



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

NOVA
MEDICAL SCHOOL

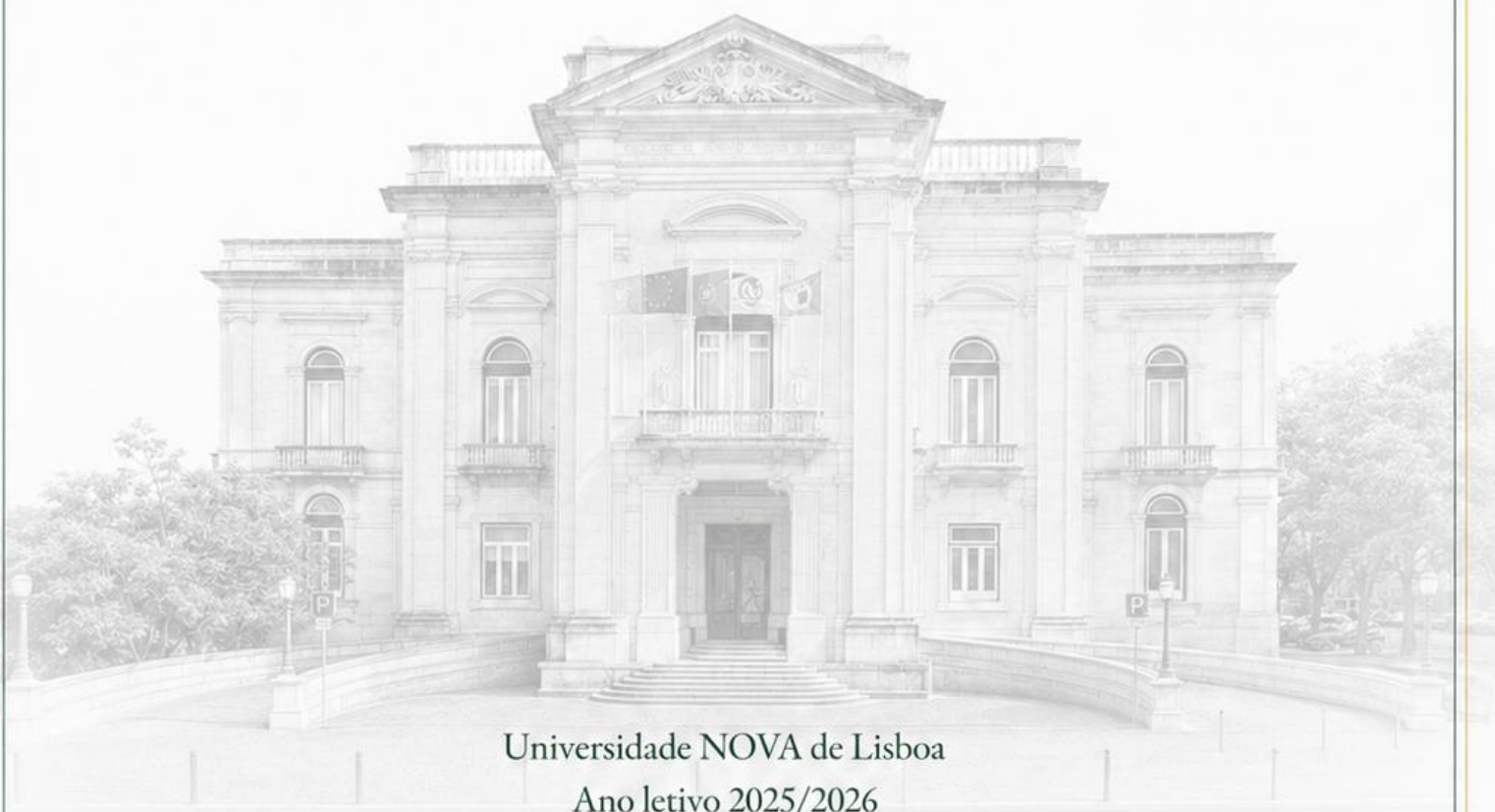


Relatório Final de Estágio Profissionalizante

Mestrado Integrado em Medicina
NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas

João Pedro Ferreira Jorge | N° 2020399

Regente da Unidade Curricular: Professor Doutor Rui Maio
Orientador: Doutora Conceição Loureiro



Universidade NOVA de Lisboa
Ano letivo 2025/2026

1. Índice

1. Índice.....	2
2. Introdução e Objetivos	3
2.1. Objetivos de aprendizagem	3
3. Atividades Desenvolvidas	3
3.1. Estágio Parcelar de Medicina Interna	3
3.2. Estágio Parcelar de Cirurgia Geral.....	4
3.3. Estágio parcelar de Pediatria	5
3.4. Estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia.....	6
3.5. Estágio parcelar de Saúde Mental.....	6
3.6. Estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar	7
4. Elementos Valorativos.....	8
5. Reflexão Crítica Final.....	9
6. Anexos	11

2. Introdução e Objetivos

O Estágio Profissionalizante do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) constitui a fase final da formação médica pré-graduada e tem como principal objetivo a integração do estudante na prática clínica das diferentes especialidades. Ao longo deste ano, através da participação nas atividades assistenciais e do acompanhamento dos médicos orientadores, foi possível consolidar conhecimentos, desenvolver competências clínicas e adquirir maior autonomia na abordagem do doente.

O presente relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas nos diferentes estágios parcelares que constituíram o Estágio Profissionalizante, bem como as principais competências adquiridas durante este período. Serão também referidos alguns elementos curriculares e extracurriculares que considere relevantes para o meu percurso académico.

Por último, será apresentada uma reflexão crítica sobre o ano profissionalizante e sobre o seu contributo para a minha formação médica.

2.1. Objetivos de aprendizagem

No início do Estágio Profissionalizante defini os seguintes objetivos gerais, que procurei desenvolver de forma transversal ao longo dos diferentes estágios parcelares:

1. Consolidar e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso na abordagem dos problemas clínicos mais frequentes.
2. Ganhar autonomia progressiva na avaliação do doente, nomeadamente na colheita da história clínica, realização do exame objetivo, formulação de hipóteses diagnósticas e elaboração de planos de investigação e tratamento.
3. Aperfeiçoar o raciocínio clínico e a capacidade de decisão, integrando dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos de forma estruturada.
4. Melhorar a comunicação com doentes e familiares, procurando uma relação assente na empatia, clareza, confiança e respeito.
5. Desenvolver a capacidade de trabalho em equipa com médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes sociais e restantes profissionais de saúde.
6. Adquirir maior confiança na execução, observação e interpretação de procedimentos e técnicas clínicas.

3. Atividades Desenvolvidas

3.1. Estágio Parcelar de Medicina Interna

O estágio parcelar de Medicina Interna decorreu no Serviço de Medicina 2 do Hospital Egas Moniz, entre 8 de setembro e 31 de outubro de 2025, sob orientação do Dr. João Pereira. Tendo em conta os objetivos definidos para o Estágio Profissionalizante, procurei sobretudo consolidar conhecimentos na abordagem diagnóstica e terapêutica das patologias médicas mais

frequentes, desenvolver o raciocínio clínico e adquirir maior autonomia na avaliação e acompanhamento dos doentes internados.

Fiquei responsável pela observação diária de um a três doentes, elaboração de diários clínicos, interpretação de exames complementares de diagnóstico, discussão dos planos terapêuticos com os elementos da equipa, pedidos de colaboração a outras especialidades e articulação com enfermagem, fisioterapia e assistência social. Tive também a oportunidade de frequentar o Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier, onde pude contactar com patologia aguda e urgente.

Relativamente aos doentes observados, estes eram maioritariamente doentes idosos, frequentemente com multimorbilidade e com um elevado grau de dependência. Os diagnósticos mais frequentes enquadraram-se nas áreas respiratória, cardiovascular, infecciosa, neurológica e oncológica, refletindo a realidade abrangente heterogénea de um serviço de Medicina Interna.

Assisti ainda às sessões clínicas do serviço e aos seminários de Medicina Interna, tendo participado na apresentação do trabalho intitulado “Síndrome Febril Indeterminada”.

Gostaria ainda de mencionar um caso que me marcou durante este estágio. Foi o caso de um doente idoso com uma neoplasia avançada, cujo internamento se prolongou devido à inexistência de uma resposta social adequada. Tive oportunidade de o acompanhar diariamente, observando não apenas a evolução clínica, mas também o impacto que a insuficiência de recursos sociais pode ter na gestão dos doentes mais vulneráveis. Este caso evidenciou a importância da componente social na prática médica e levou-me a refletir sobre os limites da intervenção terapêutica e sobre a necessidade de garantir dignidade e qualidade de vida aos doentes mais vulneráveis.

3.2. Estágio Parcelar de Cirurgia Geral

O estágio parcelar de Cirurgia Geral decorreu no Hospital Beatriz Ângelo, entre 3 de novembro de 2025 e 9 de janeiro de 2026, sob orientação do Dr. Pedro Miranda. Teve a duração total de oito semanas, das quais seis foram dedicadas à Cirurgia Geral e duas ao estágio opcional de Anestesiologia.

Os principais objetivos definidos para este estágio foram aprofundar os conhecimentos relativos às patologias cirúrgicas mais frequentes, compreender a abordagem perioperatória do doente cirúrgico e adquirir competências técnicas básicas, nomeadamente no contexto da pequena cirurgia.

