Publicações
justNews
www.justnews.pt

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS

Jornal Oficial Jornadas Multidisciplinares de MGF

75 anos 1951-2026 SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Jornal Parceiro

## Pedro Melo

Cidadania académica e dignidade científica: o imperativo da Enfermagem na carreira universitária

P. 4

SCIENCE STORY

Todos vemos a raiva da mesma forma?

P. 2

PUB
FUNDAÇÃO Bial
Instituição de utilidade pública

# JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Novembro 2026
Ano XIV • Número 151 • 3 euros
PublicaçãoPeriódica



**"Disponibilizamos em Portugal o que de melhor há em diagnóstico laboratorial",** garante Pedro Branco, que lidera a nível ibérico, desde fevereiro, a A. Menarini Diagnostics

P. 14

PUB
10 A 13 DE MARÇO DE 2027
IX JORNADAS MULTIDISCIPLINARES
DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR
SHERATON PORTO

FERNANDO MARTOS GONÇALVES:

"Na hipertensão, a adesão ao tratamento deve ser avaliada em cada consulta"

P. 8



ESPECIAL

**26.º Congresso Nacional de Pediatria**

P. 22/28

ESPECIAL

**9.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI**

P. 29/35



## O impacto do projeto CAMI na redução dos episódios de urgência e de internamento surpreendeu a própria equipa

Na foto, a coordenadora da Clínica de Ambulatório, Ana Corte Real, a diretora do Serviço de MI, Joana Louro, e a presidente do CA da ULS do Oeste, Elsa Baião

P. 18/20

SERVIÇO DE MI DA ULS DE SANTA MARIA



ANA TORNADA:

"Tem sido gratificante trabalhar na área do risco CDV"

P. 16

# Reconhecer a obesidade como doença e registá-la como tal

IX JORNADAS MULTIDISCIPLINARES
DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Deverá ser este o 1.º passo a dar pelo médico de família, diz o endocrinologista João Sérgio Neves

P. 12

## Rita Queirós / José Frias Bulhosa

O desafio dos registos comunitários na Higiene Oral: a invisibilidade digital nos CSP

P. 6

PUB
justNews
a partilhar informação desde 1981
www.justnews.pt




JORNAL MÉDICO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES
Publicação Mensal

## 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 nº 1A **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/13 **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 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

justNews

geral@justnews.pt · agenda@justnews.pt

Tel. 21 893 80 30 · www.justnews.pt

## IPO Coimbra distinguido

O Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. foi reconhecido pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO) como *"ESMO Designated Centre of Integrated Oncology and Palliative Care"*, para o período de 2027-2029. Este programa promove a integração entre os cuidados oncológicos e os cuidados paliativos, valorizando a continuidade assistencial, o apoio aos doentes e às suas famílias, a formação e a investigação.

SCIENCE STORY

# TODOS VEMOS A RAIVA DA MESMA FORMA?

**A raiva é uma das emoções mais facilmente reconhecidas nas expressões faciais humanas. No entanto, a perceção desta emoção pode não ser igual para todos. Estudo sugere que as características individuais de cada pessoa estão relacionadas com a forma como reconhecemos e processamos sinais de raiva nos outros.**




A alegria, tristeza, nojo, surpresa, medo, desprezo e raiva. Estas são as emoções básicas tradicionalmente associadas a expressões faciais descritas como universais. Enquanto importantes sinais sociais, as expressões faciais ajudam-nos a interpretar rapidamente as emoções e intenções dos outros. Entre as emoções, a raiva ocupa um lugar relevante por frequentemente sinalizar ameaça interpessoal ou conflito.

Embora seja uma das emoções mais facilmente reconhecidas nos rostos humanos, sabe-se ainda pouco sobre como os sinais de raiva são processados em diferentes condições de perceção e como esse processamento pode variar entre indivíduos. Dada a sua relevância para a saúde mental e cardiovascular, as relações interpessoais e a adaptação ao meio social, compreender os mecanismos envolvidos na perceção e regulação da raiva continua a ser um dos grandes desafios da investigação atual.

Neste contexto, com o apoio da Fundação Bial, Liliana Capitão liderou um estudo, conduzido no Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, que procurou perceber se as diferenças individuais na forma de gerir a raiva estão relacionadas não só com a capacidade de reconhecer emoções nos outros, mas também com a rapidez com que os sinais emocionais se tornam conscientes.

No estudo, que envolveu 60 adultos saudáveis, os participantes completaram duas tarefas de processamento emocional: uma avaliava a capacidade de reconhecer conscientemente expressões faciais e outra avaliava quanto tempo demoravam diferentes expressões faciais a tornar-se visíveis para os participantes, depois de terem sido inicialmente ocultadas por outros estímulos visuais. Foram também avaliados os diferentes estilos de expressão da raiva, incluindo a tendência para a exteriorizar ou para a suprimir.

Os resultados foram revelados no artigo "The anger you see and the anger you don't: awareness and expression styles in facial emotion processing", publicado na revista científica *Cognition and Emotion*, e mostraram um padrão distinto consoante a tarefa. Quando os participantes observavam rostos visíveis e tinham de identificar a emoção expressa, os rostos zangados eram reconhecidos com maior precisão do que os rostos de medo. Quando as expressões faciais eram inicialmente ocultadas por estímulos visuais, os rostos de medo tornavam-se visíveis mais rapidamente do que os rostos zangados.

As diferenças individuais mostraram-se igualmente relevantes. As pessoas com maior tendência para externalizar a raiva reconheceram com maior precisão expressões zangadas do que expressões de medo. Por sua vez, as que tendiam a suprimir essa emoção demoraram mais tempo a aperceber-se de rostos zangados do que de rostos de medo ou neutros quando as expressões faciais eram inicialmente ocultadas por outros estímulos visuais.

**AS PESSOAS COM MAIOR TENDÊNCIA PARA EXTERNALIZAR A RAIVA RECONHECERAM COM MAIOR PRECISÃO EXPRESSÕES ZANGADAS DO QUE EXPRESSÕES DE MEDO.**

"Concluímos que os sinais de raiva não são processados de forma uniforme", afirma Liliana Capitão, acrescentando que "a maneira como cada pessoa gere a raiva está relacionada com o modo como a perceciona nos outros". Os resultados reforçam a importância de considerar as emoções numa perspetiva multidimensional e de integrar as diferenças individuais nos modelos que procuram explicar a perceção e a regulação da raiva, uma vez que a relação entre as características emocionais individuais e o processamento cognitivo pode variar em função da emoção envolvida.

Saiba mais sobre esta investigação em fundacaobial.com/science-stories.

**Science Stories**
É a concretização da nossa missão. Desde a sua criação, a Fundação Bial já aprovou para financiamento 947 projetos envolvendo cerca de 1900 investigadores de 31 países. São três décadas de apoios a Projetos de Investigação Científica orientados para o estudo neurofisiológico e mental do ser humano nas áreas da Psicofisiologia e da Parapsicologia. Conheça as histórias por detrás da ciência, mensalmente, também no *Jornal Médico*.

FUNDAÇÃO Bial
Instituição de utilidade pública

PUB







*Homens com idade superior a 65 anos e mulheres com idade superior a 70 anos

Perfil de doente hipotético

ATTR-CM, miocardiopatia amiloide por transtirretina; VE, ventrículo esquerdo

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

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

Pfizer

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

# Cidadania académica e dignidade científica: o imperativo da Enfermagem na carreira universitária



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

No seu recente e incisivo artigo de opinião publicado em setembro na *Visão*, o Professor Doutor Manuel Lopes, da Universidade de Évora, trouxe para o espaço público uma reflexão urgente sobre a retenção anacrónica da Enfermagem num enquadramento politécnico, à margem da plena cidadania universitária. A lucidez do meu distinto colega merece ser elogiada e amplificada: a inércia legislativa e o preconceito epistemológico que persistem em Portugal continuam a tratar uma ciência madura como uma simples "vocação prática" ou "técnica de suporte".

O diagnóstico apresentado pelo Prof. Manuel Lopes é irrefutável e encontra eco na realidade de centenas de pessoas docentes e investigadoras. Enquanto cerca de 70% da formação inicial em Enfermagem se realiza hoje em instituições integradas no universo universitário – e com polos de topo em centros de investigação classificados como "Excelentes" pela FCT, como o RISE-Health (onde se integra o MAIEC Lab onde sou investigador principal, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto) –, a lei insiste numa ficção jurídica.

Exige-se da pessoa docente de Enfermagem a mesma produção científica, o mesmo rigor de avaliação, os mesmos doutoramentos e pós-doutoramentos que dos seus pares de outras áreas do saber, mas impõe-se-lhe até mais um terço de carga horária letiva e uma barreira estrutural à sua progressão na carreira. Como tão bem assinala o colega de Évora, passámos quatro décadas a exigir à Enfermagem que provasse ser ciência; agora que a prova está dada e consolidada, constata-se que o obstáculo nunca foi a falta de prova, mas a indisponibilidade de a reconhecer.

É indispensável, contudo, ir à raiz da questão e explicitar o que está verdadeiramente em causa no núcleo duro da nossa disciplina. A Enfermagem não é um apêndice de qualquer outro ato, nem uma coleção de procedimentos. A Enfermagem é a Ciência e a Profissão que estuda, diagnostica, prescreve e intervém nas firmezas e infirmezas das Pessoas Humanas, das Famílias e das Comunidades.

Como especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, encaro esta assunção como um compromisso científico e político inadiável. Quando afirmamos que diagnosticamos e intervimos na saúde de populações inteiras, estamos a ir muito além do modelo biomédico tradicional. No MAIEC Lab, por exemplo, temos desenvolvido o conceito e a prática de uma epidemiologia pós-moderna que demonstra, com rigor métrico e evidência empírica, como os Diagnósticos de Enfermagem constituem um valor acrescentado social, económico e político insubstituível.

Demonstrar a prevalência de diagnósticos focados na "Gestão do Regime Terapêutico", no "Processo Familiar" ou no "Processo Comunitário" é revelar a invisibilidade dos reais determinantes de saúde do século XXI. Através das lentes da Enfermagem, o Empoderamento Comunitário deixa de ser um slogan para se tornar um processo científico auditável e eficaz na resposta ao envelhecimento, à multimorbilidade e às desigualdades em saúde. É esta evidência – amplamente publicada em revistas internacionais de elevado impacto por equipas de pessoas investigadoras enfermeiras – que fundamenta a inovação e que me permitiu, a título pessoal, avançar para um pós-doutoramento alicerçado nas Tecnologias em Saúde.

**O novo Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior abre a porta para que as universidades corrijam este hiato e integrem plenamente as suas escolas e docentes no subsistema universitário.**

Eu próprio vivo diariamente o contraste deste modelo. Como docente e investigador na Universidade do Porto, no desenvolvimento de modelos tecnológicos e concetuais para a saúde comunitária e saúde pública, experimento na pele o paradoxo de estar formalmente enquadrado como professor adjunto da carreira politécnica – unicamente por força de um decreto-lei de 1988 que congelou o tempo. Não se trata de uma questão de vaidade de títulos ou categorias, mas de equidade, de condições de trabalho e de justiça histórica. É a perpetuação de uma injustiça epistémica que desvaloriza o trabalho de quem produz ciência de fronteira.

A negligência política a que a Enfermagem tem sido votada é um erro de visão estratégica para o país. Numa era em que os sistemas de saúde enfrentam ameaças de sustentabilidade sem precedentes, ignorar a capacidade transformadora e económica da Ciência de Enfermagem é uma irresponsabilidade pública.

**A Enfermagem já provou ser uma ciência robusta, autónoma e insubstituível. Exige-se agora que o Estado e a Academia lhe confiram a cidadania universitária e o lugar que por direito, rigor e impacto social lhe pertencem.**

Não faltam leis nem faltam provas; falta coragem política e decisão institucional. O novo Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior abre a porta para que as universidades corrijam este hiato e integrem plenamente as suas escolas e docentes no subsistema universitário.

A Enfermagem já provou ser uma ciência robusta, autónoma e insubstituível. Exige-se agora que o Estado e a Academia lhe confiram a cidadania universitária e o lugar que por direito, rigor e impacto social lhe pertencem. Sei por convicção que já contribuo em plenitude numa Faculdade de Enfermagem da Universidade do Porto (FEnUP), só falta a concretização da justiça.

# Supervisão clínica e atração de enfermeiros: uma relação de desenvolvimento



**Luís Carvalho**
Prof. coord. na Escola Superior de Enfermagem da Univ. do Porto. Cocoordenador do livro *Supervisão Clínica em Enfermagem* (LIDEL Editora)

Falar hoje em atração de enfermeiros é falar, inevitavelmente, do fenómeno da emigração de profissionais e sobre aquilo que as organizações de saúde têm para oferecer a quem nelas trabalha. Num contexto marcado pela escassez de profissionais, pela crescente complexidade dos cuidados e pela necessidade de ambientes de trabalho mais saudáveis, é tempo de olhar para a supervisão clínica para além da sua função tradicional de acompanhamento e desenvolvimento profissional.

A supervisão clínica pode constituir uma importante dimensão da proposta de valor de uma organização de saúde. Uma organização que supervisiona os seus enfermeiros transmite uma mensagem clara: valoriza o desenvolvimento profissional, reconhece a complexidade da prática clínica e cuida de quem cuida.

Esta mensagem pode começar ainda antes da entrada na organização. Para um enfermeiro, particularmente no início do percurso profissional, saber que encontrará um contexto onde existe acompanhamento, reflexão sobre a prática, *feedback* e oportunidades de aprendizagem pode ser um fator diferenciador.

Não será, porém, naturalmente, o único elemento determinante na escolha de um local de trabalho. A remuneração, as condições contratuais, os horários, a progressão profissional e o reconhecimento continuam a ser dimensões fundamentais e a necessitar de intervenção política para o reconhecimento da profissão.

É precisamente aqui que a supervisão clínica pode assumir um papel estratégico. Não apenas porque contribui para o desenvolvimento de competências, mas porque pode transformar a experiência profissional quotidiana numa oportunidade de aprendizagem, reflexão e crescimento, contribuindo para reforçar a autonomia, a confiança e o sentido de competência profissional.

**Não basta atrair enfermeiros. É necessário criar condições para que queiram permanecer.**

E é neste ponto que atração e retenção deixam de ser conceitos separados.

Não basta atrair enfermeiros. É necessário criar condições para que queiram permanecer. Uma organização pode ser suficientemente atrativa para conseguir recrutar, mas não necessariamente suficientemente boa para conseguir reter. A verdadeira questão está, por isso, na capacidade de transformar a entrada numa experiência profissional positiva e sustentável, influenciando positivamente a satisfação profissional, o bem-estar e o compromisso com a organização.

Não significa, evidentemente, que a supervisão seja uma solução isolada para a atração e retenção de enfermeiros. Seria redutor e cientificamente pouco sustentado afirmar tal relação de forma direta. A permanência dos enfermeiros resulta de múltiplos fatores individuais, profissionais e organizacionais.

Mas é precisamente por ser uma dimensão que as organizações podem estruturar e desenvolver que a supervisão clínica merece ser considerada na estratégia de gestão das pessoas.




A resposta poderá passar, entre outras dimensões, pela supervisão clínica, tema esse abordado em *Supervisão Clínica em Enfermagem* (LIDEL Editora), que clarifica a importância da disciplina e profissão para a segurança e qualidade dos cuidados e para a satisfação profissional.



# O desafio dos registos comunitários na Higiene Oral: a invisibilidade digital nos CSP



**Rita Queirós**
Higienista oral na ULS da Região de Aveiro



**José Frias Bulhosa**
Médico dentista na ULS de Santo António

Desde a década de 1990 que a figura do Higienista Oral integra o Sistema de Saúde e com a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a consolidação das Unidades Locais de Saúde (ULS) a atuação destes profissionais reforçou-se em duas vertentes fundamentais e complementares, em estreita colaboração multidisciplinar:
**Vertente comunitária:** Focada na promoção da saúde e na prevenção da doença ao longo do ciclo de vida, através de ações de Educação para a Saúde, rastreios populacionais e aplicação tópica de verniz de flúor em meio escolar ou comunitário.
**Vertente clínica:** Desenvolvida em gabinete através de consultas, tratamentos preventivos e capacitação contínua em literacia para a saúde. A sua maioria desenvolve o seu trabalho na área dos CSP, integrando as ULS, e apesar da amplitude desta missão as plataformas de informação do SNS não acompanharam a evolução operacional da profissão.

As ULS foram concebidas com o desígnio de aproximar os cuidados e priorizar a prevenção e a intervenção de proximidade. Contudo, a falha nos registos e a carência de um módulo comunitário robusto contrariam abertamente estes objetivos estratégicos, que preconizam a centralidade nos ganhos em saúde junto da comunidade, especialmente em contexto escolar.

No SNS existem vários sistemas de informação para registo de todas as atividades dos profissionais, os higienistas orais utilizam o S-Clínico, SISO, GESTCARE e plataformas para pedidos de material, tais como o GHAF.

**No S-Clínico, ferramenta central dos CSP, subsiste uma lacuna crítica: não existe um módulo dedicado ao registo das atividades comunitárias dos higienistas orais.**

No S-Clínico, ferramenta central dos CSP, subsiste uma lacuna crítica: ao contrário do que acontece com a Enfermagem, não existe um módulo dedicado ao registo das atividades comunitárias dos higienistas orais. Na prática, todas as ações desenvolvidas fora do gabinete permanecem invisíveis no sistema central.

Mesmo na vertente clínica desenvolvida em gabinete, o S-Clínico apresenta constrangimentos severos:
**Falta de visibilidade interprofissional:** Os registos efetuados pelos higienistas orais não são facilmente consultáveis por outros elementos da equipa de saúde.
**Ausência de odontograma:** A inexistência de um suporte gráfico das arcadas dentárias dificulta a leitura rápida do histórico clínico e o acompanhamento por parte de outros profissionais.
**Aumento do tempo burocrático:** A ausência de textos predefinidos obriga à introdução manual prolongada, subtraindo tempo precioso ao contacto direto com o utente. Urge também otimizar o acesso à codificação direta dos MCDT específicos da área, tais como:
37040 – Selantes de fissura (por quadrante)
37050 – Aplicações de flúor
37100 – Destartarização
37105 – Alisamento radicular (por quadrante)

Esta invisibilidade digital afeta diretamente a articulação com a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente com os médicos de família. Quando um utente é observado pelo higienista oral essa intervenção raramente flui de forma integrada para o processo clínico central consultado pelo médico assistente, fragmentando a continuidade de cuidados e comprometendo uma visão verdadeiramente holística do processo de saúde.

Os higienistas orais enfrentam ainda outros constrangimentos com sistemas informáticos do SNS, nomeadamente a ausência de acesso ao SER, o que os impede de consultar antecedentes de saúde, medicação ou encaminhamentos efetuados por outros profissionais, traduzindo-se numa limitação grave para uma abordagem holística centrada no utilizador e na respetiva segurança dos procedimentos, ou até mesmo na referenciação por e para outros profissionais.

Na plataforma GESTCARE, e apesar de se tratar de uma reivindicação antiga, continua a faltar um perfil dedicado ao higienista oral. Esta lacuna força os profissionais a selecionar a opção genérica "OUTROS" em qualquer intervenção, comprometendo a auditoria rigorosa e a parametrização dos dados.

A aplicação SISO (Sistema Informático de Saúde Oral), que no presente momento está a ser, supostamente, alvo de uma profunda reformulação, também apresentava limitações aos registos dos higienistas orais, pois, não permitia visualizar os tratamentos realizados nas coortes anteriores, nem permitia visualizar os planos e tratamentos realizados por outros profissionais de saúde oral. Igualmente não permite adiar o prazo de validade das referenciações aquando de atrasos na erupção dentária, nem admitia registar como opção situações em que o encarregado de educação não autoriza a aplicação de selantes.

A obrigação de navegar por múltiplas plataformas desintegradas (S-Clínico, SISO, GESTCARE e sistemas de gestão de material como o GHAF) gera duplicação de esforço e desperdício de tempo. Torna-se premente a integração de todos os sistemas informáticos numa só plataforma, de modo a minimizar os tempos e a evitar a replicação de registos.

Acresce a esta problemática o risco médico-legal inerente à impossibilidade de efetuar registos clínicos completos, validados por um perfil profissional próprio e com visibilidade interprofissional. Na eventualidade de uma auditoria ou de um contencioso clínico, a fragilidade ou inexistência de registos estruturados expõe vulnerabilidades severas tanto para a instituição (ULS) como para o próprio profissional.

**O que não se regista no SNS, formalmente, não existe.**

No entanto, a consequência mais gravosa será de índole estratégica: o que não se regista no SNS, formalmente, não existe.
A impossibilidade de contabilizar e auditar de forma centralizada as intervenções comunitárias e clínicas impede:
A demonstração quantitativa da real carga de trabalho e eventuais ganhos em saúde gerados por estes profissionais.
A recolha de dados epidemiológicos sobre a saúde oral da população.
A fundamentação técnica para a contratação de mais higienistas orais para as ULS, perpetuando a carência e desequilíbrio na sua distribuição territorial.
A ausência de dados estruturados impede igualmente o cálculo de métricas de custo-efetividade. Sem indicadores claros de produtividade e do impacto preventivo a longo prazo, como a redução de tratamentos restauradores mais complexos, torna-se extremamente difícil para os gestores fundamentar o investimento orçamental na carreira, comprometendo a sustentabilidade financeira e assistencial do próprio SNS.
A criação de uma plataforma unificada e com adequada interoperabilidade dos sistemas existentes, com a atribuição de perfil próprio, acesso ao RSE, módulo comunitário e integração gráfica de dados clínicos, não é um mero capricho tecnológico, mas uma medida urgente de eficiência operacional e justiça profissional.
Só com sistemas de informação adequados será possível dar visibilidade ao trabalho dos higienistas orais, fundamentar o reforço das equipas e concretizar, de forma efetiva, a melhoria da saúde oral da população, com especial enfoque nas gerações mais jovens.





# Serviço Social e saúde mental: uma profissão ainda subvalorizada?



**Marta Matos**
Assistente social. Doutorada em Serviço Social. Investigadora independente

Falar de Serviço Social na saúde mental é falar de uma profissão com uma identidade própria, competências específicas e um campo de intervenção que não pode ser reduzido ao encaminhamento para respostas sociais.

A saúde mental é influenciada pelas condições em que as pessoas vivem, pelas suas relações familiares e sociais, pela habitação, pelo emprego, pelos rendimentos, pela educação, pelo acesso aos serviços e pela participação na comunidade. É neste espaço, entre a pessoa e o seu contexto social, que se afirma uma parte essencial da intervenção do assistente social.

O assistente social não está na equipa de saúde mental apenas para responder ao chamado "problema social". A sua intervenção começa antes de existir uma resposta social a mobilizar. Começa na compreensão da pessoa, da sua trajetória de vida, das suas relações, dos seus recursos, das suas vulnerabilidades e das barreiras que podem interferir no seu processo de recuperação.

Esta é uma dimensão fundamental da identidade profissional.

**Muito mais do que encaminhar**

Ainda persiste, em alguns contextos, uma visão limitada do Serviço Social, associando-o sobretudo à atribuição de prestações, à procura de respostas habitacionais ou ao encaminhamento para instituições.

Essas funções podem fazer parte da intervenção, mas não definem, por si só, o Serviço Social na saúde mental.

