses de implementação, foram já acompanhados cerca de três dezenas de utentes.

Numa primeira fase, o projeto arrancou em cinco lares. O balanço é positivo: cerca de um terço

O encontro clínico é, por natureza, um território ético. Cada pessoa enfermeira é guardiã desse espaço onde a pessoa cliente se revela e se reconhece. Quando acolhemos alguém, acolhemos também a sua história, o seu corpo, a sua expressão de género, a sua orientação afetiva, as suas vulnerabilidades e as suas forças. Não existe neutralidade possível: ou cuidados de forma inclusiva, ou perpetuamos desigualdades. A omissão também é uma forma de violência.

A história da Enfermagem mostra-nos que a profissão sempre se posicionou ao lado das pessoas em situação de vulnerabilidade. Foi assim na resposta à epidemia de VIH, quando muitos profissionais foram os primeiros a oferecer cuidado sem medo e sem estigma. É assim hoje, quando defendemos o acesso universal à saúde, a literacia, a autonomia e o empoderamento. E deve continuar a ser assim sempre que surgem discursos que tentam transformar diversidade em doença.

A discussão sobre as terapias de conversão não é apenas jurídica ou política; é profundamente ética e clínica. Interpela-nos enquanto profissionais que diagnosticam necessidades humanas e intervêm para promover bem-estar. Obrigamos a refletir sobre o que significa realmente cuidar. Obrigamos a afirmar que o cuidado nunca pode ser instrumento de coerção, de normalização forçada ou de apagamento identitário. Obrigamos a reconhecer que a saúde é inseparável da liberdade de ser.

A Enfermagem tem desenvolvido modelos, teorias e práticas que valorizam a pessoa na sua totalidade. A diversidade sexual e de género não é um apêndice dessa totalidade; é parte integrante dela. Integrar esta compreensão no raciocínio clínico, nos diagnósticos de enfermagem, nas intervenções e nos resultados esperados é um imperativo disciplinar. Não se trata de ativismo – trata-se de rigor científico e de ética profissional.

Neste maio, mês contra a homofobia, talvez a pergunta mais importante seja esta: que tipo de cuidado queremos representar enquanto profissão. Um cuidado que tenta moldar pessoas a um ideal normativo, ou um cuidado que reconhece que a saúde floresce quando cada pessoa pode existir plenamente. A resposta, para a Enfermagem, parece-me evidente: o cuidado que liberta é o único cuidado verdadeiramente humano.

## Eventos em destaque

### MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**XIII Jornadas Médicas**  
**Maia Valongo**



**Junta de Freguesia de Águas Santas**  
**14 e 15 de maio**  
Organização: Internos da ULS São João

**V Jornadas Médicas do**  
**Porto Ocidental**



**Porto**  
**21 e 22 de maio**  
Organização: Internos da ULS Porto Ocidental

**12.º Encontro Nacional**  
**de MGF de Matosinhos**



**Auditório Infante D. Henrique,**  
**Leça de Matosinhos**  
**21 e 22 de maio**  
Organização: Internos da ULS Matosinhos

**2.º Fórum de Urologia**  
**Oncológica em MGF**



**Auditório Principal do IPO Porto**  
**25 de maio**  
Organização: Serviço de Urologia do IPO Porto

**II Jornadas do Internato**  
**Médico Arnaldo Sampaio**



**Centro Cultural Vila Flor,**  
**Guimarães**  
**26 e 27 de maio**  
Organização: Internos do Internato Médico Arnaldo Sampaio

**X Jornadas Porto**  
**Oriental**



**Porto**  
**28 e 29 de maio**  
Organização: Internos da ULS Porto Oriental

**VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT**

## Os (pre) conceitos importam



### Catarina Lobão

Enf.ª espec. em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Prof.ª adjunta na Escola Sup. Enferm. Univ. Coimbra (ESEUC) – Unid. Científico-Pedagógica de Enferm. Gerontogeriatrica. Investig. na Health Sciences Research Unit: Nursing - UICISA:E Coimbra



### Adriana Coelho

Enf.ª especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Prof.ª adjunta na Escola Sup. Enferm. Univ. Coimbra (ESEUC) – Unid. Científico-Pedagógica de Enferm. Gerontogeriatrica. Investig. na Health Sciences Research Unit: Nursing - UICISA:E Coimbra

A forma como nomeamos os grupos sociais não é neutra. As palavras transportam significados culturais, históricos e simbólicos que influenciam a forma como pensamos e nos relacionamos com os outros. No contexto do envelhecimento, a escolha da terminologia para designar pessoas em fases mais avançadas da vida tem sido alvo de debate em áreas como a Gerontologia, a Sociologia e as Ciências da Saúde.

Termos como “velho” ou “velha” foram abandonados em muitos contextos por apresentarem conotações negativas, associando-se ao fenómeno do idadismo (discriminação ou estigmatização baseada na idade). A crescente sensibilidade social

trapos”, sublinhando que a idade, por si só, não define o valor ou a dignidade de uma pessoa.

Perante estas limitações, diversos autores têm proposto a utilização de expressões como “pessoas mais velhas” ou “adultos mais velhos”. No entanto, estas designações suscitam questões de natureza conceptual, uma vez que assumem um carácter inerentemente relacional, dependendo sempre de um referente comparativo com outro indivíduo ou um grupo etário específico. Assim, um indivíduo pode ser classificado como “mais velho” apenas por apresentar uma diferença etária, o que compromete a precisão científica da designação.

Em termos científicos e de políticas públicas, também a definição de “pessoa idosa” varia consoante o contexto. A Organização das Nações Unidas (ONU) e mais especificamente a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizam frequentemente critérios etários (60 ou 65 anos) para fins estatísticos, contudo, reconhecem limitações nesta abordagem.

Para além destes limites cronológicos, a terminologia adotada em investigação científica distingue diferentes fases do envelhecimento: “*young-old*” (65-74 anos), “*middle-old*” (75-84 anos) e “*oldest-old*” (85 anos ou mais), reconhecendo que a idade cronológica, por si só, não reflete totalmente a diversidade de capacidades, autonomia ou experiência de vida das pessoas.

A conceptualização contemporânea privilegia uma abordagem multidimensional, centrada na capacidade funcional e nos contextos

sociais e ambientais, ultrapassando uma definição estritamente baseada na idade.

Neste sentido, os termos “pessoa idosa” ou “pessoas idosas” têm sido adotados em contextos científicos e institucionais, tanto a nível internacional como nacional, nomeadamente por entidades como a OMS e a Direção-Geral da Saúde (DGS). Importa ainda referir que, em documentos em versões linguísticas oficiais destas organizações, a expressão “*older person*” é sistematicamente traduzida para a língua portuguesa como “pessoa idosa”. Esta expressão combina precisão operacional, ao permitir definir um grupo etário específico, com uma linguagem centrada na pessoa.

**Tal como os termos “criança”, “adolescente” ou “adulto”, a palavra “idoso” refere-se simplesmente a uma etapa do ciclo de vida humano.**

Importa, contudo, reconhecer que, apesar das preocupações legítimas com o uso de linguagem respeitadora, a designação “pessoa idosa”, quando utilizada de forma neutra e contextualizada, não constitui, em si mesma, uma forma de ofensa ou desvalorização. Tal como os termos “criança”, “adolescente” ou “adulto”, a palavra “idoso” refere-se simplesmente a uma etapa do ciclo de vida humano.

O seu significado torna-se problemático apenas quando é mobilizado de forma estereotipada ou pejorativa.

Na verdade, o problema não reside tanto na palavra em si, mas nas representações sociais frequentemente associadas ao envelhecimento. Em muitos contextos, esta etapa é automaticamente ligada a ideias de doença, dependência, sofrimento ou perda de capacidades, contribuindo para uma visão redutora e estereotipada. Estas associações negativas alimentam o idadismo e obscurecem a diversidade de experiências, os níveis de autonomia e a qualidade de vida das pessoas em idade avançada.

Deste modo, torna-se evidente que a linguagem desempenha um papel fundamental na forma como compreendemos o envelhecimento e as pessoas que o experienciam. Mais do que uma questão meramente terminológica, a escolha das palavras reflete valores sociais, visões culturais e posicionamentos éticos face ao envelhecimento.

Reconhecer que “os conceitos importam” significa compreender que a forma como falamos sobre pessoas em idade avançada pode contribuir tanto para reforçar estigmas como para promover respeito, dignidade e inclusão ao longo de todo o ciclo de vida.

E nunca é demais lembrar que, se tivermos sorte, todos nós acabaremos por ser pessoas idosas, o que torna esta questão não apenas académica ou institucional, mas profundamente pessoal e coletiva.

FUNDAÇÃO

**Bial**

Instituição de utilidade pública

# APOIOS À INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA 2026/2027

Tendo como objetivo incentivar a investigação centrada no ser humano saudável, nas suas dimensões física e espiritual, especialmente em temas ainda pouco explorados, mas suscetíveis de profunda e rigorosa análise científica, a Fundação Bial abre uma nova edição do programa de Apoios Financeiros a Projetos de Investigação Científica, com as seguintes características:

**1. Objeto e Objetivos** - São contempladas neste Programa apenas candidaturas referentes a Projetos de Investigação científica nas áreas da Psicofisiologia e da Parapsicologia. Os objetivos a alcançar no âmbito do Projeto de Investigação são os indicados na candidatura submetida.

**2. Destinatários** - Podem concorrer investigadores científicos, individualmente ou em equipa, com exceção dos colaboradores da Fundação Bial e de qualquer uma das sociedades que integrem o Grupo Bial. O Investigador Principal e o Coinvestigador Principal (se aplicável) com Projeto(s) de Investigação financiado(s) pela Fundação Bial ainda em curso, no âmbito dos Apoios ou do Prémio Maria de Sousa, também podem concorrer; contudo, apenas poderão usufruir do apoio financeiro ao abrigo do Programa após conclusão com sucesso do(s) mesmo(s) antes de 31 de outubro de 2027.

**3. Duração e Início** - Os Apoios têm uma duração máxima de 3 anos, com início entre 1 de janeiro e 31 de outubro de 2027.

**4. Montante e Pagamentos** - As candidaturas aprovadas beneficiam de Apoios num montante total até €60.000 (sessenta mil euros). O montante concreto será livremente determinado pela Fundação Bial, de acordo com o seu exclusivo critério, em função das necessidades específicas do Projeto de Investigação. O Apoio atribuído a cada Projeto de Investigação deve ser considerado como montante máximo, a pagar pela Fundação Bial depois de verificados os documentos de despesa submetidos, nos termos previstos no Regulamento dos Apoios Financeiros a Projetos de Investigação Científica da Fundação Bial (doravante “Regulamento”).

Os pagamentos são efetuados direta e exclusivamente à Entidade de Acolhimento, com periodicidade anual ou semestral, a definir em função da calendarização do Projeto de Investigação.

**5. Candidaturas** - As candidaturas, elaboradas em língua inglesa e de acordo com o Regulamento, devem ser submetidas até 31 de agosto de 2026 através da Plataforma de Gestão de Apoios da Fundação Bial (BF-GMS) disponível em [www.bialfoundation.com](http://www.bialfoundation.com). Não são admitidas candidaturas respeitantes a: a) Projetos de Modelos Clínicos ou Experimentais de Patologias Humanas e Terapêutica; b) Projetos que tenham como âmbito principal o comportamento alimentar, o comportamento sexual ou o exercício físico; c) Projetos de neurociência fundamental (mecanismos celulares, moleculares e bioquímicos do funcionamento cerebral) que não estejam direta e inequivocamente associados a uma medida psicofisiológica. A Fundação Bial reserva-se o direito de recusar candidaturas de Beneficiários anteriores que tenham de forma reiterada violado as suas obrigações legais e contratuais.

**6. Avaliação e Comunicação da decisão** - As candidaturas são avaliadas pelo Conselho Científico da Fundação Bial. A decisão é comunicada aos candidatos no prazo de 4 meses após o termo do período de submissão das mesmas.

**7. Regulamentação** - A submissão da candidatura implica e pressupõe a plena aceitação, sem reservas, pelo candidato dos termos e condições previstos no Regulamento, pelo qual se rege a presente edição.

O Regulamento encontra-se disponível e pode ser obtido em:



[www.bialfoundation.com](http://www.bialfoundation.com) • [info@bialfoundation.com](mailto:info@bialfoundation.com)



**17ª**  
edição

## Marketing alimentar para os menores de 16 anos

Na reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) do *European Action Network on Reducing Marketing Pressure on Children*, realizada na Noruega, em março de 2026, com a participação de 15 estados-membros da Região Europeia da OMS e onde Portugal esteve representado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), destacou-se a importância de proteger os menores de 16 anos da exposição ao marketing alimentar.

Discutiram-se os determinantes comerciais da saúde e os principais desafios associados à regulação do marketing alimentar dirigido a crianças e jovens, em especial no ambiente digital.

Foi acentuado o reforço do compromisso dos estados-membros na cooperação internacional para a implementação de estratégias e partilha de boas práticas eficazes para proteger crianças e jovens da exposição ao marketing alimentar

Foi igualmente debatida a necessidade de implementar metodologias eficazes para monitorizar esta exposição, tendo sido feito um balanço das medidas em curso nos países da rede.

Desde abril de 2019 que em Portugal a Lei n.º 30/ 2019 de 23 de abril aplica restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos. Esta lei atribuiu à DGS a responsabilidade de definir o perfil nutricional dos alimentos a limitar em matéria de marketing e publicidade dirigida a menores de 16 anos. Através do Despacho n.º 7450-A/2019, a DGS determinou os valores relativamente ao elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos *trans*.

O modelo de perfil nutricional fixado pela DGS inspirou-se no modelo da OMS – WHO Regional Office for Europe Nutrient Profile Model –, com a introdução de algumas alterações, para se alinharem os limites de vários nutrientes em diversas categorias de alimentos, com os valores definidos pela legislação da União Europeia.

Poderá ler mais sobre este assunto no *site* da DGS. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



## Tecnologia GPS na cirurgia do cancro da mama

A Unidade de Patologia Mamária da ULS da Lezíria introduziu uma tecnologia inovadora baseada em GPS para a localização precisa de tumores malignos da mama de pequenas dimensões. Esta técnica reforça a modernização dos procedimentos cirúrgicos e conduz ao abandono quase total do recurso à técnica tradicional com arpão.

Na prática clínica da Unidade, a ecografia intraoperatória é utilizada de forma sistemática como método de orientação cirúrgica. Desde outubro de 2025, esta abordagem passou a ser complementada por um sistema de marcação assistida por tecnologia Sirius, especialmente indicado para lesões ultrapequenas, cuja visualização por ecografia pode ser limitada.

“O processo inicia-se com a intervenção do médico radiologista, que identifica a lesão por técnicas de imagem e procede à colocação de um marcador no interior do tumor. Posteriormente, em contexto de bloco operatório, o cirurgião de mama recorre ao sistema Sirius, que permite detetar o marcador com elevada precisão e localizar em tempo real o ponto exato da lesão”, explica Madalena Nogueira, coordenadora da Unidade de Patologia Mamária.

De acordo com a médica, esta inovação traduz-se em benefícios clínicos e organizacionais relevantes, nomeadamente maior conforto para a doente, maior flexibilidade na programação entre marcação e cirurgia e uma localização mais precisa durante o procedimento cirúrgico. Contribui ainda para uma melhor eficiência e organização do circuito assistencial hospitalar.

Com a adoção desta tecnologia, a Unidade de Patologia Mamária da ULS da Lezíria torna-se praticamente

“*wire free*”, sendo o recurso à técnica com arpão atualmente excecional e residual.

**A Unidade de Patologia Mamária da ULS da Lezíria torna-se praticamente “wire free”.**



Madalena Nogueira

UNIDADE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E RISCO VASCULAR DA ULS DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

# Evoluindo de consulta multidisciplinar sequencial para um projeto mais abrangente, já tem ligação à comunidade, funcionando de forma integrada

O PROJETO NASCE EM PLENO VERÃO DE 2023, IMPULSIONADO PELO ENTÃO RECÉM-ESPECIALISTA TELMO COELHO E APOIADO SEM RESERVAS PELO DIRETOR DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. EMBORA BASEADA NO HOSPITAL DE SÃO PEDRO, EM VILA REAL, A ATUAL UNIDADE DE HTA E RISCO VASCULAR SERVE, OBVIAMENTE, TODA A POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA ULSTMA. D. NESTE TRABALHO, COM O QUAL SE PRETENDE DAR A CONHECER UM POUCO COMO SURTIU ESTE PROJETO E ALGUNS DOS PROFISSIONAIS NELE ENVOLVIDOS, FOI TAMBÉM RECOLHIDO O DEPOIMENTO DE DANIELA AUGUSTO, INTERNA DO 5.º ANO DE MEDICINA INTERNA, E DA ENFERMEIRA VILMA FREITAS, ENQUANTO JOANA SILVA EXPLICA, NA PRIMEIRA PESSOA, QUAL O PAPEL “ESTRUTURAL E INSUBSTITUÍVEL” DO NUTRICIONISTA NUMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR QUE ATUA NA ÁREA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. ENTRETANTO, O PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO, FERNANDO MARTOS GONÇALVES, TAMBÉM MARCA PRESENÇA NESTAS PÁGINAS, COM UM ARTIGO DE OPINIÃO EM QUE REFLETE SOBRE “O PARADOXO DE UM FATOR DE RISCO TRATÁVEL QUE CONTINUA DESCONTROLADO”, REFERINDO-SE, OBVIAMENTE, À HTA. RESTA LEMBRAR QUE É PRECISAMENTE EM MAIO QUE SE ASSINALA O DIA MUNDIAL DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, COMO SEMPRE, A DIA 17.