A minha atividade desenvolveu-se sobretudo entre o bloco operatório, a enfermaria, serviço de urgência, consulta de decisão terapêutica e consulta externa. No bloco operatório assisti a várias intervenções cirúrgicas, o que me permitiu compreender melhor a dinâmica da equipa cirúrgica, os princípios da técnica operatória e os cuidados necessários na preparação e posicionamento do doente. Na enfermaria acompanhei doentes em período pós-operatório,

observando a evolução clínica, avaliando feridas cirúrgicas, drenos e restantes parâmetros relevantes para a recuperação pós-operatória. Esta componente permitiu-me compreender melhor aspetos como o controlo sintomático, a prevenção de complicações e o planeamento da alta hospitalar. As duas semanas de estágio opcional em Anestesiologia foram úteis para complementar a formação adquirida em Cirurgia Geral.

Em termos de casuística, observei sobretudo doentes com patologia herniária, biliar e neoplasias gastrointestinais. A atividade em consulta externa incidiu maioritariamente na avaliação e orientação destes doentes, enquanto no bloco operatório predominou a cirurgia oncológica digestiva e hepatobiliopancreática. Tive ainda a oportunidade de contactar com patologias menos frequentes, como casos de colangiocarcinoma, tumor neuroendócrino do pâncreas e neoplasia mucinosa quística do pâncreas.

No final do estágio participei no Mini-Congresso de Cirurgia, onde apresentei o trabalho intitulado “O fígado e a Ervilha”.

3.3. Estágio parcelar de Pediatria

O estágio parcelar de Pediatria decorreu no Hospital CUF Descobertas, entre 19 de janeiro e 13 de fevereiro de 2026, sob orientação da Dra. Sílvia Bacalhau.

Defini como principais objetivos desenvolver maior confiança na observação da criança e do adolescente, consolidar conhecimentos sobre as patologias pediátricas mais frequentes e aperfeiçoar a comunicação com os doentes e respetivas famílias.

Ao longo do estágio participei nas atividades da enfermaria, acompanhando a observação diária dos doentes internados, a discussão diagnóstica e terapêutica e as reuniões de equipa. Na enfermaria, tive a oportunidade de colher e redigir uma história clínica, exercício que foi importante para treinar a comunicação com os pais e com o adolescente, assim como para organizar o raciocínio clínico em Pediatria.

Frequentei também a consulta externa e o Serviço de Urgência, onde tive oportunidade de contactar com um amplo espectro de patologia aguda e crónica, bem como com diferentes grupos etários. Estas atividades permitiram-me desenvolver competências na colheita da história clínica em idade pediátrica, no exame objetivo adaptado à criança e na formulação de hipóteses diagnósticas e planos de atuação.

Dos doentes observados ao longo do estágio parcelar, a destacar a prevalência de patologia respiratória aguda, nomeadamente bronquiolite e pneumonia. Contudo, também contactei com situações menos frequentes, como artrite séptica, doença de Hirschsprung e exostose múltipla familiar.

Assisti ainda a sessões clínicas e atividades formativas promovidas pelo serviço e participei na apresentação do trabalho intitulado “Infeções Bacterianas da Pele e Tecidos Moles”.

3.4. Estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia

O estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia decorreu no Hospital CUF Descobertas, entre 18 de fevereiro e 13 de março de 2026, sob orientação da Dra. Sara Rocha.

Tinha como principais objetivos consolidar conhecimentos sobre as patologias ginecológicas e obstétricas mais frequentes, desenvolver competências na avaliação da mulher em diferentes fases da vida e da gravidez, e adquirir maior autonomia na realização do exame ginecológico e obstétrico.

Ao longo do estágio frequentei diversas valências da especialidade, incluindo a consulta externa de Ginecologia e Obstetrícia, ecografia ginecológica e obstétrica, bloco operatório, bloco de partos, enfermaria e Serviço de Urgência.

Em consulta externa observei patologias ginecológicas frequentes, nomeadamente hemorragia uterina anómala, corrimento vaginal, dor pélvica e patologia mamária, e ainda patologias do âmbito da uroginecologia, como prolapso de órgãos pélvicos, cistocelo, e incontinência urinária. No bloco operatório pude participar em duas polipectomias por ressetoscopia, ajudando na dilatação do colo do útero com os dilatadores de Hegar; e participei ainda numa salpingectomia laparoscópica, na qual tive a oportunidade de usar um manipulador uterino. Na vertente obstétrica acompanhei grávidas em diferentes fases da gestação, observando consultas de vigilância, ecografias obstétricas, avaliação do bem-estar fetal e planeamento do parto.

Recordo em particular uma consulta de uma grávida de 11 semanas em que foi diagnosticado um aborto retido. Foi um momento importante para perceber como a comunicação médica deve ser clara, cuidadosa e humana, sobretudo em situações de grande impacto emocional.

Durante o estágio participei ainda nas sessões clínicas do serviço e apresentei o trabalho intitulado “O Impacto da Histerectomia e Ooforectomia no Risco de Cancro da Mama”.

Foi o estágio que mais gostei ao longo do ano. Considero que o elevado grau de integração na equipa e a autonomia que me foi progressivamente concedida contribuíram de forma decisiva para essa experiência. Em particular, a participação no bloco de partos, incluindo a possibilidade de colaborar de forma mais ativa em cesarianas, permitiu-me sentir verdadeiramente envolvido na atividade da equipa e reforçou o entusiasmo com que vivi este estágio. Destaco ainda o desenvolvimento das competências de comunicação, particularmente em temas sensíveis e em momentos de grande impacto emocional.

3.5. Estágio parcelar de Saúde Mental

O estágio parcelar de Saúde Mental decorreu entre 16 de março e 17 de abril de 2026, na Clínica de Internamento de Adolescentes e Jovens Adultos do Hospital Júlio de Matos, sob orientação da Dra. Luísa Queiroga.

Destaco como principais objetivos aprofundar conhecimentos sobre as patologias psiquiátricas mais frequentes, desenvolver competências na entrevista clínica em Psiquiatria e compreender a importância dos fatores psicológicos, familiares e sociais na abordagem do doente.

Ao longo do estágio acompanhei a atividade da equipa, participando sobretudo em entrevistas com os utentes, reuniões clínicas e outras atividades do serviço; e também no serviço de urgência do Hospital Dona Estefânia. Tive a oportunidade de contactar com diferentes patologias psiquiátricas, bem como observar a avaliação do estado mental, a formulação diagnóstica e as diversas estratégias terapêuticas utilizadas. A participação nas entrevistas permitiu-me consolidar conhecimentos sobre semiologia psiquiátrica e compreender melhor a importância da relação terapêutica e da comunicação na abordagem destes doentes.

Os principais motivos de internamento observados foram ideação suicida, comportamentos autolesivos, alterações do comportamento em contexto de consumo de substâncias e primeiros episódios psicóticos. Foi particularmente marcante acompanhar doentes numa fase tão precoce da doença, muitas vezes correspondendo às primeiras manifestações de patologias psiquiátricas graves, o que reforçou a importância do diagnóstico e intervenção precoces nesta faixa etária.

Apesar de se tratar de um estágio maioritariamente observacional, considero que contribuiu para melhorar a minha capacidade de reconhecer e interpretar sintomas de doença psiquiátrica, bem como para compreender a influência dos contextos familiar, social e ocupacional na saúde mental.

3.6. Estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar

O estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar decorreu na USF Feijó, entre 20 de abril e 15 de maio de 2026, sob orientação da Dra. Anaisa Silva.

Defini como principais objetivos consolidar a abordagem das patologias mais frequentes em cuidados de saúde primários, desenvolver competências de comunicação e relação médico-doente e compreender melhor o papel da prevenção e promoção da saúde na prática clínica diária.

Ao longo do estágio participei em consultas de saúde do adulto, doença aguda, vigilância de doença crónica, saúde materna, saúde infantil e juvenil, planeamento familiar e ainda consultas domiciliárias. Este contacto permitiu-me acompanhar utentes de diferentes faixas etárias e contextos biopsicossociais, observando um amplo espectro de problemas de saúde, desde situações agudas autolimitadas até doenças crónicas complexas.

As consultas observadas foram dominadas por problemas muito frequentes nos cuidados de saúde primários, como hipertensão arterial sem complicações, excesso de peso, obesidade, perturbação do sono, perturbação depressiva, síndrome do ombro doloroso, diabetes mellitus tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crónica e ansiedade. Esta distribuição mostrou bem o peso da doença crónica e dos fatores de risco cardiovasculares na prática diária de Medicina Geral e Familiar.

Considero que participei ativamente nas consultas, realizando colheita da história clínica, exame objetivo e discussão das hipóteses diagnósticas e opções terapêuticas com a minha tutora.

Procurei treinar uma abordagem centrada na pessoa, valorizando não só os sintomas e antecedentes médicos, mas também as preocupações do utente, o seu contexto familiar, a literacia em saúde, a adesão terapêutica e os recursos disponíveis na comunidade.

Este estágio foi importante para consolidar a utilização do tempo como recurso diagnóstico, especialmente em situações em que a evolução clínica permite evitar investigação complementar desnecessária. Também me permitiu rever a prescrição de fármacos frequentemente utilizados em MGF, a aplicação de medidas preventivas adequadas a cada faixa etária e a articulação entre cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e outros recursos da comunidade.