A intervenção do assistente social envolve avaliação social, acompanhamento, mediação, articulação entre serviços, defesa de direitos, mobilização de recursos e promoção da participação da pessoa na comunidade. Envolve também o trabalho com famílias e redes formais e informais de suporte.

Mais do que identificar necessidades, o assistente social procura compreender como estas se relacionam entre si e como as condições sociais podem facilitar ou dificultar o percurso da pessoa.

Uma situação de desemprego pode significar perda de rendimento, mas também perda de autonomia, de relações sociais e de identidade. Uma dificuldade habitacional pode comprometer a estabilidade necessária à recuperação. O isolamento pode limitar a participação social. A ausência de uma rede de suporte pode tornar mais difícil a continuidade dos cuidados.

A intervenção do Serviço Social procura precisamente compreender e trabalhar estas relações.

**O Serviço Social na equipa: que lugar ocupa?**

A presença do assistente social numa equipa multidisciplinar não deve significar a diluição da sua identidade profissional.

Trabalhar em equipa implica que diferentes profissionais contribuam a partir dos seus conhecimentos, competências e responsabilidades específicas. Na saúde mental, o Serviço Social introduz uma leitura que parte da relação entre pessoa, contexto social e comunidade.

Esta perspetiva permite identificar fatores sociais que podem estar associados ao sofrimento, à exclusão, à interrupção dos cuidados ou às dificuldades de participação social. Por isso, a intervenção do assistente social não deve ser acionada apenas quando surge uma necessidade social concreta. A dimensão social deve estar presente desde a avaliação e a definição do plano de intervenção.

A questão não é transformar o assistente social num profissional responsável por resolver todas as dimensões sociais da vida da pessoa. É reconhecer aquilo que lhe é específico e permitir que esse conhecimento tenha um lugar efetivo na tomada de decisão da equipa.

A especificidade do Serviço Social está também na capacidade de estabelecer pontes: entre a pessoa e os serviços, entre a equipa e a família, entre os cuidados de saúde e os recursos da comunidade e entre os direitos formalmente reconhecidos e a possibilidade concreta de os exercer.

Não basta saber que existe uma resposta social. É necessário perceber se essa resposta é adequada à situação concreta, se a pessoa consegue aceder-lhe, se a aceita, se contribui para a sua autonomia e se favorece a sua participação social.

É neste processo que a intervenção profissional ganha significado.

**Recuperar é também voltar a participar**

A recuperação em saúde mental não pode ser entendida apenas como redução de sintomas.

Recuperar pode significar voltar a estabelecer relações, recuperar autonomia, exercer direitos, participar na comunidade, reconstruir projetos de vida, regressar ao trabalho ou à formação e voltar a ocupar um lugar socialmente significativo.

Estas dimensões colocam o Serviço Social perante um campo de intervenção particularmente relevante. A recuperação não acontece exclusivamente dentro dos serviços de saúde. Acontece também na família, na habitação, no trabalho, na escola, nas relações sociais e na comunidade.

É por isso que a intervenção comunitária em saúde mental constitui uma oportunidade para afirmar, e não para secundarizar, a identidade do Serviço Social.

Na investigação que desenvolvi sobre a intervenção do Serviço Social nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental em Portugal, foram identificadas diferentes formas de organização e de afetação dos profissionais, incluindo situações em que a presença do assistente social não se encontrava assegurada de forma contínua.

**A existência de uma equipa comunitária não garante, por si só, uma intervenção social integrada. São necessárias condições concretas para o exercício profissional, incluindo recursos humanos adequados.**

Estes elementos levantam uma questão que ultrapassa a organização de cada equipa: que lugar estamos, efetivamente, a atribuir ao Serviço Social num modelo de saúde mental orientado para a comunidade?

A existência de uma equipa comunitária não garante, por si só, uma intervenção social integrada. São necessárias condições concretas para o exercício profissional, incluindo recursos humanos adequados, formação, supervisão, autonomia e articulação efetiva entre os diferentes saberes.

Quando estas condições não existem, há o risco de reduzir o Serviço Social a uma função predominantemente administrativa ou à resposta imediata a necessidades sociais. E isso não limita apenas o profissional. Limita também aquilo que a própria equipa pode compreender sobre a situação da pessoa.

Uma intervenção verdadeiramente multidisciplinar não consiste apenas em juntar diferentes profissionais. Consiste em permitir que diferentes conhecimentos sejam efetivamente integrados na compreensão e na intervenção sobre cada situação.

**Valorizar o Serviço Social é reconhecer a sua especificidade**

Talvez a questão não seja apenas saber se o Serviço Social continua a ser subvalorizado na saúde mental. A questão fundamental é perceber se estamos a reconhecer verdadeiramente aquilo que esta profissão pode acrescentar.

Valorizar o assistente social não significa colocá-lo acima das restantes profissões. Significa reconhecer que possui uma identidade profissional própria, um conhecimento específico e competências essenciais para compreender a relação entre pessoa, sociedade e saúde mental. Num modelo de cuidados cada vez mais orientado para a comunidade, esta especificidade torna-se particularmente relevante.

Se queremos uma saúde mental centrada na pessoa, não podemos olhar apenas para a doença. Temos de compreender as condições sociais em que a pessoa vive, os seus direitos, as suas relações, os seus recursos e as barreiras que enfrenta. É precisamente nesse espaço que o Serviço Social intervém.

O assistente social não está na saúde mental apenas para responder ao social. Está para intervir profissionalmente sobre a dimensão social da saúde mental.

# 7.ª edição do Concurso Nacional - Diabetes e as Escolas

A Direção-Geral da Saúde e o EduQA organizam a 7.ª edição do Concurso Nacional - Diabetes e as Escolas. O tema é "O poder da prevenção na diabetes tipo 2".

O concurso pretende estimular a criatividade dos jovens estudantes das escolas públicas e privadas de Portugal para, através da realização de um vídeo, desenvolverem conhecimentos sobre a diabetes.

O Concurso terá 3 níveis de participação:
a) 1.º nível – alunos do 1.º ciclo (até ao 4.º ano de escolaridade);
b) 2.º nível – alunos do 2.º e 3.º ciclo (5.º ao 9.º ano de escolaridade);
c) 3.º nível – alunos do secundário e ensino profissional (10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade).

Serão atribuídos 3 prémios, um para cada nível de participação.

Os vídeos submetidos a concurso têm de ser inéditos e originais, da autoria dos/as alunos/as e docentes, com a duração máxima de 3 minutos. Os vídeos não podem conter menção a marcas comerciais (por imagem ou som).

Todos os participantes com idade inferior a 18 anos devem apresentar autorização/consentimento do/a encarregado/a de educação para poderem participar no Concurso. Sem a apresentação do consentimento informado devidamente assinado pelo/a encarregado/a de educação fica inviabilizada a aceitação do vídeo a concurso.

A inscrição para participação no concurso deve ser realizada através do preenchimento do formulário respetivo, integrando a lista com os nomes dos professores, dos alunos e da equipa local de saúde escolar que participaram na elaboração do vídeo e as respetivas autorizações dos encarregados de educação.

Os vídeos devem ser enviados até **19 de fevereiro de 2027** para: diabetes@dgs.min-saude.pt.

É possível obter o Regulamento, o formulário e os textos das declarações em www.dgs.pt.

DGS Direção-Geral da Saúde




elfos® Soluções Auditivas NENHUM SOM DEIXARÁ DE SER OUVIDO

800100186
Linha Gratuita

Visite o nosso website - www.elfos.pt

PUB




**FERNANDO MARTOS GONÇALVES, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO (SPH):**

# "No doente com HTA é fundamental avaliar a adesão ao tratamento em cada consulta"

O PRESIDENTE DA SPH CONFIRMA HAVER "BOAS FERRAMENTAS DE DIAGNÓSTICO" E "NOVAS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS", MAS HÁ "DIFICULDADES QUE SE MANTÊM" NO QUE AO DOENTE COM HIPERTENSÃO DIZ RESPEITO.



**"Simplificar o tratamento da hipertensão é uma medida fundamental para favorecer a sua manutenção", defende o presidente da SPH**

Controlar uma doença como a hipertensão arterial, um dos principais fatores de risco cardiovascular, está muito longe de ser tarefa fácil. Uma das principais dificuldades prende-se com o facto de ser silenciosa. "Quem se sente bem pode não compreender a necessidade de tomar medicamentos diariamente para prevenir complicações futuras", diz Fernando Martos Gonçalves, internista na ULS de Loures-Odivelas e atual presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH).

Por outro lado, a complexidade do tratamento, os seus efeitos adversos e os custos que lhe estão inerentes, bem como as dificuldades de acesso a cuidados, tudo isso pode pôr em causa sua continuidade. Aliás, há estudos realizados a mostrarem que, ao fim de um ano, apenas metade dos doentes mantém o cumprimento terapêutico.

"Ora, isto compromete desde logo a adesão à terapêutica, bem como a sua persistência", refere o especialista, considerando "fundamental avaliar a adesão ao tratamento cada vez que o doente comparece a uma nova consulta". Adianta ainda que "outro aspeto relevante neste contexto é a inércia terapêutica, da responsabilidade do médico, quando perante uma pressão arterial não controlada persiste em não modificar a prescrição".

Para Fernando Martos Gonçalves, "a adesão começa pelo estabelecimento de uma relação de confiança médico-doente". E prossegue: "Antes de repetirmos as recomendações, precisamos de compreender as dificuldades concretas de cada pessoa. Esquece-se da medicação? Tem receio de efeitos adversos? Não percebe o benefício? Tem dificuldade em adquirir os medicamentos? A abordagem deve ser aberta e sem julgamento, porque cada barreira exige uma resposta diferente."

No seu entender, "simplificar o tratamento é uma medida fundamental". Assim, "sempre que tal for clinicamente adequado, a toma única diária e as associações de fármacos em apenas um comprimido reduzem a complexidade e favorecem a manutenção da terapêutica". Para além de ser igualmente importante "explicar o objetivo do tratamento, antecipar possíveis efeitos adversos e combinar uma forma de os resolver".

Por outro lado, a automedição da pressão arterial no domicílio, com equipamento validado e orientação adequada (AMPA), "permite envolver o doente e tornar visível o efeito do tratamento". Adicionalmente, "organizadores de medicação, lembretes e apoio familiar podem ajudar, de acordo com as necessidades individuais".

Garantir a continuidade na prestação de cuidados ao doente com hipertensão é, para o presidente da SPH, algo relevante, que "exige um plano partilhado, responsabilidades definidas e uma comunicação eficaz". Por exemplo, "cada pessoa deve saber qual é o seu objetivo de pressão arterial, que medicamentos tomar, quando será reavaliada e quem contactar se surgir um problema".

"Nas transições entre hospital, cuidados de saúde primários e comunidade, é essencial transmitir informação clara: terapêutica atualizada, alterações realizadas e respetiva justificação, resultados relevantes e plano de seguimento. A reconciliação da medicação ajuda a prevenir duplicações, omissões e instruções contraditórias", recomenda Fernando Martos Gonçalves, acrescentando:

"O acompanhamento deve ser programado e ajustado às necessidades, com reavaliação mais próxima após alterações terapêuticas ou perante valores não controlados. Consultas presenciais, contactos telefónicos e ferramentas digitais podem complementar-se, desde que os resultados sejam revistos e conduzam a uma decisão. Medir e registar só melhora os cuidados quando existe uma resposta."

Paralelamente, "o trabalho em equipa (*team based care*) permite distribuir tarefas e aproximar o acompanhamento do quotidiano das pessoas. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos têm funções complementares na identificação de dificuldades e no seguimento dos doentes, como vem contemplado em todas as *guidelines*."

Porque continua a ser tão difícil controlar a hipertensão arterial, apesar do conhecimento e das opções terapêuticas disponíveis? Esta vai ser a questão que estará na base da sessão que no 21.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, a decorrer entre 18 e 21 de fevereiro, envolverá a Sociedade Europeia de Hipertensão e outras sociedades parceiras da SPH, reunindo perspetivas de Portugal, Espanha, Brasil e Hungria.

**Fernando Martos Gonçalves: "A adesão terapêutica começa pelo estabelecimento de uma relação de confiança médico-doente."**

## O que se pode esperar do 21.º Congresso da SPH

"A prevenção cardiovascular coloca-nos um desafio diário que é transformar o conhecimento científico em resultados que façam a diferença na vida dos nossos doentes. Dispomos de boas ferramentas de diagnóstico e de novas possibilidades terapêuticas, mas continuamos a enfrentar dificuldades no controlo dos fatores de risco, na adesão ao tratamento e na continuidade dos cuidados", afirma Fernando Martos Gonçalves, sublinhando ser "neste encontro entre a evidência e a realidade clínica que o Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global ganha particular relevância".

"O programa do Congresso convida-nos a olhar para a saúde cardiovascular ao longo da vida – da prevenção em idade pediátrica à abordagem do doente com risco cardio-reno-metabólico, passando pela obesidade, a diabetes, o sono e a gravidez. Propõe uma reflexão abrangente sobre os fatores que condicionam o prognóstico e as oportunidades de intervenção que temos ao nosso alcance", refere o presidente da SPH.

"No centro desta reflexão está a hipertensão arterial", diz, enumerando as questões que "atravessam o programa e aproximam a discussão científica das decisões que tomamos na consulta":

Como interpretar as orientações internacionais e aplicá-las no contexto nacional? Como individualizar os alvos de tratamento no idoso ou no doente com doença renal crónica? Quando investigar uma causa secundária e como acompanhar a pessoa com HTA resistente ou de difícil controlo?

Também a componente prática do Congresso merece referência. A sessão de casos clínicos, o curso sobre exercício no doente hipertenso e o debate "Perguntas desafiantes que o doente faz: respondemos com evidência" oferecem oportunidades para confrontar decisões, esclarecer dúvidas e reforçar a comunicação com os doentes. "Porque uma recomendação só pode produzir benefício quando conseguimos explicá-la, adaptá-la e assegurar a sua continuidade", frisa Fernando Martos Gonçalves.

Destaque ainda para a sessão magna dedicada à Missão 70/26 e à avaliação dos resultados deste programa nacional e para a conferência de encerramento de Michel Azizi, dedicada à desregulação da aldosterona e à inibição da aldosterona sintase na hipertensão.



APROXIMANDO O CONHECIMENTO CIENTÍFICO DA PRÁTICA CLÍNICA

# IPO e Universidade de Coimbra reforçam cooperação e criam consórcio para a investigação em Oncologia

O Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil E.P.E. e a Universidade de Coimbra, através da sua Faculdade de Medicina, reforçaram a colaboração entre as duas instituições com a assinatura de um protocolo de cooperação e a formalização do consórcio Coimbra Comprehensive Cancer Center - Care4C.

Os dois compromissos foram assinalados na Sessão Solene comemorativa do Dia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O protocolo de cooperação e a constituição do Coimbra Comprehensive Cancer Center aproximam os cuidados de saúde, o ensino e a investigação, com o objetivo de desenvolver respostas à doença oncológica.

A constituição do consórcio concretiza uma ambição do IPO de Coimbra: desenvolver um modelo de cooperação que integre a atividade assistencial, a investigação clínica e translacional, a formação avançada e a inovação tecnológica em Oncologia. Esta articulação pretende aproximar o conhecimento científico da prática clínica e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes.



**Carlos Robalo Cordeiro, diretor da FMUC, Margarida Ornelas, presidente do CA do IPO Coimbra, Ana Pais, diretora clínica do IPO Coimbra, e Henrique Girão, diretor do Instituto de Investigação Clínica e Biomédica da FMUC e subdiretor para a Investigação Científica e Desenvolvimento Tecnológico**

Entre os objetivos do Care4C encontram-se o desenvolvimento de projetos conjuntos de investigação, o reforço da cooperação nacional e internacional e a captação de financiamento competitivo. O consórcio prevê, também, promover projetos de inteligência artificial e ciência de dados aplicados à Oncologia, bem como apoiar a formação de novas gerações de médicos, investigadores e cientistas dedicados ao estudo do cancro.

A parceria reúne a experiência clínica do IPO de Coimbra e a capacidade académica e científica da Universidade de Coimbra, através da sua Faculdade de Medicina. Insere-se, igualmente, no percurso para o reconhecimento como Comprehensive Cancer Center em alinhamento com o Plano Europeu de Luta Contra o Cancro.

Complementarmente, o protocolo de cooperação estabelece condições para o desenvolvimento de projetos conjuntos e de ações de colaboração técnico-científica. Abrange programas de cooperação técnica, apoio logístico e de recursos humanos, partilha de documentação, informação e iniciativas de formação e especialização.

Com estes dois instrumentos, o IPO de Coimbra e a Universidade de Coimbra aprofundam uma relação institucional orientada para o desenvolvimento do ensino e da investigação e para a qualificação dos profissionais de saúde. O compromisso partilhado é transformar essa colaboração em benefícios para os doentes, através de cuidados cada vez mais diferenciados e apoiados no conhecimento científico.

**Referências**
1. Li EC, Heran BS, Wright JM. Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors versus angiotensin receptor blockers for primary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(8):CD009096.
2. Rakugi H, Enya K, Sugiura K, Ikeda Y. Comparison of the efficacy and safety of azilsartan with that of candesartan cilexetil in Japanese patients with grade I-II essential hypertension: a randomized, double-blind clinical study. *Hypertens Res.* 2012;35(5):552-558.
3. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA. 2002;288(23):2981-2997.

**ARAs:** Antagonistas dos Receptores da Angiotensina II; **CV:** cardiovascular; **IC:** intervalo de confiança; **iECAs:** inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina; **PA:** pressão arterial; **RCTs:** ensaios clínicos aleatorizados; **RR:** razão de risco.

**NOME DO MEDICAMENTO** Edarclor 40 mg + 12.5 mg comprimidos revestidos por película. Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Edarclor 40 mg + 12.5 mg comprimidos revestidos por película e Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. Cada comprimido contém 40 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio) e 12.5 mg ou 25 mg de clortalidona. **FORMA FARMACÊUTICA** Edarclor 40 mg + 12.5 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido revestido por película de cor vermelho pálido, redondo (aproximadamente 9.7 mm de diâmetro), biconvexo, com A/C 40/12.5 gravado numa das faces. Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido revestido por película de cor vermelho claro, redondo (aproximadamente 9.7 mm de diâmetro), biconvexo, com A/C 40/25 gravado numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS** Tratamento da hipertensão em adultos. Edarclor é uma associação de dose fixa indicada em adultos cuja pressão arterial não é adequadamente controlada por monoterapia com azilsartan medoxomilo, **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Posologia Adultos: A dose inicial recomendada é de 40 mg + 12.5 mg uma vez por dia em doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com monoterapia anti-hipertensiva corrente como Edarbi 40 mg ou Edarbi 80 mg. Se necessário a dose pode ser aumentada para um máximo de 40 mg + 25 mg uma vez por dia. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se normalmente evidente ao fim de 1-2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. Populações especiais Idosos (idade igual ou superior a 65 anos): Não é necessário um ajuste inicial da dose nos doentes idosos; nos doentes muito idosos (≥ 75 anos), o tratamento deve ser efetuado com precaução e recomenda-se uma monitorização médica apertada. Compromisso renal e Compromisso hepático: A clortalidona, um dos componentes ativos do Edarclor, não deve ser usada em doentes com compromisso renal grave, anúria e afeção hepática grave. Não há experiência da administração de Edarclor em doentes com transplante renal recente. Não é necessário um ajuste da dose nos doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado. É limitada a experiência de utilização em doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado; no entanto não é necessário um ajuste inicial da dose de Edarclor em doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado. Alterações menores do equilíbrio hídro eletrolítico devidas a diuréticos tiazídicos podem precipitar um coma hepático. Recomenda-se monitorização estreita. Depleção do volume intravascular: Edarclor deve ser iniciado sob supervisão médica estreita, apenas após ter sido alcançado um volume correto. Uma resposta hipotensiva temporária devida a depleção de volume não impede que os doentes continuem o tratamento, o qual pode normalmente ser continuado sem dificuldade uma vez estabilizados a pressão arterial e o estado do volume. Insuficiência cardíaca: Recomenda-se precaução em doentes hipertensos com insuficiência cardíaca congestiva dado que não existe experiência de utilização nestes doentes. População de raça negra: Não é necessário um ajuste da dose na população de raça negra. População pediátrica: A segurança e eficácia em crianças e adolescentes dos 0 aos <18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. Modo de administração: Via oral é pode ser tomado com ou sem alimentos. **CONTRAINDICAÇÕES** - Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. - Gravidez. - Compromisso hepático grave. - Compromisso renal grave (TFG <30 mL/min/1.73m²). - Anúria. - Hiponatremia refratária. - Hipercalcemia. - Hiperuricemia sintomática. - O uso concomitante de Edarclor com medicamentos contendo aliscireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Lista tabelada de reações adversas As reações adversas baseadas nos dados agregados de todos ensaios clínicos de fase 3 são apresentadas em baixo, de acordo com as classes de sistemas de órgãos e termos preferenciais. Estão classificadas por frequência, utilizando a seguinte convenção: muito frequentes (≥ 1/10); frequentes (≥ 1/100, < 1/10); pouco frequentes (≥ 1/1,000, < 1/100); raras (≥ 1/10,000, < 1/1,000); muito raras (< 1/10,000); desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Dentro de cada classe de frequência, as reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade. Doenças do metabolismo e da nutrição – Reações adversas frequentes: Aumento do ácido úrico no sangue, hipercalcémia. Doenças do sistema nervoso – Reações adversas frequentes: Tonturas, tonturas posturais. Vasculopatias – Reações adversas frequentes: Hipotensão. Doenças gastrointestinais - Reações adversas frequentes: Diarreia, náuseas. Afeções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos- Reações adversas frequentes: Espasmos musculares. Perturbações gerais e alterações no local de administração - Reações adversas frequentes: Fadiga. Exames complementares de diagnóstico - Reações adversasmuito frequentes: Aumento da creatinina no sangue; Reações adversas frequentes: Aumento da ureia no sangue. Informação adicional sobre os componentes individuais: As reações adversas que se sabe ocorrerem com cada componente administrado isoladamente mas que não foram observadas nos estudos clínicos podem ocorrer durante o tratamento com Edarclor. *Clorotalidona* Adicionalmente às reações adversas listadas para o Edarclor, foram notificadas as seguintes reações adversas para a clorotalidona: Doenças do metabolismo e da nutrição - Reações adversas: muito frequentes: Aumento dos lípidos no sangue; Reações adversas frequentes: Hipomagnesemia. Cardiopatias – Reações adversas frequentes: Hipotensão postural. Doenças gastrointestinais – Reações adversas frequentes: Perda de apetite, desconforto gastrointestinal menor. Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos – Reações adversas frequentes: Urticaria Doenças dos órgãos genitais e da mama - Reações adversas frequentes: Impotência Exames complementares de diagnóstico *Creatinina sérica:* O tratamento com Edarclor resultou numa maior incidência de aumentos da creatinina sérica, comparativamente com o azilsartan medoxomilo e a clorotalidona. Estes aumentos foram temporários ou não progressivos e reversíveis, e associados com acentuadas reduções da pressão arterial. Ácido úrico: O Edarclor esteve associado a aumentos do ácido úrico sérico. Os aumentos de ácido úrico são dependentes da dose, aumentando com a dose de clorotalidona, embora tenham sido pouco frequentes as notificações de gota nos grupos de tratamento, mesmo nos estudos de longo prazo. *Hemoglobina e hematócrito:* O Edarclor esteve associado com reduções ligeiras nos níveis de hemoglobina, hematócrito, e na contagem de células vermelhas, consistentes com os efeitos farmacológicos conhecidos dos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Experiência pós-comercialização Foi notificada uma rara incidência de angioedema associado ao uso de Edarclor. Não foram identificadas outras reações adversas nas notificações espontâneas pós-comercialização. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: Sítio da internet: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoram (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos:
Direção de Gestão do Risco de Medicamentos
Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53
1749-004 Lisboa
Tel: +351 21 798 73 73
Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita)
E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt

**DATA DA REVISÃO DO TEXTO** junho 2024

**Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado. MSRM. Medicamento comparticipado no escalão B.**

TECNIMEDE
Innovative Pharma

www.tecnimede.com | Tlf: 210414100

**Tecnimede - SociedadeTécnico-Medicinal, S.A.**
Rua da Tapada Grande 2
Abrunheira, 2710-228 Sintra - Portugal
NIPC: 500 626 413 | Copyright;@2026 Grupo Tecnimede. Todos os direitos reservados.