Natural da aldeia de Morais, em Macedo de Cavaleiros, Telmo Coelho conhece bem as particularidades da população transmontana. “As características topográficas da região, a sua demografia, bem como os hábitos alimentares e culturais, tornam a gestão do risco vascular tão imperativa quanto desafiante”, garante.

O seu interesse pela hipertensão arterial surge cedo durante o internato de Medicina Interna, que foi fazer no então CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, onde acaba por ter oportunidade de trabalhar de perto com Vítor Paixão Dias. Ora, este internista coordena a Consulta de HTA, considerada pela Sociedade Europeia de Hipertensão Centro de Excelência na área, um dos quatro que em Portugal possuem esta classificação.

“Foi, sem margem para dúvidas, o meu mentor neste campo e o responsável maior por eu ter seguido este caminho”, reconhece Telmo Coelho, que nos anos que se seguiram foi procurando aprofundar conhecimentos em matéria de HTA. Aliás, o ser distinguido como o melhor aluno da edição de 2019 da *Hypertension Summer Scholl*, organizada pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão, valeu-lhe a “oportunidade única” de estagiar, durante o primeiro trimestre de 2022, no Hôpital Européen Georges Pompidou, que possui um dos maiores centros europeus de HTA.

Concluído o internato, integra o Serviço de MI da ULSTMA em junho de 2023 e, dois meses depois, em pleno agosto, teve início a Consulta de HTA e Risco Vascular, “fruto



“A nossa Unidade funciona como um sistema integrado, onde o doente está no centro de uma rede que liga hospital e comunidade”, salienta Telmo Coelho

de um projeto pessoal que teve desde o primeiro momento a aprovação e todo o apoio do então diretor, o Dr. Fernando Salvador”. “Motivado em contribuir para a melhoria do risco vascular da população e ciente de que nada se consegue sozinho, procurei desde o primeiro momento fazer crescer a Consulta e construir pontes com outros profissionais. Ainda nesse ano, conseguimos a aquisição de um aparelho de MAPA e o apoio de técnicos de Cardiopneumologia para agendamento e realização de exames”, recorda Telmo Coelho.

**Telmo Coelho: “O ponto de partida foi a criação de uma consulta multidisciplinar sequencial, envolvendo a Enfermagem, a Nutrição e a Medicina.”**

E logo em janeiro de 2024 a colaboração foi estendida às equipas de enfermagem da Consulta Externa e do Hospital de Dia e ao Serviço de Nutrição, permitindo então a criação da denominada Unidade de HTA e Risco Vascular. “Desenvolvemos, en-

tretanto, um modelo de abordagem à hipertensão arterial centrado no doente, que evoluiu progressivamente”, frisa, acrescentando: “O ponto de partida foi a criação de uma consulta multidisciplinar sequencial, envolvendo a Enfermagem, a Nutrição e a Medicina. Esta organização permite uma abordagem global do doente hipertenso, não apenas do ponto de vista farmacológico, mas também na promoção de estilos de vida saudáveis e na capacitação para a autogestão da doença. Cada profissional intervém de forma articulada,

garantindo coerência na mensagem e reforçando a adesão terapêutica. A consulta vai além da abordagem da HTA, procurando avaliar e gerir de forma integrada os restantes fatores de risco e lesões de órgão existentes”, especifica o coordenador.

**A evolução do projeto para “uma dimensão mais abrangente”**

“O projeto evoluiu agora para uma dimensão mais abrangente, envolvendo várias especialidades, o que é fundamental dada a complexidade

e as comorbilidades frequentemente associadas à hipertensão”, afirma.

Atualmente, além da Consulta Externa, a Unidade tem presença no Hospital de Dia, com a realização de medição da pressão arterial, MAPA, ecografia à cabeça do doente, exames laboratoriais com doseamentos hormonais e a colaboração com especialidades para MCDT diferenciados: Cardiologia (ECG, ecocardiograma transtorácico e deservação renal), Radiologia (Eco Doppler, TC, RMN e angiografia) e Pneumologia (polissonografia e cessação tabágica).

Outra dimensão da Unidade prende-se com o desenvolvimento de protocolos que visem uniformizar a abordagem aos doentes, nomeadamente: de deservação renal; para utilização de IPCSK9 e inclisiran; de hiperaldosteronismo primário; e de referência pós-AVC ateroesclerótico.

Foi também iniciado recentemente um projeto de avaliação de existência de aterosclerose precoce,

TRAS-VASC, que visa a utilização de ecografia à cabeça do doente dos leitos arteriais carotídeos e femorais e score de cálcio coronário para a reestratificação de risco de doentes.

Paralelamente, adianta Telmo Coelho, “alargámos esta rede à comunidade, por exemplo, através da articulação com os cuidados de saúde primários e, em breve, com as farmácias comunitárias. É uma ligação que permite garantir continuidade de cuidados, melhorar a reconciliação medicamentosa e aproximar o sistema de saúde do dia-a-dia do doente. As farmácias, pela sua proximidade, desempenham aqui um papel particularmente relevante no apoio à adesão terapêutica”.

No seu entender, apresenta-se igualmente como um pilar essencial a formação contínua da equipa e a



Ecografia carotídea

aposta na investigação: “Procuramos não só melhorar continuamente a nossa prática clínica, mas também gerar conhecimento e partilhar resultados, contribuindo para a evolução dos cuidados em hipertensão.”

“A nossa Unidade funciona como um sistema integrado, onde o doente está no centro de uma rede que liga hospital e comunidade. O objetivo final é simples, mas exigente: melhorar o controlo da hipertensão de forma sustentada, reduzindo complicações e promovendo ganhos reais em saúde”, conclui Telmo Coelho.

**Daniela Augusto, médica interna de MI: “Um dos maiores desafios do dia-a-dia da Consulta prende-se com o incumprimento terapêutico”**

Com 32 anos acabados de fazer nos últimos dias de abril, Daniela Augusto, natural de Vinhais (Bragança),

ainda iniciou o curso de Medicina Veterinária na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, em 2012, no entanto, dois anos depois, não totalmente concretizada, decidiu alterar para Medicina, concluindo o mestrado integrado em 2020 pela Universidade de Santiago de Compostela, reconhecido posteriormente pela Universidade do Porto.

Depois de cumprir o Internato de Formação Geral na ULS de Santo António, chega à ULSTMA nos primeiros dias de janeiro de 2022, decidida a ser internista. Foi enquanto interna do 3.º ano, em 2024, que teve oportunidade de acompanhar Telmo Coelho na Unidade de HTA e Risco Vascular.

“Foi uma experiência marcante, sobretudo pelo rigor e abordagem sistemática na avaliação dos doentes,

## O papel estrutural e insubstituível do nutricionista na equipa multidisciplinar



**Joana Silva**  
Nutricionista, ULSTMA. Especialista em Nutrição Clínica (n.º ON: 1920N). Mestre em Nutrição Clínica. Administradora hospitalar

O nutricionista assume um papel central enquanto profissional responsável pela avaliação do estado nutricional, prescrição dietética individualizada e implementação de intervenções alimentares baseadas na evidência, com o objetivo de reduzir a pressão arterial e melhorar o prognóstico clínico.

A intervenção inicia-se pela avaliação nutricional sistematizada, incluindo parâmetros antropométricos, indicadores bioquímicos, dados clínicos e dietéticos, análise de sintomas gastrointestinais e avaliação do estilo de vida. Este processo segue o Nutrition Care Process, estruturado em quatro etapas: avaliação, diagnóstico nutricional, intervenção e monitorização, permitindo uma abordagem padronizada, orientada para objetivos e centrada no doente.

A intervenção nutricional baseia-se na modificação gradual de comportamentos alimentares, com ênfase na redução do sódio, no aumento do consumo de alimentos ricos em potássio e fibra, na limitação de gorduras saturadas e açúcares simples e na adoção de padrões alimentares cientificamente suportados, como a Dieta Mediterrânica.

Envolve educação alimentar estruturada, definição de metas realistas e

progressivas, ensino de competências práticas, como a leitura de rótulos alimentares e estratégias para reduzir o consumo de sal oculto, bem como acompanhamento regular para reforço positivo, prevenção de recaídas e ajuste do plano alimentar segundo as preferências, evolução clínica e contexto sociocultural do indivíduo.

**Existe uma dimensão interprofissional na abordagem da HTA, na qual o nutricionista articula com médicos e enfermeiros, no âmbito de um plano terapêutico integrado.**

Estas intervenções contribuem para a melhoria do perfil lipídico, o controlo do peso e a redução da inflamação, fatores que favorecem o controlo da pressão arterial a médio prazo. Além disso, existe uma dimensão interprofissional na abordagem da HTA, na qual o nutricionista articula com médicos e enfermeiros, no âmbito de um plano terapêutico integrado.

O papel do nutricionista na equipa multidisciplinar é estrutural e insubstituível, não apenas pela prescrição nutricional, mas também pela capacidade de converter recomendações clínicas em mudanças alimentares sustentáveis, fator determinante para o controlo longitudinal da HTA e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

precisamente estes princípios que, na minha perspetiva, devem ser basilares na prática da Medicina Interna, especialidade que escolhi com o coração”, afirma.

Foi neste contexto, e motivada pelo interesse que nela despertou, que Daniela Augusto realizou, entre-

tanto, um estágio para aprofundar conhecimentos em ecografia *point-of-care*, também com a intenção de integrar futuramente esta ferramenta na prática da consulta.

“A sua utilização permite-nos

(Continua na pág. 8)

(Continuação da pág. 7)

uma reestratificação do risco vascular, nomeadamente através da identificação de doença aterosclerótica subclínica, contribuindo para uma abordagem mais individualizada, com implicação direta na definição de objetivos terapêuticos, como o ajuste do alvo de c-LDL e, consequentemente, na adequação terapêutica”, refere.

Foi já em 2026, no seu 5.º ano de formação, que integrou a Consulta especializada de HTA e Risco Vascular, a convite de Têlmo Coelho, naquela que se tornou a sua área de eleição.

“Apesar de ainda me considerar numa fase inicial de aprendizagem, tenho vindo a perceber melhor os desafios do dia-a-dia da Consulta. Um dos que mais se destaca é, sem dúvida, o incumprimento terapêutico, que poderá estar, em parte, relacionado com o perfil relativamente jovem dos doentes que observamos, em que se denota alguma desvalori-



Daniela Augusto

zação da doença. Isso acontecerá, em certa medida, por se tratar de uma condição ‘silenciosa’, que contribui para o menor reconhecimento da sua gravidade e, consequentemente, para uma inferior adesão às recomendações prestadas”, considera Daniela Augusto.

É por isso que, na sua opinião, o trabalho desenvolvido em estreita articulação com os elementos da Enfermagem e da Nutrição “acaba por ser fundamental para uma abordagem verdadeiramente integrada”. E adianta: “Para além do contributo essencial que têm na adesão terapêutica e na modificação de estilos de vida, representam também, para mim, uma fonte constante de aprendizagem.”

Deve-se acrescentar que Daniela Augusto integra atualmente a Sociedade Portuguesa de Hipertensão e o seu Núcleo de Internos, participando em várias iniciativas, seja candidatando-se ao Prémio Missão 70/26 ou envolvendo-se em atividades de sensibilização para a HTA, com a realização de rastreios populacionais no âmbito do Dia Mundial, e em sessões de formação dirigidas aos CSP.

“Sinto que esta área, além de clinicamente exigente, tem um impacto muito relevante na prevenção de eventos cardiovasculares, o que reforça a motivação para continuar a investir na minha formação e, com grande orgulho nas minhas raízes transmontanas, poder cuidar

melhor da população desta região”, conclui.

**Vilma Freitas, enfermeira: “Esta consulta tem-me permitido encontrar um valor na enfermagem novo para mim”**

Vilma Freitas é natural de São Martinho de Anta – outrora aldeia, agora vila, no concelho de Sabrosa –, onde nasceu o médico e escritor conhecido pelo pseudónimo Miguel Torga. “Devo referir que a enfermagem me acolheu a mim antes de eu a escolher, e foi-se imbuindo dentro de mim o que é ser enfermeira, o que significa o cuidar. Com uma visão que muito se deve aos excelentes docentes e oportunidades que a Universidade Católica Portuguesa me proporcionou, sempre com o foco de um ensino da enfermagem focada no futuro”, esclarece.

Nascida em 1986, haveria de ingressar na UCP em 2004, na licenciatura de Enfermagem, no ano em que se iniciou o protocolo de integração da Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Cinco anos depois (2009) iniciava funções na

atual ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, no internamento de Neurologia / Unidade de AVC / Cardiologia, sendo que em 2019 viria a integrar a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

Como facilmente se percebe, a sua atuação baseava-se no tratamento em fase aguda, sendo que a situação se alterou quando, já a trabalhar numa realidade diferente das



Vilma Freitas



**“A contribuição da enfermagem é uma peça-chave na gestão de fatores de risco modificáveis e não modificáveis, bem como na lesão de órgãos-alvo e respetivo risco vascular”, considera Vilma Freitas.**

anteriores, no Pavilhão B - Consultas Externas, lhe foi apresentada a possibilidade de integrar a Unidade de HTA e Risco Vascular.

“Este projeto permite um acompanhamento dos utentes e a intervenção da enfermagem em fases distintas da doença, o que anteriormente não era possível, ou seja, na prevenção primária e secundária”, afirma Vilma Freitas, acrescentando:

“A existência de uma equipa multidisciplinar é fundamental e a experiência que vivi ao longo deste último ano permite-me concluir que a contribuição da enfermagem é uma peça-chave na gestão de fatores de risco modificáveis e não modificáveis, bem como na lesão de órgão-alvo e respetivo risco vascular. Temos a função de sermos profissionais de saúde de proximidade, garantindo uma abordagem contínua, educativa e personalizada.”

**A importância da consulta de enfermagem**

“A HTA, a dislipidemia, a obesidade e a DM tipo 2 representam uma

(Continua na pág. 10)

## Hipertensão arterial: o paradoxo de um fator de risco tratável que continua descontrolado



**Fernando Martos Gonçalves**  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão

Não está a ser fácil!  
Esta frase, simples e coloquial, descreve o estado atual do controlo da hipertensão arterial. Falamos de uma condição muito frequente, de

fisiopatologia bem conhecida, facilmente diagnosticável e, na maioria dos casos, controlável com uma estratégia terapêutica eficaz. Ainda assim, os níveis de controlo tensional continuam muito aquém do desejável.

A pressão arterial mede-se em milímetros de mercúrio. Mas o seu verdadeiro impacto mede-se em vidas perdidas, anos de incapacidade, famílias afetadas e custos sociais evitáveis.

É este o paradoxo: sabemos o que fazer, dispomos dos meios para o fazer, mas continuamos longe de o conseguir fazer de forma sistemática e sustentada.

Os dados internacionais mais recentes são claros. Em 2024, cerca de 1.4 mil milhões de adultos entre os 30 e os 79 anos viviam com hipertensão arterial, um número que duplicou desde 1990 e que continua a aumentar. Apesar dos progressos registados nas últimas décadas, me-

**Cerca de 80% das pessoas com hipertensão arterial permanecem expostas a um risco acrescido de AVC, EAM, IC, DRC, demência e morte prematura.**

nos de um em cada cinco hipertensos tem a pressão arterial adequadamente controlada. Isto significa que cerca de 80% das pessoas com HTA permanecem expostas a um risco

acrescido de acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença renal crónica, demência e morte prematura.

A Organização Mundial da Saúde reforça que a hipertensão arterial é responsável por uma proporção muito significativa da mortalidade global, sendo o principal fator de risco modificável para morte cardiovascular. Em 2021, a pressão arterial elevada esteve associada a mais de metade das mortes por doença renal crónica. Estes números traduzem milhões de mortes evitáveis todos os anos.

Evitáveis. Esta é a palavra-chave. Porque a hipertensão arterial não é uma patologia para a qual faltem conhecimento, instrumentos diagnósticos ou opções terapêuticas. Pelo contrário, existem estratégias

simples, custo-eficazes e amplamente disponíveis que permitem diagnosticar, tratar e controlar a maioria dos casos. O verdadeiro desafio está na implementação. Na capacidade de organizar, medir, acompanhar e sustentar programas estruturados de prevenção cardiovascular.

Perante esta evidência, a pergunta impõe-se. Porque continuamos a falhar?

Falhamos no diagnóstico precoce, na intensificação terapêutica, na adesão ao tratamento, na monitorização regular e na literacia em saúde. Falhamos, muitas vezes, na organização dos cuidados e na articulação entre cuidados de saúde primários, hospitais, farmácias, comunidade e políticas públicas.

E em Portugal?  
A prevalência da HTA mantém-

(Continua na pág. 10)

Publicações  
 justNews  
www.justnews.pt

# JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

## NÓS SOMOS MULTIDISCIPLINARES

### A PROMOVER A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE



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



(Continuação da pág. 8)

epidemia que nada mais é do que a ponta do icebergue para o surgimento de outras doenças, sendo que o nosso país apresenta um risco vascular médio”, afirma Vilma Freitas, prosseguindo:

“Na consulta de enfermagem desempenhamos várias funções essenciais que retiram carga à consulta médica, como a medição da PA seguindo as normas internacionais, com avaliação de ITB, de parâmetros biométricos (peso, altura, IMC), do risco de DM tipo II, dos restantes sinais vitais que ajudam a estratificar o risco vascular, dos sintomas de HTA e da administração de inibidores da PCSK9 em utentes com dislipidemia grave. Por outro lado, no Hospital de Dia de Medicina faz-se a colheita de sangue para a realização de diversas análises, incluindo o doseamento hormonal, e efetua-se a prova de sobrecarga salina.”