Acompanhar doentes em diferentes momentos da sua vida permitiu-me perceber melhor a importância da continuidade de cuidados, da prevenção da doença e da promoção da saúde. Foi também uma oportunidade para melhorar a comunicação, adaptar a linguagem ao nível de literacia de cada utente e treinar decisões clínicas, tendo em conta o equilíbrio entre benefício, risco, custo e preferências individuais.

4. Elementos Valorativos

Para além das atividades clínicas dos estágios parcelares, também participei em diferentes momentos formativos que contribuíram para complementar a minha aprendizagem:

1. Participação no curso TEAM (Trauma Evaluation And Management)
2. Participação nas sessões de simulação de Cirurgia no Hospital da Luz
3. Participação na 4ª edição do Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz
4. Colaboração com equipa multidisciplinar de investigação da qual resultaram as seguintes publicações científicas:

4.1. Artigos em revistas científicas internacionais com revisão por pares:

Jorge J, Jorge JP. Relationship between dynamic visual acuity and static visual acuity, refractive error, and binocular vision in elite soccer players. *Clinical and Experimental Optometry*. 2024;107(8):820-825. doi:10.1080/08164622.2024.2301981.;

Jorge J, Jorge JP, Medrano Muñoz S, Dias A. Correlation between visual system function and visuo-cognitive skills in elite football players. *Clinical and Experimental Optometry*. 2026;109(5):1007-1017. doi:10.1080/08164622.2025.2610974.

4.2. Apresentações em congressos internacionais:

Jorge J, Jorge JP. Interacción entre la función del sistema visual y las habilidades visuocognitivas en futbolistas de élite. Comunicação oral apresentada por Jorge Jorge no OPTOM 2026 — 29.º Congresso de Optometria, Contactologia e Óptica Oftálmica; 9-11 abril 2026; Madrid, Espanha;

Jorge J, Jorge JP, Medrano-Muñoz S, Dias A. Association Between Visual Function and Visuo-Cognitive Performance in Elite Football Players. Comunicação em póster apresentada no CIOCV 2025 — Congresso Internacional de Optometria e Ciências da Visão; 24 e 25 de Maio, Universidade do Minho; Braga, Portugal;

Jorge J, Jorge JP, Fuste R. Factors Influencing Dynamic Visual Acuity in Elite Football Players. Comunicação em póster apresentada no CIOCV 2024 — Congresso Internacional de Optometria e Ciências da Visão; 28 e 29 de setembro, Universidade do Minho; Braga, Portugal;

Jorge J, Jorge JP. Relación entre la agudeza visual dinámica y otros parámetros del sistema visual en jugadores de fútbol profesional. Comunicação em póster apresentada no OPTOM 2024 — Congresso de Optometria, Contactologia e Óptica Oftálmica; 12-14 abril 2024; Madrid, Espanha.

5. Reflexão Crítica Final

O Estágio Profissionalizante representa o culminar de seis anos de formação médica e constitui o período em que mais se reduz a distância entre o papel de estudante e o de médico. Ao iniciar este ano, o meu principal objetivo era consolidar conhecimentos, ganhar autonomia na abordagem dos doentes e desenvolver a confiança necessária para iniciar a atividade profissional. Terminada esta etapa, considero que esses objetivos foram globalmente atingidos e que este foi o ano em que mais cresci enquanto futuro médico.

Ao longo dos diferentes estágios tive a oportunidade de integrar equipas clínicas, com diferentes graus de responsabilidade e autonomia, participando na observação, discussão e acompanhamento de doentes em contextos muito distintos. Mais do que adquirir novos conhecimentos, este ano permitiu-me aprender a aplicar aquilo que já sabia, perceber as minhas limitações e desenvolver uma maior capacidade de decisão e adaptação perante situações clínicas reais. Pude também compreender melhor a importância do trabalho em equipa e da comunicação, quer entre profissionais de saúde, quer com os doentes.

Do ponto de vista humano, este ano foi igualmente marcante. Em Medicina Interna contactei com doentes idosos, muitas vezes com multimorbilidade e dificuldades sociais importantes. Em Saúde Mental, acompanhei adolescentes em sofrimento intenso. Em Ginecologia e Obstetrícia, observei momentos de grande alegria, como partos, mas também situações emocionalmente difíceis. Estes contactos reforçaram a ideia de que a Medicina não se resume ao diagnóstico e ao tratamento; exige comunicação, empatia, respeito pelo tempo do doente e consciência das suas circunstâncias. Compreendi igualmente que a autonomia clínica deve caminhar sempre lado a lado com a responsabilidade e com o reconhecimento das próprias limitações, aspetos fundamentais para uma prática médica segura e de qualidade.

Gostaria de destacar dois estágios em particular pelo seu impacto na minha formação: Medicina Interna e Ginecologia e Obstetrícia.

O primeiro pelo grau de envolvimento que me foi proporcionado na dinâmica da equipa e pela maior autonomia que fui adquirindo ao longo das oito semanas. Foi o estágio em que mais me aproximei daquilo que imagino ser o dia-a-dia de um médico. A responsabilidade de observar diariamente os doentes, elaborar notas clínicas, interpretar exames complementares, discutir hipóteses diagnósticas e propostas terapêuticas, bem como a utilização autónoma dos sistemas informáticos do hospital, fizeram-me sentir verdadeiramente integrado na atividade médica. A constante discussão clínica com os elementos da equipa contribuiu não apenas para o desenvolvimento do raciocínio clínico, mas também para um aumento significativo da confiança nas minhas capacidades. Foi provavelmente o estágio em que senti uma maior transição do papel de estudante para o de futuro médico.

O segundo estágio que gostaria de destacar foi o de Ginecologia e Obstetrícia. Curiosamente, não por ter despertado um interesse particular pela especialidade em si, mas pela experiência proporcionada pela equipa e pelo grau de participação que me foi permitido ter. A possibilidade de integrar o bloco operatório e participar em cesarianas constituiu um dos pontos altos de todo o ano. Adicionalmente, gostaria de destacar o dia de urgência de 12 horas que, numa fase inicial, me deixou um pouco apreensivo. No entanto, rapidamente se tornou o dia preferido da semana. O ambiente da urgência permitia acompanhar o percurso das doentes de forma mais próxima, e estabelecer uma relação mais próxima com médicos, enfermeiros e restantes profissionais. Para além disso, por se tratar de uma especialidade onde coexistem alguns dos momentos mais felizes e mais difíceis da prática médica, conferiu uma dimensão emocional muito particular ao estágio. Essa intensidade humana, associada à participação mais ativa nas atividades do serviço, fez com que este tenha sido, globalmente, o estágio de que mais gostei ao longo do ano.

Em retrospectiva, reconheço que este ano me permitiu adquirir conhecimentos e competências fundamentais, mas também desenvolver características que considero igualmente importantes para o exercício da Medicina: responsabilidade, humildade, capacidade de adaptação e consciência das próprias limitações. Se algo retirei deste ano, foi a certeza de que terminar o curso não significa terminar a formação. Pelo contrário, representa apenas o início de um processo contínuo de aprendizagem que acompanhará toda a vida profissional.

Concluo este percurso com um sentimento de gratidão por todas as oportunidades de aprendizagem que me foram proporcionadas, por todos os doentes que aceitaram participar na minha formação e por todos os profissionais que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Termina esta etapa mais preparado, mais confiante e, sobretudo, ainda mais convicto de que o curso de Medicina foi a escolha certa.

6. Anexos

Anexo A – Certificado Curso TEAM

Anexo B – Certificado de participação nas sessões de simulação de Cirurgia no Hospital da Luz

Anexo C – Certificado de participação da 4ª edição do Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz

Anexo D – Certificado de apresentação dos trabalhos de investigação

Anexo E – Casuística dos estágios parcelares

Anexo A – Certificado Curso TEAM



Certificado

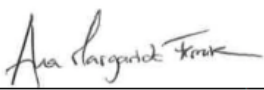
Pelo presente se certifica que

João Pedro Ferreira Jorge

assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 6 e 7 de Novembro de 2025.

O Curso "TEAM" está integrado no currículo do 6º Ano do Mestrado Integrado de Medicina da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. É organizado pelo ATLS Portugal e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia, segundo o formato educativo proposto pelo American College of Surgeons para estudantes de Medicina.


Professor Doutor Rui Maio
Regente U.C. Cirurgia Estágio


Dr.ª Ana Margarida Ferreira
Coordenadora do TEAM/NMS|FCM-UNL

www.atlsportugal.org, Programa ATLS/Sociedade Portuguesa de Cirurgia, atlsportugal@gmail.com
O "TEAM" é uma denominação original do American College of Surgeons

Anexo B – Certificado de participação nas sessões de simulação de Cirurgia no Hospital da Luz



Certificado de
participação

João Jorge

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS I Novembro 2025

Presencial I 10 de Novembro de 2025 I 3 horas

Código de certificado: C-690865b45e969

Hospital da Luz Learning Health • hospitaldaluz.pt/learninghealth
Avenida Lusíada, 100, Edifício C, Piso -1 • 1500-650 Lisboa • Portugal
T. +351 217 104 544 • M. +351 967 072 745 • E. learninghealth@hospitaldaluz.pt

LUZ SAÚDE

Anexo C – Certificado de participação da 4ª edição do Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz



Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz | 4ª Edição

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

Hospital da Luz Learning Health
Avenida Lusitana 100 Edifício C, Piso -1
1500-650 Lisboa



NOME

João Jorge

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14692786

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-68b6dd17d0f8b

Evento

Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz | 4ª Edição

12-09-2025 09:00 → 13-09-2025 13:00 - Duração: 12 horas

Este Congresso será uma oportunidade única, reunindo especialistas nacionais de renome, reconhecidos pela sua vasta experiência em várias áreas da Cirurgia, acompanhados pelas suas equipas multidisciplinares que, diariamente, se dedicam com excelência às práticas cirúrgicas nas unidades do Grupo Luz Saúde.