PT-M3471, maio 2026

FARMACO VIGILÂNCIA MM.20.20.30

# ULS do Arco Ribeirinho prestou homenagem a profissionais reformados

O Conselho de Administração da ULS do Arco Ribeirinho (ULSAR) homenageou os profissionais que se reformaram em 2024 e 2025, numa sessão marcada pela emoção, pelo reconhecimento e pelo reencontro de quem fez parte da história da instituição. A sessão de abertura contou com a presença da presidente do CA, Ana Teresa Xavier, da diretora clínica para os CSP, Iliete Ramos, e do enfermeiro diretor, José Filipe Nunes.



Na ocasião, foi destacada a importância de se reconhecer o contributo de todos os que ajudaram a construir a história da ULSAR., que "muitas vezes implicou abdicar de tempo junto da família e dos amigos, em prol do cuidado e do serviço aos outros".

Foi ainda sublinhado que, embora esta etapa da vida profissional tenha chegado ao fim, permanece o legado de cada um destes profissionais: as marcas de um percurso de dedicação, as experiências partilhadas e as memórias que continuam a fazer parte da história da ULSAR.

A música também teve lugar nesta manhã especial, com um momento proporcionado pelo Projeto Música nos Hospitais, da Associação Portuguesa de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade. Desde 2023 que este projeto marca presença semanalmente na ULSAR, levando a música aos cuidados de saúde hospitalares e aos CSP, promovendo momentos de proximidade, bem-estar e alegria.

Num ambiente de emoção e de reencontro, 39 profissionais reformados subiram ao palco para receber uma medalha personalizada, como símbolo de reconhecimento e agradecimento pelo trabalho desenvolvido, pela dedicação e pelo compromisso demonstrados ao longo dos anos.

Mais do que assinalar o fim de uma etapa profissional, esta homenagem foi uma oportunidade para celebrar as pessoas, recordar os caminhos percorridos e valorizar as histórias e as memórias que permanecem ligadas à instituição.





# Ortopedia da ULS da Arrábida realiza reconstrução óssea de elevada complexidade com aloenxerto fresco de cadáver

O Serviço de Ortopedia da ULS da Arrábida realizou, no último ano, o segundo procedimento de reconstrução de um defeito ósseo de grandes dimensões com recurso a aloenxerto fresco de cadáver, uma técnica diferenciada e disponível apenas em poucos centros hospitalares do país.



As intervenções foram efetuadas pelos ortopedistas Filipe Machado e Pedro Pessoa, em dois doentes jovens, vítimas de acidentes de viação graves, que apresentavam fraturas expostas associadas a uma importante perda de tecido ósseo no local do desastre.

Perante a dimensão e complexidade das lesões, foi necessário recorrer a uma estratégia de reconstrução com recurso a aloenxerto fresco de cadáver, uma solução particularmente exigente do ponto de vista técnico e clínico.

O recurso a este tipo de enxerto depende da disponibilidade de um dador compatível. Os aloenxertos são solicitados ao Banco de Tecidos do Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa, que procede à disponibilização do tecido sempre que existe um dador que reúna as condições de compatibilidade necessárias.

A utilização de aloenxerto fresco de cadáver permite, em casos selecionados, reconstruir defeitos ósseos de grandes dimensões, constituindo uma alternativa de elevada complexidade para situações traumáticas em que existe perda óssea significativa.

# ULS de Braga acolheu casamento de utente internado

Um utente internado no Hospital de Braga casou no passado dia 9 de outubro com a sua companheira. A cerimónia civil decorreu no Serviço de Gastrenterologia da Unidade Local de Saúde de Braga e foi celebrada por funcionários da Conservatória do Registo Civil, que se deslocaram ao hospital para o efeito. Estiveram presentes familiares e testemunhas do casal.

O casamento foi possível graças à articulação entre a equipa do Serviço, a família e a Conservatória, de modo a que o casal pudesse oficializar a união sem que o utente tivesse de sair do hospital. Os profissionais adaptaram o quarto do utente e a rotina do internamento ao momento, garantindo, ao mesmo tempo, a continuidade dos cuidados.

"Cuidar de alguém é também ajudar a realizar os desejos que fazem sentido para essa pessoa e para a sua família, mesmo durante um internamento. Foi isso que os nossos profissionais fizeram, com enorme sensibilidade, e é um orgulho para a instituição", refere Elisabete Pinheiro, presidente da Comissão de Humanização da ULS de Braga.





PUB




JOÃO SÉRGIO NEVES, ENDOCRINOLOGISTA NA ULS DE SÃO JOÃO:

# "O 1.º passo é reconhecer a obesidade como doença e registá-la como tal"

SÓ O FACTO DE PELO MENOS UM EM CADA CINCO ADULTOS EM PORTUGAL TER OBESIDADE "COLOCA IMEDIATAMENTE O MÉDICO DE FAMÍLIA NA PRIMEIRA LINHA DO COMBATE A ESTA DOENÇA", AFIRMA JOÃO SÉRGIO NEVES. O ENDOCRINOLOGISTA VAI SER UM DOS PALESTRANTES EM DESTAQUE NAS PRÓXIMAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF, EM MARÇO DE 2027.


"Consultas regulares, mesmo que curtas, têm muito mais impacto", salienta João Sérgio Neves

"A obesidade é uma doença crónica, recidivante e multifatorial, lembra João Sérgio Neves, e atinge um número tão elevado de portugueses que, no seu entender, torna a Medicina Geral e Familiar "uma especialidade fundamental" no combate à mesma. Afinal, "é o médico de família quem conhece o doente ao longo da vida e acompanha as suas complicações de saúde, acabando por ter mais oportunidades para intervir".

"O primeiro passo é reconhecer a obesidade como doença e registá-la como tal", afirma o endocrinologista da ULS de São João, sublinhando que "deve ser rotina" do médico de família pesar, medir e calcular o índice de massa corporal, tal como avaliar o perímetro da cintura. Contudo, "o IMC isolado diz pouco", avisa, salientando ser "essencial avaliar as complicações associadas".

E enumera a diabetes tipo 2 e a pré-diabetes, a hipertensão, a dislipidemia, a doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica, a apneia obstrutiva do sono, a osteoartrose, a insuficiência cardíaca, a infertilidade e o impacto na saúde mental e na qualidade de vida. "É esta avaliação que define a gravidade da doença e a intensidade do tratamento", esclarece.

> **João Sérgio Neves: "Muitas pessoas com obesidade sentem-se julgadas nos serviços de saúde!"**

Mas a forma como se aborda o tema também conta: "Muitas pessoas com obesidade sentem-se julgadas nos serviços de saúde e evitam falar do peso. Pedir permissão para abordar o assunto, usar linguagem neutra e explicar que a obesidade resulta da interação entre genética, ambiente e biologia muda a relação com o doente e melhora a adesão."

"Os objetivos devem ser realistas e centrados na saúde", afirma João Sérgio Neves, acrescentando: "Uma perda de 5 a 10% do peso já melhora a glicemia, a pressão arterial e o perfil lipídico. Perdas superiores a 15% podem levar à remissão da diabetes tipo 2 e à melhoria significativa da apneia do sono e da doença hepática. A intervenção no estilo de vida, com alimentação equilibrada, atividade física regular e atenção ao sono, é sempre a base do tratamento."

"Na prática, ajuda a estruturar o acompanhamento", refere, garantindo que consultas regulares, mesmo que curtas, com registo do peso, das metas e das dificuldades, "têm muito mais impacto do que uma consulta longa isolada". A entrevista motivacional, o envolvimento da família e o apoio do nutricionista, do psicólogo e do técnico de exercício, quando existem na unidade ou na comunidade, "aumentam a probabilidade de sucesso".

Para além disso, "importa também rever a medicação habitual, pois, vários fármacos frequentemente prescritos nos CSP, como alguns antidepressivos, antipsicóticos, corticoides, insulina e sulfonilureias, favorecem o aumento de peso, podendo muitas vezes ser substituídos por alternativas neutras ou favoráveis".

### "Tratamento mudou muito"

A comunicação que João Sérgio Neves vai apresentar nas IX Jornadas Multidisciplinares de MGF vai centrar-se no tratamento farmacológico da obesidade, que indiscutivelmente, "mudou muito nos últimos anos":

"Os agonistas do recetor GLP-1 e os agonistas duplos GIP/GLP-1 permitem perdas de peso médias de 15 a 20% e o semaglutido demonstrou redução de eventos cardiovasculares em pessoas com doença cardiovascular estabelecida e obesidade. Estes fármacos devem ser considerados em pessoas com IMC igual ou superior a 30 kg/m$^2$, ou igual ou superior a 27 kg/m$^2$ com complicações."

"É importante explicar ao doente que se trata de um tratamento de longo prazo: quando se suspende, o peso tende a ser recuperado, tal como acontece com a pressão arterial quando se interrompe a terapêutica com um anti-hipertensor", aconselha João Sérgio Neves, deixando claro que, "na escolha do fármaco, as complicações do doente devem orientar a decisão":

"Numa pessoa com diabetes tipo 2, doença cardiovascular, IC com fração de ejeção preservada, doença hepática ou apneia do sono, os agonistas do GLP-1 e os agonistas duplos trazem benefícios que vão além do peso. Os efeitos adversos mais frequentes são gastrointestinais e diminuem com uma titulação lenta. A perda de massa muscular deve ser acautelada com ingestão proteica adequada e exercício de resistência."

Para o nosso entrevistado, "o médico de família tem condições para iniciar e acompanhar a maioria destes tratamentos", sendo que a referenciação à Endocrinologia faz sentido apenas em situações específicas, que descreve: suspeita de obesidade secundária (síndrome de Cushing, hipotiroidismo não controlado, causas hipotalâmicas) ou de obesidade monogénica, sobretudo quando o início é na infância; IMC igual ou superior a 40 kg/m$^2$, ou igual ou superior a 35 kg/m$^2$ com complicações, para avaliação de cirurgia metabólica; ausência de resposta ao tratamento de primeira linha; e doentes com múltiplas comorbilidades ou situações especiais, como planeamento de gravidez ou recuperação de peso após cirurgia bariátrica.

"A obesidade não se trata numa única consulta", insiste João Sérgio Neves, "exige acompanhamento continuado, metas partilhadas e articulação entre níveis de cuidados, sendo exatamente aí que a MGF faz a diferença".

## Nasceu, formou-se e exerce no São João

João Sérgio Neves nasceu a 11 de janeiro de 1989 no Hospital de São João, cujos corredores nunca mais deixaria de percorrer desde que iniciou, em 2007, o curso de Medicina na FMUP. "A Endocrinologia foi uma escolha ponderada e uma das decisões mais importantes da minha carreira: atraiu-me a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos das doenças e a possibilidade de contribuir para a qualidade de vida dos doentes", diz.

A tese de doutoramento, que defendeu em julho de 2023, focou-se no papel da disfunção endócrina subclínica no risco CDV e na função cardíaca, com um trabalho de investigação centrado nos efeitos cardiovasculares e renais da diabetes, da pré-diabetes e da obesidade. Professor auxiliar convidado da FMUP, preside ao seu Conselho Pedagógico e é investigador da RISE-Health.

## A ligação à SPEDM

Secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo desde 2023, entrara para a sua Direção três anos antes, como secretário-adjunto. "A SPEDM contribuiu de forma central para o meu desenvolvimento enquanto interno", reconhece João Sérgio Neves, que considera essencial a relação da Sociedade com a MGF, tendo em conta que "a maioria das pessoas com diabetes, obesidade ou doença da tiroide é acompanhada nos CSP". Por isso, "a SPEDM tem apostado em iniciativas conjuntas, em formação dirigida aos MF e na elaboração de documentos de consenso que ajudam a definir quem deve ser referenciado e quando".



# Inteligência artificial e inovação em Uroginecologia



**Maria Geraldina Castro**
Ginecologista/obstetra. Secretária da Secção de Uroginecologia da SPG

A medicina moderna atravessa uma transformação profunda impulsionada pela inteligência artificial (IA) e a Uroginecologia também acompanha esta revolução digital, com resultados promissores, mas ainda numa fase inicial. O volume sem precedentes de dados gerados por exames de imagem, sinais urodinâmicos e registos clínicos excede hoje a capacidade humana de análise exaustiva, tornando a IA uma parceira indispensável para a precisão diagnóstica.

**Onde estamos: diagnóstico e imagem**

A aplicação mais desenvolvida da IA reside na imagiologia e na segmentação automática de estruturas complexas. Atualmente, *softwares* comerciais já permitem a medição automatizada das dimensões do hiato urogenital e a avaliação da integridade do músculo elevador do ânus e do esfíncter anal em ecografias 3D/4D e ressonância magnética. Estes sistemas reduzem drasticamente a variabilidade interobservador e o tempo de análise. No campo da urodinâmica, algoritmos avançados processam traçados em menos de 20 segundos, identificando padrões de hiperatividade do detrusor e filtrando artefactos de forma mais consistente do que a interpretação humana isolada.

**Medicina de precisão e modelos preditivos**

A verdadeira inovação manifesta-se na transição para uma medicina personalizada através de modelos preditivos. Têm sido desenvolvidos algoritmos de *Machine Learning* que conseguem hoje estimar a probabilidade de sucesso de um *sling* da uretra média, prever o risco de incontinência de novo após cirurgia de prolapso e antecipar a resposta individual a fármacos anticolinérgicos. Esta capacidade de estratificação de risco vai permitir ao ginecologista selecionar o tipo de cirurgia ou tratamento mais indicado para cada mulher, otimizando resultados e minimizando complicações.

**O futuro: monitorização remota e reabilitação**

O potencial para o futuro expande-se para além do consultório. Estamos a entrar na era da ecografia funcional automatizada, dos diários miccionais digitais e dos dispositivos *wearable* que monitorizam a função vesical em tempo real. A IA aplicada à reabilitação do pavimento pélvico, através de *biofeedback* inteligente, promete aumentar o envolvimento das doentes e a eficácia das terapias conservadoras. Atualmente, não existem ainda sistemas de IA formalmente aprovados para uso na prática clínica de rotina na Uroginecologia. Encontram-se em fase de investigação e desenvolvimento, revelando uma eficácia e acuidade diagnóstica promissora.

**Limitações e desafios éticos**

Apesar do otimismo, a adoção segura exige prudência. A falta de validação externa multicêntrica e a natureza de "*black-box*" de muitos algoritmos, que dificulta a compreensão do raciocínio por trás de uma decisão, continuam a ser barreiras críticas. Além disso, a implementação deve respeitar rigorosos quadros regulatórios, como o EU AI Act de 2024, um regulamento europeu que estabelece o primeiro enquadramento legal abrangente no mundo para a inteligência artificial. Este classifica os sistemas de saúde como de alto risco, exigindo transparência, validação, supervisão, documentação rigorosa e proteção total da privacidade das doentes.

**Conclusão**

A IA não veio substituir o médico, mas sim amplificar o seu julgamento clínico e devolvê-lo ao que é essencial. Ao automatizar tarefas repetitivas e processar dados complexos, a tecnologia permite-nos focar no que é unicamente humano: a empatia, a comunicação e o cuidado atento às necessidades do doente. O médico que dominar estas ferramentas estará mais bem equipado para oferecer uma medicina de excelência e verdadeiramente centrada na mulher.

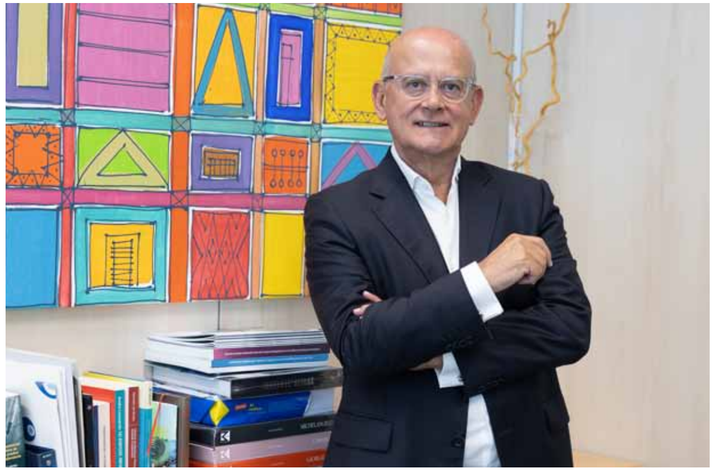
*Nota: Artigo originalmente publicado no* Jornal da 209.ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia *(junho 2026).*



PEDRO BRANCO, *IBERIA CLUSTER DIRECTOR* DA A. MENARINI DIAGNOSTICS:

# "Disponibilizamos em Portugal o que de melhor há em diagnóstico laboratorial"

MESES ANTES DE PEDRO BRANCO CUMPRIR 25 ANOS COMO DIRETOR-GERAL DA MENARINI DIAGNÓSTICOS PORTUGAL, FOI-LHE FEITO O DESAFIO, QUE ACEITOU, DE GERIR A OPERAÇÃO DESTA MULTINACIONAL ITALIANA EM TODA A PENÍNSULA IBÉRICA. ASSUMIU UM CARGO QUE NÃO HAVIA, O DE *IBERIAN CLUSTER DIRECTOR*, TENDO ABAIXO DE SI, EM PORTUGAL E ESPANHA, DOIS *COUNTRY LEADS*. MAS EM 2026 TAMBÉM FAZ 35 ANOS QUE A A. MENARINI DIAGNOSTICS SE ESTABELECEU FORMALMENTE EM PORTUGAL (17 DE JULHO DE 1991) E 50 QUE FOI CRIADA, PARA ALÉM DE IGUALMENTE SE ASSINALAR O 140.º ANIVERSÁRIO DO AGORA MENARINI *GROUP*, FUNDADO EM 1886.



Pedro Branco: "Esta área é precursora em termos de utilização da IA, desde logo porque lidamos com dados"

Pedro Branco assumiu as novas funções como responsável pela operação da A. Menarini Diagnostics a nível ibérico em fevereiro deste ano, um mês depois de lhe ter sido lançado o desafio e após 25 anos como diretor-geral da Menarini Diagnósticos – assim se chama a empresa em Portugal –, cargo de que tomou posse no dia 6 de agosto de 2001.

Confessa ter encarado esta nova responsabilidade com entusiasmo. Por um lado, "é o reconhecimento de que estou em boa forma e que levo os interesses da companhia adiante". Mas também vê a nomeação como "uma oportunidade para avançar com novos projetos, imprimindo o dinamismo necessário para uma permanente atualização na nossa atividade".

Confirma ter sido muito bem aceite pelos colegas e a realidade espanhola já a conhecia suficientemente bem: "Trata-se de um país com características muito próprias, basta pensar nas suas 17 comunidades autónomas, com sistemas de saúde que não são exatamente iguais. Para além de culturas regionais diferentes, que têm que ser compreendidas e respeitadas."

Com uma estrutura que inclui cerca de 130 colaboradores, mais de três vezes superior à portuguesa, Pedro Branco refere que "o mercado é considerado mais rico do que o nosso, também fruto do poder aquisitivo da população e até dos preços praticados".

"Portugal apresenta especificidades no que ao diagnóstico laboratorial diz respeito. Tem havido, por exemplo, muita concentração, tanto no setor público como privado, onde, neste último caso, se têm registado bastantes aquisições e fusões. No entanto, há muitos postos de colheita e, portanto, não é por haver essa concentração que as pessoas deixam de ter acesso aos testes, antes pelo contrário", sublinha.

Pedro Branco considera, contudo, ser essa "uma evolução natural, que tem que ver com métodos de trabalho, que incluem uma crescente robotização e automação. E a nossa área é, digamos, precursora em termos de utilização da inteligência artificial, desde logo porque lidamos com dados. Quando alguém lê um boletim de resultados está, no fundo, a relacionar dados, e uma das coisas que a IA nos oferece é a possibilidade de eles poderem ser sistematizados, permitindo a tomada de decisões até em termos de políticas de saúde".

Lembra que, "no passado, quase ninguém sabia qual era o seu valor de glicemia, mas se ele for aumentando ao longo dos anos isso significa que se pode pressupor haver, nesse caso, um risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2. Ora, antigamente, esses dados andavam dispersos, quando o futuro aponta agora para a integração de toda essa informação". E justifica o exemplo apresentado "porque tem que ver com uma pandemia que não para de aumentar, tendo, aliás, a Menarini bastante responsabilidade na gestão da diabetes no que ao seu diagnóstico diz respeito".

**Um setor adverso para as pequenas empresas**

Pedro Branco refere que o seu setor de atividade tem uma particularidade, que é a circunstância de o investimento em novas tecnologias resultar do esforço e do empenho das próprias empresas, "o que faz com que muitos empresários portugueses se assustem com os riscos que correm".

"Isto porque se aplica aqui o conceito de disponibilizar ao laboratório, seja ele privado ou público, a colocação do equipamento por consumo, sendo o seu valor amortizado ao longo do tempo. Com o IVA a 23% e, no caso de o cliente ser o Estado, com o pagamento a não ser feito a horas, o esforço é muito grande para empresas de menor dimensão", explica, acrescentando:

"Há depois uma dificuldade adicional, que é o facto de os concursos públicos contemplarem, por norma, contratos com a duração de 3 anos, um prazo muito curto para amortizar certos equipamentos muito sofisticados que podem precisar de 5 anos para se pagarem."

> **Pedro Branco: "Dezena e meia de empresas respondem por 85% do mercado."**

O responsável ibérico da A. Menarini Diagnostics frisa que "as companhias do setor da medicina laboratorial que se mantêm no mercado, com dezena e meia a assegurar 85% do mesmo, continuam a disponibilizar em Portugal o que de melhor e mais tecnologicamente avançado existe na área do diagnóstico".

Integrando o "top 10" das mesmas, a Menarini Diagnósticos "tem ganho cota de mercado", segundo Pedro Branco, estando este, no entanto, bastante segmentado. Por exemplo, no que se refere à hemoglobina glicada, um marcador da diabetes, a empresa tem 40% do mercado, ou seja, uma posição de liderança. Tal como sucede relativamente aos testes de urianálise, incluindo de sedimento urinário, em que a percentagem sobe para 50.