A enfermeira reconhece que um dos aspetos mais desafiadores para si prende-se com a questão da educação para a saúde: “É um teste à minha capacidade de questionar, ouvir e observar os utentes holisticamente, pois, este é um dos pilares de apoio para a consulta médica.”



Consulta de Enfermagem



Consulta de Nutrição

“Jamais posso desvalorizar a adequação de ensinso ao utente e ao seu contexto socioeconómico e emocional. Tênto descortinar se existe retaguarda familiar, fatores de stress, ansiedade, depressão e higiene do sono não adequada, entre outros fatores. Relativamente à medicação, também explico o que é, qual o efeito, horários e reações adversas mais comuns, bem como a relevância do cumprimento da terapêutica prescrita e a responsabilidade que a esse nível lhe é atribuída”, refere.

Vilma Freitas diz ser importante “perceber que a iliteracia na saúde,

**“Acontece com frequência o utente dizer que toma a medicação para a hipertensão arterial, mas não saber em que esta consiste”, comenta a enfermeira.**

infelizmente, ainda é transversal a todas as faixas etárias. Acontece com frequência o utente dizer que toma a medicação para a hipertensão arterial, mas não saber em que esta consiste. Perante isto, eu explico o que é a HTA, tão falada e tão pouco compreendida, o que se processa no nosso corpo, a etiologia e o prognóstico da mesma”.

“A pessoa necessita de compreender a doença, os seus sinais e sintomas, e de saber como realizar uma vigilância adequada da PA em ambulatório, para excluir, em alguns casos, a síndrome da bata branca; bem como estar consciente das situações em que deve procurar a ajuda de um profissional de saúde”, afirma.

E enumera a “extrema relevância” que tem o cessar ou mesmo o moderar do consumo de tabaco, de álcool ou de estupefacientes, noção que procura transmitir ao utente, ao mesmo tempo que tenta perceber qual a capacidade e o conhecimento que aquele tem para corrigir erros, procurando afastar medos e mitos.

“Também ensino as noções básicas de uma alimentação saudável, ajudo a compreender a leitura dos rótulos dos alimentos/bebidas, incentivo a redução do consumo de



**A equipa: Vilma Freitas (enf.ª), Ana Paula Dias (enf.ª chefe), Sofia Lopes (enf.ª), Ana Lúcia Ribeiro (nutric.), Telmo Coelho (médico) e Daniela Augusto (médica); ausentes na foto: Raquel Martins (médica) e Joana Silva (nutric.)**

sal, aconselho a atividade física mais adequada a cada caso e faço a gestão de stress/ansiedade e depressão. Para além disso, abordo os cuidados que estão inerentes a viagens, a adesão à vacinação sazonal segundo as práticas locais e a importância de uma higiene do sono”, explica.

Vilma Freitas está consciente de que a sua intervenção deve ter um efeito motivacional, de forma a promover uma gestão terapêutica eficaz, compreendendo as dificuldades dos utentes, nomeadamente no que respeita aos constrangimentos eventualmente causados, por exemplo, pelo próprio horário laboral, ajudando a criar estratégias. E sublinha o papel que a família tem no que concerne à prática de bons hábitos de vida, o que contribui para que o doente asuma um comportamento adequado mais consistente.

suma um comportamento adequado mais consistente.

“Mesmo quando eu tenho perante mim alguém já com uma lesão de órgão alvo e/ou outra doença de base, como o hiperaldosteronismo primário, como causa de HTA secundária, ou com uma HTA resistente que possa ser alvo de uma deservação renal, explico que a manutenção de hábitos de vida saudáveis não deve ser descartada”, diz a enfermeira, admitindo:

“A consulta tem-me permitido encontrar um valor na enfermagem novo para mim. Seja quando um utente regressa com o resultado das análises melhor, quando emagreceu 8 kg derivado dos ensinso que a equipa fez, ou quando aceitou ser acompanhado na Consulta de Cessação Tabágica e as coisas estão a resultar.”

coce de terapêutica combinada em comprimido único, titulação rápida e metas bem definidas.

A terceira é a monitorização regular, incluindo automedicação da pressão arterial, telemonitorização, seguimento estruturado e reforço da adesão terapêutica.

A quarta é a redução efetiva do consumo de sal, através de reformulação alimentar, rotulagem clara, literacia nutricional e políticas públicas sustentadas.

A quinta é o combate às desigualdades, com intervenções dirigidas às populações mais vulneráveis, às pessoas com menor literacia em saúde e aos grupos com menor acesso a cuidados de saúde.

Portugal tem condições únicas para avançar. Tem um Serviço Nacional de Saúde com cobertura ampla, profissionais qualificados, experiência acumulada em prevenção cardiovascular, sociedades científicas ativas e uma população receptiva a mensagens de saúde pública.

O que falta é transformar estes recursos em resultados consistentes.

Num mundo em que milhões de

mortes poderiam ser evitadas com intervenções simples, falhar no controlo da hipertensão arterial não é apenas um problema clínico. É uma falha coletiva de saúde pública.

Por isso, a HTA deve permanecer no centro da agenda médica, política e social. Não como um problema crónico e inevitável, mas como uma prioridade urgente, mensurável e solucionável.

Controlar melhor a HTA é uma das formas mais eficazes, mais justas e mais imediatas de salvar vidas.

Mas a pessoa não é apenas a sua pressão arterial. O risco vascular global resulta da interação de múltiplos determinantes: consumo excessivo de sal, dislipidemia, tabagismo, diabetes, obesidade, sedentarismo, sono insuficiente, poluição, exclusão social, solidão e muitos outros fatores clínicos, comportamentais e sociais.

Tratar a HTA é, por isso, muito mais do que reduzir números. É cuidar da pessoa como um todo, prevenir doença, proteger anos de vida com qualidade e construir uma resposta de saúde pública mais justa, mais integrada e mais eficaz.

## CONGRESSO WES 2026

# Novidades no tratamento da esquizofrenia aguda

Realizou-se em abril, em Lisboa, a 2.ª edição do WEs – Workshops em Esquizofrenia, um encontro científico que discutiu avanços clínicos e novas estratégias terapêuticas na abordagem da esquizofrenia, do diagnóstico à recuperação funcional.

Um dos maiores destaques foi a apresentação dos primeiros resultados do RESHAPE, uma investigação prospetiva e multicêntrica que avaliou o impacto da risperidona ISM® em doentes hospitalizados por recaídas psicóticas agudas. O estudo decorreu em cinco países europeus, incluindo Portugal, e acompanhou 275 doentes em contexto real de internamento, constituindo-se como o único antipsicótico injetável de longa duração estudado especificamente na fase aguda da esquizofrenia.

**A utilização precoce deste injetável pode reduzir a duração do internamento e reforçar a continuidade terapêutica após a alta.**

“Os dados do RESHAPE mostram que a risperidona ISM® atinge níveis terapêuticos eficazes em apenas 12 horas após a injeção, permitindo uma estabilização mais rápida e uma tomada de decisão mais segura durante o internamento”, segundo Christoph U. Correll, investigador principal do estudo, que adianta:

“Estes resultados sugerem que a utilização precoce deste injetável pode reduzir a duração do internamento e reforçar a continuidade terapêutica após a alta, beneficiando tanto doentes como profissionais.”

O estudo mostra ainda tendências positivas na funcionalidade social, na satisfação com o tratamento e na relação terapêutica, acompanhadas por um perfil de tolerabilidade consistente em contexto clínico real.

O WEs 2026 reuniu um painel de especialistas que incluiu Celso Arango (Espanha), referência em psicoses de início precoce, Mikkel Højlund (Dinamarca), perito em antipsicóticos e dados reais, Elias Wagner (Alemanha), especialista em esquizofrenia resistente, e Miquel Bique (Espanha), investigador em biomarcadores.

Maria João Heitor, Nuno Madeira, Ricardo Moreira e Ricardo Caetano foram os psiquiatras portugueses que integraram o Comité Científico deste Congresso, que foi promovido pelos Laboratórios Farmacêuticos ROVI.

Para além da apresentação completa dos resultados do estudo RESHAPE, houve oportunidade de debater, nomeadamente, o diagnóstico, a recuperação e a continuidade de

cuidados na área específica da esquizofrenia. Uma sessão Hot topic contemplou a polifarmácia antipsicótica e a resistência terapêutica.

O programa do evento incluiu

também um workshop interativo de análise de um caso clínico e uma mesa-redonda sobre inclusão social e articulação entre saúde mental e setor social.



**LUÍSA PINTO, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA E MEDICINA MATERNO-FETAL:**

# “Não podemos perder de vista a dimensão humana que marca a nossa profissão”

PARA A PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA E MEDICINA MATERNO-FETAL (SPOMMF), IMPORTA TER PRESENTE QUE “AS MULHERES DE HOJE PROCURAM, ALÉM DE SEGURANÇA CLÍNICA, INFORMAÇÃO CLARA, RESPEITO PELAS SUAS ESCOLHAS, EMPATIA E CUIDADOS INTEGRADOS”.

A transmissão de um vídeo marcou o início da sessão de abertura da Reunião da Primavera da SPOMMF, que se realizou em Peniche dias 17 e 18 de abril. Luísa Pinto, que assumiu no princípio do ano a presidência desta Sociedade, acompanhou com algumas reflexões as imagens de um parto que estavam a ser projetadas, reconhecendo que, sendo esse “um dos momentos mais marcantes da vida, por fazer parte da nossa rotina, corremos o risco de o banalizar”.

No entanto, sublinhou, “para quem o vive, é sempre único, marcado por uma enorme intensidade fi-

dições para que este momento seja vivido com segurança, dignidade e respeito.”

Após dar as boas-vindas aos mais de 250 participantes na Reunião da Primavera da SPOMMF, Luísa Pinto fez questão de lembrar que a Sociedade a que preside “assume-se como voz técnica, ética e independente na promoção da qualidade dos cuidados obstétricos, no investimento na formação contínua e no apoio à investigação”. Contribuindo, afinal, para que a Medicina Materno-Fetal em Portugal “continue a evoluir com solidez, responsabilidade e visão”.



Luísa Pinto

sica e emocional, por um equilíbrio entre vulnerabilidade e força, incerteza e esperança”. E frisou: “Cabe-nos garantir a segurança, antecipar o risco e intervir quando necessário, sem ocupar o centro da cena. A nossa presença deve ser competente, serena e discreta, criando as con-

Mas também quis deixar expresse que a SPOMMF representa “uma força social”, afirmando: “Devemos ter consciência de que, individual ou coletivamente, o nosso trabalho tem impacto na saúde das mulheres, das famílias e da sociedade.”

## Um mandato de 3 anos para cumprir

Foi em Assembleia-Geral Eleitoral realizada no decorrer do 7.º Congresso Nacional da SPOMMF, em novembro de 2025, no Porto, que ficou validada a eleição de Luísa Pinto. A diretora do Serviço de Obstetria da ULS de Santa Maria e professora da FMUL sucedeu a

Nuno Clode, com um mandato de três anos para cumprir. Por inerência do cargo, é agora também vice-presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetria e Ginecologia (FSPOG), presidida por Diogo Ayres de Campos.



**O desafio: “conseguir que o progresso caminhe lado a lado com o respeito e a individualização dos cuidados”**

“A Medicina Materno-Fetal encontra-se no centro de avanços científicos determinantes: da genómica à inteligência artificial, à telemedicina e à monitorização remota”, referiu. Contudo, logo acrescentou que, “à medida que avançamos tecnologicamente, não podemos perder de vista a dimensão humana que marca a nossa profissão”.

“As mulheres de hoje procuram, para além de segurança clínica, informação clara, respeito pelas suas esco-

a lado com o respeito e a individualização dos cuidados.”

A escolha do tema para a Reunião da Primavera de 2026 – “Desafios no intraparto, entre a segurança e a autonomia” – encontra justificação precisamente no facto de, especificou Luísa Pinto, o Bloco de Partos ser “o lugar onde quatro pilares se cruzam de forma decisiva: Ciência, Comunicação, Treino e Respeito”.

E enumerou a necessidade de a prática clínica dever assentar “na melhor evidência possível”; a importância da comunicação entre profissionais, “mas também com a mulher e a sua família”; a questão do treino individual e em equipa, com o recurso à



**Direção da SPOMMF: Pedro Rocha, Mónica Centeno, Luísa Pinto, Carla Ramalho e Miguel Branco**

lhas, empatia e cuidados integrados”, salientou a presidente da SPOMMF, para adiantar: “Este é, talvez, o grande desafio para o presente e para o futuro: conseguir que o progresso científico e tecnológico caminhe lado

simulação, “porque a segurança não se improvisa”; e a imprescindibilidade de “colocar a mulher no centro, respeitando a sua autonomia, valores e contexto, mesmo quando o tempo é curto e a pressão elevada”.



**Luísa Pinto e Diogo Ayres de Campos**

## Órgãos Sociais da SPOMMF 2026-2028

**DIREÇÃO**  
**Presidente**  
Luísa Pinto (Lisboa)  
**Vice-presidente**  
Carla Ramalho (Porto)  
**Secretário-geral**  
Miguel Branco (Coimbra)  
**Tesoureiro**  
Pedro Rocha (Almada)  
**Vogal**  
Mónica Centeno (Lisboa)

**ASSEMBLEIA-GERAL**  
**Presidente**  
Jorge Lima (Lisboa)  
**Secretárias**  
Maria do Céu Almeida (Coimbra)  
Inês Sarmento Gonçalves (Matosinhos)

**CONSELHO FISCAL**  
**Presidente**  
Elsa Nunes (Covilhã)  
**Vogais**  
Bruno Carrilho (Lisboa)  
Rodrigo Mata (Portimão)

## Nova coordenadora do NEGERMI quer “aproximar ainda mais a Geriatria da prática diária da MI”

“O que nós queremos nesta nova coordenação do NEGERMI é procurar aproximar ainda mais a Geriatria da prática diária da Medicina Interna”, afirma Rafaela Veríssimo, que iniciou em janeiro um mandato de 2 anos para cumprir à frente de um dos núcleos mais ativos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

A especialista da ULS de Gaia e Espinho, onde coordena a Unidade de Orto geriatria, uma das poucas estruturas nesta área disponíveis nos hospitais portugueses, justifica o facto de o Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI considerar o objetivo apresentado como prioritário:

“Os nossos doentes são cada vez mais velhos, com mais medicação, mais frágeis, e, portanto, a Geriatria tem de ser uma competência transversal e essencial à Medicina Interna.”

Nesse sentido, “neste novo ciclo do NEGERMI, queremos divulgar boas

práticas em Geriatria que sejam aplicáveis no dia a dia do internista e dar visibilidade a temas geriátricos como a fragilidade e a polimedicação, nomeadamente, aquando da transição de cuidados para os médicos de família”.



Rafaela Veríssimo

Para Rafaela Veríssimo, que tem desde 2018 a competência de Geriatria atribuída pela Ordem dos Médicos e integra, aliás, a atual Direção do respetivo Colégio, “é preciso valorizar o médico internista no cuidado da pessoa mais velha e daí a nossa decisão de criar alguns espaços de reflexão e de partilha de experiências com toda a MI”.

A realização de reuniões *online* denominadas “Open Sessions” mantém-se, “mas investindo mais na interação com colegas internistas de outros nú-

cleos da SPMI, partilhando conceitos de doença aguda mas também vendo como ela se manifesta no doente mais velho. Até porque é necessário reestruturar o sistema, com a prestação de cuidados mais geriátricos”.

Destacando a circunstância de nos últimos anos terem sido implementadas políticas de saúde visando o envelhecimento saudável, Rafaela Veríssimo diz que também é missão do NEGERMI envolver-se na redação de propostas técnicas que vão de encontro a essa estratégia.

“Podemos e devemos ter aqui alguma intervenção, no sentido de promover a prevenção de síndromes geriátricas e contribuir, por exemplo, para a redução da ida dos doentes mais velhos à urgência hospitalar e diminuindo a tendência para a sua institucionalização”, afirma.

Adianta ainda que o facto de o NEGERMI ser o representante de Portugal na Sociedade Europeia de Medicina Geriátrica “também faz com que, nesta matéria, estejamos muito próximos da realidade de cada um dos vários países europeus”.

Rafaela Veríssimo é a quarta coordenadora na história do NEGERMI. Criado em 2009, o Núcleo teve como primeiro responsável Manuel Teixeira Veríssimo, que viria depois a presidir à própria SPMI. Seguiram-se-lhe no cargo João Gorjão Clara e, mais recentemente, Sofia Duque.

## Cardiologia do Hospital da Luz Setúbal promoveu mais um Cardiovolution

As diferenças entre homens e mulheres nas doenças do coração, como deve o médico proceder perante os problemas colocados por algumas terapêuticas quando não há orientações científicas claras, a importância do *check-up* cardiovascular e as mudanças na abordagem da HTA resistente foram alguns dos

com a excelência clínica e com a formação contínua das nossas equipas”.

O programa arrancou com um *workshop* muito participado – “O teatro da decisão: casos clínicos que marcam!” –, que colocou os participantes no centro da tomada de decisão clínica. Um tema em debate visou as mudanças que a IA está a introduzir na prática clínica e também na relação médico-doente.

Na sessão “Ask Me Anything”, a equipa de Cardiologia do Hospital da Luz Setúbal foi desafiada a responder, a comentar e a debater as questões colocadas pelos participantes.