Nesta 4.ª edição, voltam a estar integrados quatro cursos teórico-práticos de diferentes especialidades, enriquecendo ainda mais a vertente formativa do evento:

learninghealth.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

Anexo D – Certificados de apresentação dos trabalhos de investigação

Jorge J, Jorge JP. Relationship between dynamic visual acuity and static visual acuity, refractive error, and binocular vision in elite soccer players. *Clinical and Experimental Optometry*. 2024;107(8):820-825. doi:10.1080/08164622.2024.2301981;

CLINICAL AND EXPERIMENTAL OPTOMETRY
2024, VOL. 107, NO. 8, 820-825
<https://doi.org/10.1080/08164622.2024.2301981>



Relationship between dynamic visual acuity and static visual acuity, refractive error, and binocular vision in elite soccer players

Jorge Jorge^{a*} and João Pedro Jorge^{a,b}

^aClinical and Experimental Optometry Research Laboratory (CEORLab), Physics Center of Minho and Porto Universities (CF-UM-UP), School of Sciences, University of Minho, Braga, Portugal; ^bNOVA Medical School, NOVA University of Lisbon, Lisbon, Portugal

ABSTRACT

Clinical relevance: In many sports, dynamic visual acuity is used. In order to improve dynamic visual acuity, it is important to understand the aspects of the visual system that can cause compromise.

Background: To investigate the parameters of the visual system that may influence dynamic visual acuity in professional soccer players.

Methods: In 2022, 40 professional players were analysed. Screening consisted of a survey, the measurement refractive error, and static and dynamic visual acuity and the binocular vision parameters. All athletes were men with a mean age of 24.9 ± 4.8 years.

Results: The mean refractive error was -0.29 ± 0.61 D, and 22.5% of athletes are myopic only and 7.5% hyperopic. Static visual acuity was R: -0.037 ± 0.094 LogMAR, L: -0.036 ± 0.098 LogMAR. Dynamic visual acuity was 0.154 ± 0.118 LogMAR. There is a positive and moderate correlation between monocular static visual acuity and dynamic visual acuity, with $r = 0.524$ ($r^2 = 0.275$, $p < 0.001$) for the right eye and $r = 0.553$ ($r^2 = 0.306$, $p < 0.001$) for the left eye. For the component of astigmatism ($J = 0$) and for stereopsis in distance vision, the correlation was, $r = -0.472$ ($r^2 = 0.223$, $p = 0.002$) and $r = -0.467$ ($r^2 = 0.218$, $p = 0.002$), respectively.

Conclusion: Athletes with lower static visual acuity in distance vision, or with worse stereopsis in distance vision or more myopic astigmatism, have lower dynamic visual acuity than other athletes.

ARTICLE HISTORY

Received 2 August 2023
Revised 18 December 2023
Accepted 30 December 2023

KEYWORDS

Dynamic visual acuity;
refractive error; soccer
players; sports vision
stereopsis

Introduction

Vision is considered the most important sense of human beings. Traditionally, discourse on visual perception has centred on static visual acuity, denoting the aptitude to discern and identify fine details when both the observer and the object remain motionless. However, in the real world, this situation is rare and what happens is that the objects or the observer are almost always in movement, using dynamic (or kinetic) rather than static.

Palidis et al. define dynamic visual acuity as the ability to resolve fine spatial detail in an object that moves relative to the observer.¹ This ability is useful in practically all daily activities, especially in sports, being of particular relevance in ball and motor modalities.¹⁻³

Soccer is an example where dynamic visual acuity is required. It is a team sport in which vision plays a fundamental role for the good performance of athletes. Visually, soccer can be characterised as dynamic with sustained performance, involving distance vision, direction location, and visual space recognition.⁴

Although static visual acuity, and consequently, refractive error, is considered the base of the pyramid in the assessment the visual skills of athletes,⁵ it is difficult to find relevant information on this topic with regard to elite soccer players. Recently, some studies have been published describing the visual characteristics of elite soccer players in terms of static and dynamic visual acuity, refractive error^{2,6,7} and binocular vision.^{8,9} These studies have shown that soccer players suffer from the same visual problems as the general population.

Several studies point to static visual acuity, eye movements and the integrity of the retina and processing pathways as being fundamental for dynamic visual acuity, but the literature is neither abundant nor clear with regard to soccer players.^{10,11}

Given the lack of information in this area, it seems important to study which factors can affect dynamic visual acuity in elite soccer players. The aim of the study was to investigate which visual system factors influenced dynamic visual acuity in elite soccer players.

Methods

Forty professional soccer players from the Portuguese first league (Primeira Liga) were evaluated. All participants were male. Examinations were conducted by a single experienced optometrist (JJ) in a dedicated room at the training facility of each team. Prior to the evaluation process, a survey was conducted to determine whether the players had undergone any prior eye surgery, including refractive or strabismus surgery, or had suffered from any eye disease or brain concussion.

Distance static visual acuity was assessed using the Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (ETDRS) chart. Players with habitual static visual acuity of 0.00 LogMAR or better and a refractive error between 0.00 and +0.50D underwent binocular vision and accommodative tests using their habitual correction, if they used this and it was up to date. For all other participants, including contact lens wearers, refractive

CONTACT Jorge Jorge jorge@fisica.uminho.pt

© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, transformed, or built upon in any way. The terms on which this article has been published allow the posting of the Accepted Manuscript in a repository by the author(s) or with their consent.

Jorge J, Jorge JP, Medrano Muñoz S, Dias A. Correlation between visual system function and visuo-cognitive skills in elite football players. *Clinical and Experimental Optometry*. 2026;109(5):1007-1017. doi:10.1080/08164622.2025.2610974.

CLINICAL AND EXPERIMENTAL OPTOMETRY
<https://doi.org/10.1080/08164622.2025.2610974>



RESEARCH



Correlation between visual system function and visuo-cognitive skills in elite football players

Jorge Jorge^a, João Pedro Jorge^b, Sandra Medrano Muñoz^c and António Dias^d

^aClinical and Experimental Optometry Research Laboratory (CEORLab), Physics Centre of Minho and Porto Universities (CF-UM-UP), University of Minho, Braga, Portugal; ^bNOVA Medical School, NOVA University of Lisbon, Lisbon, Portugal; ^cFaculty of Health Sciences, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia; ^dCoaching Staff, Sport Lisboa e Benfica, Lisbon, Portugal

ABSTRACT

Clinical relevance: Understanding the link between visual system parameters and visuo-cognitive abilities can enhance strategies to optimise visual performance in daily and professional tasks.

Background: To investigate the relationship between visual system parameters – such as visual acuity, refractive error, binocular vision (including phoria, fusional vergences, vergence and accommodation facility, and stereopsis) – and visuo-cognitive abilities, including perception span, multiple object tracking, and visual reaction time.

Methods: All measurements were conducted by the same specialist in a single session, starting with visual acuity assessment, followed by refractive error evaluation, binocular vision assessments, including phoria (cover test and Thorington test), fusional vergence, vergence facility, accommodative facility, and stereopsis, and concluding with visuo-cognitive tests, namely perception span, multiple object tracking, and reaction time. Data were analysed using Pearson's correlation test, with a statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: The study involved 218 elite male football players with a mean age of 24.6 ± 4.8 years. The perception span correlated positively with monocular ($r = 0.185$, $p = 0.003$) and binocular ($r = 0.176$, $p = 0.005$) visual acuity and negatively with anisometropia ($r = -0.115$, $p = 0.045$), near esophoria ($r = -0.347$, $p = 0.010$), and near stereopsis ($r = -0.178$, $p = 0.004$). Weak positive correlations were observed with positive fusional vergence at distance ($r = 0.126$, $p = 0.032$) and multiple object tracking ($r = 0.207$, $p = 0.001$). Multiple object tracking correlated negatively with horizontal phoria at both distance ($r = -0.141$, $p = 0.019$) and near ($r = -0.141$, $p = 0.019$) and with stereopsis at distance ($r = -0.255$, $p = 0.024$) and near ($r = -0.142$, $p = 0.018$), with more pronounced correlations in participants with esophoria. Visual reaction time correlated positively with emmetropia ($r = 0.141$, $p = 0.019$), distance horizontal phoria ($r = 0.121$, $p = 0.037$), and distance negative fusional vergence break ($r = 0.124$, $p = 0.034$).

Conclusion: Binocular vision, vergence, and phoria may influence visuo-cognitive performance in elite football players. Effective binocular coordination and minimal refractive error appear beneficial, whereas esophoria was linked to reduced performance. Although correlations were weak, the findings highlight the multifactorial nature of visuo-cognitive function in sport.