"Posso dizer que nós fazemos funcionar entre 600 a 700 equipamentos laboratoriais em Portugal, distribuídos por entidades públicas e privadas, e existem mais de 50.000 portugueses com diabetes que usam os nossos medidores de glicemia", revela.

## Há 40 anos sempre no mesmo setor

Pedro Manuel de Abreu Branco nasceu em Benguela, Angola, no dia 7 de outubro de 1960. Foi o 5.º de seis filhos de um casal de empresários na área têxtil, "pessoas muito religiosas e dedicadas à comunidade". Não esconde o orgulho que tem por aquilo que os seus pais fizeram em prol da população do Morro da Graça, um bairro que foi assim batizado por ter a proteção de Nossa Senhora da Graça, a padroeira da vila de Manteigas, terra natal do pai.

Os tempos conturbados que se viveram em Angola no pós 25 de abril fizeram com que Pedro Branco, então com 14 anos, viajasse sozinho na ponte aérea para Portugal, no verão de 1975, para ser acolhido por um amigo do pai que se disponibilizara para o receber na sua casa, em Coimbra. Entretanto, cada um dos irmãos, três deles já adultos na altura, seguiu um rumo diferente.

Fez o liceu no D. Maria, em Coimbra, acabou a candidatar-se ao curso de Ciências Farmacêuticas, no decorrer do qual, no final do 3.º ano, optou por um dos três ramos possíveis, o de Análises Químico-Biológicas de Aplicação à Clínica. "Com 40 anos de profissão, desde o final do curso que sempre tenho trabalhado na indústria do diagnóstico laboratorial", salienta.

Pedro Branco começou a sua atividade profissional em 1985, passados quatro dias de terminar o curso, numa empresa que pouco tempo depois era absorvida pela Sanofi Diagnostics Pasteur. Ali permaneceu 7 anos, até aceitar o cargo de diretor da Bayer Diagnostics em Portugal, com uma carreira internacional que o levou até ao Brasil e ao Reino Unido.

Surge então o convite para dirigir a Menarini Diagnósticos, onde chega no verão de 2001. Com instalações em São Domingos de Rana, no concelho de Cascais, rapidamente tratou de promover a mudança para a Quinta da Fonte, em Oeiras, onde ainda se encontra, no mesmo edifício para onde se transferiu também a A. Menarini Farmacêutica.

"Embora sendo entidades legais separadas, partilhamos o mesmo espaço e algumas funções, promovendo uma sinergia que, no meu entender, faz todo o sentido existir", afirma Pedro Branco, que aos 66 anos continua a gostar de andar de bicicleta, embora recentemente tenha optado por um modelo híbrido... para o ajudar um pouco nas subidas!





# Série "Para Além do Cérebro" distinguida em Cannes

A série documental da Fundação Bial "Para Além do Cérebro", sobre ciência e espiritualidade, exibida na RTP1, foi distinguida nos *Cannes Corporate Media & TV Awards 2026*.

O trailer da produção conquistou o Silver Dolphin na categoria *"Trailers and Teasers for Documentaries and Reports"*. Anunciado a 24 de setembro, o prémio foi recebido pela secretária-geral da Fundação Bial, Paula Guedes, pelo jornalista Mário Augusto e pelo editor de vídeo André Banza.

Com o apoio da Fundação Bial, a série "Para Além do Cérebro" procura aproximar ciência e espiritualidade através de uma abordagem científica a alguns dos fenómenos mais intrigantes da consciência humana. Ao longo de 16 episódios, aborda temas como a telepatia, a precognição, a psicocinese, as experiências de quase morte, a mediunidade, a evocação de supostas vidas passadas, a meditação e a expansão da consciência.

"'Para Além do Cérebro' nasceu da vontade de olhar, com abertura e rigor, para algumas das questões mais desafiantes sobre a consciência humana e de dar a conhecer o trabalho de investigadores que há décadas as estudam. Ver este projeto reconhecido internacionalmente é uma satisfação e um estímulo para apoiar a investigação científica em parapsicologia e em neurociências, bem como o cruzamento entre as duas áreas", afirma Luís Portela, presidente da Fundação Bial.

**Ciência sem tabus, com rigor**

Inteiramente baseada em investigação científica, "Para Além do Cérebro" foi filmada em vários países e reúne entrevistas a mais de 50 investigadores e especialistas das áreas da Física, Psicologia, Psiquiatria, Neurociências e Parapsicologia, associados a instituições internacionais como a Universidade de Liège, a Universidade da Virgínia ou o King's College London.




"Um dos grandes méritos desta série foi abordar temas que suscitam naturalmente dúvidas e ceticismo sem abdicar dos princípios que devem orientar qualquer discussão científica: olhar para a evidência, confrontar diferentes perspetivas e reconhecer aquilo que sabemos e aquilo que ainda não sabemos. Reunir investigadores de diferentes áreas e instituições permitiu mostrar precisamente a ciência como um processo em permanente construção", afirma Nuno Sousa, neurocientista responsável pela orientação científica da série.

**Da investigação científica à televisão**

Conduzida por Luís Portela e Mário Augusto, "Para Além do Cérebro" foi realizada por Ricardo Freitas, com produção executiva de Mário Augusto, coordenação de projeto de Paula Campos, produção de Pedro Sousa e Andreia Santos e edição de André Banza.

A série estreou mundialmente na RTP1 a 12 de maio e os seus 16 episódios foram exibidos nas noites de segunda-feira, estando também disponíveis na RTP Play.

O Silver Dolphin reconhece internacionalmente um projeto que procurou levar à televisão, de forma rigorosa e acessível, áreas de investigação científica habitualmente afastadas do grande público.

# ULSMT reforça cuidados continuados em casa

A ULS do Médio Tejo está a reforçar a resposta das suas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que levam cuidados de saúde a casa de pessoas em situação de dependência ou em recuperação de doença. As ECCI de Sardoal e Mação recebem novas viaturas e equipamentos, num investimento de 50 mil euros financiado pelo Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

A ECCI de Almourol, que acompanha utentes dos concelhos de Vila Nova da Barquinha, Constância e Entroncamento, integra um projeto-piloto nacional e conta já com seis enfermeiros exclusivamente dedicados ao acompanhamento domiciliário, com capacidade para apoiar até 30 utentes em simultâneo.

Em 2025, as ECCI da ULS do Médio Tejo acompanharam 437 utentes, representando 37,8% registados nas diferentes respostas da RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

"Cuidar em casa permite-nos trabalhar a recuperação e a autonomia no lugar onde a pessoa vive. É nesse contexto que percebemos melhor as dificuldades do dia-a-dia e que podemos ensinar e apoiar os familiares e cuidadores. Ter enfermeiros dedicados a esta resposta reforça a continuidade do acompanhamento e a confiança de quem recebe os cuidados", afirma Piedade Pinto, enfermeira diretora da ULS do Médio Tejo.

As ECCI acompanham pessoas em situação de dependência funcional, em recuperação após doença ou cirurgia, ou com necessidades de cuidados continuados que possam ser assegurados no domicílio. Cada intervenção assenta numa avaliação das necessidades e num plano individual de cuidados, que pode envolver enfermagem, cuidados médicos, reabilitação e apoio social. O trabalho com os familiares e cuidadores é parte deste acompanhamento, ajudando-os a prestar apoio nas atividades diárias e a reconhecer situações que exigem atenção dos profissionais de saúde.

"A nossa maior ambição é que todas as pessoas tenham acesso aos cuidados de que precisam, independentemente de onde vivem ou da sua capacidade de se deslocarem", frisa Casimiro Ramos, presidente do CA da ULS do Médio Tejo.









justNews

PUB
33º Congresso Nacional MEDICINA INTERNA
20-22 maio 2027
Centro de Congressos de Lagoa
Presidente: António Martins Baptista, diretor do Serviço MI da ULSSM

**ANA TORNADA, INTERNISTA, CONSULTA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DA ULS DE SANTA MARIA:**

# "Tem sido especialmente gratificante trabalhar na área do risco CDV"

FOI DURANTE O INTERNATO QUE ANA TORNADA PERCEBEU COMO ERAM FREQUENTES AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES E QUAIS OS DESAFIOS QUE SE COLOCAVAM EM TERMOS DE PREVENÇÃO E GESTÃO DAS MESMAS. ESTA INTERNISTA INTEGRA A CO DO 33.º CNMI E VAI PRESIDIR, JÁ EM DEZEMBRO, À 8.ª REUNIÃO DO NEPRV-SPMI.



**"Os estudos epidemiológicos realizados continuam a apontar a HTA como o principal fator de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular", salienta Ana Tornada**

É um facto que as doenças cardiovasculares continuam a figurar, por esse mundo fora, como a principal causa de morte. "Apesar de preveníveis!" exclama a médica Ana Tornada, que integra o Serviço de Medicina Interna da ULS de Santa Maria, responsável pela organização, em 2027, do 33.º Congresso Nacional da SPMI. Sociedade que representa "a especialidade que, por excelência, aborda o doente complexo na sua globalidade", faz questão de sublinhar.

"A hipertensão arterial destaca-se entre os fatores de risco modificáveis", afirma, lembrando os estudos epidemiológicos entretanto realizados, como o EUROASPIRE, que "continuam a apontar a HTA, nas suas várias versões, como o principal fator de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular".

"Daí a relevância de abordar esta problemática, resolver casos complexos, diagnosticar e prestar os melhores cuidados", diz, justificando assim o comentário que faria mais tarde, no final desta entrevista: "Trabalhar na área do risco cardiovascular tem sido uma experiência especialmente gratificante!"

Uma dezena de especialistas de MI, entre os quais Ana Tornada, asseguram o funcionamento da Consulta de Hipertensão Arterial da ULS de Santa Maria, "especializada e diferenciada", coordenada pelo internista Carlos Moreira, diretor do Departamento de Medicina, que engloba o Serviço de Medicina Interna.

A médica faz questão de realçar a circunstância de o Serviço dispor, integrado na sua estrutura, do Laboratório Arsénio Cordeiro, "que combina a atividade clínica assistencial e o conhecimento académico obtido na cadeira de Medicina I da FMUL". E adianta:

"Disponibiliza a realização de exames essenciais na abordagem destes doentes, como a eletrocardiografia, a ecocardiografia e a monitorização ambulatória da pressão arterial. Inclui também um laboratório dedicado ao estudo do sistema nervoso autónomo, o que permite uma avaliação mais completa dos doentes hipertensos."

Como seria de esperar, são fundamentalmente três as origens dos doentes atendidos na Consulta de Hipertensão Arterial. Dos cuidados de saúde primários chegam os casos suspeitos de HTA resistente e de difícil controlo ou com possível hipertensão secundária. Do Serviço de Urgência e do Internamento de MI são encaminhados os doentes com lesão de órgão-alvo ou HTA mais exigente em termos de controlo e que apresentam com frequência um elevado número de comorbilidades.

Finalmente, há que contabilizar os doentes oriundos de outras especialidades hospitalares, como a Oncologia (hipertensão iatrogénica), a Imunoalergologia (intolerância ou toxicidade associada a fármacos anti-hipertensores), a Infeciologia (por infeção VIH), mas também a Nefrologia, a Neurologia e a Cardiologia, neste caso, situações de doença cardiovascular estabelecida que necessitam de prevenção secundária.

"Esta Consulta especializada abrange várias faixas etárias, incluindo jovens em transição da idade pediátrica para a adulta, mulheres em idade fértil, na gravidez e no pós-parto, idosos e muito idosos, doentes frágeis e polimedicados", esclarece Ana Tornada, acrescentando:

"O objetivo é identificar situações de alto risco, propor uma estratégia adequada e, sempre que possível, devolver os doentes aos CSP, libertando vagas para novos casos. Sendo doenças crónicas, com fatores de risco controláveis, mas que não desaparecem ao longo da vida, é essencial uma perspetiva longitudinal, por vezes, dificultada pelo tempo limitado da consulta, já que, como internistas, temos também atividade assistencial no Internamento, na Urgência, no Hospital de Dia, no apoio a outras especialidades, na docência e na investigação clínica."

Adianta ainda que "todos os médicos da Consulta estão ligados à FMUL. Recebemos alunos do mestrado integrado em Medicina e orientamos trabalhos de investigação no âmbito das suas teses, o que enriquece o conhecimento da população que seguimos. Temos também participado em ensaios clínicos, o que reforça o espírito clínico, científico e académico da nossa prática".

"A gestão do risco cardiovascular exige multidisciplinaridade", lembra Ana Tornada, "pelo que contamos com uma técnica de Cardiopneumologia dedicada". No entanto, "existe ainda uma lacuna na participação de outros profissionais de áreas como a Enfermagem, a Nutrição, a Fisioterapia e Exercício, a Psicologia e, por vezes, do próprio Serviço Social, dado que acompanhamos uma franja da população com grandes dificuldades sociais e económicas para aderir à medicação necessária e a estilos de vida saudáveis".

A internista sublinha que "a crescente consciência do que representa o risco cardiovascular ao longo da vida tem exigido uma maior necessidade de articulação com os cuidados de saúde primários, fundamentais a montante e a jusante no seguimento dos nossos doentes".

Por isso, "a formação médica e as reuniões científicas, nacionais ou internacionais, são extremamente importantes para desenvolver o conhecimento e os circuitos funcionais e eficientes para a população em risco, a par da necessidade de criar estratégias para ultrapassar os baixos níveis de literacia da população e as dificuldades no acesso a adequados cuidados de saúde especializados".

## Ana Tornada vai presidir à 8.ª Reunião do NEPRV-SPMI

É já no próximo dia 12 de dezembro que se vai realizar, em Peniche, a 8.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular – um dos grupos da SPMI mais ativos –, que será presidida por Ana Tornada.

"Contamos com uma Comissão Organizadora motivada e experiente, que irá trazer uma dezena de *Hot Topics* em saúde cardiovascular, focados na hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, obesidade, tromboembolismo pulmonar, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquémica, acidente vascular cerebral e doença renal crónica", enumera a internista, que salienta:

"Este último tema figura pela primeira vez com destaque no programa da Reunião do NEPRV. Justifica-se o realce que lhe queremos dar dada a ligação direta e bidirecional da DRC com o coração, integrada no recente conceito de síndrome cardiovascular-renal-metabólica e refletida na revolução terapêutica que temos vivido."

Seguindo o conceito habitual do evento anual promovido por este Núcleo, cada sessão terá um palestrante e um moderador de referência, que "irão trazer a melhor e mais recente evidência científica, promover a interação com os participantes e dar espaço aos trabalhos de investigação e aos casos clínicos peculiares em sessões próprias".

Francisco Araújo, um dos membros fundadores do NEPRV e seu ex-coordenador, apresentará uma comunicação intitulada "Arte e risco vascular". Haverá também um *Hot Topic* sobre "Saúde digital na medicina cardiovascular", em que será palestrante o médico de família Lima Nogueira.

Na véspera da Reunião, realizar-se-á o curso "Desvendando a hipertensão resistente", onde serão abordados temas como a resistência e a pseudo-resistência, as causas secundárias de hipertensão, a relação entre a escolha dos fármacos e os mecanismos fisiopatológicos, e ainda novos fármacos e dispositivos.

## "Aos 6 anos decidi que queria ser médica"

"Aos 6 anos decidi que queria ser médica, movida pela curiosidade pelo corpo humano, pela mente e pelo comportamento", revela a nossa entrevistada, que nasceu nas Caldas da Rainha há 46 anos.

Diz que entrou em Medicina, na FMUL, a pensar em Neurociências, mas cedo percebeu que precisava de saber resolver situações médicas, sobretudo em urgência, "onde a rapidez e o pragmatismo só são possíveis com trabalho de equipa, experiência e conhecimento científico".

A meio do curso, uma optativa de Geriatria, "feita quase por acaso", surpreendeu-a pela variedade de patologias com que se defrontou e pela proximidade com o doente, a família e o contexto biopsicossocial. "Encontrei a minha especialidade!", reconhece, para acrescentar: "Escolhi a Medicina Interna pela diversidade e pela amplitude etária, dos 18 aos 108 anos, a idade da minha doente mais velha."

O internato foi feito no Hospital de Santa Maria, num serviço particularmente dedicado à área cardiovascular, o que lhe permitiu "perceber a elevada frequência destas doenças e os desafios na sua prevenção e gestão". Seguiu-se um mestrado em Cardiologia Preventiva no Imperial College London, "um ano a *full time*, em Londres, que me trouxe experiência em investigação clínica e rigor científico, sem abandonar a cabeceira do doente e com a convicção de que o conhecimento só serve quando é partilhado".

Iniciou a sua atividade como especialista no Hospital de Cascais, "onde os internistas assumem a centralidade do cuidado e uma maior responsabilidade clínica, com menos apoio à decisão". Garante ter sido "uma Escola". Em 2017, regressaria ao HSM, agora como assistente hospitalar, "atraída pelo ambiente universitário e pelo trabalho, integrada em equipas maiores e mais especializadas". Iniciaria mais tarde um doutoramento em Medicina, "com uma tese que cruza as doenças cardiovasculares e as neurociências".

"O gosto pelo trabalho associativo e em rede, para além dos muros do hospital", concretizou-se na ligação à Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, fazendo parte da atual coordenação do Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular, e mais recentemente à Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

"Conciliar investigação, docência e clínica tem sido uma maratona que me tem permitido viver plenamente cada momento", assegura Ana Tornada.



PUB
33º Congresso Nacional MEDICINA INTERNA
Presidente: António Martins Baptista, diretor do Serviço MI da ULSSM
SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

LIVE MEDICINA INTERNA
justNews

Prémio BOAS PRÁTICAS EM MEDICINA INTERNA 2026
Valorizar o que de melhor se faz na Medicina Interna portuguesa
Bial Keeping life in mind
SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna





No âmbito desta iniciativa da SPMI, que teve o apoio Bial, foram selecionados para apresentação no 32.º Congresso Nacional de Medicina Interna, em maio de 2026, seis projetos candidatos ao Prémio. Este acabou por ser atribuído à Consulta de Diagnóstico Rápido da ULS do Litoral Alentejano, que foi alvo de reportagem publicada na edição de setembro do *Jornal Médico*.

**CRIADA PELO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DOS HOSPITAIS DE CALDAS DA RAINHA E PENICHE, INICIOU ATIVIDADE EM JANEIRO DE 2025**

# Clínica de Ambulatório de MI da ULS do Oeste retirou da Urgência e do Internamento metade dos doentes avaliados em Hospital de Dia

MULTIDISCIPLINAR E DE PROXIMIDADE, DIRIGIDA A UTENTES COM DIABETES, OBESIDADE, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E DOENÇA RENAL CRÓNICA, A CLÍNICA DE AMBULATÓRIO DE MEDICINA INTERNA DA ULSO DÁ RESPOSTA EM TERMOS DE HOSPITAL DE DIA MAS TAMBÉM DISPONIBILIZA CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM E PROMOVE SESSÕES DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA. O IMPACTO QUE MOSTROU TER TIDO NA REDUÇÃO DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA E DE INTERNAMENTO DE DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS SURPREENDEU A PRÓPRIA EQUIPA. POR TER SIDO CONSIDERADO UM EXEMPLO DE BOAS PRÁTICAS EM MEDICINA INTERNA, O PROJETO NÃO SÓ FOI ACEITE A CONCURSO PELO JÚRI DO PRÉMIO CRIADO ESTE ANO PELA SPMI COMO ACABOU POR SER UM DOS SEIS SELECIONADOS PARA APRESENTAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL DE MI, REALIZADO EM MAIO.







ANA CORTE REAL, COORDENADORA DA CAMI

## Nasceu há 36 anos no hospital onde agora é médica



Tendo nascido no Hospital das Caldas da Rainha, no dia 11 de junho de 1990, Ana Corte Real escolheu prosseguir ali a sua formação, 25 anos depois, após concluir o curso na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Vale a pena deixar registado que, entre esses dois momentos, a sua vida não foi propriamente monótona.

"A minha família é toda de cá, mas com 11 meses fui viver para a Venezuela, onde estive 3 anos. Voltei e fiquei um ano aqui. Fui depois 8 anos para Cabo Verde, de onde regressei aos 12. Com 18, fui estudar Medicina na Madeira, tendo depois acabado o curso na Faculdade de Medicina de Lisboa, em 2014", conta. E esclarece que desde muito pequena que queria ser uma de duas coisas: médica ou bailarina. "Optei pela Medicina!", diz.

Apresentou-se no hospital da sua terra natal em janeiro de 2015 para fazer o Ano Comum. A escolha da especialidade "teria de ser" entre Cardiologia e Medicina Interna. Acabou por eleger o Hospital das Caldas da Rainha para se especializar em MI também porque queria que o internato fosse feito fora de um grande centro, "onde a MI lida com todas aquelas patologias mais específicas".

Fez o exame final e tornou-se especialista apenas em 2022 porque, pelo meio, foi mãe. E também só começou a trabalhar no Serviço que já conhecia muito bem em janeiro de 2024 porque resolveu fazer uma pausa sabática. "De mochila às costas", com o marido, que é terapeuta ocupacional, e o filho, então com 18 meses, foram os três viajar durante um ano: Nova Zelândia, Austrália, Sudeste Asiático... "Foi espetacular!", confirma.

A Clínica de Ambulatório de Medicina Interna (CAMI) criada no Serviço de MI dos hospitais das Caldas da Rainha e de Peniche, unidades que integram a ULS do Oeste, não venceu o Prémio de Boas Práticas em MI 2026, mas esteve lá perto. Com efeito, este projeto foi um dos escolhidos para fazer parte de uma seleção final, com direito a exposição no último Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que neste momento assinala o 75.º aniversário da sua fundação.

São três os internistas que dão a cara pela CAMI: Joana Louro, que deixou a sua coordenação em março de 2026 para assumir a direção do próprio Serviço de MI, e os especialistas Gonçalo Carvalho e Ana Corte Real, a atual coordenadora da Clínica.

Importa deixar claro que, embora esta última integre a ULS do Oeste como assistente hospitalar apenas desde janeiro de 2024 e o seu colega somente desde setembro desse ano, a verdade é que acabaram por estar os dois ligados à criação da CAMI. Desde logo porque tiveram como orientadora de formação a mesma médica, Joana Louro, que lhes fez despertar, nomeadamente, o particular interesse que têm pela diabetes.

A esse propósito, registe-se que o Hospital de Dia de Diabetes começou a funcionar em 2017, num gabinete da zona das Consultas Externas e que em 2023 a equipa se transferiu, já como Unidade Integrada de Diabetes, para o espaço onde se encontra a Clínica de Ambulatório. Que é, afinal, o mesmo que, na altura da covid-19, acolheu a denominada Área Dedicada a Doentes Respiratórios e que depois ficou sem utilização.

Joana Louro explica ter-se tornado evidente que, "com a limitação de recursos físicos e humanos de um pequeno hospital como este, não faria sentido criar clínicas individualizadas de diabetes, de obesidade ou de insuficiência cardíaca. Era preciso, sim, reunir esforços e ganhar capacidade para dar resposta às pessoas que vivem com doenças crónicas, que são cada vez em maior número, devido ao envelhecimento da população. Para além de que era necessário fazer alguma coisa para retirar doentes do circuito hospitalar da Urgência e do Internamento".