José Ferreira Santos

temas discutidos na última edição do Cardiovolution, o encontro sobre medicina cardiovascular promovido todos os anos pela equipa de Cardiologia do Hospital da Luz Setúbal e que junta cardiologistas, internistas e médicos de MG.

Como sublinha o cardiologista José Ferreira Santos, diretor clínico do Hospital da Luz Setúbal, “este evento reflete o nosso compromisso



**Comissão Organizadora: Rita Carvalheira dos Santos, Rita Marinheiro, Ana Rita Rodrigues, Lígia Mendes, José Ferreira Santos, Duarte Espregueira Mendes, Rita Ventura, Sérgio Lourenço Madeira e (ausente na foto) Francisco Moscoso Costa**



## CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA

**21 • 23 OUTUBRO 2026**  
CENTRO CONGRESSOS ESTORIL



[26.spp-congressos.pt](https://26.spp-congressos.pt)



### A NOVA APP para Gestão da Diabetes



Prática e simples de usar  
**DESCARREGUE JÁ**





Medidor de Glicemia + Cetonemia



**NOVO MEDIDOR**  
com as MESMAS TIRAS



PARTILHANDO O “EDIFÍCIO DA AMOROSA”, EM GUIMARÃES, COM OUTRAS UNIDADES DE CSP, INTEGRA A ULS DO ALTO AVE

# Recém-nascida e com uma equipa coesa, USF Berço acolhe médicos do hospital para consultas descentralizadas e discussão de casos

UMA EQUIPA COMPLETA, ESTÁVEL E PREDOMINANTEMENTE FEMININA, COM APENAS UM ELEMENTO DO SEXO MASCULINO, EM QUE 7 MÉDICAS, 7 ENFERMEIRAS E 5 SECRETÁRIOS CLÍNICOS SERVEM UMA POPULAÇÃO DE PRATICAMENTE 12.000 UTENTES. EIS A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR BERÇO, COORDENADA PELA MÉDICA DE FAMÍLIA JOANA NUNO E CUJOS PROFISSIONAIS TRANSITARAM TODOS DA UCSP AMOROSA, QUE SE MANTÉM NO MESMO IMÓVEL DE DOIS ANDARES AINDA HOJE CONHECIDO EM GUIMARÃES COMO O “EDIFÍCIO DA AMOROSA”. FAZER NASCER ESTA USF NÃO FOI TAREFA FÁCIL, MAS VALEU A PERSISTÊNCIA DAQUELA QUE É A SUA MÉDICA COM MAIS IDADE E QUE NÃO PENSA EM DEIXAR DE TRABALHAR ENQUANTO CONSIDERAR QUE PODE SER ÚTIL. DE SUBLINHAR QUE A ESTRATÉGIA DE APROXIMAR OS DOIS NÍVEIS DE CUIDADOS ABRANGE TODAS AS UNIDADES DE CSP DA ULS DO ALTO AVE, SENDO O ABRIR DE PORTAS DA USF BERÇO AOS ESPECIALISTAS HOSPITALARES APENAS UM EXEMPLO DO QUE SE PASSA NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DAQUELA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.

Uma vez feito o exame final do internato médico, em março de 2020, Joana Nuno ainda esteve uns meses na USF Gualtar, em Braga, antes de começar a trabalhar em Guimarães, em outubro desse ano, para integrar a Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados Amorosa, tendo ficado com a lista de uma médica que se aposentara. “Uma lista antiga, já muito bem trabalhada”, sublinha.

Consciente de que teria que conquistar a confiança de utentes há tanto tempo acompanhados pela mesma médica, Joana Nuno, então com apenas 30 anos acabados de fazer, sabia que tinha de fazer uso de três armas para si essenciais: a competência, a empatia e a humanidade.

Recorda que a sua lista de utentes “era mesmo muito envelhecida, com natural complexidade em termos de morbilidade, multipatologia e necessidade de ajuste frequente da terapêutica”. Mas o tempo passou e agora... “já os conheço bastante bem, a eles e às famílias, o que torna muito mais fácil definir a intervenção adequada a cada situação”.

Passados 6 anos, e como se compreenderá, os utentes de Joana Nuno continuaram a envelhecer. Daí que a uma lista mais pequena do que o habitual (1560 pessoas) acabem por corresponder muitas unidades ponderadas e também a necessidade de se fazerem mais domicílios.

Deve dizer-se que foi apenas à ter-

ceira tentativa que o processo de criação da USF Berço teve um final feliz, com a apresentação da candidatura no início de setembro de 2024, umas duas semanas antes de aquela que viria a ser a coordenadora da Unidade regressar da sua licença de maternidade. Joana Nuno lembra que estava fisicamente ausente da UCSP quando lhe ligaram a perguntar se “alinhava” no projeto e lhe disseram quem formava a equipa. E nem sequer viria a estar presente na reunião em que foi eleita coordenadora.

**Joana Nuno: “Senti que estava aqui um grupo muito coeso e com vontade de trabalhar em função dos nossos utentes.”**

“Houve pessoas que votaram em mim sem me conhecerem e, por isso, a primeira coisa que fiz quando regresssei ao trabalho foi, naturalmente, agradecer o voto de confiança que me tinham dado para desempenhar uma tarefa que é tão desafiante. Mas senti que estava aqui um grupo muito coeso e com vontade de trabalhar

em função dos nossos utentes”, afirma.

Note-se que todos os médicos, enfermeiros e secretários clínicos da USF Berço transitaram da UCSP Amorosa, incluindo Fátima Albuquerque, que a coordenava, embora três das médicas de família fossem aquisições recentes, tendo iniciado funções quando Joana Nuno não estava presente.

A equipa da UCSP, incluindo os dois médicos que se mantiveram nessa estrutura, mudou-se entretanto para o piso inferior do edifício quando a USF Berço iniciou atividade. Segundo a coordenadora, as instalações são adequadas às necessidades



da Unidade, apesar de no mesmo edifício funcionarem, para além de duas valências da URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (Podologia e Medicina Dentária), a USF Amorosa XXI, com início de atividade em outubro de 2014, e a

USF São Nicolau, criada em julho de 2008, cada uma delas com uma estrutura de profissionais ligeiramente superior à da USF Berço.

**“Ganhei um gosto muito especial em lidar com idosos”**

Joana Nuno reconhece que a escolha da MGF teve muito que ver com a “transversalidade” desta especialidade, ou seja, “a possibilidade de ver igualmente grávidas e crianças e de poder acompanhar as pessoas ao longo da vida”. No entanto, devido à particularidade da sua lista de utentes, acabou por “ganhar um gosto muito especial em lidar com idosos”, que, no seu entender, “constituem um desafio diário”.

E mais: “Fiz algumas formações na área da Geriatria e, hoje em dia, sinto-me bastante mais interessada no seguimento da população mais velha! Para além de reconhecer que estes utentes nos dão um *feedback* indescritível, porque ficam muito agradecidos quando veem que a nossa intervenção lhes fez bem.”

**O tempo disponível para consulta é que parece nunca ser suficiente, lamenta a médica: “Atraso-me sempre, sempre! É um problema crónico!”**

O tempo disponível para consulta é que parece nunca ser suficiente, lamenta a médica: “Atraso-me sempre, sempre! É um problema crónico! O que tento fazer é ter algumas consultas um pouco mais longas, de meia hora, destinadas precisamente aos idosos mais frágeis, mas, mesmo assim, atraso-me!”

Relativamente ao projeto denominado “Descentralização de Con-



sultas Hospitalares para os CSP”, implementado pela ULS do Alto Ave e que no caso da USF Berço estão envolvidas as especialidades de Urologia e de Pediatria, a coordenadora aplaude a iniciativa. Desde logo por, ao realizarem-se consultas hospitalares fisicamente em unidades de CSP,

“tal promove a proximidade entre os profissionais dos dois níveis de cuidados”.

Quando esta reportagem foi realizada, o urologista José Preza Fernandes atendia os doentes que

**JOANA NUNO, COORDENADORA DA USF BERÇO: “Não uso bata desde o internato”**

Foi um estágio realizado no 6.º ano da faculdade que fez despertar em Joana Nuno uma paixão muito forte pela Medicina Geral e Familiar. Pela MGF e até pela prática clínica, admite a coordenadora da USF Berço, que reconhece ter decidido formar-se em Medicina “a pensar na vertente do ensino”.

ríodo de 2 anos noutro local, aliás, não muito distante: Braga. Foi precisamente aqui que se formou, na Escola de Medicina da Universidade do Minho, curso que terminou em 2014.

Mas a Medicina seria já uma ideia antiga?

“Essa é uma boa questão! Na



Joana Nuno nasceu em Guimarães no dia 8 de junho de 1990 e bem se pode dizer que sempre viveu na Cidade Berço de Portugal, pois, apenas residiu um curto pe-

**“O Dr. Dinis Brito fez-me apaixonar pela MGF, pela forma como comunicava com os utentes. E foi quem me ajudou a perceber como esse aspeto pode ter um impacto tão grande na vida das pessoas.”**

verdade, sempre me imaginei no papel de professora, a ensinar, e senti que na Medicina poderia ter oportunidade de o fazer”, explica. Isso até veio a acontecer, sendo assistente convidada na Universidade do Minho. No entanto, a paixão pela clínica haveria de surgir. E foi tão forte que, como faz questão de sublinhar, “não me imagino a fazer outra coisa, embora acabe por conciliar essa atividade com o ensino”.

O tal estágio feito no último ano da faculdade levou Joana Nuno até uma UCSP em Braga – cuja equipa viria a concretizar, meses depois, a criação da USF 7 Fontes –, onde conheceu o médico de família Dinis Brito. “Ele fez-me apaixonar pela MGF, pela forma como comunicava com os utentes. E foi quem me ajudou a perceber como esse aspeto pode ter um impacto tão grande na vida das pessoas”, recorda, prosseguindo:

“Sentia-se na consulta a confiança que nele depositavam, a forma como a ele recorriam para colocar

(Continua na pág. 16)



(Continuação da pág. 15)

questões e esclarecer dúvidas. O Dr. Dinis Brito comunicava de forma muito livre e não usava bata. Aliás, desde o internato que eu própria não uso bata, o que na minha opinião contribui para se criar uma ligação mais próxima com as pessoas.”

De referir que, para “substituir” a bata, Joana Nuno foi pesquisando *online* e acabou por encontrar um modelo de *T-shirt* com que se identifica. Esclarece ter vários exemplares, um deles a pensar nos utentes mais pequenos, “com boquinhos”...

Quando terminou o internato do Ano Comum, feito no Hospital Senhora da Oliveira, em Guimarães, estava decidida a ser “uma muito boa médica de família”, até como reação ao que ouvia dizer (“A MGF é a especialidade mais fácil de fazer mal feita e mais difícil de fazer bem feita”). Com uma nota que lhe permitia escolher, “apresentou-se” na USF 7 Fontes, no início de 2016, para fazer o seu internato de MGF tendo como orientador de forma-

ção... Dinis Brito! E seguiram-se 4 anos a testemunhar “a forma empática e humana como eram prestados os cuidados”!

Abra-se aqui um parêntesis para esclarecer que o mundo da Medicina e, em particular, da Medicina Geral e Familiar, não era de forma alguma desconhecido para si. Na altura em que escolheu MGF, a sua irmã mais velha (quatro anos de diferença) estava a finalizar o internato e a sua madrinha já era médica de família há uma meia dúzia de anos!

Casada com um ortopedista, mãe de uma menina com 2 anos e a meio de um projeto de doutoramento, importa acrescentar que Joana Nuno estava no último ano da faculdade, em 2013, quando integrou o coro The Bjazz Choir, criado pouco tempo antes. Com perto de duas dezenas de elementos, é a única médica do grupo.

“Sou soprano, canto as notas mais agudas”, esclarece. Com ensaio todas as segundas-feiras, entre as 19h30 e as 21h, as presenças em festivais e outros eventos vão-se sucedendo.

(Continuação da pág. 15)

estavam agendados para esse dia num gabinete da USF Berço e não no Hospital Senhora da Oliveira. Joana Nuno aproveitou para o interperlar pessoalmente e, “em 5 minutos, tirar uma dúvida relacionada com um utente que até já era seguido na Urologia e conseguir assim orientá-lo rapidamente”.

Deve acrescentar-se que, na sequência deste projeto, surgiu posteriormente um outro – intitulado “Equipas Multidisciplinares de Integração de Cuidados” – que visa exatamente a discussão de casos em que, explica a coordenadora, “achamos que não se justifica a referênciação para o hospital, mas, contudo, ficamos na dúvida sobre qual a melhor forma de abordar o problema”.

**FÁTIMA ALBUQUERQUE, MÉDICA DE FAMÍLIA:**

## “Acho que consigo ainda dar algum préstimo pela minha experiência de 40 anos de medicina”

A médica Fátima Albuquerque aparenta ser, claramente, uma daquelas pessoas que vai à luta e não desiste enquanto não atinge o objetivo pretendido. Para além de que, embora estando a poucos meses de fazer 69 anos, o que acontecerá no mês do Natal, a 8 de dezembro, garante: “Ainda não estou cansada de trabalhar!”

Natural de Braga, diz que “desde pequenina” queria ser médica. Desejo esse que acabou por concretizar. Já tinha um irmão a estudar Engenharia em Coimbra quando em 1976, tinha então 18 anos, rumou à cidade do Mondego para iniciar o curso de Medicina, que terminaria em 1982. Diz que ali foi encontrar “o melhor ambiente que poderia ter tido, uma união muito grande entre os estudantes e um enorme espírito de ajuda”.

Saltando um pouco para a frente no tempo, Fátima Albuquerque recorda que começou a exercer medicina de forma autónoma no início de janeiro de 1986, tendo sido colocada na



serra do Caramulo, mais precisamente no Posto Médico de São João do Monte: “Nessa altura, as nossas condições eram muito mazinhas. Estávamos instalados por cima de um curral de vacas, onde havia desde moscas a muita outra coisa...”

Avançando mais uns quantos

“Há uma calendarização já estabelecida até ao final do ano, envolvendo as especialidades de Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Medicina Física e de Reabilitação, com dias definidos para deslocação à nossa Unidade de um colega de cada uma dessas áreas. O que não quer dizer que, tendo nós já um certo número de casos de uma determinada especialidade que gostaríamos de discutir, não se agende uma reunião fora do plano existente”, esclarece a médica.

**Natália Freitas, enfermeira de família: “Como eu costume dizer, deixámos de ser um conjunto de elementos e passámos a ser uma equipa”**

Ao contrário do que habitualmente sucede com quem termina o curso de enfermagem, Natália Freitas, 45 anos, entrou diretamente nos CSP, onde se mantém há mais de 20 anos. Especializou-se em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e os CSP continuaram a ser a sua área de eleição para a prática de cuidados.

Após concluir o ensino superior no Instituto Piaget, em Macedo de Cavaleiros, em julho de 2003, traba-

lhou um ano no Centro de Saúde de Felgueiras. Transitou depois para o CS de Guimarães, onde permaneceu quatro anos na extensão de Serzedo, até 2008. No verão desse ano chega ao CS da Amorosa.

**Natália Freitas**

A sua saída da extensão de Serzedo aconteceu porque o horário não era compatível com o desafio que resolveu abraçar nessa altura de se tornar especialista na área já referida, título que obteve em 2010. No entanto, “mantive-me sempre como enfermeira de família porque o que eu gosto realmente é de poder prestar toda uma diversidade de cuidados, do recém-nascido ao idoso, embora tenha uma qualificação diferenciada para lidar com grávidas”.

Reconhecendo que, entretanto, foi recebendo convites para integrar algumas USF, algo a fez permanecer na UCSP Amorosa: “Acho que era realmente porque tinha que ficar aqui e fazer parte do nascimento da USF Berço. Eu penso que tudo acontece por alguma razão! Nós começámos a ser uma equipa, a trabalhar todos para o mesmo e, efetivamente, conseguimos que o projeto fosse avante.”

E será que os profissionais se dão bem?

“Muito bem! Como eu costume dizer, com a criação da USF, deixámos de ser um conjunto de elementos e pas-



## Natália Freitas: “Temos gente muito nova, mas disposta a colaborar, a aprender.”

sámos a ser uma equipa. Trabalhamos todos para o mesmo, com idêntico objetivo. E o certo é que o *feedback* que vamos tendo, a todos os níveis, um



ano depois do início de atividade, é muito bom. Temos gente muito nova, mas disposta a colaborar, a aprender. E isso faz com que os nossos resultados demonstrem o que acabo de dizer.”

“Já queríamos há muito tempo que essa transição para USF acontecesse, mas havia sempre um entrave que surgia, um obstáculo que se colocava, alguma coisa que não ajudava. Mas, felizmente, chegou o dia em que tudo se alinhou e nós conseguimos arrancar com a USF Berço. Tivemos a visita da ERA a 28 de fevereiro de 2025, que deu logo como aprovado o parecer técnico para o início de atividade como USF modelo B a partir do dia seguinte, 1 de março”, refere Natália Freitas, que integra o Conselho Técnico da Unidade.

A sua lista de utentes, que tem como médica de família a coordenadora da USF Berço, é antiga e, por isso, mostra-se envelhecida e com índice de

complexidade aumentado. Essa lista é basicamente a mesma que a enfermeira já seguia há muitos anos na UCSP Amorosa com a médica Fernanda Macedo, que entretanto se aposentou, tendo Joana Nuno “herdado” o ficheiro.

“Há pessoas que hoje estão grávidas e que já foram minhas utentes enquanto adolescentes”, comenta Natália Freitas, com um ar visivelmente agradado. E mais: “É bom às vezes acontecer, em consulta, eu olhar para um adolescente com 15 ou 16 anos e dizer-lhe: ‘Ah! Fui eu que te fiz o teste do pezinho!’”