ARTICLE HISTORY

Received 17 January 2025
Revised 4 November 2025
Accepted 20 December 2025

KEYWORDS

Binocular vision; football players; multiple object tracking; perception span; visual acuity; visual reaction time

Introduction

The success of elite athletes hinges on the optimisation of physical, sensory, and cognitive processes, with vision playing a pivotal role in high-performance sports.¹ Despite the growing interest in sensory processes, particularly vision, there remains a lack of clarity regarding which visual skills are fundamental to specific sports. In football, the limited number of studies often lacks a uniform methodology, making it difficult to extrapolate general conclusions.¹

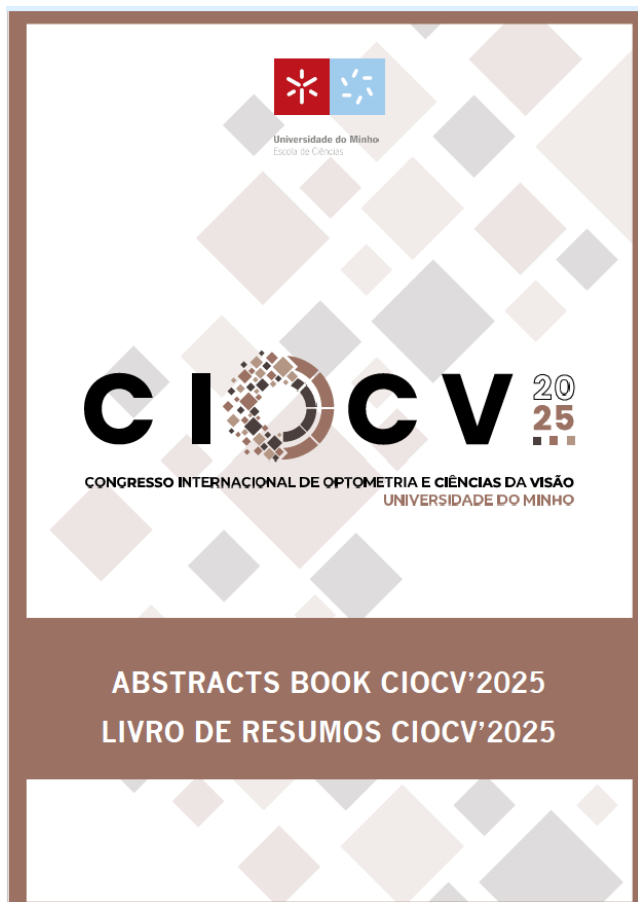
During a football match, athletes process an immense volume of visual information to make decisions that directly influence their performance. Binocular vision, for example, is essential for judging distances and understanding the spatial relationships between players and the ball.^{2,3} Advanced visual-cognitive skills,

CONTACT Jorge Jorge jorge@fsica.uminho.pt Clinical and Experimental Optometry Research Laboratory (CEORLab), Physics Centre of Minho and Porto Universities (CF-UM-UP), University of Minho, Braga, Portugal
© 2026 Optometry Australia

Jorge J, Jorge JP. Interacción entre la función del sistema visual y las habilidades visuocognitivas en futbolistas de élite. Comunicação oral apresentada por Jorge Jorge no OPTOM 2026 — 29.º Congresso de Optometria, Contactologia e Óptica Oftálmica; 9-11 abril 2026; Madrid, Espanha;



Jorge J, Jorge JP, Medrano-Muñoz S, Dias A. Association Between Visual Function and Visuo-Cognitive Performance in Elite Football Players. Comunicação em póster apresentada no CIOCV 2025 — Congresso Internacional de Optometria e Ciências da Visão; 24 e 25 de Maio, Universidade do Minho; Braga, Portugal;



Copyright © 2025 | Comissão Organizadora CIOCV2025
ISBN | 978-969-54154-5-8

Edição / Edition | Comissão Organizadora do 22º Congresso Internacional de Optometria e Ciências da Visão (CIOCV2025): Membros/Members: Paulo Fernandes, Jorge Jorge, Madalena Lira, Miguel Faria Ribeiro, António Queirós,

Coordenação / Coordination | Miguel Faria Ribeiro

Distribuição / Distribution | Secretaria do Congresso Internacional de Optometria e Ciências da Visão
Departamento de Física
Universidade do Minho
Campus de Guaiar
4710-057 Braga (Portugal)

Tel: +351253604320 Fax: +351253604061
e-mail: ciocv@fisica.uminho.pt
URL: <http://ciocv.fisica.uminho.pt>

Advertência Legal / Legal Warning | Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação, total ou parcial desta obra, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (electrónico, mecânico, gravação, fotocópia, fotográfico ou outros) sem autorização expressa por escrito do editor / All rights reserved. Reproduction in part or as a whole by any process or in any media (electronic, mechanical, recording, copying, photographic or others) is strictly forbidden without the written authorization of the editor.

2

Poster#43

Association Between Visual Function and Visuo-Cognitive Performance in Elite Football Players

Jorge Jorge, João Pedro Jorge, Sandra Medrano-Muñoz, António Dias

Abstract

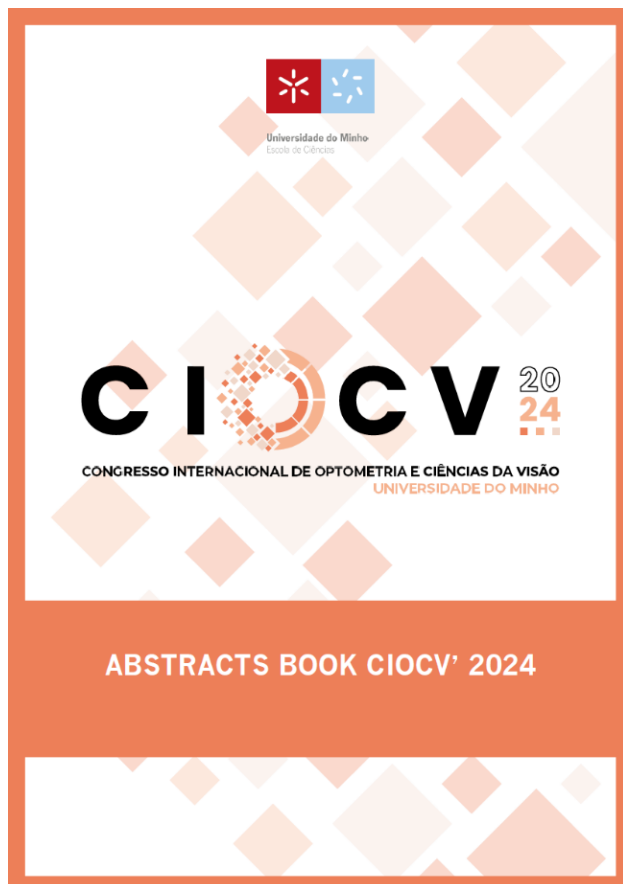
Objective: To investigate the relationship between visual function—namely visual acuity, refractive error, and binocular vision—and key visuo-cognitive abilities in elite football players, such as perceptual span, multiple object tracking, and visual reaction time.

Methods: A total of 218 elite male football players (mean age: 24.6 ± 4.8 years) were assessed. Visual evaluations included visual acuity, refractive error, and binocular vision parameters: phoria, fusional vergence, vergence facility, accommodative facility, and stereoacuity. Visuo-cognitive performance was assessed using three validated measures. Perceptual span was defined as the number of visual elements correctly identified in the peripheral visual field. Multiple object tracking evaluated the ability to simultaneously follow several moving stimuli. Visual reaction time corresponded to the latency (in milliseconds) required to respond to a visual stimulus. Statistical analysis was performed using Pearson's correlation test, with significance set at $p < 0.05$.

Results: Perceptual span was positively correlated with monocular ($r = 0.185$, $p = 0.003$) and binocular ($r = 0.176$, $p = 0.005$) visual acuity, and negatively correlated with anisometropia ($r = -0.115$, $p = 0.045$), near esophoria ($r = -0.347$, $p = 0.010$), and near stereoacuity ($r = -0.178$, $p = 0.004$). Multiple object tracking showed negative correlations with horizontal phoria at distance ($r = -0.141$, $p = 0.019$) and near ($r = -0.144$, $p = 0.001$), as well as with stereoacuity at distance ($r = -0.255$, $p = 0.024$) and near ($r = -0.142$, $p = 0.018$). These correlations were stronger in players with esophoria. Visual reaction time was positively associated with emmetropia ($r = 0.141$, $p = 0.019$), distance phoria ($r = 0.121$, $p = 0.037$), and negative fusional vergence break at distance ($r = 0.124$, $p = 0.034$).

Conclusion: Binocular vision parameters, particularly phoria and stereoacuity, are significantly associated with key visuo-cognitive skills in elite football players. Esophoria and poor stereopsis negatively affect perceptual and cognitive performance. These findings support the inclusion of visual function assessment and targeted vision training in high-performance athletic programmes.