**Joana Louro: "Era preciso reunir esforços e ganhar capacidade para dar resposta às pessoas que vivem com doenças crónicas."**

Tendo em conta que muitas das pessoas que vivem com diabetes também têm insuficiência cardíaca e doença renal crónica, chegou-se à conclusão de que "a criação de uma estrutura cardio-reno-metabólica seria muito benéfica e permitiria disponibilizar uma resposta mais holística, contínua e de maior proximidade".



Joana Louro

Aliás, com o início do projeto CAMI, em janeiro de 2025, ao Hospital de Dia de Diabetes e Obesidade veio juntar-se o Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca, o que se tornou possível com a chegada ao Hospital das Caldas da Rainha de Gonçalo Carvalho. De referir que, durante o internato, este médico teve oportunidade de fazer um estágio de quatro meses na Clínica de IC do então CH de Lisboa Ocidental, coordenada por Cândida Fonseca, o que fez cimentar o interesse que já tinha pela área.

No seu entender, a existência do Hospital de Dia de IC e a criação logo a seguir, em março de 2025, da Consulta de IC e Doença Renal Crónica "são fundamentais para garantir o seguimento destes doentes, procurando-se assim evitar as situações de descompensação, que têm, obviamente, implicações em termos da sobrevida destas pessoas".

De referir que a Clínica de Ambulatório de Medicina Interna inclui, na lista de consultas externas programadas, para além daquela, as consultas de Diabetes e de Diabetes Gestacional, a Consulta de Obesidade e a Consulta de Tromboembolismo Venoso.

Entretanto, a denominada Consulta CAMI, de "agudos", que funciona todas as manhãs, destina-se a dar uma resposta rápida a situações pontuais, doentes que – não tendo critérios para sessão de Hospital de Dia – necessitam, por exemplo, de ajustar a terapêutica ou de fazer controlo analítico, ou de uma reavaliação breve após uma alta precoce.

### A absoluta necessidade de aumentar o número das sessões de Hospital de Dia

Ana Corte Real, que desenvolveu um especial interesse pela diabetes, tendo logo começado a ter contacto com esta patologia no adulto e na grávida no primeiro ano do internato, confirma que o número de profissionais envolvidos na CAMI é basicamente o mesmo que existia nos primeiros tempos de funcionamento da Clínica. São seis especialistas de Medicina Interna, três enfermeiras, uma das quais a tempo parcial, um técnico auxiliar de saúde e o apoio de secretariado.

Para assegurar a resposta multidisciplinar que caracteriza o projeto, existe depois o apoio da Psicologia, da Medicina Física e de Reabilitação, da Nutrição, do Serviço Social e dos Serviços Farmacêuticos. Outras especialidades da ULS do Oeste estão disponíveis em termos de consultadoria, como é o caso da Cardiologia.

*(Continua na pág. 20)*

PUB
GlucoLog app
A NOVA APP para Gestão da Diabetes
Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ

GlucoMen areo
Medidor de Glicemia + Cetonemia
NOVO MEDIDOR com as MESMAS TIRAS
A.MENARINI diagnostics
Viva uma Vida Nova
PUB




*(Continuação da pág. 19)*

Mas também se tem estabelecido uma ligação mais estreita com outras valências apenas existentes em hospitais centrais, como sucede com a Nefrologia de Santa Maria.

"O que precisávamos agora muito era de poder aumentar o número de sessões semanais de Hospital de Dia, para responder, nomeadamente, aos doentes com insuficiência cardíaca, mas para isso seria necessário reforçar a parte da enfermagem. Até para também podermos expandir a nossa intervenção para outras áreas, numa primeira fase as doenças autoimunes e depois o VIH", explica a coordenadora da CAMI.

Promover uma ainda maior aproximação aos cuidados de saúde primários é outro objetivo da equipa. Ana Corte Real referiu isso mesmo quando apresentou o projeto no último Congresso Nacional de Medicina Interna, já na qualidade de coordenadora, mas representando também Gonçalo Carvalho e Joana Louro.

"Pretendemos implementar um plano assistencial integrado com os cuidados de saúde primários e estimular a articulação com os colegas de MGF. Queremos ser a 'porta de entrada' de doentes avaliados pelo médico de família e considerados em situação de urgência relativa, para serem observados em ambiente hospitalar em menos de 7 dias", afirma.

**"Pretendemos implementar um plano assistencial integrado com os CSP", afirma a coordenadora da CAMI.**



Quando houver condições para tal, ou seja, ao atingir-se a chamada fase de expansão do projeto, Ana Corte Real avança que a ideia é a Clínica "assegurar a avaliação da generalidade dos casos de doença crónica agudizada ou doença aguda do âmbito da Medicina Interna que, pela impossibilidade de observação célere em regime de consulta externa, acabam por ser habitualmente referenciados ao SU".

Mas há uma série de objetivos que já estão a ser cumpridos: "Procuramos facilitar a acessibilidade à prestação de cuidados, reduzir a demora média do internamento, por meio de altas mais precoces, fazer a reavaliação a curto prazo de doentes com alta do Serviço de Urgência e diminuir a necessidade de se recorrer ao SU por descompensação da doença. Queremos igualmente que os nossos doentes conheçam melhor a patologia com que têm de viver e que valorizem a adesão terapêutica, tornando-os mais responsáveis pela gestão da sua própria doença."

### O balanço de um ano de atividade

Os doentes chegam habitualmente à Clínica referenciados do Internamento, da Urgência ou do Ambulatório, neste último caso, através da Consulta Externa hospitalar ou dos CSP. "Mas estamos disponíveis para que os nossos colegas, sejam eles internistas ou de outras especialidades, recorram à CAMI, de forma programada, para efetuar procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos que possam ser feitos em regime de ambulatório e quando não exista espaço físico ou condições adequadas para a sua realização na estrutura hospitalar", realça a coordenadora.

Foi ao trabalharem os dados estatísticos que refletem a atividade da Clínica em 2025 – o seu primeiro ano de funcionamento –, para prepararem a candidatura ao Prémio de Boas Práticas em Medicina Interna, que Ana Corte Real, Gonçalo Carvalho e Joana Louro tiveram verdadeiramente consciência do impacto do projeto.

Na verdade, não foram propriamente as 250 consultas CAMI, as 2000 consultas médicas das várias valências, as 4000 consultas de enfermagem ou mesmo as 900 sessões de Hospital de Dia realizadas que os impressionaram.

Aconteceu que, ao fazer o levantamento dos 257 utentes avaliados no Hospital de Dia, e ao comparar quantos tinham tido episódios de SU nos três meses anteriores à primeira sessão de HD (63,4%) e quantos recorreram à Urgência nos três meses subsequentes (32,7%), a equipa concluiu haver uma redução de 51,6%, ou seja, o número desceu para um pouco menos de metade.



Gonçalo Carvalho, Joana Louro e Ana Corte Real



**ELSA BAIÃO, PRESIDENTE DO CA DA ULS DO OESTE:**

## "Presta-se, assim, uma assistência mais digna e humana aos doentes"

Considerando a Clínica de Ambulatório de Medicina Interna um projeto "muito importante", Elsa Baião, presidente do Conselho de Administração da ULS do Oeste, faz questão de destacar a circunstância de se ter "criado aqui um percurso diferente para os doentes, dando-lhes mais condições na abordagem aos seus problemas de saúde".



Colocando mesmo em segundo plano os indicadores positivos para a própria ULS relacionados com a redução do número de idas à Urgência ou de internamentos, a responsável prefere realçar o facto de se "prestar, desta forma, uma assistência aos doentes mais digna e humana":

"É assim proporcionada uma intervenção multidisciplinar a utentes que têm normalmente duas ou mais doenças crónicas e que, de outra forma, estariam eventualmente sujeitos a uma resposta menos favorável, com sobrecarga para os próprios."

Com os dois maiores hospitais da ULS do Oeste localizados a quase meia centena de quilómetros um do outro e ambos localizados em zonas (Caldas da Rainha a norte e Torres Vedras a sul) onde a população não tem parado de crescer, "os desafios são grandes em termos de gestão de recursos, implicando muitas duplicações".

"Temos dois serviços de MI, duas unidades de Hospitalização Domiciliária, dois serviços de Cirurgia, dois blocos operatórios, duas urgências..." enumera Elsa Baião, que faz questão, a propósito da criação do projeto CAMI, de saudar o "espírito inovador" da Medicina Interna, a sua "capacidade de iniciativa" e, "acima de tudo, "o estar focada neste tipo de resposta aos doentes".

**Ana Corte Real: "Percebemos que se estava a materializar aquilo de que nos íamos apercebendo na nossa rotina diária."**

A mesma análise foi feita relativamente a episódios de internamento por causas médicas, concluindo-se que a percentagem desceu de 27,6% para 14%, representando uma redução de 49,3%. No entanto, se for considerado apenas o internamento hospitalar, essa percentagem acaba por ser de 54,9%, pois, em quatro casos, os doentes foram internados diretamente em casa, através da Unidade de Hospitalização Domiciliária.

"Percebemos que se estava a materializar aquilo de que nos íamos apercebendo na nossa rotina diária aqui na Clínica de Ambulatório. E vale a pena recordar que se trata de reduzir em mais de 50% os episódios de Urgência e de Internamento hospitalar de doentes altamente complexos, muitas vezes idosos e com várias patologias crónicas", observa Ana Corte Real.

### CLÍNICA DE AMBULATÓRIO DE MEDICINA INTERNA

**(Atividade em 2025)**

**Consultas**
**CAMI:** 252
(143 primeiras)
**Restantes valências médicas:** 1979
**Enfermagem:** 3916
(684 primeiras)

**HOSPITAL DE DIA**
**Sessões realizadas:** 891
**Utentes avaliados:** 257
**Episódios de SU por causas médicas:**
63,4% c/ epis. de SU nos 3 meses ant. à 1.ª sessão HD
32,7% c/ epis. de SU nos 3 meses subs. à 1.ª sessão HD
**Episódios de internamento por causas médicas:**
27,6% c/ intern. nos 3 meses ant. à 1.ª sessão HD
14% c/ intern. nos 3 meses subs. à 1.ª sessão HD
4 foram admitidos diretam. na UHD (*bypass* ao SU)
Redução de intern. hosp. para 12,5% dos doentes
**Episódios de SU: -51,6%**
**Episódios de internamento: -49,3%**
**Episódios de intern. hospit: -54,9%**





# Livro sobre HD reúne artigos de meia centena de profissionais de diferentes áreas

O livro *Hospitalização Domiciliária*, que reúne contributos de vários elementos da ULS Lezíria, foi apresentado no início de outubro na FNAC Colombo, em Lisboa.

Coordenado por Yahia Abuowda, assistente hospitalar graduado em Medicina Interna e coordenador da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) da ULS da Lezíria, e por Maria Irene Santos, professora adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém, com subcoordenação de Isilda Ferreira, também da ESSS, o livro reúne 45 autores de diferentes áreas profissionais, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, gestores hospitalares e um advogado.

A ULS da Lezíria está representada na obra por vários profissionais: Inês de Almeida Ambrioso, Maria João Guardado, Mariana Ricarti Martins, Mário Abade, Nélia Oliveira e Sónia Marques Malaca, para além do próprio Yahia Abuowda e de Ilda Veiga, anterior enfermeira coordenadora da UHD. Debruçam-se sobre áreas como a reabilitação, o trabalho em equipa multidisciplinar, a capacitação da pessoa doente e do cuidador e as dimensões da qualidade, da ética e do enquadramento jurídico dos cuidados.





João Boavida, Marta Temido, Yahia Abuowda e Maria Irene Santos

**O livro foi coordenado pelo internista Yahia Abuowda e pela enfermeira Maria Irene Santos.**

Na sessão, Yahia Abuowda e Maria Irene Santos recordaram que a publicação, pioneira em Portugal, surgiu na sequência da primeira edição do Curso de Pós-Graduação em Hospitalização Domiciliária, que decorreu entre fevereiro e junho de 2023, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém. Esta formação resultou de uma parceria entre a Escola Superior de Saúde e a ULS Lezíria, que dispõe de uma UHD desde 2019.

A apresentação do livro contou com a participação de Marta Temido, eurodeputada e administradora hospitalar, responsável pelo prefácio, e de João Boavida, coordenador de Marketing do Grupo LIDEL. O encontro terminou com uma sessão de autógrafos.

O livro foi novamente apresentado no dia 29 de outubro, no Auditório do Hospital Distrital de Santarém, no âmbito da 5.ª Conferência da Unidade de Hospitalização Domiciliária da ULS da Lezíria.



Este Especial inclui textos originalmente publicados no *Jornal do 26.º Congresso Nacional de Pediatria*, distribuído aos participantes no evento.







**A mesa da Sessão de Abertura** contou com a presença (da esq.ª para a dir.ª, na foto) de Almerinda Barroso Pereira (vice-presid. do Colégio de Pediatria da OM), Caldas Afonso (presid. da Comissão Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente), Rita Sá Machado (diretora-geral da Saúde), Carlos Cortes (bastonário da OM), Pedro Morais Soares (vereador da CM de Cascais com o pelouro da Saúde) e Mónica Oliva (presid. da SPP).



## DIREÇÃO DA SPP
### Triénio 2026 – 2028

1. **Mónica Oliva** - presidente
2. **Henrique Soares** - vice-presid.
3. **Liane Costa** – secret.-geral
4. **Luís Rodrigues** - tesoureiro
5. **Cláudia Melo** – secret.-adj. Norte
6. **Joana Campos** – secret.-adj. Centro
7. **Catarina Gouveia** – secret.-adj. Sul
8. **Paula Maciel** – secret.-adj. Regiões Autónomas
9. **Cândida Cancelinha** – secret.-adj. Socied. e Secções

# Olhos: o espelho de algo maior



**Ana Vide-Escada**
Assist. hospitalar graduada de Oftalmologia. Subespecialista em Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo. Coord. do Grupo Português de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. Clínica CUF Almada. Instituto de Microcirurgia Ocular de Lisboa

Os olhos e o olhar têm sido tema apaixonante desde a Antiguidade, sendo considerados a janela do corpo humano e a janela da alma, além de espelho do mundo, de acordo por Leonardo da Vinci. Ingmar Bergman, famoso realizador sueco, transformou o olhar e o rosto humano na principal paisagem geográfica e psicológica da sétima arte. Para ele, o *close-up* dos olhos não era apenas uma escolha estética, mas sim um portal para o existencialismo, a solidão e a busca pelo divino.

Para a Oftalmologia, os olhos constituem o seu objeto de estudo. Mas são também mensageiros de muitas outras realidades, sendo, por vezes, o ponto de partida para a descoberta de algo maior.

A observação da postura da cabeça e do corpo, a simetria, o modo como deambula a criança/jovem ou como interage com o mundo exterior e com as pessoas define, à partida, se estamos perante um indivíduo saudável, não só do ponto de vista visual, mas global e afetivo. Este é o primeiro ponto da história que começamos a escrever nas consultas de Oftalmologia. O enquadramento pelos tecidos e estruturas perioculares, o alinhamento dos eixos visuais, a harmonia dos movimentos extraoculares e os reflexos pupilares são o segundo pilar da nossa observação. E qualquer assimetria deve ser investigada.

A transparência dos meios é um sinal vital mor em Oftalmologia. A alteração do reflexo vermelho (teste de Brückner) pode ser somente sinal da presença de uma anisometropia, mas pode representar igualmente um retinoblastoma ou alterações com carácter sistémico ou local menos agressivas. Uma heterocromia isolada pode ser fisiológica ou ser sinal de uveíte ou de um neuroblastoma, entre outros. Uma uveíte intermédia, bem como uma nevrite ótica podem ser o primeiro sinal de uma doença neurodegenerativa. A retina pode indicar sinais de vasculite, presença de diabetes, de doença renal, de infeção parasitária, vírica ou bacteriana, além de outros. O privilégio imunológico do olho não é garante da sua exclusão em muitas patologias.

A complexidade do sistema visual que nasce do diálogo entre o olho e o cérebro, sendo necessárias uma série de premissas, torna-o particularmente suscetível a alterações potenciais desde a mais tenra idade, comprometendo o seu desenvolvimento, o que se traduz num impacto potencial enorme em termos sensoriais e da integração e descodificação do mundo.

Os olhos são, sem dúvida, o espelho de algo maior. Por vezes, são os interlocutores de maus-tratos que se suspeitam e se conseguem objetivar ao exame oftalmológico ou de patologias cujo seguimento multidisciplinar é imperioso e permite evitar consequências dramáticas.

É, de facto, este trabalho conjunto, multidisciplinar, entre a Oftalmologia e as outras especialidades médicas que potencia os melhores cuidados médicos a prestar aos doentes. A Oftalmologia Pediátrica e a Pediatria, com as suas várias subespecialidades, competências e áreas de diferenciação, andam de braços dados, não só na medicina curativa, mas cada vez mais na medicina preventiva. A promoção do intercâmbio científico entre a Oftalmologia e a Pediatria assume, assim, um papel primordial.

Os olhos podem ser o espelho de algo maior e, como diz Victor Hugo, há olhares que são autênticos discursos.



# Dor crónica em cuidados paliativos pediátricos



**Graça Oliveira**
Pediatra, neonatologista, ULS de Santa Maria, ULS do Algarve e FMUL

Os cuidados paliativos pediátricos (CPP) e perineonatais (CPPN) são cuidados ativos e continuados, e holísticos, praticados por uma equipa interdisciplinar, multiprofissional nos serviços de saúde e no domicílio, a recém-nascidos, crianças e adolescentes (0-18 anos) e famílias com doenças crónicas complexas (DCC), limitantes ou ameaçadoras da vida.

O objetivo dos CPP é cuidar com profissionalismo e dignidade deste grupo etário e da família, do ponto de vista clínico integrado e holístico: clínico, psicossocial, espiritual.

O controlo sintomático é um dos pilares da intervenção dos CPP para intervenção global no sofrimento e na melhoria da qualidade de vida das crianças e famílias com DCC.

O tratamento da dor (aguda e crónica) tem como objetivo aliviar o sofrimento e não acelerar a morte, o que é um imperativo ético-legal.

A avaliação da dor, do desconforto e do sofrimento no recém-nascido é difícil e complexa. Os profissionais que cuidam destes RN devem ter formação especializada e treinar a capacidade de interpretar sinais e sintomas de sofrimento e dor, utilizando escalas adaptadas ao grupo etário, assim como o manejar adequadamente de medidas não farmacológicas e farmacológicas, para alívio da dor e do desconforto.

Os recetores e as vias ascendentes da dor estão funcionais desde as 25 semanas de idade gestacional e as vias descendentes, inibidoras, não estão maduras, pelo que o limiar de dor é baixo e também provoca fenómenos de sensibilização perceciona-dos no RN. A memorização da dor impõe um tratamento adequado do sofrimento desde o nascimento do RN para evitar modificação do limiar da dor.

Para além do período neonatal, a dor crónica na criança e no adolescente com doença crónica complexa assume características próprias que a distinguem da dor do adulto e da dor aguda pediátrica. Trata-se, frequentemente, de uma dor de etiologia mista (nociceptiva, neuropática e/ou nociplástica), de curso persistente ou recorrente, que se associa a fenómenos de sensibilização central e cuja expressão varia significativamente com a idade, o estádio de desenvolvimento cognitivo e a capacidade de comunicação da criança.

A sua avaliação exige instrumentos validados e adaptados a cada faixa etária e ao neurodesenvolvimento da criança, incluindo situações de *deficit* cognitivo ou de comunicação, bem como uma atenção particular à componente emocional, familiar e social do sofrimento, que amplifica e é amplificada pela dor. O impacto cumulativo da dor crónica na qualidade de vida, no desenvolvimento, na escolaridade e na dinâmica familiar reforça a necessidade de uma abordagem antecipatória, individualizada e multimodal, integrando medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A doença crónica complexa, incluindo as crianças em fim de vida, acarreta uma grande vulnerabilidade para a criança e família, pelo que é fulcral um conhecimento aprofundado da sedoanalgesia paliativa para mitigar o sofrimento e promover o conforto e a dignidade.




**Denominação do medicamento:** Sidergon 8 mg/ml xarope. **Composição qualitativa e quantitativa:** Cada ml de xarope contém 8 mg de extrato (sob a forma de extrato seco) (4-25:1) de *Pelargonium sidoides* DC e/ou *Pelargonium reniforme* Curt, Pelargónio, raiz. Solvente de extração: etanol 11% m/m. *Excipientes com efeito conhecido:* Por cada dose de xarope: Sorbitol 625,1 mg (sorbitol líquido contém 70% de sorbitol); Maltitol 893 mg. **Indicações terapêuticas:** Sidergon é um medicamento tradicional à base de plantas para tratamento sintomático da constipação após exclusão de condições graves por um médico. Sidergon é indicado para adultos, adolescentes e crianças a partir dos 3 anos de idade. Posologia e modo de administração: *Posologia:* Adolescentes a partir dos 12 anos de idade, adultos e idosos: 2,5 ml de xarope, 3 vezes por dia. Crianças entre os 6 e os 11 anos de idade: 2,5 ml de xarope, 2 vezes por dia. Crianças entre os 3 e os 5 anos de idade: 0,83 ml de xarope, 3 vezes por dia. Não é recomendada a utilização em crianças com menos de 3 anos de idade. Não existem dados disponíveis para orientações posológicas em caso de compromisso renal/hepático. *Modo de administração:* Sidergon é administrado por via oral usando uma seringa doseadora fornecida com o medicamento. O frasco deverá ser agitado antes de cada utilização. Deverá ser consultado um médico se os sintomas persistirem por mais de 7 dias durante a utilização deste medicamento ou se surgirem reações adversas não mencionadas no folheto informativo. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Se durante a toma deste medicamento ocorrer dispneia, febre ou expetoração purulenta ou com sangue deverá ser consultado um médico. Foram reportados casos de hepatotoxicidade e hepatites associados a administração do medicamento. No caso de ocorrerem sinais de hepatotoxicidade a toma do medicamento deve ser imediatamente interrompida e deve ser consultado um médico. Não deve ser excedida a dose diária recomendada. Não é recomendada a utilização em crianças com menos de 3 anos de idade pois é necessário aconselhamento médico. Este medicamento contém 625,1 mg de sorbitol (E420) por cada dose de 2.5 ml e 893 mg de maltitol (E965) por cada dose de 2.5 ml. Doentes com intolerância hereditária à frutose não devem tomar este medicamento. **Efeitos indesejáveis:** Frequência desconhecida (não pode ser calculada com base nos dados disponíveis): Doenças do sistema imunitário: hipersensibilidade, reação anafilática. Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: erupção cutânea, prurido, urticária, angioedema. Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: hemorragia nasal. Afeções gastrointestinais: diarreia, dor epigástrica, náuseas, vómitos, hemorragia gengival. Afeções hepatobiliares: hepatotoxicidade, hepatite. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através dos contactos abaixo: Sítio da internet: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoram (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel: +351 21 798 73 73, Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita), E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. Data de revisão do texto: Junho de 2026. Medicamento tradicional à base de plantas. Medicamento não sujeito a receita médica. **Para mais informações contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Korangi - Produtos Farmacêuticos, Lda. Rua de Santa Cruz, Lote 9, 2750-063 Cascais, NIF: 505322307.