**Catarina Gomes, médica de família: “A ideia é desenvolvermos aqui na Unidade um rastreio para diagnóstico de fragilidade provável”**

Catarina Gomes viu-lhe ser atribuído o título de especialista em

**JOSÉ PREZA FERNANDES, UROLOGISTA:**

## “Os doentes encaram com total naturalidade ter uma consulta de Urologia num centro de saúde”

O projeto implementado na ULS do Alto Ave arrancou no verão de 2024 e, portanto, há perto de 2 anos que, um dia por semana, o urologista José Preza Fernandes, 44 anos, dá consultas da sua especialidade no “Edifício da Amorosa”. Nos primeiros tempos na UCSP e, desde a sua criação, em março de 2025, na USF Berço. Aliás, há um segundo dia na semana em que também ali se realizam consultas desta área, asseguradas por um colega do mesmo Serviço de Urologia.

Pode-se afirmar que todos estão satisfeitos com a concretização de uma ideia que partiu do Conselho de Administração desta ULS e que envolve várias especialidades hospitalares e muitas unidades de cuidados de saúde primários que integradas na Unidade Local de Saúde do Alto Ave. “Descentralização de consultas hospitalares para os CSP” foi o nome dado ao projeto, que não deixa margem para dúvidas sobre em que consiste.



que tenham entre mãos do foro da Urologia e, como sublinha José Preza Fernandes, “esta proximidade física com os colegas dos CSP permite resolver algumas situações sem necessidade de referênciação para o hospital”.

O nosso entrevistado é um dos 8 urologistas do Hospital Senhora da Oliveira, onde chegou em 2014, depois de concluir o internato da especialidade no Hospital de Santo António, no Porto. Consta que o seu



que se conhece, isto é, o início de atividade em março de 2025.

“Quem chegava acabava por ficar pouco tempo e, não havendo uma estabilidade a nível dos profissionais, isso comprometia a candidatura à formação da USF. Ora, nós as duas não tínhamos qualquer outro projeto em vista. Sabíamos que queríamos permanecer no SNS, vivíamos aqui perto e se os colegas nos aceitassem na equipa seria ótimo!”, recorda Catarina Gomes.

Nascida em Guimarães há 32 anos, admite a influência que o seu irmão mais velho (13 anos de diferença) teve relativamente à decisão de também querer ser médica, embora não tenha optado pela mesma

Serviço aceitou a proposta da Direção Clínica da ULS para integrar o projeto e cada um dos especialistas envolvidos começou a realizar um dos dois períodos de consulta semanais na USF Berço.

O médico esclarece que o agendamento de uma consulta para um local físico que não está dentro do hospital tanto pode envolver um utente de primeira vez como quem já anda a ser acompanhado na Urologia. Sendo certo que, tratando-se de uma consulta que possa implicar a realização imediata de algum exame, é natural que a mesma seja marcada para o hospital.

“Os utentes que pertencem à USF Berço até ficam satisfeitos pelo facto de a consulta se efetuar num espaço que conhecem bem. Já os que são de fora mostram alguma estranheza, mas logo no início da consulta nós explicamos que somos urologistas e que estamos a fazer a consulta como se fosse no hospital, só que está descentralizada, embora dentro da mesma ULS. Mas acabam todos por encarar com naturalidade que ela se realize num centro de saúde”, refere José Preza Fernandes.

O urologista destaca como sendo “uma das grandes mais-valias desta nossa presença física na USF a possibilidade de um colega médico de família vir ter connosco para esclarecer um caso que tenha relativamente a um seu utente”. E prossegue: “Nós estamos obviamente disponíveis para analisar a situação, seja em termos de orientação terapêutica ou de eventual referênciação para o hospital.”

MGF na mesma altura que a sua colega Raquel Estebainha – ali pela primavera de 2024 – e logo a seguir as duas começaram a trabalhar na UCSP Amorosa. Analisados os factos, pode-se concluir que a circunstância de nenhuma delas ter, na altura, qualquer perspetiva de convite para integrar outra unidade terá contribuído, de alguma forma, para que o processo de criação da USF Berço avançasse, finalmente, com o êxito

(Continua na pág. 18)

(Continuação da pág. 17)

to iniciou o mestrado em Geriatria, que a levava até Coimbra às sextas e sábados, e no 4.º ano teve a possibilidade de fazer um estágio de 2 meses na mesma área em Madrid, no Hospital Clínico San Carlos.

“Fui aprender como se faz a abordagem ao doente idoso e como se realiza a avaliação geriátrica, contactando com as diferentes valências. Desde ver o ortopedista a lidar com



Catarina Gomes

uma fratura da anca até observar o fisiatra a ensinar o doente a subir e a descer uma escada, acompanhando uma equipa a fazer um domicílio e assistindo à intervenção do cardiologista, do oftalmologista, do ginecologista ou do oncologista”, descreve Catarina Gomes, que obteve, entretanto, a competência de Geriatria, atribuída pelo respetivo Colégio da Ordem dos Médicos.

## Catarina Gomes: “Temos que estar sempre alerta quando nos deparamos com um utente que apresenta um aspeto frágil.”

Com toda uma formação orientada para a Geriatria, não deixa de ser irónico que os utentes da sua lista – que trabalha em microequipa com a



enfermeira Cláudia Abreu e o secretário clínico Jorge Freitas – tenham uma idade média de... 34 anos! Mas a médica reage comentando ser essa “a grande vantagem da MGF, que me permite estar sempre a aprender”. E é para responder àquilo que diz ser o seu “défice em saúde infantil” que está neste momento a fazer uma formação promovida pela Sociedade Portuguesa de Pediatria. Compreende-se que o seu ficheiro incluía

muitas crianças: houve uma altura em que chegou a ter 32 grávidas em seguimento.

Contudo, não deixa de ir procurando sensibilizar as colegas da Unidade para a questão da síndrome da fragilidade no idoso, a sarcopenia, a osteoporose, as quedas... “Temos que estar sempre alerta quando nos deparamos com um utente que apresenta um aspeto frágil”, diz. E aponta para a porta do seu gabinete, onde tem afixado a *Short Physical Performance Battery*, uma bateria de três testes funcionais que em poucos minutos lhe permite ter a noção de qual o risco de queda de um utente e que exercícios lhe devem ser recomendados.

E o seu entusiasmo pela Geriatria não esmorece: “A ideia é tentarmos desenvolver um protocolo de investigação com o objetivo de realizarmos aqui na USF Berço um rastreio para o diagnóstico de situações de fragilidade provável, embora não tenhamos, neste momento, a possibilidade de realizar o exame de bioimpedância. Acho que seria muito interessante, desde logo para os próprios utentes, identificar quem poderá ter a síndrome de fragilidade.”

### Um projeto piloto desenvolvido em parceria com a Harvard Medical School

Entretanto, desde maio de 2025 que a USF Berço integra um conjunto de unidades da ULS Alto Ave selecionadas para um projeto piloto desenvolvido em parceria com a Harvard Medical School. Denominado equipa de Aprendizagem Aplicada

período curto do seu dia (uma questão de poucos minutos) em dois momentos, o primeiro dos quais decorre nas primeiras horas da manhã, com uma avaliação diagnóstica da equipa, feita pelo elemento responsável pela dinamização das sessões”, explica Catarina Gomes, acrescentando:

“O objetivo é que todos os profissionais tenham a oportunidade de partilhar os desafios, as dificuldades e os sucessos que antevêm para esse dia, não só a nível profissional, mas eventualmente também eventos a nível pessoal que possam condicionar a atividade laboral. De seguida, toda a equipa participa na elaboração de um plano que garanta a melhor orientação das questões expostas.”

No segundo momento, geralmente ao final da tarde, acontece uma nova reunião, com o objetivo de se fazer uma reflexão crítica do dia, com a exposição de eventuais situações que poderão carecer de maior atenção no dia seguinte.

“O propósito é aproximar os elementos da equipa, por forma a criar um maior sentido de interajuda e partilha, tornando mais fácil a resolução de inúmeras ocorrências”, esclarece a médica.

### Ana Pereira, enfermeira de família: “Nos CSP, os utentes habituem-se a nós e criamos uma ligação diferente”

Ana Pereira confessa que sempre se imaginou a exercer enfermagem ligada ao internamento hospitalar, mesmo antes de ter iniciado o curso. Mas quis o destino que, embora ain-

gostar muito do que faz, desde logo porque lhe permite prestar “uma continuidade de cuidados a utentes que se habituam a nós e com quem criamos uma ligação diferente, muito mais próxima”. De tal forma está satisfeita que garante não estar disponível para regressar a tempo inteiro à atividade hospitalar.



Ana Pereira

Natural de Fafe, que fica a uns 10 ou 15 minutos de carro de Guimarães, Ana Pereira diz que sempre se sentiu atraída pela área da Saúde. No entanto, foi apenas por volta do 11.º e 12.º anos de escolaridade que o seu interesse pela enfermagem “despertou”, quando esteve mais próxima da avó, assumindo de certa forma o papel de sua cuidadora.

Tomada a decisão, acabou a frequentar a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Terminado o curso



quando o verão de 2022 estava a chegar, rapidamente arranhou um emprego, começando a trabalhar em setembro na Unidade de Convalescença do Hospital de São José de Fafe, gerido pela Santa Casa de Misericórdia.

Reconhece que foi com “um grande sentimento de incerteza” relativamente ao que iria encontrar que, no início de 2024, aceitou a proposta da ULS do Alto Ave para ir substituir uma colega da UCSP Amorosa que apresentava uma gravidez de risco. A lista de utentes com que ficou “tinha muitas grávidas e crianças”, ou seja, com características distintas do ficheiro que lhe foi depois atribuído ao aceitar o desafio de fazer parte da equipa da USF Berço.

“Fiquei com a lista de uma colega – com muito mais experiência do que eu e que não quis abraçar este projeto – que tem utentes com mais idade”, o que, no fundo, veio de encontro ao interesse que Ana Pereira já tinha em prestar apoio à população idosa. “A Dr.ª Luísa Leite, que é a médica com quem faço equipa, também entrou mais ou menos na mesma

altura, o que facilitou todo o processo”, refere, acrescentando:

“Estes utentes estavam meio perdidos e um pouco cansados da constante mudança de médico e de enfermeiro, de não haver estabilidade ao nível dos profissionais de saúde que os acompanhavam, acabando por ter sido bom nós termos começado do zero com eles e agora irmos assistindo à sua evolução.”

Ana Pereira diz que, a nível dos ensinios, e embora dependa muito da pessoa, o mais difícil acaba por ser “a sensibilização do utente para práticas de saúde saudáveis (alimentação, exercício), por já ter hábitos muito enraizados”. Ao contrário do que sucede quando, por exemplo, pretende ensinar a usar um dispositivo inalatório, “uma prática que o utente acaba por adquirir mais facilmente”.

## Ana Pereira: “Existem muitos fatores que influenciam o processo de amamentação, sendo frustrante para alguém que sempre sonhou amamentar não o conseguir fazer.”

um motorista que conduz a viatura, Ana Pereira esclarece: “Procuramos sempre sair em dupla, não só por ser mais fácil e rápido fazer os procedimentos mas também para melhor garantir a nossa segurança.”

Apesar do seu particular gosto por acompanhar a população geriátrica, a enfermeira disse estar, na altura em que foi entrevistada, a fazer um curso de Conselheira de Amamentação. E porquê? “Porque senti que eu tinha algumas lacunas que me impediam de prestar o devido apoio às mães, porque a questão da

De referir que, para além do seu horário normal de trabalho, Ana Pereira assegura igualmente o apoio de enfermagem à consulta descentralizada de Pediatria, às quintas-feiras à tarde, trabalhando diretamente com uma especialista que se desloca do Hospital da Senhora da Oliveira.

É esclarece que continua a fazer, normalmente ao fim de semana, alguns turnos na Unidade de Convalescença do Hospital de São José de Fafe, o que lhe permite manter a ligação a algo de que gosta, que é o internamento.



**Nome:** “O nome USF Berço surgiu de um *brainstorming* da equipa, procurando uma designação que refletisse a nossa identidade, valores e ligação ao território. A escolha recaiu numa palavra particularmente simbólica em Guimarães. ‘Berço’ remete, por um lado, para a origem e criação, o nascimento de um projeto idealizado em 2020 e cuidadosamente construído e desenvolvido pela equipa, com o objetivo de ser uma Unidade sólida, humana e de excelência. Por outro, reflete a nossa missão assistencial de acompanhar os utentes ao longo de todas as etapas da vida, simbolizando cuidados desde o nascimento até à idade adulta (e além), com continuidade, proximidade, humanização e confiança. O nome traduz ainda a forte ligação a Guimarães, conhecida como o ‘Berço da Nação’, permitindo uma associação imediata ao território que integra a nossa identidade.”

**Logótipo:** “O logótipo nasce deste conceito: um coração, símbolo de cuidado e empatia, com figuras humanas no seu interior que representam as diferentes fases da vida, reforçando o acompanhamento integral. As cores verde e azul foram inspiradas na paisagem da Amorosa, onde a Unidade se insere, transmitindo tranquilidade, equilíbrio e bem-estar, elementos também refletidos nos materiais de acolhimento da USF Berço.”



### JORGE FREITAS, SECRETÁRIO CLÍNICO:

## “É recompensador quando temos utentes que nos tratam pelo nome”

Jorge Freitas, natural de Guimarães, já tinha 42 anos quando, em junho de 2020, através do Centro de Emprego, começou a trabalhar na área da Saúde, mais precisamente na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, que, na altura, tinha todos os seus serviços concentrados no “Edifício da Amorosa”.

“O período que passei na URAP deu-me um grande traquejo porque tinha que lidar com muitas unidades de CSP”, reconhece o secretário clínico da USF Berço, que, entretanto, foi convidado para integrar a UCSP Amorosa, transferência que se concretizou em abril de 2021.

“Este piso estava em obras e, por isso, trabalhávamos em contentores, em condições bastante exigentes, o que tornava extremamente difícil a nossa organização. A vinda aqui para cima foi uma espécie de lufada de ar fresco”, reconhece.

Os quatro anos que depois passou na UCSP foram “uma longa aprendizagem”, fazendo questão de dizer que “os colegas da USF São Nicolau e da USF Amorosa XXI sempre nos ajudaram quando nós tínhamos alguma dúvida”. A altura mais complicada verificou-se, explica Jorge Freitas, “no pós-covid, quando tivemos um *boom* de imigrantes a inscreverem-se na Unidade”. E acrescenta: “Fazíamos uma média de dez inscrições diárias, tarefa que ocupava um elemento do Secretariado durante umas duas e meia a três horas.”

Há um ano na USF Berço, portanto, desde a sua criação, a vontade de aprender, nomeadamente no que respeita a melhorar a organização do trabalho, é comum aos cinco elementos da equipa do Secretariado Clínico. Aliás, quando a *Just News* ali esteve, em março, aguardava-se o agendamento da visita de uma colega de uma USF de Braga, “já com

muitos anos de experiência, para nos ajudar a funcionar melhor”.

“Por exemplo, só esta manhã atendemos aqui 150 utentes presencialmente, que nos procuraram pelas mais variadas razões. Estivemos dois no *front office* e duas colegas ali atrás, uma delas só para retornar as chamadas telefónicas do programa SARA”, refere Jorge Freitas, que



é membro do Conselho Técnico, esclarecendo: “Todos os dias conseguimos responder à totalidade dos *e-mails*, salvo uma ou outra exceção que não seja possível resolver no imediato.”

Promover a utilização do *e-mail* por parte dos utentes, em detrimento da chamada telefónica, é neste momento um dos objetivos, desde logo porque “dando preferência ao correio eletrónico nós temos mais espaço de manobra para organizar o nosso dia a dia”.

“Há dias bons, há dias maus, mas é sempre recompensador quando temos utentes que nos tratam pelo nome, que, por vezes, até nos trazem um bolinho... Aliás, eu costumo dizer que a parte má da saúde é

## “Temos boas instalações e um bom ambiente de equipa a nível de toda a USF.”

Com “boas instalações e um bom ambiente de equipa a nível de toda a USF”, Jorge Freitas afirma haver dois aspetos que, “embora não constituindo uma prioridade”, gostaria de ver resolvidos no seu setor. Um deles prende-se com a necessidade de tornar mais reservada a zona do *back office*, “bastando para tal a colocação de uma porta”, e o segundo relacionado com o balcão de atendimento, “que seria aconselhável ter uma proteção em acrílico”.



para o Desempenho e Segurança (ALPS), visa a implementação do “circulo em equipa”.

“Cada unidade deve reservar um

da só tenha 27 anos de idade, já há uns dois anos dediquei quase todo o meu tempo de trabalho aos CSP.

No entanto, garante que está a



ESPECIAL

VIII Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar

PORTO  
19 a 21 março 2026

Este Especial inclui uma série de artigos originalmente publicados no *Jornal das VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF*, distribuído aos participantes no evento, que se realizou no Porto, entre 19 e 21 de março de 2026. Transcritos na íntegra, os textos podem incluir ligeiras adaptações.

IX Jornadas Multidisciplinares de MGF

11-13 MARÇO 2027

SHERATON PORTO

MANUEL VIANA, COPRESIDENTE DAS JORNADAS:

# “A medicina é uma ciência e uma arte”

Manuel Viana, que partilha a presidência das Jornadas Multidisciplinares de MGF com outros dois médicos de família – Paulo Pessanha e Rui Costa –, sublinhou, ao intervir na sessão de abertura da edição de 2026, que a medicina é uma ciência mas também é uma arte, havendo circunstâncias em que o segundo aspeto ganha protagonismo.