Jorge J, Jorge JP, Fuste R. Factors Influencing Dynamic Visual Acuity in Elite Football Players. Comunicação em póster apresentada no CIOCV 2024 — Congresso Internacional de Optometria e Ciências da Visão; 28 e 29 de setembro, Universidade do Minho; Braga, Portugal;



Copyright © 2024 | Comissão Organizadora CIOCV2024
ISBN | 978-989-54154-4-1

Edição / Edition | Comissão Organizadora do 21º Congresso Internacional de Optometria e Ciências da Visão (CIOCV2024); Membros/Members Jorge Jorge, Madalena Lira, Miguel Faria Ribeiro, Paulo Fernandes, António Queirós.

Coordenação / Coordination | Miguel Faria Ribeiro

Distribuição / Distribution | Secretaria do Congresso Internacional de Optometria e Ciências da Visão
Departamento de Física
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4710-057 Braga (Portugal)
Telf: +351253604320 Fax: +351253604061
e-mail: ciocv@fisica.uminho.pt
URL: <http://ciocv.fisica.uminho.pt>

Advertência Legal / Legal Warning | Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação, total ou parcial desta obra, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (electrónico, mecânico, gravação, fotocopiado, fotográfico ou outros) sem autorização expressa por escrito do editor / All rights reserved. Reproduction in part or as a whole by any process or in any media (electronic, mechanical, recording, copying, photographic or others) is strictly forbidden without the written authorization of the editor.

2

Poster #6

Factors Influencing Dynamic Visual Acuity in Elite Football Players

Jorge Jorge, João Pedro Jorge, Rui Fuste

Abstract

Objective: To investigate visual system parameters that may influence dynamic visual acuity in professional football players.

Methods: The study analyzed 40 professional male football players with an average age of 24.9 ± 4.8 years. The screening process included a survey, measurement of refractive error, and assessments of static and dynamic visual acuity, as well as binocular vision parameters. Dynamic visual acuity was evaluated binocularly using COL-SV software (Centro de Optometria Internacional, Madrid, Spain) at a 5-meter distance. A black letter, representing a static visual acuity of 0.00 LogMAR, moved randomly along a curved path on a 56-inch screen at 40 cm/s. The letter size increased until correctly identified by the participant.

Results: The mean refractive error among participants was -0.29 ± 0.61 diopters (D). The findings showed that 22.5% of players were myopic, and 7.5% were hyperopic. Static visual acuity for the right eye averaged 1.11 ± 0.21 , while dynamic visual acuity was 0.73 ± 0.17 . A positive and moderate correlation ($r = 0.465$, $p = 0.003$) was observed between monocular static visual acuity (right eye) and dynamic visual acuity. Negative and moderate correlations were found between dynamic visual acuity and astigmatism ($r = -0.417$, $p = 0.007$), as well as stereopsis ($r = -0.437$, $p = 0.005$).

Conclusions: The study suggests that athletes with lower static visual acuity in distance vision, poorer stereopsis in distance vision, or higher levels of myopic astigmatism tend to have lower dynamic visual acuity compared to other athletes. This highlights the importance of assessing and potentially improving visual parameters for better performance in football.

54

Jorge J, Jorge JP. Relación entre la agudeza visual dinámica y otros parámetros del sistema visual en jugadores de fútbol profesional. Comunicação em póster apresentada no OPTOM 2024 — Congresso de Optometria, Contactologia e Óptica Oftálmica; 12-14 abril 2024; Madrid, Espanha.

OPTOM 2024

Relación entre la agudeza visual dinámica y otros parámetros del sistema visual en jugadores de fútbol profesional.

Jorge Jorge (1), Jorge João Pedro (2)

(1) Laboratorio de investigación en Optometría Clínica y Experimental (CEORLab), Centro de Física de las Universidades del Minho e del Oporto (CF-UM-UP), Escuela de Ciencias; Universidad del Minho Braga, Portugal, (2) NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa

Tipo de comunicação: Comunicación en e-póster
Área temática: Visión Deportiva
Área temática: EDUCACIÓN EN OPTOMETRÍA
Subárea temática: Visión Deportiva
Keywords: jugadores de fútbol; agudeza visual dinámica, visión deportiva

Justificación y Objetivos: Investigar los parámetros del sistema visual que pueden influir en la agudeza visual dinámica de los jugadores de fútbol profesionales.

Material y métodos: En 2022, se analizaron 40 jugadores profesionales de fútbol de la primera división portuguesa (Primeira Liga). Todos los jugadores eran hombres.

Se realizó una encuesta para determinar si los jugadores se habían sometido a alguna cirugía ocular, o si habían padecido alguna enfermedad ocular o una conmoción cerebral. Se utilizó la tabla ETDRS para medir la agudeza visual habitual para la visión de lejos. Para los atletas con una agudeza visual habitual de 20/20 o superior y un error refractivo igual o inferior a +0.50D, se realizaron pruebas de visión binocular y acomodativa con la corrección habitual (si la usaban). En todos los demás casos, incluidos los usuarios de lentes de contacto, se midió primero el error refractivo mediante retinoscopia y luego mediante refracción subjetiva. Este valor se utilizó posteriormente para medir los parámetros de la visión binocular.

La evaluación de la visión binocular incluyó:

Foria horizontal y vertical en la visión de lejos (VL) y de cerca (VC) con el cover test y con la Técnica Modificada de Thorington.

La estereopsis para VL se midió utilizando el software coi-vision Sports (Centro de Optometría Internacional, Madrid, España) y para VC se midió utilizando el Random dot-S a una distancia de 5 metros y 40 cm, respectivamente.

La agudeza visual dinámica se evaluó a 5 metros utilizando el software COI-SV. Una letra de agudeza visual estática correspondiente a 10/10 en la escala de Snellen, con un contraste del 100%, se movía en una trayectoria diagonal aleatoria a una velocidad constante de 0,40 m/s. La letra crecía en tamaño hasta que el atleta podía identificarla. El procedimiento se realizó de forma binocular, se realizaron tres mediciones y se calculó el valor promedio.

Resultados: El error refractivo medio fue de $-0,29 \pm 0,61D$, y el 22,5% de los atletas son miopes y el 7,5% hipermétropes. La agudeza visual estática del ojo derecho fue de $1,11 \pm 0,21$, la agudeza visual dinámica de $0,73 \pm 0,17$. Existe una correlación positiva y moderada $r=0,465$ ($p=0,003$) entre la agudeza visual estática monocular (ojo derecho) y la agudeza visual dinámica. Para el componente de astigmatismo ($J=0$) y para la estereopsis en DV la correlación encontrada fue negativa, $r=-0,417$ ($p=0,007$) y $r=-0,437$ ($p=0,005$), respectivamente.

Conclusiones: Con este estudio, fue posible establecer la relación entre la agudeza visual dinámica y la agudeza visual estática, el astigmatismo y la estereopsis en la visión de lejos. Los atletas con menor agudeza visual estática en la visión de lejos, peor estereopsis en la visión de lejos o mayor astigmatismo miopico tienen peor agudeza visual dinámica.

Anexo E – Casuística dos estágios parcelares

Tabela 1 – Síntese da casuística observada nos Estágios Parcelares

Estágio Parcelar	Casuística
Medicina Interna	14 doentes em enfermaria; 3 doentes no Serviço de Urgência
Cirurgia Geral	41 consultas; 10 cirurgias observadas; 7 doentes em internamento; 3 doentes no Serviço de Urgência; 8 casos em consulta de decisão terapêutica; 8 atos/procedimentos em Anestesiologia
Pediatria	14 crianças em internamento; 8 crianças no Serviço de Urgência
Ginecologia e Obstetrícia	10 doentes em Serviço de Urgência; consultas de ginecologia; ecografias; MCDT; 6 cirurgias na cirurgia de ambulatório; 3 cirurgias no bloco operatório central; 11 partos no bloco de partos
Saúde Mental	8 jovens internados; contacto com Serviço de Urgência, reuniões multidisciplinares e Hospital de Dia
Medicina Geral e Familiar	162 consultas observadas; 1 consulta realizada em autonomia parcial

Medicina Interna

Tabela 2 – Doentes observados na enfermaria

Sexo	Idade	Diagnóstico Principal/ Motivo de Internamento	Diagnósticos Secundários	Duração (dias)	Destino pós alta
M	83	Neoplasia da próstata com metastização holorraquidiana	Fratura patológica L2	46	IPOLFG
F	88	Infeção por herpes zoster com sobreinfecção bacteriana	Crise epilética vs síndrome confusional agudo	19	Casa
F	72	LOE hemisfério cerebeloso direito	Ataxia	41	Óbito
F	54	Pielonefrite	Litíase Renal	6	Casa
F	79	ICC descompensada com derrame pleural	Síndrome demencial avançado	12	Lar
F	92	Lesão Renal aguda	Infeção por COVID19	13	Lar
M	86	Colangiocarcinoma com metastização hepática	Icterícia obstrutiva e colangite aguda	9	Lar
M	70	Sépsis com ponto de partida em celulite do MI esquerdo	DM2 mal controlada	8	Casa
M	76	AVC isquémico estriato-capsular	HTA	10	Casa
F	82	Sépsis com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade	HTA	13	Casa
F	78	Pneumonia Adquirida na Comunidade	Fratura supracondiliana do fémur esquerdo	*	*
M	91	AVC isquémico da ACM direita	Volvo do cólon sigmoide	*	*
F	82	Náuseas e Vômitos	ITU Síndrome confusional agudo	*	*
F	85	Anemia multifatorial	Sépsis com ponto de partida em pneumonia nosocomial	*	*

Nota: Idade em anos. Sexo: M = masculino; F = feminino.