SIDERGON. 01 - 09/2026

# Disruptores neuroendócrinos: o ambiente também escreve a nossa história biológica



**Ana Luísa Leite**
Assist. hospitalar graduada de Pediatria. Coord. da Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica, Serviço de Pediatria da ULS de Gaia-Espinho

Porque parecem aumentar doenças antes menos reconhecidas ou frequentes? A resposta não está apenas nos genes. A ciência tem vindo a destacar o papel do ambiente na saúde humana: as exposições desde a conceção podem modular o desenvolvimento, os sintomas e o risco de doença ao longo da vida.

É neste contexto que surge o exposoma: o conjunto de exposições ambientais desde a vida intrauterina e a forma como interagem entre si, com o genoma e com fatores biológicos e sociais. Inclui a alimentação, a qualidade do ar e da água, os estilos de vida e a exposição a substâncias químicas. Entre estas encontram-se os disruptores endócrinos, capazes de interferir com a produção, o transporte, a ação ou a eliminação das hormonas.

Quando esta interferência afeta também a formação e o funcionamento do sistema nervoso, falamos de disruptores neuroendócrinos. A perturbação destes sinais em períodos sensíveis pode produzir efeitos que apenas se manifestam mais tarde.

Bisfenóis, ftalatos, PFAS, retardadores de chama, pesticidas, parabenos e alguns metais estão presentes em plásticos, embalagens, cosméticos, tecidos impermeáveis, utensílios antiaderentes, alimentos, água e poeiras domésticas. Não estamos expostos a uma substância isolada, mas a misturas complexas.

A vida fetal, a primeira infância e a puberdade são janelas de particular vulnerabilidade, marcadas por crescimento e intensa regulação hormonal. Durante a gestação, o ambiente materno e placentar influencia a formação dos órgãos e do cérebro. Após o nascimento, a criança consome proporcionalmente mais ar, água e alimentos e tem mecanismos de depuração imaturos. Na adolescência, a reorganização cerebral e a maturação pubertária criam uma nova fase sensível.

A influência dos disruptores neuroendócrinos pode manifestar-se em diferentes dimensões da saúde infantil. A exposição em períodos críticos tem sido associada a alterações da diferenciação sexual, da puberdade, da função reprodutiva e da fertilidade futura, bem como a maior risco de obesidade e disfunção metabólica. Alguns destes compostos têm também sido associados a défice cognitivo e a perturbações do neurodesenvolvimento. Não determinam isoladamente a doença, mas podem modular o risco em interação com a suscetibilidade genética e com as restantes componentes do exposoma.

Perante esta realidade, a negação não é adequada, mas o fatalismo também não. Não é possível eliminar todas as exposições, nem responsabilizar apenas as famílias por um problema que exige regulação e políticas públicas. Podemos, contudo, reduzi-las com escolhas realistas: privilegiar alimentos frescos, não aquecer comida em plástico, preferir vidro ou aço inoxidável, reduzir fragrâncias e cosméticos desnecessários, limpar o pó, aspirar e arejar a casa. Pequenos gestos repetidos diariamente podem fazer a diferença pelo seu efeito cumulativo. Na mesa de Pediatria de Ambulatório do 26.º Congresso Nacional de Pediatria, foi abordada a interação entre o ambiente, o sistema hormonal e o cérebro, assim como formas realistas de reduzir a exposição.

Conhecer permite escolher, prevenir e proteger. Cuidar do exposoma infantil é investir na saúde presente e futura.

# A linguagem como marcador nas perturbações do neurodesenvolvimento



**Micaela Guardiano**
Assist. hospitalar graduada de Pediatria. Coord. da Unidade de Pediatria do Neurodesenvolvimento, ULS de São João

**Introdução**

A linguagem constitui uma das funções cognitivas mais complexas do ser humano. Nos últimos anos, a análise da linguagem tem sido reconhecida como uma ferramenta promissora para o rastreio, diagnóstico e monitorização de várias patologias do neurodesenvolvimento.

**Linguagem como marcador na perturbação do espectro do autismo (PEA)**

Na PEA é frequente:
- Atraso na aquisição da fala;
- Ecolalia imediata ou tardia;
- Défices pragmáticos;
- Dificuldades na reciprocidade conversacional;
- Uso restrito e repetitivo da linguagem.

A pragmática costuma ser a dimensão mais comprometida, mesmo que o vocabulário e gramática estejam preservados. Alterações na atenção conjunta e na comunicação pré-verbal podem ser observadas antes dos dois anos de idade, funcionando como marcadores precoces da perturbação.

**Linguagem na perturbação do desenvolvimento da linguagem (PDL)**

A PDL caracteriza-se por dificuldades persistentes na aquisição e utilização da linguagem sem défices auditivos, neurológicos ou intelectuais que as expliquem.

Características frequentes:
- Vocabulário reduzido;
- Frases curtas e simplificadas;
- Erros morfossintáticos persistentes;
- Dificuldades de compreensão verbal;
- Limitações narrativas.

**Linguagem na perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA)**

Na PHDA as alterações da linguagem relacionam-se sobretudo com dificuldades de memória de trabalho, atenção sustentada e controlo inibitório e incluem:
- Organização discursiva pobre;
- Dificuldades pragmáticas;
- Problemas de coerência narrativa;
- Interrupções frequentes durante conversas;
- Défices na compreensão de inferências.

**Linguagem na perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI)**

É frequente:
- Desenvolvimento lexical lento;
- Limitações sintáticas;
- Menor complexidade narrativa;
- Redução das habilidades pragmáticas.

A gravidade das alterações tende a correlacionar-se com o nível de comprometimento cognitivo.

**Marcadores linguísticos em síndromes genéticas**

**Síndrome de Down**
- Melhor desempenho em compreensão do que em expressão;
- Défices morfossintáticos importantes;
- Dificuldades articulatórias.

**Síndrome do X frágil**
- Linguagem repetitiva;
- Alterações pragmáticas semelhantes às observadas na PEA.

**Síndrome de Williams**
- Vocabulário relativamente preservado;
- Habilidades sociais aparentes;
- Dificuldades pragmáticas subtis.

**Tecnologias emergentes na análise da linguagem**

O avanço da inteligência artificial e do processamento automático da fala tem permitido identificar marcadores linguísticos com elevada precisão, com potencial para rastreio precoce de perturbações do neurodesenvolvimento.

**Considerações finais**

A literatura demonstra que a linguagem representa um importante marcador das patologias do neurodesenvolvimento, permitindo identificar alterações precoces, auxiliar no diagnóstico diferencial e monitorizar a evolução clínica.

Diferentes perturbações apresentam perfis linguísticos característicos que refletem alterações específicas nas redes neuronais envolvidas na comunicação. O desenvolvimento de métodos automatizados de análise linguística amplia ainda mais o potencial da linguagem como biomarcador objetivo, contribuindo para intervenções mais precoces e eficazes.

*Sugestões de leitura:*

*Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2017). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58(10), 1068-1080.*

*Rajagopalan SS, Tämmimies K (2024). Predicting neurodevelopmental disorders using machine learning models and electronic health records - status of the field. J Neurodev Disord.*











# O sono desenhado nas trajetórias de neurodesenvolvimento



**Andreia Leitão**
Pediatra de Neurodesenvolvimento.
Diretora clínica da PIN Porto

O sono tem sido um tópico de interesse na Medicina desde há séculos. Hipócrates associava "estados de depressão e ansiedade a insónia". A importância do sono foi sublinhada ao longo da história da Medicina. Inequivocamente, a privação total de sono seria incompatível com a vida. O sono é um processo fisiológico dinâmico, essencial à homeostasia.

Espreitar o sono desde a infância implica captar várias especificidades, que se ampliam em crianças com perturbação de neurodesenvolvimento, tais como perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) e perturbação do espetro do autismo (PEA). Todas as crianças com perturbação de neurodesenvolvimento devem ser rastreadas para perturbação de sono. As perturbações de neurodesenvolvimento são impactantes, desafiantes, complexas e crónicas. Cada criança tem um perfil único de funcionamento comportamental, esculpido por variáveis moduladoras que podem agravar, melhorar ou precipitar o quadro clínico.

A caracterização deste perfil comportamental e de sono abarca a colheita da história clínica completa, o exame físico, a aplicação de instrumentos de caracterização do sono, como o diário de sono, o questionário de hábitos de sono. Ter em atenção a exclusão de eventuais causas orgânicas (ex. apneia obstrutiva de sono). O pedido de exames complementares deve ser individualizado e pode incluir análises (como ferro sérico, ferritina), actigrafia ou polissonografia.

A literatura sublinha que 40-80% das crianças com PEA têm dificuldade em iniciar e/ou manter o sono. As PEA são caracterizadas por lacunas na interação social e comunicação, associadas a padrão de comportamento rígido, estereotipado e repetitivo. Muitas vezes apresentam hiper ou hipossensibilidade sensorial, dificuldade na autorregulação de emoções e impulsos. Quando as famílias procuram ajuda especializada, estes sinais são muitas vezes partilhados em consulta, de acordo com o impacto que têm nos diferentes contextos de vida da criança.

As dificuldades de sono das crianças com PEA são extremamente impactantes quer na criança, pelo aumento de traços comportamentais diurnos como desregulação, impulsividade, irritabilidade, quer na disrupção de toda a dinâmica familiar. A evidência científica mostra uma insuficiente secreção de melatonina nesta população.

A descrição do padrão de sono da criança é muito importante para a orientação e intervenção. A primeira linha de intervenção inclui medidas comportamentais e de higiene de sono. Para estruturar uma boa rotina de sono deve criar-se um ambiente tranquilo no quarto da criança, pistas visuais e a mesma sequência de tarefas, o que ajuda a criança com PEA na previsibilidade desse momento. Em 75% dos casos estas medidas acabam por revelar-se insuficientes, pelo que terão que ser complementadas com armas farmacológicas.

Se houver dificuldade apenas no início de sono, a melatonina de libertação imediata é uma ótima arma terapêutica, dado que induz o sono. No entanto, quando as dificuldades incluem o início e a manutenção de sono, a melatonina de libertação prolongada, que mimetiza a secreção fisiológica de melatonina, é a arma terapêutica indicada.

À semelhança das crianças com PEA, as crianças com PHDA têm muitas vezes dificuldades de sono. A orientação inclui igualmente medidas comportamentais e/ou intervenção farmacológica. Está também aprovada uma melatonina de libertação prolongada nesta população, nos casos de dificuldade em iniciar e manter o sono.

O sono deve ser sistematicamente rastreado nas trajetórias de neurodesenvolvimento, sendo que o desenho do seu perfil individual permite colorir a importância de um plano de orientação e intervenção assertivo, que visa minorar o impacto na qualidade de vida da criança e da família.

WOMEN'S MEDICINE
justNews

# Sexualidade digital: da pornografia à manosfera



**Rui Ferreira Carvalho**
Médico psiquiatra da Infância e Adolescência. Competência em Sexologia pela OM. Terapeuta sexual e sexólogo clínico

A conceptualização da sexualidade na adolescência como algo normativo e positivo tem contrariado a visão previamente predominante focada no risco, que moldou muita da investigação da sexologia relacionada com esta faixa etária. Esta mudança de paradigma não diminui a importância da prevenção primária de problemas no âmbito da sexualidade, integrada numa abordagem mais ampla de promoção do desenvolvimento e do bem-estar sexual.

Num mundo cada vez mais digital, a utilização das redes sociais pode ter impactos positivos e negativos, relacionados com experiências de inclusão ou exclusão social, respetivamente, influenciando também vivências relacionadas com a sexualidade.

Há evidência de que, por exemplo, as redes sociais facilitam o encontro de grupos de apoio, de pares com características similares e possibilitam o aumento de literacia em saúde mental ou em questões socioculturais – factos particularmente relevantes em grupos minoritários (ainda mais na interseccionalidade de minorias, como a neurodiversidade). Em jovens LGBTQI+, os media digitais têm demonstrado promover conexão, apoio e compreensão, bem como criar espaços de exploração e expressão identitária.

Por outro lado, em contextos de elevada intensidade de utilização de redes sociais, podemos ter jovens com uso problemático ou compulsivo das redes sociais e, nalguns casos, uso problemático de pornografia, com alterações marcadas na higiene do sono e eventuais sintomas ou perturbações do sono (nomeadamente, insónia ou perturbação do ritmo circadiano) e/ou com sofrimento clinicamente significativo associado.

Podemos encontrar também exposição a situações potenciadoras de baixa autoestima, comparações sociais centradas na aparência, eventualmente com insatisfação corporal, distorções da imagem corporal, aquisição e integração de mitos sobre padrões relacionais e guiões sexuais, e consequentes prejuízos na vida social e emocional.

**A mesma rede social que oferece pertença aos grupos minoritários poderá ser também o veículo que expõe rapazes vulneráveis a algoritmos de polarização e misoginia.**

A mesma rede social que oferece pertença aos grupos minoritários poderá ser também o veículo que expõe rapazes vulneráveis a algoritmos de polarização e misoginia. A manosfera (*manosphere*) pode ser definida como um ecossistema heterogéneo de comunidades *online*, fóruns, blogues e canais de redes sociais orientado primariamente para homens, onde se discutem temas de masculinidade, relações interpessoais e outros conceitos do âmbito da sexologia, como identidade e papéis de género.

Embora se apresente superficialmente sob o pretexto da entreajuda e do autoaperfeiçoamento masculino, a literatura sociológica tem associado a manosfera à disseminação de narrativas de ressentimento, hierarquia de género, antifeminismo, misoginia e sexismo estruturado.

Nestes ambientes, a transição de conteúdos com foco na masculinidade (progressivamente mais tóxica) para subculturas extremistas (como a dos *incels* – celibatários involuntários) não acontece subitamente, mas sim através de fenómenos graduais de exposição a um afunilamento temático, continuado ao longo do tempo. A recomendação algorítmica, a exposição repetida, a validação entre pares e a câmara de eco do grupo aceleram a radicalização cognitiva.

Para um adolescente com dúvidas e inseguranças, este ambiente poderá potenciar e reforçar crenças nucleares, em retroalimentação positiva: transforma a dor da rejeição (que traz vergonha) em raiva e ressentimento (que dão uma ilusão de poder e controlo). A sexualidade pode deixar de ser vista como um espaço de partilha e passar a ser encarada como um campo de batalha ou uma transação forçada.

Na prática clínica, observam-se exemplos de jovens que consideram nociva toda e qualquer exposição a pornografia, que ficam muito culpabilizados com a masturbação, e que foram expostos a ideias sem suporte científico que atribuem à ejaculação efeitos deletérios sobre testosterona, energia ou perceção de masculinidade. Estas temáticas dificilmente surgirão espontaneamente em consulta se não forem questionadas de forma direta, nomeadamente de forma rotineira no HEEADSSS (*Sexuality and Safety* – incluindo *cyber-safety*).

O combate a estes conteúdos nocivos exige também educação para a sexualidade e afetos desde idades precoces – precisamente a área mais sujeita a ataques políticos ideológicos. A ausência de promoção de uma sexualidade positiva deixará os profissionais de saúde, de educação e as famílias ainda mais impotentes perante o avanço da disseminação de ideias radicais no mundo digital.

# Intoxicações medicamentosas voluntárias – uma epidemia silenciosa



**Sara Fonseca**
Assist. hospitalar, Departamento de Pediatria da ULS de Santa Maria. Subespecialidade de Urgência e Emergência Pediátrica. Assist. convidada da área disciplinar de Pediatria da FMUL

A intoxicação medicamentosa voluntária (IMV) constitui um importante problema de saúde pública em idade pediátrica, particularmente na adolescência, sendo frequentemente associada a sofrimento psicológico, comportamentos autolesivos e dificuldades de regulação emocional. Nos últimos anos, tem-se observado um aumento destes episódios, que representam não apenas uma emergência toxicológica, mas também uma oportunidade de identificação e intervenção perante situações de vulnerabilidade em saúde mental.

Neste contexto, encontra-se a decorrer um estudo observacional, multicêntrico, retrospetivo e de âmbito nacional que tem como objetivo caracterizar as intoxicações medicamentosas voluntárias em idade pediátrica ocorridas em Portugal entre 1 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2025.

Foram convidados a participar todos os centros hospitalares de Portugal Continental e das Regiões Autónomas que disponham de Serviço de Urgência Pediátrica. A realização deste estudo permitirá obter uma caracterização nacional dos episódios de IMV em idade pediátrica, contribuindo para uma melhor compreensão da sua frequência, características demográficas e clínicas, fármacos envolvidos e evolução dos episódios, bem como para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção dirigidas a crianças, adolescentes e respetivas famílias.

No âmbito deste estudo nacional, são apresentados dados preliminares relativos ao Hospital de Santa Maria, referentes aos episódios de IMV admitidos na Sala de Observação da Urgência de Pediatria entre 2020 e 2025. Neste período, foram identificados 232 episódios. A mediana de idade foi de 16 anos (12-17), verificando-se uma marcada predominância do sexo feminino.

Observou-se uma tendência de aumento do número de episódios ao longo do período analisado, passando de 14 episódios, em 2020, para 72, em 2025.

Relativamente aos antecedentes psiquiátricos, 27,2% dos adolescentes não apresentavam diagnóstico prévio de patologia psiquiátrica, enquanto a perturbação depressiva foi identificada em 38,8% dos casos e a perturbação de ansiedade em 21,1%. Em 34,1% dos casos existia história de episódios prévios de IMV.

A medicação habitual esteve envolvida em 47% dos episódios, tendo a via de intoxicação sido oral em todos os casos. A maioria dos episódios ocorreu durante o período noturno (56,9%). Do ponto de vista clínico, 25% dos doentes encontravam-se assintomáticos, enquanto as manifestações neurológicas foram as mais frequentes (46,6%), seguidas das gastrointestinais (23,3%) e das cardiovasculares (10%).

Entre os grupos farmacológicos envolvidos, destacaram-se os antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides.

Os dados preliminares do Hospital de Santa Maria evidenciam a relevância da IMV na população pediátrica, sobretudo na adolescência, e reforçam a necessidade de uma abordagem que ultrapasse o tratamento do episódio agudo. Cada episódio constitui uma oportunidade para identificar fatores de risco, avaliar o contexto psicossocial, envolver a família e promover estratégias de prevenção de novos episódios.

A análise nacional permitirá complementar a experiência dos diferentes centros e caracterizar, de forma mais abrangente, a realidade portuguesa das IMV em idade pediátrica, contribuindo para a prevenção, a deteção precoce e o acompanhamento destes jovens.







# Boletim de Saúde Infantil e Juvenil: relíquia ou recurso estratégico?



**Erica Torres**
Assist. hospitalar graduada de Pediatria, Hospital de Santa Maria, ULSSM

O Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) constitui, desde 1981, um instrumento estruturante da vigilância em saúde infantil em Portugal, sendo distribuído gratuitamente a todas as crianças à nascença. Em 1991, o seu preenchimento passou a ser obrigatório em todos os serviços de saúde, com o objetivo de assegurar a recolha, normalização e transmissão de informação clínica relevante entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e outros prestadores de cuidados (setor público e privado).

Ao longo de mais de quatro décadas, o BSIJ acompanhou a evolução do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), incorporando novas áreas de vigilância, desenvolvimento, saúde oral, adolescência e promoção da saúde. Apesar da sua reconhecida importância, vários estudos nacionais demonstraram uma utilização incompleta e heterogénea do mesmo, levantando a questão da sua relevância na prática clínica atual e do seu papel num contexto crescente de digitalização dos cuidados de saúde.

Para melhor caracterizar este tema, foi realizado um pequeno questionário eletrónico dirigido a pediatras, especialistas em Medicina Geral e Familiar e respetivos internos. Dos 119 participantes, a maioria referiu preencher o BSIJ sempre (29%) ou frequentemente (46%), sendo a consulta externa o principal contexto de utilização (87%), seguida do internamento (48%) e da urgência (17%). Os registos mais frequentemente efetuados correspondem à somatometria (89%) e às curvas de percentil (87%), enquanto áreas como diagnósticos de urgência (23%) e terapêutica (17%) apresentam menor frequência de preenchimento.

A maioria dos profissionais (74%) utiliza o BSIJ como ferramenta de comunicação entre diferentes níveis de cuidados e 70% utilizam-no como apoio durante a consulta de saúde infantil para abordar temas de promoção da saúde e cuidados antecipatórios.

Persistem, no entanto, barreiras ao seu preenchimento, destacando-se a coexistência de processo clínico eletrónico (40,4%), o facto de os pais não transportarem o boletim (31%), o esquecimento (17%) e a falta de tempo (9%). Relativamente ao futuro do BSIJ, a maioria dos inquiridos prefere um modelo híbrido (48%), que combine suporte físico e digital, enquanto 30% optam por um boletim exclusivamente eletrónico.

**O BSIJ continua a ser reconhecido como um instrumento relevante para a continuidade assistencial e para a comunicação entre cuidados de saúde.**

Quarenta e cinco anos após a sua implementação, o BSIJ parece manter-se amplamente utilizado pelos profissionais de saúde e continua a ser reconhecido como um instrumento relevante para a continuidade assistencial e para a comunicação entre cuidados de saúde. Contudo, persistem lacunas no seu preenchimento e uma coexistência nem sempre eficiente entre o boletim em papel e os sistemas eletrónicos de registo clínico. Apesar das dificuldades na implementação do *e-boletim*, este parece ser o caminho necessário rumo à integração centralizada da informação clínica da criança.

Mais do que uma relíquia histórica, o BSIJ permanece um recurso estratégico cuja modernização poderá reforçar a qualidade, a continuidade e a integração dos cuidados em saúde infantil.

# Dores nas costas: quando devemos preocupar-nos?



**Nuno Alegrete**
Ortopedista, Hospital CUF Porto

A dor nas costas é uma queixa frequente em crianças e em adolescentes, aumentando a sua prevalência com a idade. Na maioria das situações é benigna, autolimitada e de natureza mecânica. Ainda assim, é uma queixa que não deve ser automaticamente desvalorizada.

A dor lombar mecânica está frequentemente relacionada com sobrecarga, atividade física inadequada, descondicionamento ou determinadas práticas desportivas. O sedentarismo e o aumento do tempo passado em frente a ecrãs também contribuem para o surgimento de raquialgias, no entanto, é importante não transformar mochilas, ecrãs ou "más posturas" em explicações universais: a relação entre estes fatores e a dor é, ainda, muito pouco clara.

A abordagem inicial de uma criança ou adolescente com dor nas costas deve, por isso, ser essencialmente clínica. Antes de pedir exames, é preciso saber ouvir a dor!

**Antes de pedir exames, é preciso saber ouvir a dor!**

### *"Red flags"*: quando é que a dor não é inocente?

A maioria das dores nas costas não traduz doença grave. Existem, contudo, sinais de alarme que devem aumentar a nossa preocupação e determinar investigação ou referenciação mais célere.

Devemos estar particularmente atentos a dor persistente ou progressiva, dor predominantemente noturna ou que acorda a criança, dor em idade muito jovem, febre ou outros sinais ou sintomas sistémicos, perda de peso inexplicada, história de infeção recente ou imunossupressão, história de doença oncológica, trauma significativo, alterações neurológicas, alterações da marcha, deformidade da coluna ou alterações do controlo vesical ou intestinal.

*"Red flags"* não significam diagnóstico de doença grave. Significam que não devemos, simplesmente, tranquilizar e esperar.