As primeiras palavras de Manuel Viana, para além de desejar as boas-vindas aos participantes – presenciais e *online* –, foram para sublinhar que o objetivo principal do evento continuava a ser o mesmo da 1.ª edição, em 2019. Por um lado, “proporcionar um momento de formação e atualização, segundo as melhores evidências científicas, mas também, e sobretudo, promover a troca de experiências entre médicos de MGF e de outras especialidades”.

Quanto aos temas abordados, eles são não só variados como abrangem “quer aqueles que têm tratamentos inovadores como os que, não os tendo, são, por isso, menos debatidos”. E frisou: Tentamos que isso seja sempre feito numa abordagem eminentemente prática, baseada em casos clínicos reais e com mensagens finais”.

“A medicina é uma ciência e uma arte”, referiu Manuel Viana, reconhecendo que “a melhor evidência cien-



tífica baseia-se em ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises de que resultam as linhas de orientação, as *guidelines*.

No entanto, “muitos doentes –

por exemplo, jovens e sobretudo idosos frágeis – são excluídos ou sub-representados nos ensaios clínicos, daí as *guidelines* serem aqui irrelevantes, inúteis ou até deletérias”.

“Nestes casos, a medicina é uma verdadeira arte, daí a necessidade de partilha de experiências entre os mais velhos e os mais novos, e entre as várias especialidades, com base em casos reais do dia-a-dia, numa verdadeira gestão integrada das doenças, e não uma medicina compartimentada, em que as várias especialidades mal comunicam entre si”, afirmou.

Manuel Viana destacou depois o investimento que em 2026 foi feito em termos de proporcionar melhores condições, nomeadamente, a participantes e patrocinadores, o que foi possível com a organização a reservar todo o Centro de Congressos do Sheraton em exclusivo para as Jornadas.

Na cerimónia usaram igualmente da palavra Gabriela Queiroz, vereadora da CM do Porto, e a médica de família Ana Correia de Oliveira, na qualidade de vogal do Conselho de Gestão da Direção Executiva do SNS.

“Estas Jornadas representam hoje um pilar fundamental na formação pós-graduada dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos de família. Aqui, cruzamos o conhecimento científico mais atual com a experiência prática do dia-a-dia, promovendo uma aprendizagem que é contínua, colaborativa e verdadeiramente interdisciplinar”, afirmou Ana Correia de Oliveira, sublinhando:

“Este espírito é essencial para o desenvolvimento de competências clínicas, para a atualização constante e para garantir que cada um de nós oferece o melhor cuidado possível às pessoas e às comunidades que servimos.”

## O sucesso aumenta a nossa responsabilidade

Rui Costa  
Copresidente das Jornadas

Gostaria de partilhar o entusiasmo e a satisfação pelo sucesso da edição de 2026 das Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar. Este evento, realizado em formato híbrido, reuniu um total impressionante de 3642 participantes, marcando um momento histórico que reflete a vitalidade da nossa comunidade médica e o interesse contínuo pelo conhecimento médico prático, atual e transversal. Evidencia o compromisso contínuo com a educação médica contínua e a excelência clínica pelos médicos de MGF.

Ao longo das Jornadas, tivemos a oportunidade valiosa de partilhar conhecimento, debater desafios e explorar novas perspectivas médicas numa abordagem verdadeiramente multidisciplinar. Cada momento contribuiu para enriquecer a nossa prática clínica, garantindo que o conhecimento adquirido faz diferença no consultório e na experiência diária com os doentes.

## O evento reuniu um total de 3642 participantes.

Agradecemos a todos pela dedicação e participação ativa. A adesão significativa demonstra o compromisso de todos com a qualidade dos CSP e valida o modelo híbrido que adotámos, permitindo que médicos de todo o país, seja presencialmente ou *online*, tenham acesso à mesma educação médica de excelência.

Este sucesso aumenta a nossa responsabilidade e motivação para enfrentar novos desafios. O nosso compromisso é contínuo, para assegurar que as próximas edições sejam ainda mais transformadoras, mantendo a qualidade científica e respondendo aos reais desafios da medicina moderna.

PORTO  
19 a 21 março 2026

VIII Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar

ESPECIAL

# Tosse crónica: uma abordagem prática em MGF



Rui Costa  
Médico de família. Diretor da Sávida – Medicina Apoiada, SA

A tosse é um dos motivos mais frequentes de consulta em Medicina Geral e Familiar. Na maioria das vezes é um sintoma benigno e autolimitado. No entanto, quando persiste no tempo, passa a ser um verdadeiro desafio clínico.

Falamos em tosse crónica no

adulto quando a tosse dura mais de oito semanas. Nesta fase, deixa de ser apenas um sintoma incómodo e passa a ter impacto claro na qualidade de vida do doente e na utilização dos cuidados de saúde.

Nos cuidados de saúde primários, é importante reforçar uma ideia-chave: a maioria dos doentes com tosse crónica não tem doença grave subjacente. Ainda assim, a persistência da tosse gera ansiedade – tanto no doente como no médico – e exige uma abordagem estruturada e racional.

Quais são, então, as causas mais frequentes? Em adultos não fumadores, com radiografia de tórax normal, destacam-se três grandes grupos:

Primeiro, a síndrome de tosse das vias aéreas superiores, frequentemente associada a rinite ou a rinosinusite. Segundo, a asma, incluindo a variante tossepredominante, em que a tosse pode ser o único sintoma. E terceiro, a doença do refluxo gastroesofágico, muitas vezes sem queixas

digestivas típicas.

Estas três entidades explicam a grande maioria dos casos observados em MGF. Outras causas importantes incluem a toma de inibidores da ECA, o tabagismo, a bronquite crónica, a DPOC e, com menor frequência, a patologia pulmonar estrutural.

A abordagem começa sempre por uma boa história clínica. É fundamental caracterizar a tosse: se é seca ou produtiva, se ocorre de dia ou de noite, se tem fatores desencadeantes. Os sintomas associados – como dispnéia, pieira, pirose ou rinorreia – dão pistas importantes. A medicação habitual e os antecedentes pessoais não podem ser esquecidos.

Em paralelo, devemos procurar sinais de alarme. Hemoptises, perda de peso inexplicada, febre persistente ou antecedentes oncológicos devem levar a investigação e referência precoces.

O exame objetivo é, muitas vezes, normal. Ainda assim, pode revelar si-

nais úteis, como rinite, gotejamento pósnasal ou pieira à auscultação. A radiografia de tórax continua a ter um papel central como exame inicial, sobretudo para excluir patologia relevante.

Na ausência de sinais de alarme, a abordagem empírica sequencial é particularmente adequada aos cuidados de saúde primários. Tratar a causa mais provável, reavaliar e ajustar é, na prática, a estratégia mais eficiente. Este modelo exige acompanhamento próximo e uma boa comunicação com o doente, explicando expectativas e o tempo necessário para resposta ao tratamento.

É também importante não esquecer o impacto da tosse crónica na qualidade de vida. Fadiga, perturbações do sono, incontinência urinária e limitação social são frequentes. Validar a queixa e demonstrar empatia faz parte do tratamento.

Nos últimos anos, tem vindo a ganhar destaque o conceito de hipersensibilidade do reflexo da tosse,

que ajuda a explicar situações de tosse crónica refratária, sobretudo em mulheres de meia-idade, muitas vezes associada a estímulos mínimos como falar, rir ou exposição a ar frio. Nestes casos, após exclusão de causas orgânicas, o tratamento pode incluir terapêuticas neuromoduladoras ou referência para consulta especializada.

A referência hospitalar deve ser reservada para situações com sinais de alarme, falência da abordagem empírica ou suspeita de causas menos comuns. Aqui, o papel do médico de família é central, como gestor de cuidados e da utilização racional dos recursos de saúde.

Em conclusão, a tosse crónica é frequente, geralmente benigna e, na maioria dos casos, resolúvel nos cuidados de saúde primários. Uma abordagem estruturada, centrada na probabilidade clínica e no acompanhamento longitudinal reforça o valor da Medicina Geral e Familiar e melhora os resultados para o doente.

# Intolerâncias e alergias alimentares na idade pediátrica: um desafio clínico crescente na Medicina Geral e Familiar



Mário Morais de Almeida  
Imunoalergologista. Presidente da Organização Mundial de Alergia

As reações adversas a alimentos

constituem um motivo frequente de consulta em idade pediátrica e representam uma preocupação crescente na sociedade. No entanto, importa recordar que a maioria destas situações não corresponde realmente a casos de alergia alimentar. Grande parte das reações relatadas são, na realidade, intolerâncias alimentares ou outros fenómenos não imunológicos. Esta distinção

é fundamental, uma vez que condiciona profundamente a abordagem diagnóstica, a orientação terapêutica e o impacto na qualidade de vida.

A alergia alimentar é definida como uma reação adversa mediada pelo sistema imunitário, desencadeada quando proteínas alimentares são reconhecidas como agentes agressivos. Estas reações apresentam habitualmente duas características fundamentais: são reproduzíveis e podem ocorrer após ingestão de quantidades muito pequenas do alimento responsável. Na população pediátrica nacional, estima-se que a alergia alimentar afete cerca de 5-10% das crianças, sendo a causa mais frequente de anafilaxia na comunidade.

Do ponto de vista fisiopatológico, a alergia alimentar pode manifestar-se através de diferentes mecanismos imunológicos. As formas mediadas por IgE caracterizam-se por sintomas de início rápido, habitualmente minutos após a ingestão do alimento, podendo incluir urticária, angioedema, vômitos, sintomas respiratórios ou, nos casos mais graves, anafilaxia. Já as formas não IgE mediadas tendem a apresentar manifestações mais tardias, frequentemente com predomínio de sintomas gastrointestinais, como diarreia, vômitos ou presença de sangue nas fezes. Existem ainda situações em que coexistem mecanismos mistos, como ocorre nas doenças eosinofílicas do trato digestivo.

Em contraste, as intolerâncias alimentares resultam de mecanismos não imunológicos, frequentemente associados a alterações metabólicas ou enzimáticas. O exemplo mais conhecido é a intolerância à lactose, decorrente da deficiência da enzima lactase. Nestes casos, os sintomas são predominantemente digestivos, dependem da quantidade ingerida e não apresentam risco de evolução para anafilaxia.

Na prática clínica, um dos maiores desafios consiste precisamente em evitar a confusão entre estes dois conceitos. A história clínica continua a ser o elemento central da avaliação diagnóstica. A identificação do alimento suspeito, a relação temporal entre ingestão e sintomas, a reprodutibilidade das reações e a avaliação da gravidade constituem elementos fundamentais para orientar o raciocínio clínico.

Os testes complementares devem ser utilizados de forma dirigida e interpretados sempre no contexto clínico. Testes cutâneos por picada e doseamentos séricos de IgE específicas podem apoiar o diagnóstico, mas não permitem, isoladamente, confirmar alergia alimentar. Por outro lado, testes laboratoriais frequentemente utilizados para avaliar “intolerâncias alimentares”, baseados na determinação de IgG ou IgG4 específicas, não possuem validade científica para esse fim e podem conduzir a dietas de evicção injustificadas.

A confirmação diagnóstica pode exigir, em determinadas situações, a realização de provas de provocação oral, consideradas o *gold standard* para estabelecer ou excluir alergia alimentar. Este procedimento é sempre realizado em ambiente clínico adequado e com supervisão especializada.

A gestão destas situações exige equilíbrio. Dietas de evicção devem ser instituídas apenas quando existe diagnóstico claro, pois, restrições alimentares desnecessárias podem comprometer o crescimento, induzir défices nutricionais e afetar signifi-

cativamente a qualidade de vida da criança e da família. Por outro lado, quando existe risco de reação grave, é essencial garantir educação adequada, reconhecimento precoce dos sintomas e disponibilidade de kits de adrenalina para auto-administração.

Situações aparentemente semelhantes podem corresponder a mecanismos fisiopatológicos distintos e exigir estratégias diferentes. A análise de casos clínicos permite reforçar conceitos essenciais, evitar erros frequentes na prática clínica e promover uma abordagem baseada na evidência.

Num contexto em que a perceção pública de “alergia alimentar” continua a crescer, é essencial promover uma abordagem clínica rigorosa, centrada na história clínica, na utilização adequada dos testes de diagnóstico e na referência para avaliação e eventual seguimento em Imunoalergologia. Só assim será possível garantir um diagnóstico correto, evitar restrições alimentares desnecessárias e assegurar a melhor qualidade de vida possível para as crianças, os adolescentes e as suas famílias.



Rui Costa, Paulo Pessanha e Manuel Viana



A TERAPÊUTICA À DISPOSIÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA PERMITE AUMENTAR O SEU CONTROLO, COM IMPACTO POSITIVO NA QUALIDADE DE VIDA E NO DESEMPENHO FUNCIONAL DO DOENTE

# É a enxaqueca que continua a assumir um papel central no panorama das cefaleias

AS CEFALÉIAS CONTINUAM A SER UM DOS MOTIVOS MAIS FREQUENTES DE PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE, TANTO EM CONTEXTO HOSPITALAR COMO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. APESAR DE, NA MAIORIA DOS CASOS, CORRESPONDEREM A FORMAS PRIMÁRIAS, O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E NA PRODUTIVIDADE DOS DOENTES É FREQUENTEMENTE SIGNIFICATIVO, O QUE EXIGE UMA ABORDAGEM ESTRUTURADA E ATUALIZADA. ESTÁ ASSIM JUSTIFICADA A REALIZAÇÃO, NESTAS JORNADAS, DA SESSÃO DEDICADA A ESTA TEMÁTICA E EM QUE FORAM PROTAGONISTAS O NEUROLOGISTA RAFAEL AZEVEDO DIAS E O MÉDICO DE FAMÍLIA RODRIGO PINTO COSTA.

A sessão permitiu uma reflexão prática e atualizada sobre a abordagem das principais cefaleias primárias, incluindo o diagnóstico, as estratégias terapêuticas e os critérios de referência, reforçando o papel central do especialista de MGF na gestão desta patologia tão prevalente e incapacitante.

**Uma das principais novidades do ano de 2025 foi a publicação do Consenso para a Gestão das Cefaleias em Portugal.**

Importa referir que uma das principais novidades do ano de 2025 foi a publicação do Consenso para a Gestão das Cefaleias em Portugal, documento que reúne, de forma clara, simples e prática, orientações subscritas pela Sociedade Portuguesa de Neurologia, Sociedade Portuguesa de Cefaleias, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e MiGRA Portugal – Associação Portuguesa de Doentes com Enxaqueca e Cefaleias.

Durante a sessão, foi feita uma abordagem eminentemente prática, nomeadamente no que se refere à cefaleia tipo tensão, que, apesar de ser uma entidade com menos avanços terapêuticos recentes, continua a ser a cefaleia primária mais comum. “Pode inclusivamente assumir formas crónicas, com impacto relevante na vida dos doentes, motivo pelo qual se considerou fundamental revisar esta patologia, relembrando os crité-

rios diagnósticos, as opções terapêuticas mais utilizadas e os critérios de referência”, esclarece Rafael Azevedo Dias.



Rafael Azevedo Dias

No que respeita à cefaleia em salvas, apesar de menos prevalente, é uma das formas mais incapacitantes, exigindo reconhecimento precoce e tratamento dirigido. Para o neurologista da ULS de São João, “embora exista indicação formal para referência à consulta hospitalar de cefaleias, as limitações de acesso que ainda se verificam no nosso país tornam essencial capacitar o médico de família no manuseio dos tratamentos agudos e preventivos, de modo a reduzir a incapacidade associada enquanto o doente aguarda avaliação hospitalar”.

Quanto à nevralgia do trigémeo, “apesar de menos frequente, os critérios de referência propostos implicam a falência prévia de um fármaco antiepiléptico, tornando fundamental que o médico de família esteja familiarizado com a utilização da terapêutica de primeira linha nesta patologia, nomeadamente a carbamazepina”.

“Apesar da importância destas entidades, é a enxaqueca que continua



a assumir um papel central no panorama das cefaleias, não apenas pela sua elevada prevalência, mas também pelo impacto significativo na qualidade de vida e no funcionamento diário dos doentes”, salienta o especialista. E afirma: “A distinção entre enxaqueca episódica e crónica é fundamental para orientar a decisão terapêutica com base na evidência científica.”

**Rafael Azevedo Dias: “Nos últimos anos, o desenvolvimento de terapêuticas dirigidas ao sistema do CGRP trouxe novas perspetivas também no tratamento preventivo da enxaqueca.”**

“No tratamento agudo da enxaqueca, os anti-inflamatórios não esteróides e os triptanos mantêm-se como pilares terapêuticos. Mais recentemente, começámos também a acumular experiência com o rimegepant, um fármaco dirigido ao recetor do peptídeo relacionado com o gene da calcitonina (*calcitonin-gene related peptide* - CGRP), refere Rafael Azevedo Dias.

“Nos últimos anos, o desenvolvimento de terapêuticas dirigidas

ao sistema do CGRP trouxe novas perspetivas também no tratamento preventivo da enxaqueca. Tanto os anticorpos monoclonais contra o CGRP (anti-CGRP mAbs), de administração hospitalar, como os gepants, antagonistas do recetor CGRP de prescrição ambulatória, vieram alterar significativamente o paradigma terapêutico destes doentes”, confirma o especialista. “Estes fármacos apresentam elevados perfis de eficácia e tolerabilidade, demonstrados tanto em ensaios clínicos como em estudos de vida real”, esclarece Rafael Azevedo Dias. E adianta que frases como “Doutor, mudou a minha vida!”, ou “Este medicamento é milagroso!” deixaram de ser ouvidas exclusivamente pelo neurologista após a prescrição de anticorpos monoclonais anti-CGRP em doentes selecionados e refratários.