Tabela 3 – Doentes observados no Serviço de Urgência

Sexo	Idade	Motivo de ida ao Serviço de Urgência/ Diagnóstico
F	66	Dor abdominal e Diarreia
M	73	Sensação vertiginosa e tonturas
M	40	Síncope e Edema dos membros inferiores

Nota: Idade em anos. Sexo: M = masculino; F = feminino.

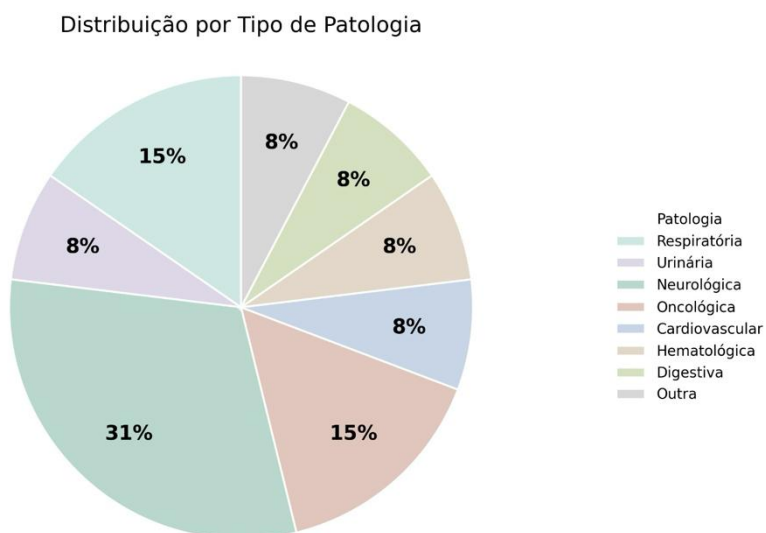


Gráfico 1 – Distribuição pelo tipo de patologia dos doentes observados na enfermaria

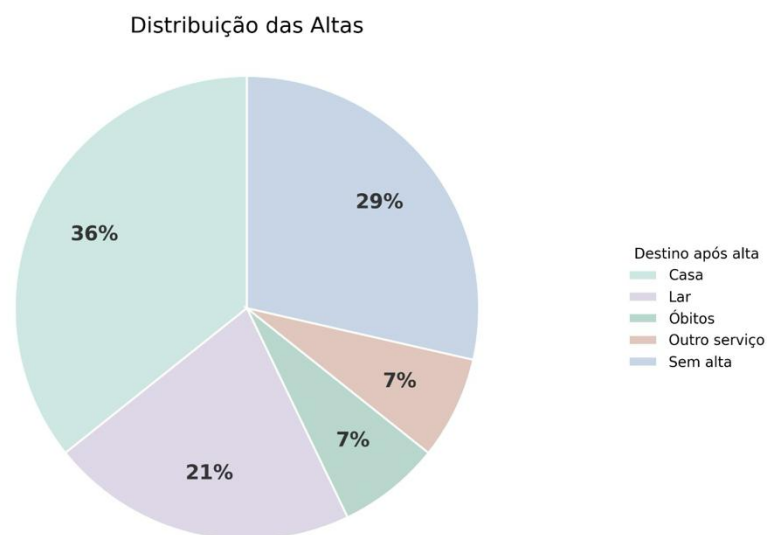


Gráfico 2 – Distribuição do destino dos doentes pós-alta

Cirurgia Geral

Tabela 4 – Doentes observados em consulta externa

Sexo	Motivo da Consulta
M	Consulta pré-operatória de colecistectomia por colecistite aguda
M	Doença hemorroidária
M	Hérnia inguinal direita
M	Adenocarcinoma do cólon sigmoide
M	Colangite aguda grau II litiásica
F	Litíase biliar
M	Abcesso intraperitoneal e litíase biliar
M	Seguimento pós-operatório de colecistectomia por colecistite aguda
M	Hérnia umbilical
F	Seguimento pós-operatório de hemicolectomia do cólon direito por adenocarcinoma do cólon
M	Seguimento pós-operatório de hernioplastia de hérnia umbilical
M	Doença hemorroidária
M	Isquemia do membro inferior direito
F	Hematoma não reabsorvido do membro inferior esquerdo
M	Hérnia inguinal bilateral
F	Seguimento pós-operatório de colecistectomia por colecistite aguda
F	Seguimento pós-operatório de apendicectomia por apendicite aguda
F	Hérnia incisional
M	Seguimento pós-operatório de hernioplastia de hérnia inguinal encarcerada esquerda
F	Colecistite aguda
M	Seguimento pós-operatório de hernioplastia de hérnia inguinal direita
F	Seguimento pós-operatório de apendicectomia por apendicite aguda
F	Doença hemorroidária
F	Neoplasia do reto
F	Seguimento pós-operatório de hemicolectomia do cólon direito por adenocarcinoma do cólon
M	Doença hemorroidária
F	Hérnia incisional e diástase dos retos
M	Doença hemorroidária
M	Seguimento pós-operatório de apendicectomia por apendicite aguda
F	Adenocarcinoma do cólon sigmoide
M	Seguimento pós-operatório de hernioplastia de hérnia inguinal direita
F	Hérnia umbilical
F	Seguimento pós-operatório de colecistectomia por colecistite aguda
F	Neoplasia do apêndice
F	Adenocarcinoma do cólon
F	Seguimento pós-operatório de colecistectomia e apendicectomia por colecistite aguda
M	Diverticulite aguda
M	Seguimento pós-operatório de hernioplastia de hérnia inguinal esquerda
F	Litíase vesicular
M	Seguimento pós-operatório de hernioplastia inguinal direita
M	Adenocarcinoma do cólon sigmoide

Nota: Sexo: M = masculino; F = feminino.

Tabela 5 – Cirurgias observadas no Bloco Operatório

Sexo	Idade	Diagnóstico	Intervenção
M	76	Dilatação biliar esquerda por compressão	Lobectomia esquerda laparoscópica
M	80	Neoplasia do cólon direito T4N+M0	Hemicolectomia direita/derivação interna por laparotomia
M	69	Status PEG com prolapso mucoso	Gastrectomia parcial atípica VL + Excisão mucocutânea
M	73	Colangiocarcinoma da vesícula/perihilar	Bisegmentectomia 4b/5 + ressecção da via biliar + linfadenectomia hilo
M	51	Neoplasia da próstata	Colocação de implantofix
M	54	Metástases hepáticas + adenocarcinoma do reto	Segmentectomia + metastasectomia + ressecção sigmoidorectal
F	78	Neoplasia do cólon direito	Hemicolectomia direita
M	67	Infeção da prótese retromuscular	Revisão de terapia de pressão negativa
F	70	Neoplasia do corpo do pâncreas	Pancreatectomia distal com esplenectomia
M	72	Fistula colecistogástrica	Colecistectomia com eventual ressecção gástrica

Nota: Idade em anos. Sexo: M = masculino; F = feminino.

Tabela 6 – Doentes observados na enfermaria

Sexo	Idade	Motivo da Internamento
M	85	Abcesso loca pós CVL
M	62	Colangiocarcinoma distal – oclusão do delgado
M	84	Hematoma da coxa
F	72	Hérnia incisional estrangulada + Colecistectomia + Coleção
M	63	Neoplasia do cólon esquerdo
M	53	Apendicite aguda gangrenada
F	81	Suboclusão intestinal

Nota: Idade em anos. Sexo: M = masculino; F = feminino.

Tabela 7 – Doentes observados no serviço de urgência

Sexo	Idade	Diagnóstico	Intervenção
F	27	Apendicite aguda	Apendicectomia laparoscópica
M	35	Colecistite aguda	Colecistectomia por via laparoscópica
M	80	Isquemia do 1º dedo	Desbridamento

Nota: Idade em anos. Sexo: M = masculino; F = feminino.

Tabela 8 – Cirurgias observados em Anestesiologia

Especialidade	Sexo	Idade	Intervenção e Diagnóstico	Técnica Anestésica
Ginecologia	F	75	Polipectomia histeroscópica por pólipos uterinos	Sedação Profunda
	F	31	Cistectomia do ovário esquerdo laparoscópica por neoplasia benigna do ovário esquerdo	Anestesia Geral Endovenosa
	F	72	Histerectomia e anexotomia direita laparoscópica	Anestesia Geral Endovenosa
Ortopedia	M	20	Artrodese vertebral posterior com instrumentação	Anestesia Geral Endovenosa
ORL	M	81	Ligadura endoscópica da artéria esfenopalatina	Anestesia Geral Endovenosa
Cirurgia Geral	M	60	Hemicolectomia esquerda	Sedação Profunda
Gastroenterologia	F	65	EDA e Colonoscopia por sangue nas fezes	Sedação Profunda
	M	72	Colonoscopia por suspeita de neoplasia	Sedação Profunda

Nota: Idade em anos. Sexo: M = masculino; F = feminino.