### Diagnósticos que não podemos falhar

Entre as causas específicas, a espondilólise merece particular atenção no adolescente, sobretudo no jovem atleta. A repetição de movimentos de hiperextensão e rotação da coluna pode estar associada a uma fratura de stress do istmo vertebral. Quando existe progressão, pode surgir espondilolistese, com deslizamento de uma vértebra sobre a outra. O diagnóstico e o tratamento precoces são importantes para evitar progressão e permitir um regresso seguro à atividade desportiva.

As infeções vertebrais, nomeadamente a discite e a espondilodiscite, são menos frequentes, mas podem apresentar uma clínica pouco exuberante. Dor, recusa em caminhar ou em mobilizar-se, irritabilidade ou febre podem ser as únicas manifestações. A ausência de febre ou de alterações laboratoriais marcadas não exclui o diagnóstico, sendo a ressonância magnética particularmente importante quando existe suspeita clínica.

Os tumores e as lesões pseudotumorais da coluna são raros, mas constituem diagnósticos que não podemos esquecer perante uma dor persistente, progressiva ou predominantemente noturna, especialmente quando associada a sintomas sistémicos ou alterações neurológicas. A persistência de dor, sobretudo quando não existe uma explicação mecânica plausível, deve levar-nos a considerar o diagnóstico.

Finalmente, a dor lombar pode ser uma manifestação de doença reumatológica. Uma dor de características inflamatórias, particularmente com rigidez matinal, melhoria com o movimento ou associada a outros sinais articulares ou sistémicos, deve levantar essa possibilidade.

A mensagem é simples: são diagnósticos pouco frequentes, mas são, precisamente, aqueles que não podemos perder.

### Quando e a quem referenciar?

A referenciação deve ser orientada pela clínica e não apenas pela intensidade da dor ou pelo resultado de um exame.

Uma criança com dor mecânica, sem sinais de alarme, pode geralmente ser acompanhada pelo seu médico assistente, com educação, manutenção de atividade adequada, exercício e vigilância da evolução.

Perante *"red flags"*, a avaliação especializada deve ser atempada. A escolha do destino dependerá da suspeita clínica e do resultado de exames que já tenham sido realizados. Ortopedia, Reumatologia, Infeciologia, Oncologia e Medicina Física e de Reabilitação estarão, habitualmente, na linha da frente.

Nem todas as dores nas costas precisam de exames. Nem todas precisam de ser referenciadas. Mas todas merecem uma avaliação clínica cuidadosa.

O desafio está em reconhecer a maioria benigna sem deixar escapar a minoria importante!



# Via Azul: atendimento personalizado na Urgência Pediátrica para crianças com perturbação do espetro do autismo



**Andreia Dias**
Pediatra, Serviço de Pediatria e Neonatologia da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

A Via Azul é um modelo organizacional de cuidados personalizados desenvolvido na Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (ULSTMAD), que visa adaptar a prestação de cuidados de saúde às necessidades individuais das crianças com perturbação do espetro do autismo (PEA). Inicialmente implementada no Serviço de Urgência de Pediatria, encontra-se atualmente em expansão aos restantes setores da instituição que prestam cuidados à população pediátrica.

O aumento da prevalência da PEA, aliado às crescentes recomendações internacionais para a adaptação dos serviços de saúde à neurodiversidade, reforçam a necessidade de novas abordagens assistenciais.[1-3] Para muitas destas crianças, o ambiente hospitalar pode ser particularmente desafiante, pela sobrecarga sensorial, imprevisibilidade, dificuldades de comunicação e interação com múltiplos profissionais.

Mais do que estabelecer um circuito diferenciado, a Via Azul procura adaptar os cuidados às características e necessidades individuais de cada criança, promovendo uma experiência mais tranquila, previsível e segura, sem comprometer a qualidade e o rigor técnico dos cuidados prestados.

O modelo assenta em cinco pilares fundamentais, que integram a capacitação transversal dos profissionais de saúde e estratégias individualizadas de comunicação, regulação sensorial e promoção da previsibilidade. As ferramentas digitais assumem um papel central, promovendo a participação ativa dos cuidadores na preparação e personalização dos cuidados.

A partilha antecipada de informação permite conhecer as características e necessidades específicas da criança antes da sua chegada, enquanto vídeos e pictogramas possibilitam prepará-la para os diferentes momentos do percurso assistencial.[4]

Esta informação acompanha a criança ao longo do seu percurso na instituição, favorecendo a continuidade dos cuidados e permitindo que cada equipa adapte a sua intervenção ao respetivo perfil sensorial, comunicacional e comportamental.

No Serviço de Urgência, sempre que possível, a criança permanece no espaço individualizado Via Azul e a equipa de profissionais envolvida é limitada ao essencial, reduzindo interações desnecessárias. São adotadas estratégias de regulação sensorial, ajustadas ao perfil sensorial da criança, como a redução da intensidade da luz ou dos alarmes sonoros, e disponibilizados objetos de regulação sensorial de acordo com as suas preferências. Os diferentes momentos do atendimento são antecipados, promovendo a previsibilidade e proporcionando um percurso mais tranquilo e ajustado às suas necessidades.

A implementação da Via Azul evidencia que a humanização dos cuidados pode ser promovida através de adaptações simples, como adequar a comunicação, antecipar procedimentos, regular estímulos sensoriais ou limitar o número de profissionais envolvidos. A avaliação da satisfação após a implementação revelou resultados muito positivos, com 100% dos cuidadores e 89% dos profissionais a classificarem a experiência com a Via Azul entre "Boa" e "Excelente". Estes resultados, aliados à adesão das equipas, sustentaram a expansão progressiva do modelo na instituição.

A Via Azul representa, acima de tudo, uma mudança de paradigma: em vez de exigir que a criança se adapte ao hospital, é o hospital que se adapta à criança. A adaptação dos cuidados à diversidade das necessidades individuais constitui um compromisso com uma Pediatria mais inclusiva, humanizada e verdadeiramente centrada na pessoa.

*Referências:*


1. *NHS England. Sensory-friendly resource pack [Internet]. London: NHS England; 2022 [updated 2023 Apr 28; cited 2026 Aug 12]. Available from: NHS England – Sensory-friendly resource pack.*
2. *Al-Beltagi M, Saeed NK, Bediwy AS, Alhawamdeh R, Elbeltagi R. Management of critical care emergencies in children with autism spectrum disorder. World J Crit Care Med. 2025;14(2):99975. doi:10.5492/wjccm.v14.i2.99975.*
3. *Nicholas DB, Zwaigenbaum L, Muskat B, Craig WR, Newton AS, Cohen-Silver J, et al. Toward practice advancement in emergency care for children with autism spectrum disorder. Pediatrics. 2016;137 Suppl 2:S205-11. doi:10.1542/peds.2015-2851S.*
4. *NHS England. Reasonable Adjustment Digital Flag [Internet]. London: NHS England; [cited 2026 Aug 12]. Available from: NHS – Reasonable Adjustment Digital Flag.*


# Aftose oral recorrente: quando pensar numa doença reumática



**Marta Cabral**
Pediatra, reumatologista pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital da Criança e do Adolescente, Hospital da Luz Lisboa

A aftose oral recorrente é frequente na infância e, na maioria das vezes, corresponde a uma condição benigna e autolimitada. No entanto, a presença de úlceras orais recorrentes, sobretudo quando intensas, persistentes ou associadas a outras manifestações clínicas, deve motivar uma avaliação mais ampla. Em determinadas situações, a aftose pode constituir uma manifestação de doenças sistémicas, incluindo algumas doenças reumáticas.

As aftas simples caracterizam-se por úlceras dolorosas, bem delimitadas, geralmente localizadas na mucosa oral não queratinizada, com resolução espontânea em poucos dias. A história clínica deve explorar a idade de início, frequência e duração dos episódios, número e dimensão das lesões, localização, presença de cicatrizes e impacto na alimentação. É igualmente importante investigar sintomas associados, como febre recorrente, artralgias ou artrite, lesões cutâneas, alterações oculares, sintomas gastrointestinais e manifestações genitais.

Entre as doenças reumáticas, a doença de Behçet é uma das principais entidades a considerar perante aftose oral recorrente. O diagnóstico é clínico e exige a integração de diferentes manifestações, não devendo ser estabelecido apenas pela presença de aftas. Úlceras genitais recorrentes, lesões cutâneas, uveíte e outras manifestações vasculares ou neurológicas podem reforçar a suspeita. Na população pediátrica, a apresentação pode ser incompleta ou evoluir ao longo do tempo, tornando particularmente importante o acompanhamento clínico.

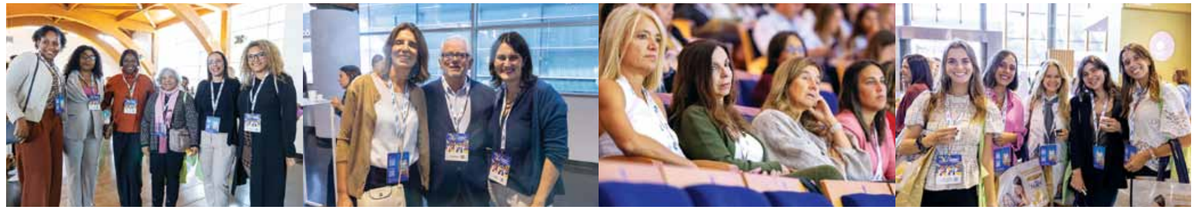
**Entre as doenças reumáticas, a doença de Behçet é uma das principais entidades a considerar perante aftose oral recorrente.**

Outras doenças inflamatórias sistémicas também podem cursar com úlceras orais. Na doença inflamatória intestinal, por exemplo, as lesões orais podem acompanhar manifestações gastrointestinais ou, ocasionalmente, precedê-las. O lúpus eritematoso sistémico e algumas vasculites podem apresentar alterações da mucosa oral, embora as características clínicas e o contexto sistémico sejam diferentes.

Deve ainda ser considerada a possibilidade de défices nutricionais, infeções, doença celíaca, imunodeficiências e efeitos adversos de fármacos, que podem simular ou contribuir para aftose recorrente.

A avaliação laboratorial deve ser orientada pela história e pelo exame físico, evitando investigação indiscriminada em crianças com aftose isolada e sem sinais de alarme. Hemograma, ferritina, vitamina B12, folato e outros exames podem ser úteis quando existe suspeita de défice nutricional ou doença sistémica. A investigação imunológica ou reumatológica deve ser dirigida pelas manifestações clínicas e não pela presença isolada de aftas.

Assim, perante uma criança com aftose oral recorrente, a questão fundamental não é apenas "Quantas aftas apresenta?", mas "Existem outros sinais que sugiram uma doença sistémica?". Úlceras extensas ou persistentes, episódios muito frequentes, comprometimento do estado geral, febre recorrente, artrite, alterações oculares, lesões genitais, manifestações cutâneas ou sintomas gastrointestinais constituem sinais de alerta. O reconhecimento destes padrões permite selecionar as crianças que necessitam de investigação adicional e eventual referenciação para Pediatria especializada ou Reumatologia Pediátrica, evitando simultaneamente exames desnecessários na aftose recorrente isolada.







Este Especial inclui artigos originalmente publicados no *Jornal da 9.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, distribuído aos participantes no evento.

**RAFAELA VERÍSSIMO, COORDENADORA DO NEGERMI:**

# "A Geriatria é uma necessidade do presente!"

AO INTERVIR NA CERIMÓNIA DE ABERTURA DA 9.ª REUNIÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE GERIATRIA DA SPMI, A INTERNISTA AFIRMOU QUE "A GERIATRIA NÃO PODE CONTINUAR A SER VISTA COMO UMA RESPOSTA DE FUTURO".



Rafaela Veríssimo deixou bem evidente que, no seu entender, "a Geriatria não pode continuar a ser vista como uma resposta de futuro", mas antes como "uma necessidade do presente". Fez esta afirmação na cerimónia de abertura da 9.ª Reunião do NEGERMI, um dos núcleos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que decorreu dias 30 e 31 de outubro, em Oeiras.

Na sessão seriam também intervenientes Luís Duarte Costa, presidente da SPMI, João Dias Ferreira, em representação do bastonário da Ordem dos Médicos, Lia Fernandes, presidente do Colégio da Competência de Geriatria da OM, e Ivone Afonso, da CM de Oeiras.

Tendo sucedido a Sofia Duque na coordenação do NEGERMI, Rafaela Veríssimo afirmou ter assumido esta responsabilidade "num momento verdadeiramente desafiante para a Geriatria em Portugal". Sendo que, frisou, esta representa "uma das áreas com maior capacidade de transformar a Medicina nos próximos anos".

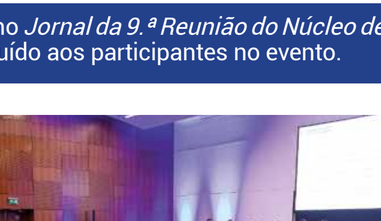
"A Geriatria ensina-nos a olhar para além das doenças, a reconhecer a singularidade de cada pessoa e a perceber que a idade, por si só, nunca poderá definir aquilo que alguém é, de que necessita, ou aquilo que ainda pode alcançar", considerou, sublinhando:

"Nos nossos hospitais e na comunidade, deparamo-nos com pessoas cada vez mais velhas, frequentemente com múltiplas doenças, fragilidade, polimedicação e necessidades complexas. Mas encontramos também pessoas com uma enorme capacidade de adaptação, com vontade de preservar a sua independência e, sobretudo, com o desejo de continuar a viver com dignidade e qualidade."

"Precisamos de construir respostas organizadas, sustentáveis e acessíveis", salientou Rafaela Veríssimo, até porque "a Geriatria não pode continuar a ser vista como uma resposta de futuro, mas sim como uma necessidade do presente".



Rafaela Veríssimo e Sofia Duque



Rafaela Veríssimo e Luís Duarte Costa com Manuel Teixeira Veríssimo, 1.º coordenador do NEGERMI, 1.º presidente do Colégio da Competência de Geriatria da OM e ex-presidente da SPMI



Luís Duarte Costa, Rafaela Veríssimo, Lia Fernandes, Ivone Afonso e João Dias Ferreira

A coordenadora do NEGERMI fez ainda questão de se referir ao facto de o programa da 9.ª Reunião "convidar a olhar para a Geriatria numa perspetiva cada vez mais preventiva", correspondendo, afinal, a uma "mudança de paradigma", em que se "reconhece o seu papel na promoção de um envelhecimento saudável".

### "O doente idoso não cabe numa só gaveta"

Entretanto, começando por elogiar "o trabalho persistente de uma equipa empenhada e de uma comunidade que se foi construindo em torno de uma área cada vez mais central na nossa prática", o presidente da SPMI destacou o significado do painel que integrou a primeira sessão da manhã de ontem e que promoveu o debate em torno do doente mais velho frágil: "Mostrou que o doente idoso não cabe numa só gaveta!"

"Tem fragilidade, sim, mas tem igualmente insuficiência cardíaca, doença pulmonar e desnutrição, decisões difíceis em fim de vida e uma casa para onde quer voltar", afirmou Luís Duarte Costa, reconhecendo que "o NEGERMI tem sabido construir pontes, sendo esse espírito de parceria que quero agradecer e encorajar".

Afirmando que "a competência geriátrica não pode ficar fechada num serviço, tem de estar onde os doentes estão", salientou que "os idosos são hoje quem mais precisa do médico de família, do cardiologista, do cirurgião, do internista".

O presidente da SPMI defendeu ainda que "todos os internistas deveriam ter formação diferenciada em Geriatria", proporcionando o que "nenhuma visão parcelar consegue", ou seja, "integrar a síndrome geriátrica com a doença de órgão, a decisão clínica com os valores do doente, o hospital com a comunidade".

"Através deste Núcleo, existe hoje uma oferta formativa de grande qualidade, que a Direção da Sociedade apoia sem reservas", sublinhou Luís Duarte Costa, acrescentando: "Defenderemos, nas instâncias próprias, que esta formação passe a integrar o currículo obrigatório do internato de Medicina Interna."

**NEGERMI – Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI**
(Biénio 2026 – 2028)

**Coordenadora**
Rafaela Veríssimo 1
**Coord. adjunta**
Heidi Gruner 2
**Secretariado**
Ana Pessoa 3
André Rodrigues 4
Gonçalo Sarmento 5
Gracinda Brasil 6
Lia Marques 7
Paulo Almeida 8
Pedro Marques 9
Sofia Duque 10

# Novidades na prevenção de quedas e fraturas



**Maria Maia**
Assist. hospitalar de MI, com competência em Geriatria. Coord. da Unidade de Ortogeriatria do Hospital de Loures, ULS de Loures--Odivelas

Desde que Bernard Isaacs incluiu a "instabilidade" entre os gigantes da Geriatria e com os trabalhos de Tinetti nos anos 1990, a queda deixou de ser vista como uma inevitabilidade do envelhecimento normal. Passámos a olhá-la como uma síndrome geriátrica multifatorial. Hoje sabemos que, na maioria dos casos, a queda é a expressão final de fatores identificáveis e modificáveis: défice de equilíbrio, sarcopenia, polimedicação, ambiente, fragilidade óssea.

**A nível global, as mortes por queda em idosos aumentaram 174% desde 1990, ultrapassando as 555.000 em 2021.**

Em Portugal, o sistema EVITA registou 40.842 episódios de queda em idosos nas urgências em 2023, quase dois terços em casa e cerca de um terço com 85 ou mais anos. A nível global, as mortes por queda em idosos aumentaram 174% desde 1990, ultrapassando as 555.000 em 2021. Com o índice de envelhecimento português a crescer, estes números não descrevem um destino, descrevem uma oportunidade de prevenção.

Nos últimos anos, a tecnologia e a inteligência artificial (IA) passaram a ocupar um lugar central na prevenção de quedas e fraturas. Primeiro, algumas soluções no terreno já não são novidade, mas continuam a crescer. Há aplicações que detetam quedas e alertam contactos de emergência, ferramentas de apoio à avaliação do risco, jogos com sensores para treinar o equilíbrio, relógios inteligentes com deteção de queda e sensores com IA que prometem antecipar a saída da cama. Em Portugal, já temos bons exemplos de algumas destas tecnologias. A eficácia destes dispositivos ainda está pouco documentada em estudos, mas creio que não tardará.

Segundo, a nível internacional, a investigação desloca-se da deteção para a previsão do risco. Sensores de radar com IA monitorizam a marcha sem câmaras nem dispositivos vestidos e plataformas que prometem alertar as equipas de cuidados antes de a queda acontecer. Sistemas com *machine learning*, que analisam a atividade muscular e a pressão plantar, tentam identificar quem está em maior risco. Os resultados são promissores, mas vêm sobretudo de estudos pequenos e testes controlados. Faltam estudos em pessoas com défice cognitivo e a pouca transparência dos algoritmos limita a adoção clínica e as definições de risco variam muito entre estudos.

Terceiro, não esquecemos o osso. Prevenir a queda é necessário; tratar a fragilidade óssea é decisivo. A IA aplicada à radiologia, como já acontece na ULS de Coimbra, ajuda a sinalizar alterações ósseas, incluindo fraturas, e pode desencadear a avaliação da osteoporose. É a lógica dos *Fracture Liaison Services*, que garantem a prevenção secundária, com o tratamento dirigido e a educação necessários. E ainda uma última palavra para a fratura da anca. Nas unidades de Ortogeriatria, a tecnologia tem entrado como complemento: telereabilitação, sensores de movimento e ferramentas de motivação estão em avaliação, mas o essencial continua a ser a coavaliação por ortopedista e geriatra.

Voltamos ao princípio: nenhum sensor substitui o exercício estruturado, a revisão da medicação, a adaptação da casa e a avaliação clínica do risco, e nenhum algoritmo vale se ninguém atuar sobre o resultado. Os cuidados de saúde são o lugar natural para integrar estas peças, com circuitos claros para quem cai ou fratura. Importa ainda discutir a equidade, para que a inovação não chegue só a quem já tem acesso, e a privacidade de uma vigilância contínua no domicílio. A tecnologia é bem-vinda quando serve um modelo de cuidados que já funciona. Sem ele, arriscamos medir melhor o risco sem o reduzir.

# Alvos terapêuticos na abordagem cardiovascular no adulto mais velho: das *guidelines* ao doente



**Heloísa Ribeiro**
Presidente eleita da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Unidade de Geriatria Aguda, Serviço de Medicina Interna, ULS de Entre Douro e Vouga

O envelhecimento da população coloca a medicina cardiovascular perante um dos seus maiores desafios: a transposição da evidência científica para a heterogeneidade clínica do adulto mais velho. Em Portugal, onde o acidente vascular cerebral e a doença isquémica cardíaca apresentam um impacto significativo na morbilidade e mortalidade, gerir adequadamente fatores de risco *major* – com destaque para a hipertensão arterial e a dislipidemia – é crucial. Contudo, a aplicação cega de metas universais colide frequentemente com a realidade de doentes em que a multimorbilidade, a polifarmácia e a fragilidade redefinem a margem de segurança clínica.

De acordo com as *guidelines* europeias de hipertensão, o primeiro passo no tratamento da HTA é reduzir a pressão arterial sistólica (PAS) para valores inferiores a 140 mmHg, procurando, se bem tolerado, uma meta de 130-139 mmHg (ou mesmo 120-129 mmHg em doentes robustos e sem fragilidade, segundo a ESC), mantendo-se uma pressão arterial diastólica entre 70-80 mmHg. Em contexto de fragilidade, dependência e declínio cognitivo, estas metas devem ser individualizadas e menos restritivas.

Na dislipidemia, as recomendações da ESC/EAS estabelecem que, em prevenção primária até aos 75 anos, o tratamento se rege pelo risco global (SCORE2-OP). Acima dos 75 anos, a introdução de estatinas em prevenção primária pode ser considerada se o risco for elevado ou muito elevado. Já na prevenção secundária, a evidência não impõe limite de idade.

Perante a presença de polifarmácia, a regra clínica é *"start low, go slow"*, priorizando moléculas com metabolização independente do CYP3A4 (rosuvastatina, pitavastatina ou pravastatina) para mitigar interações e miopatia. Considerar o ezetimibe precocemente pode ser um meio para atingir os alvos, sem toxicidade muscular acrescida. Os inibidores da PCSK9 mantêm eficácia e segurança demonstradas em subanálises de idosos.

**A verdadeira mestria clínica reside em navegar entre dois extremos: o idadismo e o excesso de zelo mecanicista.**

No idoso diabético, o alvo terapêutico segue a mesma tendência: deve ser individualizado. Em doentes robustos e autónomos procura-se uma HbA1c entre 7,0% e 7,5%; com complexidade intermédia ou declínio cognitivo ligeiro a moderado aceita-se 7,5% a 8,0%; e em indivíduos muito frágeis, dependentes ou com baixa esperança de vida a prioridade é prevenir hipoglicemias graves e hiperglicemias sintomáticas.

A verdadeira mestria clínica reside em navegar entre dois extremos: o idadismo, que nega a intervenção a indivíduos ativos apenas pela sua idade cronológica, e o excesso de zelo mecanicista, que persegue o número "puro" à custa de iatrogenia grave. A desprescrição ou simplificação posológica, perante intolerância sintomática, não constitui inércia médica, mas sim individualização prudente.

Passar das *guidelines* ao doente exige uma avaliação geriátrica global e partilha de decisões. As normas orientadoras devem servir de bússola, mas o alvo terapêutico ótimo é aquele que protege o prognóstico cardiovascular sem comprometer a autonomia, a cognição e a qualidade de vida do doente, respeitando as suas expectativas e valores.