“Atualmente, estas melhorias estão também ao alcance do médico de família que prescreve um gepant a um dos cerca de dois milhões de portugueses que vivem com enxaqueca”, afirma o neurologista da ULS de São João.

**“A orientação do doente com cefaleia não tem de ser complexa”**

Apesar de toda a evidência disponível e das orientações publicadas, a verdade é que “a aplicação destes conceitos na prática clínica diária continua a ser exigente para o médico de família, que necessita de se manter constantemente atualizado em múltiplas áreas da medicina”, sublinha Rodrigo Pinto Costa.

Foi também tendo em conta essa circunstância que a sessão dedicada às cefaleias realizada ontem incluiu a apresentação de dois casos clíni-

cos baseados em situações de vida real. Até porque, para além de “procurar fomentar a discussão, aplicar os conceitos teóricos e questionar práticas enraizadas, importa demonstrar que, no contexto da Medicina Geral e Familiar, a orientação do doente com cefaleia não tem de ser complexa”.



Rodrigo Pinto Costa

O primeiro caso focou-se na identificação dos elementos-chave da história clínica, na exclusão de sinais de alarme e na aplicação dos critérios diagnósticos da Classificação Internacional das Cefaleias. Segundo o coordenador da USF São João do Porto, unidade que integra a ULS de Santo António, “recorrendo a ferramentas simples e que estão disponíveis em qualquer centro de saúde, que ajudam a orientar decisões terapêuticas e a avaliar a resposta ao tratamento”.

O segundo caso clínico centrou-se na abordagem do tratamento

preventivo, “que o médico de família deve ser capaz de gerir com a mesma segurança com que ajusta um anti-hipertensor num doente com hipertensão arterial”. Neste caso, “optou-se por iniciar topiramato, um dos fármacos clássicos utilizados na profilaxia da enxaqueca e com considerável evidência científica”. Contudo, “verificou-se má tolerabilidade, com necessidade de suspensão devido a efeitos adversos incapacitantes”.

**Rodrigo Pinto Costa: “Um dos desafios frequentes na abordagem da enxaqueca na prática clínica é encontrar um equilíbrio entre eficácia terapêutica e tolerabilidade.”**

Para o coordenador da USF São João do Porto, “situações como esta ilustram bem um dos desafios frequentes na abordagem da enxaqueca na prática clínica: encontrar um equilíbrio entre eficácia terapêutica e tolerabilidade”. E o facto de nem sempre as opções tradicionais serem bem aceites pelos doentes “reforça a necessidade de se considerarem alternativas terapêuticas quando apropriado”.

Um facto indiscutível é que a introdução de novas opções preventivas no arsenal terapêutico do médico de família tem permitido aumentar o controlo da doença com melhor tolerabilidade, traduzindo-se numa redução significativa da frequência das crises, com impacto positivo na qualidade de vida e no desempenho funcional.

Neste caso, considera Rodrigo Pinto Costa, “a doente apresentou uma resposta clínica muito favorável ao atogepant, medicamento específico para a enxaqueca, sem efeitos laterais, após falência do topiramato. Esta evolução levanta uma questão clínica relevante: poderá a introdução mais precoce de terapêuticas dirigidas traduzir-se em melhor controlo e menor carga de doença?”.

E acrescenta: “Começam a surgir dados comparativos diretos entre opções preventivas. O ensaio TEMPLE, o primeiro estudo *head-to-head* que comparou topiramato e atogepant, demonstrou superioridade do atogepant no controlo da enxaqueca, tanto em termos de tolerabilidade como de eficácia.”

“Sessões como esta reforçam que a MGF desempenha um papel decisivo no bem-estar dos nossos utentes, dispondo de armas terapêuticas eficazes e bem toleradas no tratamento das várias cefaleias, bem como de critérios objetivos de referência para a

consulta de Neurologia, assegurando assim um verdadeiro *continuum* terapêutico entre especialidades, assente

na mesma evidência científica”, conclui Rodrigo Pinto Costa, destacando um aspeto que considera relevante:

“Mais do que reduzir dias de dor, estas intervenções permitem devolver qualidade de vida aos doentes.

Porque, mais do que tratar cefaleias, trata-se de cuidar das pessoas que vivem com elas.”



# Perturbação do espectro do autismo: reconhecimento precoce e papel dos CSP



**Mariana Falcão**  
Pedopsiquiatra, ULS do Alto Ave

A perturbação do espectro do autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices persistentes na comunicação e interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Trata-se de uma condição com grande heterogeneidade clínica, cuja expressão varia amplamente entre indivíduos e ao longo do desenvolvimento.

A etiologia da PEA é considerada multifatorial, envolvendo a interação entre fatores genéticos e ambientais.

Estudos atuais sugerem uma forte componente genética, com múltiplos genes envolvidos.

Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento da prevalência de PEA. Este aumento parece estar relacionado sobretudo com maior sensibilização da comunidade médica e da população, alargamento dos critérios diagnósticos e melhoria dos instrumentos de rastreio e diagnóstico.

O diagnóstico tem sido realizado cada vez mais precocemente, refletindo uma maior atenção ao desenvolvimento infantil e à identificação de sinais precoces. Este aspeto é particularmente relevante uma vez que a intervenção precoce tem demonstrado melhorar significativamente o prognóstico, nomeadamente ao nível da comunicação, da interação social e da autonomia funcional.

A heterogeneidade clínica da PEA torna fundamental o reconhecimento de sinais de alarme ao longo do desenvolvimento. Nos primeiros meses de vida (0-6 meses) podem observar-se sinais precoces, como ausência de contacto visual, ausência de sorriso social em resposta, passividade ou baixo nível de atividade, irritabilidade marcada,

## A heterogeneidade clínica da PEA torna fundamental o reconhecimento de sinais de alarme ao longo do desenvolvimento.

tendência para fixar objetos, pouco interesse por pessoas, reduzida interação social, mímica facial pobre, ausência de orientação para a voz humana ou ausência de reações antecipatórias, como estender os braços para ser pegado ao colo.

Aos 12 meses, podem surgir outros sinais sugestivos, como vocalização escassa ou monótona, ausência de gestos comunicativos (por exemplo, apontar ou acenar), falta de resposta ao chamamento pelo nome, ausência de atenção conjunta, ausência de imitação e alterações da reatividade sensorial, incluindo hipersensibilidade ou hipossensibilidade a estímulos auditivos.

Entre os 18 e os 24 meses, devem levantar suspeita clínica um atraso significativo da linguagem, ausência de frases espontâneas de duas palavras aos 24 meses ou resultado positivo no instrumento de rastreio M-CHAT-R/F.

Na idade pré-escolar (2-6 anos), podem observar-se dificuldades na aquisição e desenvolvimento da linguagem, uso estereotipado ou idiossincrático da linguagem, tendência para o isolamento social ou dificuldades na interação com pares, ausência de apontar para dirigir a atenção de outros, falta de iniciativa social, dificuldades no jogo simbólico, resistência marcada à mudança de rotinas, interesses restritos ou obsessivos e presença de comportamentos repetitivos ou estereotipados.

Em crianças com idade igual ou superior a 6 anos, podem persistir dificuldades na interação social com pares, interação social desadequada, dificuldade em compreender conteúdos implícitos da comunicação, dificuldades de planeamento e coordenação motora e presença de estereotípias, frequentemente mais evidentes em situações de stress ou ansiedade.

Neste contexto, os cuidados de saúde primários desempenham um

papel central na vigilância do desenvolvimento infantil, na identificação precoce de sinais de alerta e no encaminhamento atempado para avaliação especializada por equipa com treino diagnóstico (Pedopsiquiatria e Pediatria do Desenvolvimento). A deteção precoce permite iniciar intervenção adequada em fases precoces do desenvolvimento, contribuindo para melhores resultados funcionais e melhor qualidade de vida para a criança e a sua família.

Relativamente ao tratamento, preconiza-se uma intervenção individualizada, precoce e funcional. Na prática, os pilares de intervenção costumam incluir capacitação parental, terapia da fala quando existem défices ao nível da linguagem verbal; intervenção psicopedagógica e adaptações escolares; terapia ocupacional quando há questões funcionais/sensoriais; treino de competências sociais e tratamento dirigido às comorbilidades (sono, ansiedade, PHDA, epilepsia, etc.)

Para orientação clínica detalhada, recomenda-se a consulta da Norma n.º 002/2019 da Direção-Geral da Saúde sobre a abordagem diagnóstica e intervenção na perturbação do espectro do autismo.

# Ansiedade e depressão em idades pediátricas



**João Guerra**  
Pedopsiquiatra. Diretor do Serviço de Psiquiatria de Adolescentes do Hospital de Magalhães Lemos, ULS de Santo António

Ansiedade e a depressão em idades pediátricas têm vindo a assumir crescente relevância clínica, não apenas pela sua prevalência, mas também pelo impacto no

desenvolvimento global da criança e do adolescente. Para a Medicina Geral e Familiar, a identificação precoce destes quadros representa uma oportunidade crucial de intervenção, com potencial para modificar trajetórias de vida.

No desenvolvimento considerado normativo, a ansiedade desempenha um papel adaptativo. Em diferentes etapas da infância, surgem medos específicos – como a ansiedade de separação nos primeiros anos ou preocupações sociais na adolescência –, que refletem marcos maturativos esperados. Estas manifestações são geralmente transitórias, proporcionais ao contexto e não interferem de forma significativa no funcionamento diário. De igual modo, variações de humor fazem parte do desenvolvimento emocional, sobretudo em reação a mudanças e transformações que inevitavelmente ocorrem nas vidas de todos nós.

Contudo, a fronteira entre o normal e o patológico nem sempre é evidente. A ansiedade torna-se disfuncional quando é persistente, desproporcional ao estímulo, e condiciona evitamento, sofrimento significativo ou prejuízo no desempenho escolar, social ou familiar. Em crianças mais novas, pode manifestar-se através de queixas somáticas (cefaleias, dor abdominal), irritabilidade ou regressão comportamental.

Nos adolescentes, é mais frequente a verbalização de preocupações excessivas, ataques de pânico ou isolamento social. É muito frequente a ansiedade estar presente a nível familiar. Outro aspeto frequente é a comorbilidade de diferentes quadros ansiosos, assim como com sintomas depressivos e com perturbação de déficit de atenção.

A depressão também apresenta características distintas ao longo do desenvolvimento. Na pequena in-

fância, pode traduzir-se por apatia, diminuição do interesse pelo brincar, alterações do sono e da alimentação, ou irritabilidade persistente. Em idade escolar, surgem frequentemente dificuldades de concentração, baixo rendimento académico e queixas físicas inespecíficas. Já na adolescência, o quadro aproxima-se mais do adulto, incluindo humor deprimido, anedonia, sentimentos de inutilidade, ideação suicida e comportamentos de risco.

Importa salientar que fatores de risco como história familiar de perturbação mental, adversidades precoces, contextos de negligência ou violência e dificuldades socioeconómicas contribuem significativamente para o desenvolvimento de psicopatologia. Em contrapartida, fatores protetores – relações afetivas seguras, suporte familiar, ambiente escolar positivo, áreas de competências fortes – desempe-

nham um papel essencial na resiliência.

O médico de família, pela sua proximidade e continuidade de cuidados, encontra-se numa posição privilegiada para a deteção precoce destes problemas. A escuta ativa, a validação emocional, a valorização de sinais indiretos e o envolvimento da família são fundamentais. A referência para saúde mental, nomeadamente pedopsiquiatria, decorrerá quando o impacto for relevante e/ou quando um diagnóstico diferencial seja necessário.

Em suma, compreender a ansiedade e a depressão no contínuo entre desenvolvimento normal e patológico é essencial para uma prática clínica sensível e eficaz. A intervenção atempada pode não só aliviar o sofrimento imediato, mas também prevenir a cronificação e promover um desenvolvimento saudável ao longo da vida.

# Alteração de leucócitos: implicações clínicas



**Ana Iva Santos**  
Médica de família, USF São João do Porto, ULS de Santo António

O hemograma é dos meios complementares de diagnóstico mais frequentemente prescritos nos CSP. É uma ferramenta muito útil para o médico de família permitindo, entre outros, o diagnóstico e o acompanhamento da evolução de doenças hematológicas, a monitorização terapêutica e a identificação

de processos infecciosos. É, contudo, essencial a sua correta interpretação e integração com os restantes elementos clínicos e exames.

Na mesa-redonda “Hematologia de Consultório. Alteração de leucócitos: implicações clínicas” é abordada a série branca. Se é relativamente simples a interpretação do leucograma, quando existem grandes desvios, o mesmo não acontece quando as alterações são mais subtis e o quadro clínico menos claro. Na sua origem podem estar numerosas causas, malignas e não-malignas, que o médico de família deve conhecer.

Tendo em conta que o intervalo de referência dos leucócitos muda com a idade e a gravidez, é fundamental assegurar que estes valores estão ajustados aquando da interpretação do leucograma. Por outro lado, e embora a proporção dos principais tipos de leucócitos seja importante, é útil pensar em termos de valores absolutos, em vez de relativos.

## A urgência da investigação é ditada pelo quadro clínico do utente, a magnitude do desvio e a alteração em outras linhagens.

A urgência da investigação é ditada pelo quadro clínico do utente, a magnitude do desvio e a alteração em outras linhagens. O acompanhamento do doente ao longo do tempo, característica da atividade do médico de família, é muito útil para avaliar a duração e a trajetória das alterações dos leucócitos, que nos podem fornecer pistas diagnósticas. Condições clinicamente significati-

vas vão mostrar alterações progressivas.

O conhecimento das comorbilidades, incluindo hábitos como o tabagismo, da terapêutica em curso, dos antecedentes cirúrgicos (como esplenectomia) e da história familiar colocam o médico especialista em MGF numa posição privilegiada para o diagnóstico.

O esfregaço de sangue periférico descrito por alguns autores como o quinto sinal vital em hematologia, assume também um papel relevante no diagnóstico clínico, sempre integrado com os restantes elementos, uma vez que as alterações na morfologia dos leucócitos são compatíveis com diversas patologias. Numa leucocitose, por exemplo, deve-se avaliar a presença de granações tóxicas, que sugerem inflamação, a presença de células imaturas e a uniformidade dos leucócitos. A predominância de linfócitos pode indicar diferentes processos patológicos. A presença de uma população pleomórfica sugere um

processo reativo, enquanto a linfocitose monomórfica pode ser indicativa de leucemia linfocítica crónica.

A existência de sinais de alerta deve ser sempre avaliada, como, por exemplo, suores noturnos, fadiga, perda de peso não intencional, equimoses fáceis/hemorragias, febre ou imunossupressão.

Por fim, é essencial que o médico de família esteja familiarizado com os critérios de referência e sua prioridade, incluindo aqueles para referência ao Serviço de Urgência. Do mesmo modo, deve saber fazer o acompanhamento adequado dos doentes com alta do Serviço de Hematologia.

Assim, a colaboração entre hematologistas e médicos de MGF é crucial para a gestão de doenças hematológicas, sendo muito importante aprimorar a comunicação bidirecional entre estas duas especialidades, melhorando a continuidade e a qualidade do atendimento aos utentes que padecem deste tipo de patologias.

# Oncogeriatria: uma competência transversal, essencial numa população em envelhecimento



**Paulo Sousa Almeida**  
Assist. hospitalar de Medicina Interna com a competência de Geriatria e de Nutrição Clínica, Serviço de MI, ULS de São João. Assist. convidado, FMUP. Membro do Secret. do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI

este grupo continua sub-representado nos ensaios clínicos, criando um desfasamento entre a evidência disponível e a realidade da prática clínica.

Cuidar do adulto mais velho com cancro exige uma mudança de paradigma. Não se trata apenas de um doente mais velho, mas de um doente diferente: mais heterogêneo, com menor reserva fisiológica e frequentemente portador de múltiplas comorbilidades e síndromes geriátricas. Fragilidade, sarcopenia, malnutrição, déficit cognitivo e risco aumentado de queda são fatores que influenciam decisivamente o prognóstico e a tolerância aos tratamentos.

Neste contexto, a Avaliação Geriátrica Global (AGG) assume um papel central. Mais do que um conjunto de escalas, representa uma abordagem multidimensional que permite compreender o doente para além da doença oncológica. Através da identificação de vulnerabilidades, torna possível antecipar complicações, ajustar decisões terapêuticas e definir estratégias de intervenção e pré-habilitação centradas na funcionalidade e na qualidade de vida.

Apesar da evidência consistente e das recomendações internacionais, a implementação da oncogeriatria permanece limitada, sendo frequente a ausência de equipas dedicadas nos hospitais. Esta realidade não deve ser encarada como um obstáculo intransponível, mas antes como uma oportunidade para reforçar o papel da Medicina Geral e Familiar.

O médico de família ocupa uma posição privilegiada na abordagem destes doentes. O conhecimento longitudinal, a proximidade e a compreensão do contexto biopsicossocial permitem uma avaliação global muitas vezes mais rica do que qualquer observação pontual. Na prática clínica diária, já identifica sinais de alerta: a perda de peso não intencional, a diminuição da mobilidade, as quedas recorrentes, o isolamento social ou a dificuldade nas atividades de vida diária.