# Fragilidade, a pedra angular da Geriatria



**Pedro Madeira Marques**
Internista com competência em Geriatria pela OM, ULS do Estuário do Tejo. Vice-presid. da AMIDI (Assoc. dos Médicos dos Idosos Institucionalizados). Primeiro autor do *Plano Hospitalar para Idosos*. Membro do Secretariado do NEGERMI

A fragilidade é uma das pedras angulares, senão a pedra angular da Geriatria. Esta síndrome geriátrica prevenível, nos seus estádios iniciais perfeitamente reversível e nos intermédios controlável, necessita de um conhecimento profundo, multidisciplinar e diferenciado nesta disciplina. É uma das razões pelas quais a especialidade médica existe em quase todos os países da Europa, Estados Unidos da América e Canadá.

Há muitos mitos à sua volta, que esperamos dissipar no nosso painel de especialistas. Trazemos, assim, para a linha da frente várias áreas da medicina, nomeadamente, a nutrição, a hospitalização domiciliária, os cuidados paliativos, a bioética e a doença pulmonar vascular. Tenta-se desta forma encontrar soluções que otimizem a abordagem da fragilidade e minimizem a iatrogenia hospitalar (representada em grande parte pela falta de formação dos profissionais em Geriatria e por um ambiente hospitalar e sistemas não pensados para o mais velho).

Demonstramos a sua reversibilidade total ou parcial até relativamente tarde na história da doença e que até à morte há muito a fazer e de forma intensiva.

Através da mobilização de todas as ferramentas disponíveis e trabalhando em grupo, não só entre áreas da medicina, mas procurando a experiência e saber de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionistas, terapeutas da fala, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, é possível a gestão otimizada desta síndrome tão complexa e de difícil abordagem. Melhoram-se assim indicadores e contribui-se para o bem-estar do utente, que é um dos grandes objetivos da Medicina.

Esperamos que, no futuro, seja nesta forma que os nossos médicos, formados em Geriatria e equipados com o saber para realizar avaliações geriátricas globais independentemente da sua especialidade, estejam habituados a trabalhar. Esperemos também que seja uma exigência dos profissionais aos seus locais de trabalho.

É importante frisar que a otimização da orientação da fragilidade não se limita ao ambiente hospitalar. É necessário que as políticas sociais e de gestão se alinhem com as necessidades e particularidades dos mais velhos e isso só pode ser feito através do diálogo junto dos órgãos governativos. Portugal é um dos 5 países mais envelhecidos do mundo e também com mais ERPI's da Europa, com uma necessidade urgente de otimização dos cuidados ao mais velho e estando pouco preparado para tal.

Fragilidade não é sinónimo de pessoa mais velha, mas para isto ser uma verdade é essencial que sejam instauradas medidas sociais que previnam o seu surgimento (como alterações no processo de reforma, melhor acesso a dispositivos tecnológicos que aumentem a segurança e a melhoria de acessos a locais públicos) e que o pensamento da sociedade se vire para a contribuição não monetária, vantagem social e mais-valia que os mais velhos fornecem.

Cabe a todos nós, independentemente da área de diferenciação, entender estes aspetos e trabalhar para que seja possível mudar a realidade dos locais de trabalho e, desta forma, contribuir para a melhoria dos cuidados ao mais velho, sejam eles em que ambiente de saúde forem.

justNews

# Valor em saúde: o custo da ineficiência e o preço do cuidado



**Serafim Barreto Guimarães**
Assist. graduado hospitalar de Nefrologia. Diretor da UG do Doente Médico da ULSVNG/E. Prof. catedrático conv. da Univ. Aveiro

Falar de valor em saúde numa reunião de Geriatria obriga a começar por uma pergunta simples: o que entendemos por valor? Para alguns é qualidade; para outros, contenção de custos; para outros ainda, medir aquilo que o doente reporta. Nenhuma destas ideias está errada, mas nenhuma chega.

Valor é a relação entre os resultados que obtemos e os recursos que utilizamos. A dificuldade começa quando tentamos perceber quais são os resultados que interessam e quanto custa todo o percurso.

Imaginemos uma mulher de 84 anos, com insuficiência cardíaca, doença renal crónica, diabetes, fibrilação auricular, fragilidade e onze medicamentos. Em seis meses teve três urgências, dois internamentos, consultas de várias especialidades, exames e sucessivas alterações terapêuticas.

Teve poucos cuidados? Não. Mas ficou melhor? Continua em casa? Mantém autonomia para caminhar e cuidar de si? Caiu? Foi novamente internada? Quanto custou todo este percurso?

Os sistemas de saúde são muito bons a contar atividade. Temos mais dificuldade em responder à pergunta que interessa: o doente está melhor?

O doente geriátrico expõe esta limitação. A multimorbilidade torna visível a fragmentação. Um diurético pode melhorar a congestão e agravar a função renal; um controlo tensional demasiado agressivo pode aumentar o risco de queda; uma hospitalização pode resolver uma infeção e deixar uma perda funcional difícil de recuperar.

**Em Geriatria, o sucesso não se mede apenas por mortalidade ou resolução da doença.**

A ineficiência não é apenas fazer um exame desnecessário ou prescrever um medicamento inútil. Muitas vezes resulta da soma de decisões razoáveis tomadas dentro de estruturas que não estão organizadas para otimizar o resultado global. Cada serviço pode cumprir os seus objetivos e, ainda assim, o sistema falhar.

É por isso que a unidade de análise não pode ser apenas o episódio. Para o doente, consultas, urgências e internamentos fazem parte da mesma jornada. Em Geriatria, o sucesso não se mede apenas por mortalidade ou resolução da doença. Mede-se também por função, mobilidade, autonomia, cognição, sintomas e permanência no domicílio.

A ineficiência piora os dois lados da equação: reduz resultados e aumenta custos. Uma queda, um *delirium* ou uma transição mal preparada são maus *outcomes* e geram nova utilização de recursos.

Falar de valor não é falar de gastar menos. Uma intervenção cara pode produzir muito valor; uma intervenção barata e inútil continua a ser desperdício. O problema não é o preço isolado, mas aquilo que conseguimos com os recursos utilizados.

É esta mudança de perspetiva que está na base do *value-based healthcare*: deixar de perguntar quantos atos produzimos e começar a perguntar que resultados conseguimos. Isso obriga a escolher *outcomes* relevantes, organizar os cuidados ao longo da jornada e conhecer os custos.

Na Geriatria isto é especialmente importante porque os resultados atravessam fronteiras. Evitar um internamento, prevenir uma queda, manter uma pessoa em casa ou preservar autonomia pode depender do hospital, dos cuidados primários, da reabilitação, do apoio social e do cuidador.

Não se trata de escolher entre cuidar e poupar. Trata-se de distinguir custo de desperdício. Mais cuidados não significam necessariamente melhores cuidados. Por vezes, a melhor decisão é simplificar, coordenar ou parar.

No fim, produzir valor não significa fazer menos medicina. Significa fazer melhor medicina e garantir que aquilo que fazemos acrescenta à vida da pessoa.



# Função visual e visão funcional: a perspetiva do geriatra



**Lia Marques**
Assist. hospitalar graduada de MI no Hospital CUF Tejo. Membro da Direção do Colégio da Competência de Geriatria da OM. Membro da Coord. do NEGERMI. Assist. livre da cadeira de Introdução às Doenças do Envelhecimento, FMUL

*"Ver não é apenas um processo passivo de receção de luz; é um ato de construção do mundo. Perder a visão ou recuperar a visão afeta a própria identidade, a forma como nos movemos, como pensamos e como nos sentimos no espaço."*
Oliver Sacks em *Um Antropólogo em Marte*

O neurologista Oliver Sacks enfatiza, na citação prévia, o papel central e integrado da função visual para a preservação cognitiva, do humor, da mobilidade e do estado funcional. O compromisso visual é um fator de risco independente para a perda de autonomia nos adultos mais velhos, para o compromisso cognitivo, a instabilidade da marcha, as quedas e a depressão.

A prevalência de compromisso visual aumenta com a idade. O envelhecimento do sistema ocular inclui a miose senil, a perda de elasticidade do cristalino e alterações funcionais do músculo ciliar com compromisso da acomodação. Existe ainda diminuição da transparência dos meios oculares associada a alterações da córnea que aumentam a dispersão da luz intraocular.

**Na Avaliação Geriátrica Global (AGG) a identificação de compromisso visual impõe a sua correção em articulação com oftalmologista. A correção isolada do défice visual pode ser insuficiente.**

A presbiopia manifesta-se com dificuldade em focar ao perto, perda da acuidade de contraste, maior sensibilidade ao encadeamento, maior dificuldade na adaptação ao escuro, perda da discriminação das cores, perda do campo visual atencional e maior dificuldade na leitura. A condução noturna e a adaptação a mudanças bruscas de luminosidade são particularmente desafiantes para o olho envelhecido.

O acumular do tempo associa-se também ao acumular de doenças que afetam o olho, como a degenerescência macular, as cataratas, o glaucoma e a retinopatia diabética, que contribuem, respetivamente, para compromisso da visão central, da nitidez, da visão periférica e aparecimento de escotomas. Na Avaliação Geriátrica Global (AGG) a identificação de compromisso visual impõe a sua correção em articulação com oftalmologista. A correção isolada do défice visual pode ser insuficiente, pois, é apenas um dos componentes da visão funcional.

A função visual refere-se à avaliação do olho, aos parâmetros quantitativos do sistema ocular, ao quanto e ao como o olho consegue detetar os estímulos luminosos. A visão funcional corresponde à capacidade da pessoa para usar a visão no desempenho das atividades de vida diária. Implica a integração do processamento visual com as capacidades cognitivas e motoras e com as características do ambiente envolvente.

Uma pessoa pode ter acuidade visual preservada com visão funcional gravemente comprometida pelas condições de iluminação, coexistência de múltiplos estímulos concomitantes ou características gerais do ambiente. Assim, a função visual avalia a capacidade biológica do sistema visual e a visão funcional centra-se no impacto prático e multidimensional da perceção visual na autonomia e qualidade de vida da pessoa. A função visual centra-se no órgão, a visão funcional centra-se na pessoa.

Abordar a visão no adulto mais velho exige ir para além da correção do défice visual e do tratamento das doenças oftalmológicas. A prioridade em Geriatria deve ser a visão funcional, que inclui a adaptação do domicílio com adequação da iluminação e contraste, treino de estratégias de compensação, utilização de auxiliares de baixa visão e intervenção de terapia ocupacional.

**A prioridade em Geriatria deve ser a visão funcional.**

O geriatra desempenha um papel central na reabilitação da visão funcional, devendo rastrear a perda funcional da visão, capacitar o doente e a família, coordenar a intervenção interdisciplinar, estabilizar as doenças médicas e adaptar o meio envolvente. A integração da visão funcional na AGG é fundamental para a prioridade da Geriatria: a preservação da autonomia, da qualidade de vida e da dignidade do adulto mais velho.

# Geriatria em Portugal: necessidades, possibilidades e oportunidades



**Lia Fernandes**
Assist. hospitalar graduada sénior de Psiquiatria, ULS de São João. Prof.ª catedrática da FMUP, diretora do Depart. de Neurociências Clínicas e Saúde Mental. Presid. do Colégio da Competência de Geriatria da OM

O envelhecimento da população é um dos fenómenos sociais e de saúde mais marcantes da atualidade. Portugal encontra-se entre os países mais envelhecidos da Europa, uma realidade que exige respostas clínicas, sociais e organizacionais capazes de acompanhar a crescente complexidade das necessidades da população idosa.

A coexistência de doenças crónicas, fragilidade, alterações cognitivas e perda de autonomia requer cuidados de proximidade, continuados e articulados, colocando em evidência as limitações de um modelo assistencial excessivamente centrado no hospital. Importa, por isso, reforçar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários, às equipas comunitárias e às respostas domiciliárias, promovendo uma assistência integrada e centrada na pessoa.

Esta transformação exige uma articulação efetiva entre o Serviço Nacional de Saúde, a Segurança Social, os setores público e privado, as autarquias, as instituições sociais e as associações. A partilha de informação, a coordenação de recursos e a definição conjunta de responsabilidades são fundamentais para evitar respostas fragmentadas, internamentos desnecessários e descontinuidade de cuidados.

Um dos desafios frequentemente menos visíveis é o apoio aos cuidadores informais, muitos dos quais são também pessoas idosas que cuidam de familiares ainda mais velhos. A sobrecarga física e emocional, o isolamento e as perturbações depressivas podem comprometer a saúde de quem cuida e a qualidade da assistência prestada. Reconhecer precocemente estas situações implica disponibilizar acompanhamento psicológico, formação, apoio social e medidas de descanso do cuidador, valorizando o seu papel sem transferir exclusivamente para as famílias a responsabilidade pelos cuidados.

Investir em Geriatria não significa medicalizar a velhice, mas preservar a autonomia, prevenir a incapacidade e intervir precocemente. A institucionalização não deve constituir uma resposta automática à idade ou à doença, devendo ser ponderada apenas como fim de linha, quando as necessidades de segurança e assistência não possam ser adequadamente satisfeitas através de alternativas menos restritivas.

Neste contexto, torna-se essencial desenvolver uma rede diversificada de respostas de proximidade, incluindo centros de dia, centros de convívio, universidades sénior e programas regulares de estimulação cognitiva, atividade física e participação social.

**Investir em Geriatria não significa medicalizar a velhice, mas preservar a autonomia, prevenir a incapacidade e intervir precocemente.**

Importa, igualmente, explorar modelos inovadores de convivência intergeracional. Inspirados em experiências internacionais, nomeadamente do Japão, deverão promover-se projetos que, de forma coadjuvada, alberguem simultaneamente estruturas residenciais para pessoas idosas e jardins de infância. Estas iniciativas podem favorecer o bem-estar, combater a solidão e criar oportunidades recíprocas de aprendizagem mútua e, particularmente, as crianças podem usufruir de um conhecimento acumulado de experiência feito dos mais velhos, que é claramente um capital humano muito desperdiçado em Portugal.

Paralelamente, a expansão e a melhoria da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados torna-se indispensável para responder às necessidades de reabilitação, recuperação funcional e manutenção da autonomia. O reforço da capacidade de resposta, a redução dos tempos de espera e a articulação com os hospitais e os cuidados domiciliários poderão reduzir internamentos prolongados e libertar recursos hospitalares para situações agudas, garantindo maior continuidade assistencial.

Neste contexto, a criação da Competência de Geriatria pela Ordem dos Médicos poderá representar um avanço importante na organização destes cuidados em Portugal. Embora a Geriatria ainda não constitua uma especialidade médica autónoma, esta competência permite reconhecer e certificar formação diferenciada numa área que exige conhecimentos específicos sobre multimorbilidade, fragilidade, polimedicação, demência e avaliação funcional, identificando de forma atempada necessidades não cobertas nesta população, numa abordagem multidimensional, que permita dar respostas mais adequadas. O seu desenvolvimento poderá contribuir para a qualificação das práticas clínicas, a uniformização de procedimentos e a consolidação de equipas multidisciplinares.

O futuro da Geriatria em Portugal depende, assim, não apenas da formação de profissionais, mas também da capacidade de reorganizar os serviços, integrar respostas sociais e de saúde e colocar a pessoa idosa no centro das decisões. A prevenção, a proximidade, a continuidade dos cuidados e o apoio aos cuidadores devem constituir prioridades estratégicas. Envelhecer é uma conquista coletiva e assegurar que essa longevidade se traduz em dignidade, autonomia e qualidade de vida deverá ser uma responsabilidade partilhada por toda a sociedade.








ESPECIAL 9.ª Reunião do Núcleo de Estudos de GERIATRIA

OEIRAS 30 e 31 outubro 2026

# Novidades na nutrição entérica: do regime de comparticipação à prática diária



**Ricardo Cleto Marinho**
Assist. hospitalar de Medicina Interna e Intensiva da ULS de Santo António. Coord. do Núcleo de Estudos de Nutrição Clínica da SPMI. *Early career faculty* ESPEN

O risco nutricional à admissão atinge 28 a 42% dos adultos internados em Portugal e mais de 50% nas enfermarias de Medicina Interna, com valores ainda superiores nos idosos institucionalizados. Durante décadas, a resposta habitual ao idoso que come pouco, ou que não mastiga e deglute em segurança, com necessidade de sonda nasogástrica, foi a dieta culinária modificada, triturada ou líquida. É uma solução enraizada e compreensível, mas com limites conhecidos: densidade energética e proteica frequentemente insuficiente, composição pouco padronizada, maior risco microbiológico e dificuldade em saber quanto o doente realmente ingeriu.

As fórmulas entéricas respondem a estes limites. São alimentos para fins medicinais específicos, com composição conhecida e reprodutível, o que permite definir metas em kcal/kg/dia e g/kg/dia e monitorizá-las como se faz com um fármaco. A Portaria n.º 82/2025/1 tornou esta opção mais acessível ao instituir um regime excecional de comparticipação para fórmulas por sonda, incluindo doentes com PEG, e para fórmulas modulares por via oral, com aumento faseado até 90% em 2027. Na disfagia, espessantes padronizados e módulos de proteína ou energia comparticipados podem mudar a gestão em ambulatório e nos lares. As recomendações conjuntas SPMI/APNEP, que vão ser publicadas brevemente, para a prescrição de nutrição entérica por sonda, ajudam a traduzir este enquadramento em protocolos.

**Na disfagia, espessantes padronizados e módulos de proteína ou energia comparticipados podem mudar a gestão em ambulatório e nos lares.**

Mudou também o que se espera do modo de administração. A perfusão contínua por bomba vem dos cuidados intensivos, onde a sedação, a ventilação e a instabilidade hemodinâmica a justificam. Numa enfermaria de Medicina Interna ou num lar, o doente está em regra consciente, deve ser mobilizado e beneficia de períodos livres de perfusão. Com acesso gástrico e boa tolerância, os regimes em bólus ou intermitentes são uma opção adequada, dispensam bombas e simplificam a formação de cuidadores. O plano definido no hospital tem de ser exequível em casa.

O regime tem lacunas. A prescrição está restrita a Oncologia Médica, Medicina Interna, Endocrinologia-Nutrição, Gastroenterologia e Pediatria. O médico de família, primeiro contacto da maioria dos idosos frágeis, não pode prescrever e as estruturas residenciais para pessoas idosas também não são entidades prescritoras. Ficam ainda de fora, nesta fase, os suplementos nutricionais orais completos, que as orientações da ESPEN consideram a primeira linha. Sem comparticipação, o tratamento tende a ser interrompido após a alta, sobretudo nos doentes com menos rendimento.

Para quem trata idosos, principalmente institucionalizados, isto traduz-se em tarefas concretas: avaliar o estado nutricional dos residentes de lares quando são internados, definir o plano (sonda, espessantes, módulos) e articulá-lo com a estrutura residencial ou cuidadores na alta. Convém também lembrar que a nutrição entérica não é um dever. Na doença avançada, incluindo a demência avançada, a decisão deve ser individualizada, proporcional e reavaliada, e a alimentação de conforto é uma alternativa legítima.

Falta saber que impacto terá este regime nos reinternamentos e na funcionalidade. Em Portugal, essa evidência ainda não existe, e o melhor momento para começar a medi-la é agora.

# Diagnóstico e intervenção na obesidade sarcopénica: onde estamos?



**Leila Amaro Cardoso**
Medicina Interna, ULS de São João. Coord. do Núcleo de Estudos de Obesidade da SPMI

A obesidade sarcopénica obriga-nos a rever uma ideia ainda demasiado presente na prática clínica: a de que avaliar e tratar a obesidade é, essencialmente, avaliar e reduzir peso. Particularmente no idoso, dois indivíduos com o mesmo índice de massa corporal podem apresentar composição corporal, força muscular e risco funcional muito diferentes.

O consenso conjunto ESPEN/EASO de 2022 representou um avanço importante ao propor uma abordagem estruturada para o diagnóstico. A avaliação começa pela identificação dos indivíduos em risco, prossegue com a avaliação da função muscular e exige a demonstração simultânea de excesso de adiposidade e redução da massa muscular. A força de preensão ou o teste de levantar da cadeira assumem particular relevância; a composição corporal pode ser avaliada por DXA ou bioimpedância. Ainda assim, não existe um *gold standard* universal e persistem diferenças entre métodos e pontos de corte. O IMC, por si só, não distingue gordura de músculo nem informa sobre função.

O mesmo princípio deve orientar o tratamento. O objetivo não pode ser simplesmente perder quilogramas, mas reduzir adiposidade preservando músculo, força, mobilidade e autonomia. A intervenção deve ser multimodal: restrição energética moderada, aporte proteico adequado e individualizado e exercício, com particular destaque para o treino de resistência. No idoso, em que a reserva muscular pode já estar comprometida, a perda funcional assume especial relevância.

**O objetivo não pode ser simplesmente perder quilogramas.**

A crescente eficácia da farmacoterapia da obesidade trouxe uma nova questão clínica: não apenas quanto peso se perde, mas que tecido se perde. A redução ponderal com terapêuticas incretínicas inclui uma componente de massa magra; contudo, massa magra não é sinónimo de músculo nem de função muscular. No estudo SEMALEAN, em 106 pessoas com obesidade tratadas com semaglutido 2,4 mg durante 12 meses, a massa gorda diminuiu cerca de 19% e a massa magra reduziu inicialmente, estabilizando depois. Em paralelo, a força de preensão aumentou e a prevalência de obesidade sarcopénica diminuiu de 49% para 33%. Estes dados mostram por que razão composição corporal e função devem ser interpretadas em conjunto.

Mais recentemente, o estudo COURAGE, apresentado no EASD 2026, acrescentou uma perspetiva particularmente interessante. Neste ensaio de fase 2, o trevogrumab, um anticorpo dirigido à miostatina, foi estudado em associação ao semaglutido para preservar músculo durante a perda ponderal. Os resultados mostraram menor perda de massa magra e a ressonância magnética apontou igualmente para maior preservação do músculo esquelético. Abre-se, assim, um conceito promissor: procurar não apenas maximizar a perda ponderal, mas melhorar a sua qualidade, privilegiando a redução de massa gorda e a preservação muscular. Importa, contudo, não antecipar conclusões: preservar músculo por imagem não equivale necessariamente a demonstrar benefício funcional, nem estes dados constituem ainda evidência específica para tratar obesidade sarcopénica.

Estamos, portanto, perante uma mudança de paradigma. Na obesidade sarcopénica, quanto peso se perde é apenas parte da pergunta. Importa saber que tecido se perde, o que acontece à força e à função e se estamos efetivamente a melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida. O verdadeiro sucesso terapêutico será perder gordura sem perder aquilo que queremos preservar: músculo, função e autonomia.





MARQUE NA AGENDA

# 24º Congresso Português de Obstetrícia e Ginecologia

**12 | 13 | 14**
novembro 2026

**COIMBRA**
**Convento São Francisco**

**INSCRIÇÕES ONLINE**

até 2 de novembro




**ORGANIZAÇÃO:** Mundiconvenius

**Tel:** (+351) 213 565 345
(chamada para rede fixa nacional)

fspog@congressofspog.pt
inscricoes@congressofspog.pt


**www.congressofspog.pt**

FSPOG – Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia
Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal
SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia
SPMR – Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução
Sociedade Portuguesa da Contracepção
APDPN – Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré Natal