Integrar princípios de Oncogeriatria nos cuidados de saúde primários não implica necessariamente recursos complexos. Implica, sobretudo, mudar o foco. Perguntar não apenas “Que tratamento fazer?”, mas “Este doente tem condições para o

## O médico de família ocupa uma posição privilegiada na abordagem destes doentes. O conhecimento longitudinal, a proximidade e a compreensão do contexto biopsicossocial permitem uma avaliação global muitas vezes mais rica do que qualquer observação pontual.

tolerar?” e “Que impacto terá na sua funcionalidade e qualidade de vida?”. Pequenas intervenções – como otimizar a medicação, intervir na nutrição, promover atividade física adaptada ou reforçar o suporte social – podem traduzir-se em ganhos clínicos significativos.

Num sistema de saúde onde os recursos especializados são escassos, o médico de família pode e deve assumir-se como um elemento-chave na integração dos cuidados. Ao reconhecer a especificidade do adulto mais velho com cancro e ao incorporar uma abordagem geriátrica na sua prática, contribui para decisões mais ajustadas, reduz complicações evitáveis e promove cuidados verdadeiramente centrados na pessoa.

A Oncogeriatria não é apenas uma área de diferenciação hospitalar. É uma competência transversal, essencial numa população em envelhecimento. Mais do que tratar a doença, trata-se de cuidar da pessoa na sua globalidade, preservando a sua autonomia, dignidade e qualidade de vida. E esse é, desde sempre, o núcleo da Medicina Geral e Familiar.



## Obesidade nos CSP: tirar peso ao peso



**Luís Filipe Gonçalves**  
Especialista em MGF. Responsável pela Consulta Multidisciplinar de Obesidade da Clínica de Gondomar

A obesidade continua a ser, demasiadas vezes, reduzida a um número na balança. Esta visão simplista não só falha em captar a complexidade da doença como contribui para abordagens ineficazes, estigmatizantes e frustrantes

— para os doentes e para os profissionais de saúde. Nos cuidados de saúde primários, onde a obesidade é presença diária, é urgente tirar peso ao peso e recenter a abordagem na pessoa.

O médico de família está numa posição única para o fazer. A obesidade raramente surge isolada: acompanha-se de diabetes, hipertensão, dislipidemia, dor crónica, sofrimento psicológico e condicionantes sociais bem conhecidas de quem acompanha os doentes ao longo dos anos. Reduzir esta realidade a um objetivo ponderal ignora aquilo que verdadeiramente importa: reduzir o risco, melhorar a funcionalidade e aumentar a qualidade de vida.

Estamos hoje numa nova era do tratamento da obesidade. Pela primeira vez, dispomos de opções terapêuticas eficazes que permitem encarar esta doença de forma estruturada, continuada e baseada na evidência. Este avanço obriga,

no entanto, a uma mudança clara de perspetiva: a obesidade deve ser tratada como qualquer outra doença crónica, com planos individualizados, monitorização regular e objetivos clínicos bem definidos — e não como um problema de força de vontade.

### A obesidade deve ser tratada como qualquer outra doença crónica e não como um problema de força de vontade.

A personalização do tratamento é central neste novo paradigma. Cada pessoa com obesidade tem

um contexto próprio, com comorbilidades específicas, expectativas diferentes e trajetórias de vida singulares. A escolha das estratégias terapêuticas, incluindo a farmacoterapia, deve ser feita em função desse perfil global, ajustando o fármaco às comorbilidades associadas e aos objetivos clínicos prioritários, e não apenas à magnitude da perda de peso.

Esta abordagem ganha ainda maior relevância nos CSP. O médico de família não trata apenas indivíduos, mas pessoas inseridas em famílias. A obesidade, tal como os comportamentos que a influenciam, é frequentemente partilhada no contexto familiar, seja por hábitos alimentares, padrões de atividade física ou fatores socioeconómicos. Ter a possibilidade de englobar a família na intervenção representa uma oportunidade única para promover mudanças sustentadas e com impacto real.

A intervenção no estilo de vida

continua a ser um pilar essencial, mas deve ser realista, progressiva e livre de julgamentos. Pequenas mudanças, consistentes e acompanhadas ao longo do tempo, podem ser clinicamente mais relevantes do que metas ponderais ambiciosas e pouco sustentáveis.

A articulação com outras especialidades, nomeadamente no contexto da Endocrinologia e da Cirurgia Metabólica, é igualmente parte integrante desta abordagem moderna, cabendo ao médico de família um papel central na referência adequada e no acompanhamento longitudinal.

Tirar peso ao peso não significa desvalorizar a obesidade — pelo contrário. Significa reconhecê-la como uma doença crónica complexa, que exige uma resposta clínica séria, personalizada e centrada na pessoa. Nos CSP, temos não só a responsabilidade, mas também as condições ideais para liderar essa mudança.

## Gestão integrada da asma: o que não podemos deixar escapar?



**Helena Pité**  
Imunoalergologista. Coord. de Imunoalergologia, Hospital CUF Tejo. Docente afiliada, NOVA Medical School, UNL. Coord. do Grupo de Interesse da ASPAIC

clara: otimizar os cuidados através de uma abordagem global, estratégica e centrada na individualidade de cada pessoa.

### 1. Reconhecimento: onde se “esconde” a asma?

O primeiro ponto crítico é o reconhecimento atempado da doença. O diagnóstico de asma é fundamentalmente clínico. Devemos procurar ativamente sintomas e sinais que variam no tempo e em intensidade, reconhecendo que, muitas vezes, a asma se “esconde” sob o rótulo de “bronquites” de repetição, de limitação ao exercício ou numa tosse persistente ou recorrente. A presença de outras doenças alérgicas, como a rinite ou a dermatite atópica, deve elevar o nosso índice de suspeição.

O principal desencadeante de agudizações de asma (“ataques de asma”) são as infeções respiratórias virais. É muitas vezes neste contexto que surgem os sintomas típicos: tosse, pieira, opressão torácica ou dispnéia. Se o padrão se repete e, sobretudo, se há uma melhoria com broncodilatadores, a probabilidade do diagnóstico de asma é

elevada e deve ser iniciado um tratamento.

### 2. Tratamento: intervenção proativa e integrada

O sucesso da gestão exige que olhemos para a pessoa como um todo. O tratamento deve ser proativo, para permitir o controlo célere e reduzir o risco futuro de crises e de perda acelerada da função respiratória.

### O poder das associações de fármacos inalados

O tratamento farmacológico assenta na via inalada. No entanto, o uso de broncodilatadores isolados, incluindo o salbutamol, já não é recomendado. Os corticosteroides inalados (ICS) constituem a pedra angular do tratamento, em doses baixas ou médias, habitualmente associados de forma sinérgica a beta2-agonistas de longa ação (LABA) no mesmo dispositivo. O papel do LAMA (antagonista muscarínico de longa ação) não deve ser menosprezado. A inibição da acetilcolina tem ação na broncoconstrição, na produção de muco, na remodelação da via aérea e na própria inflamação.

A terapêutica tripla (ICS/LABA/LAMA) em dispositivo único está in-

dicada para adultos que, apesar de doses médias ou altas de ICS/LABA, mantêm asma não controlada ou mesmo crises ou limitação funcional respiratória. Esta abordagem oferece benefícios claros na redução de crises e na melhoria da função pulmonar e da qualidade de vida.

Contudo, a farmacologia não é autossuficiente. A técnica inalatória correta e a adesão são os “fios condutores” da eficácia e da segurança. A escolha do dispositivo deve ser personalizada, considerando as moléculas e o seu uso correto, preferências e até o impacto ambiental, garantindo que a simplicidade posológica favoreça o cumprimento terapêutico.

### Estratégia holística e prevenção

A asma raramente é uma doença isolada. O seu controlo depende criticamente da gestão de comorbilidades como a rinite, a obesidade ou o refluxo gastroesofágico. Estratégias de evicção e de cessação tabágica são mandatórias. A prevenção de infeções respiratórias é outro pilar inadiável. Além da vacinação (incluindo, pelo menos a vacinação antipneumocócica e antigripal), a evidência científica destaca o lisado bacteriano OM-85® que, ao reduzir a incidência

e a gravidade das infeções respiratórias, é um aliado na prevenção.

### 3. Seguimento: consulta estruturada de asma

A asma é uma doença inflamatória crónica e não pode ser gerida apenas em episódios agudos. A realização de uma consulta estruturada permite-nos focar no controlo atual e na mitigação do risco futuro, de forma sistemática. Esta avaliação deve incluir a monitorização dos sintomas, a verificação da adesão e da técnica inalatória e a vigilância da função respiratória através da espirometria com prova de broncodilatação. A avaliação de exposições nocivas (tabaco, poluição, alérgenos) bem como a monitorização da satisfação e qualidade de vida da pessoa são os alicerces para transformar a fragilidade em resiliência.

Não tratamos apenas asma; tratamos pessoas com asma. Isto implica uma prioridade partilhada, reforçando o papel fundamental da educação e da promoção de um estilo de vida saudável. Só com uma visão global, verdadeiramente centrada na pessoa com asma, conseguiremos garantir a qualidade de vida que a medicina atual já permite oferecer.

## Cirurgia vascular de consultório: reconhecer precocemente para prevenir complicações



**Joana Ferreira**  
Assistente hosp. graduada, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular da ULS de São João

As doenças vasculares constituem uma causa frequente de morbilidade na população adulta e representam um desafio clínico relevante no contexto dos cuidados de saúde primários. Patologias como a trombose venosa profunda (TVP), a trombose venosa superficial (TVS), a doença arterial periférica (DAP) e as úlceras dos membros in-

feriores são frequentemente observadas em consulta de Medicina Geral e Familiar. O reconhecimento precoce destas entidades e a orientação adequada dos doentes são fundamentais para prevenir complicações potencialmente graves e melhorar o prognóstico clínico.

A trombose venosa profunda constitui uma condição potencialmente ameaçadora, não apenas pelo risco local, mas sobretudo pela possibilidade de embolia pulmonar. A suspeita clínica deve ser valorizada perante sinais como edema unilateral do membro inferior, dor ou assimetria do perímetro da perna. A utilização de ferramentas de estratificação clínica, como o score de Wells, associada ao doseamento de D-dímeros e à ecografia venosa quando indicado, permite uma abordagem diagnóstica estruturada e eficaz. O tratamento anticoagulante deve ser iniciado de forma atempada sempre que a probabilidade clínica seja elevada, sendo fundamental a articulação com cuidados hospitalares quando necessário.

Por sua vez, a trombose venosa

superficial, tradicionalmente considerada uma entidade benigna, é atualmente reconhecida como uma condição que pode coexistir ou evoluir para trombose venosa profunda. A presença de trombose em trajetos próximos da junção safeno-femoral ou safeno-poplíteia, a extensão superior a 5 cm ou a existência de fatores de risco tromboembólicos justificam uma avaliação mais cuidadosa e, em muitos casos, a instituição de terapêutica anticoagulante. Neste contexto, o papel do médico de família é determinante na identificação destas situações e na referência adequada.

As úlceras dos membros inferiores constituem igualmente um problema frequente e com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. A maioria apresenta etiologia venosa, correspondendo à manifestação mais grave da doença venosa crónica. No entanto, uma úlcera na perna não deve ser encarada como uma doença isolada, mas antes como manifestação de uma patologia subjacente que importa identificar.

A avaliação clínica deve incluir a

observação dos pulsos periféricos e a realização do índice tornozelo-braço (ITB), exame simples e não invasivo que permite excluir doença arterial significativa. Nas úlceras venosas, a terapêutica compressiva constitui a base do tratamento, devendo ser associada a cuidados locais adequados do leito da ferida, otimização das condições sistémicas do doente e, sempre que possível, ao tratamento da causa subjacente da hipertensão venosa.

No que respeita à doença arterial periférica, importa sublinhar que esta representa uma manifestação de aterosclerose sistémica e afeta mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo. Os doentes com DAP apresentam um risco significativamente aumentado de eventos cardiovasculares *major*, incluindo enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte. A claudicação intermitente constitui o sintoma clássico, mas muitos doentes apresentam sintomas atípicos ou permanecem assintomáticos durante longos períodos. O índice tornozelo-braço assume, por isso, um papel central na prática clínica, permiti-

ndo confirmar o diagnóstico e estratificar o risco vascular.

A evidência clínica demonstra também que as mulheres tendem a apresentar doença arterial periférica em idades mais avançadas e frequentemente em estádios mais graves à admissão hospitalar, com maior frequência de isquemia crítica e maior grau de dependência funcional. Estes fatores podem condicionar a estratégia terapêutica e influenciar o prognóstico, reforçando a importância de um diagnóstico precoce.

Neste contexto, o papel dos cuidados de saúde primários é absolutamente central. A avaliação clínica cuidadosa, a utilização de instrumentos diagnósticos simples e a referência atempada para consulta de Cirurgia Vascular permitem reduzir complicações, melhorar a qualidade de vida dos doentes e, em situações mais graves, prevenir amputações. A colaboração estreita entre a Medicina Geral e Familiar e a Cirurgia Vascular é, assim, essencial para garantir uma abordagem integrada destas patologias ao longo de todo o percurso assistencial do doente.

## Aldosterona, cortisol e testosterona: o que saber e o que fazer



**João Sérgio Neves**  
Serviço de Endocrinologia, ULS de São João. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

pode alterar o curso da doença e melhorar de forma relevante o prognóstico dos doentes.

### Hiperaldosteronismo primário

O hiperaldosteronismo primário é a causa mais frequente de hipertensão secundária, afetando até 10% dos doentes hipertensos —, mas permanece amplamente subdiagnosticado. O rastreio está indicado em doentes com hipertensão resistente, hipocalcemia espontânea ou induzida por diuréticos, hipertensão de início precoce ou antes dos 40 anos, e incidentaloma suprarrenal. Nos restantes doentes, deve-se ter um limiar baixo para avaliação do rácio aldosterona/renina, atendendo a que uma proporção relevante dos doentes com hiperaldosteronismo primário não apresenta estas características.

O rácio aldosterona/renina é o teste de primeira linha, acessível e interpretável em contexto ambulatório. Alguns fármacos anti-hipertensores — nomeadamente espirolactona, amilorida e bloqueadores do sistema renina-angiotensina — podem interferir com os resultados, pelo que a sua

influência deve ser considerada na interpretação.

Identificar estes doentes é fundamental: o excesso de aldosterona aumenta o risco cardiovascular de forma independente da pressão arterial, incluindo o risco de acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio e fibrilhação auricular. O tratamento dirigido — cirurgia ou antagonistas do recetor mineralocorticoide — permite melhorar o prognóstico, comparativamente à terapêutica anti-hipertensiva convencional.

### Hipercortisolismo

O hipercortisolismo subclínico é uma entidade cada vez mais reconhecida, frequentemente detetada no contexto de incidentalomas suprarrenais. Na prática clínica, a suspeita deve surgir perante uma constelação de achados aparentemente independentes: obesidade central, hipertensão de difícil controlo, diabetes ou pré-diabetes, dislipidemia e osteoporose. O teste de supressão noturna com 1 mg de dexametasona é o rastreio de eleição, pela sua elevada sensibilidade. Um resultado de cortisol superior a 1.8 µg/

/dL confirma ausência de supressão e orienta para investigação complementar em contexto especializado.

A síndrome de Cushing, embora mais rara, exige reconhecimento célere: fâcies em lua cheia, estrias violáceas largas, fraqueza muscular proximal são sinais que não devem ser ignorados nem atribuídos apenas à obesidade comum. Uma anamnese dirigida, que inclua a utilização de glicocorticóides exógenos (incluindo preparações tópicas, inaladas e injetáveis), é sempre indispensável antes de prosseguir com a investigação, evitando exposição desnecessária a exames de imagem e procedimentos invasivos.

### Testosterona

A testosterona assume papéis distintos consoante o sexo. Na mulher, o excesso de androgénios — frequentemente responsável por hirsutismo, acne persistente ou irregularidades menstruais — sugere síndrome dos ovários poliquísticos, hiperplasia congénita da suprarrenal ou, mais raramente, produção tumoral de origem suprarrenal ou ovária. A avaliação laboratorial deve incluir testosterona

total, idealmente na fase folicular do ciclo. No homem, o hipogonadismo pode apresentar-se de forma insidiosa: fadiga crónica, disfunção erétil, diminuição da libido, alterações do humor e perda de massa muscular são queixas que podem justificar a determinação da testosterona total como exame de primeira linha.

A colheita deve ser feita preferencialmente entre as 8h e as 10h da manhã, e valores reduzidos devem ser confirmados numa segunda medição. A interpretação adequada dos valores — considerando a idade e o contexto clínico — é essencial para permitir uma gestão terapêutica adequada e evitar tanto o subtratamento como a prescrição desnecessária de testosterona.

O médico de família ocupa uma posição privilegiada na deteção precoce destas patologias endócrinas. A familiaridade com as manifestações clínicas, os critérios de avaliação, a correta solicitação e interpretação dos exames de primeira linha e a identificação dos casos que requerem referência são essenciais para permitir uma intervenção atempada e uma melhoria do prognóstico e qualidade de vida dos doentes.



# 26º CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA



21 • 23 OUTUBRO 2026 • CENTRO CONGRESSOS ESTORIL



#### Organização:

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria  
E-mail: [secretariado@spp.pt](mailto:secretariado@spp.pt)  
Tel: +351 217 574 680 • Fax: +351 217 577 617  
[www.spp.pt](http://www.spp.pt)

#### Secretariado:

VERANATURA  
E-mail: [cnpediatra26@veranatura.pt](mailto:cnpediatra26@veranatura.pt)  
Tel: +351 217 120 778  
[www.veranatura.pt](http://www.veranatura.pt)

[26.spp-congressos.pt](http://26.spp-congressos.pt)