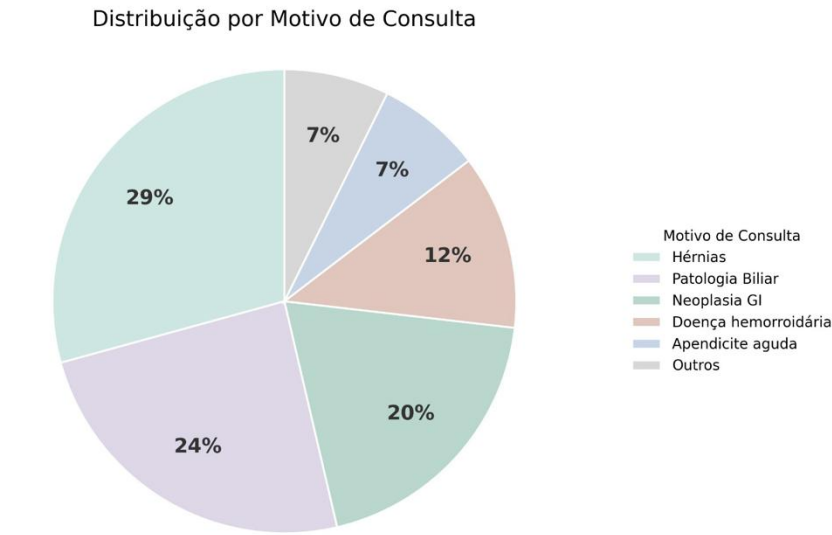


Gráfico 3 – Distribuição dos motivos de consulta externa

Pediatria

Tabela 9 – Doentes observados na enfermaria

Idade	Sexo	Diagnósticos / Motivos de Internamento
9A	M	Traumatismo Crânio-Encefálico
12A	F	Enxaqueca refratária
11A	F	Empiema Subdural
16A	M	Exostose Múltipla Familiar
9A	M	Artrite Séptica
1A	F	Bronquiolite
3A	M	Celulite peri orbitária pós septal
16A	M	Abcesso peri amigdalino
22D	F	Vómitos incoercíveis
11A	M	Suspeita de Síndrome de Mirizzi
13A	F	Pós-operatório de artrodese vertebral
9M	M	Doença de Hirschprung
3M	F	Bronquiolite
1A	M	Pneumonia

Nota: Idade: A = anos; M = meses; D = dias. Sexo: M = masculino; F = feminino.

Tabela 10 – Doentes observados no serviço de urgência

Idade	Sexo	Diagnósticos
2	M	Estomatite
2	F	Estomatite
3	F	Estomatite
3	F	Infeção Respiratória Alta
1	M	Pronação Dolorosa
16	M	Ansiedade
1	M	Infeção Respiratória Alta
13	F	Gastroenterite Aguda

Nota: Idade em anos. Sexo: M = masculino; F = feminino.

Distribuição por Especialidade

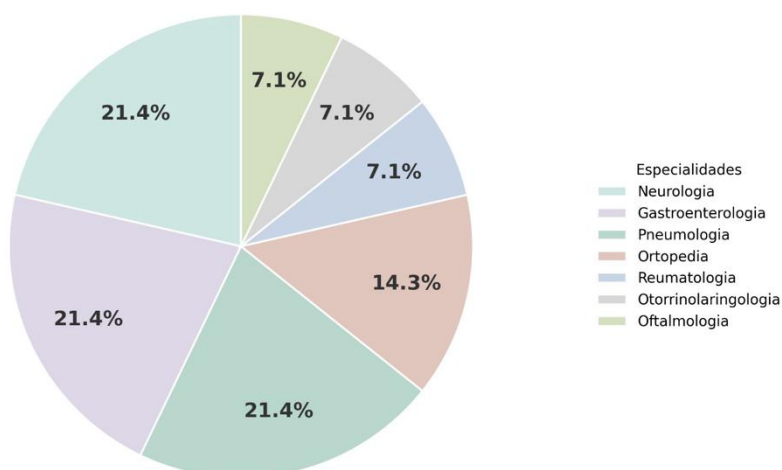


Gráfico 4 – Distribuição das patologias observadas na enfermaria

Distribuição por Patologia

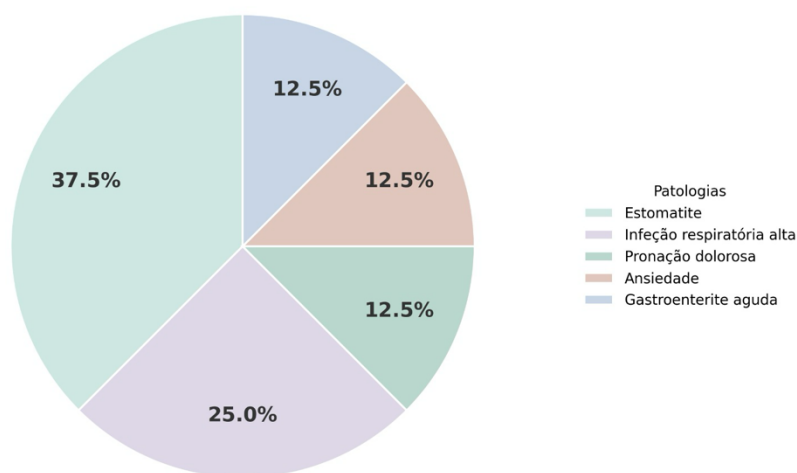


Gráfico 5 – Distribuição das patologias observadas no serviço de urgência

Ginecologia e Obstetrícia

Tabela 11 – Doentes observadas no serviço de urgência

Idade	Idade Gestacional	Diagnósticos
36	12s	Náuseas e Vômitos
38	39s+6d	Indução de Trabalho de Parto
31	40s + 6d	Indução de Trabalho de Parto
38	8s	Aborto Retido
46	-	HUA - Adenomiose
42	-	HUA
51	-	HUA
56	-	HUA pós-menopausa
72	-	Cistocelo
24	-	Candidíase vaginal

Nota: Idade em anos. Idade Gestacional: S = semanas; D = dias.

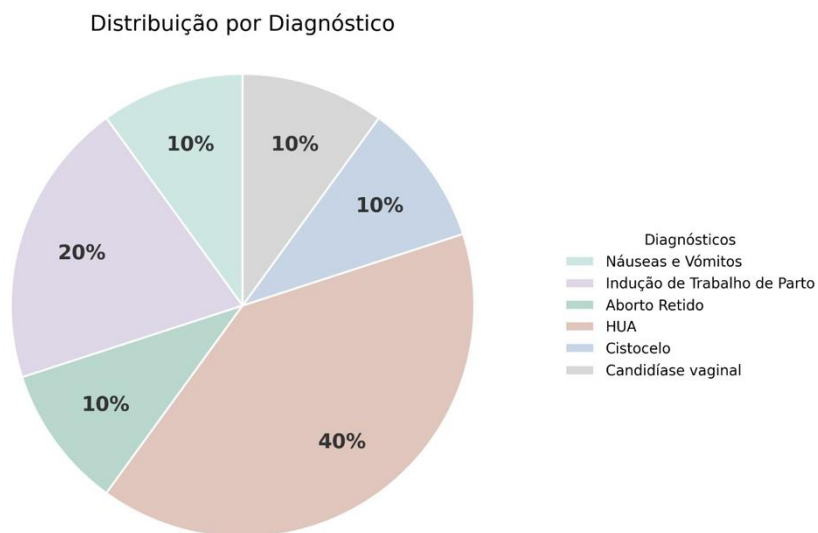


Gráfico 6 – Distribuição das patologias observadas no serviço de urgência

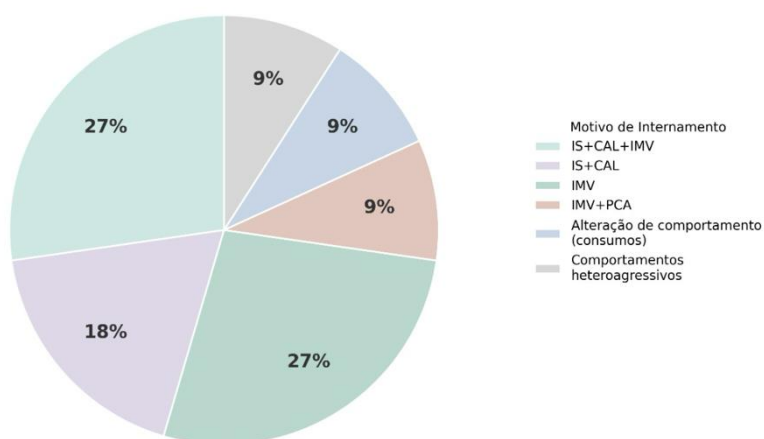
Saúde Mental

Tabela 12 – Doentes observados no internamento

Identificação	Idade	Motivo de Internamento	Impressão diagnóstica
V	16	Ideação Suicida; Comportamentos auto-lesivos; Ingestão Medicamentosa Voluntária	Perturbação da Personalidade cluster B - Borderline
K	16	Ideação Suicida; Comportamentos auto-lesivos; Ingestão Medicamentosa Voluntária	Perturbação da Personalidade cluster B - Borderline
N	16	Ideação Suicida; Comportamentos auto-lesivos	Perturbação da Personalidade cluster B - Borderline
R	15	Ingestão Medicamentosa Voluntária	Perturbação da Personalidade cluster B - Narcisista
I	16	Alterações do comportamento em contexto de consumos	Possível Esquizofrenia
I	16	Ingestão Medicamentosa Voluntária	Perturbação da Personalidade cluster B - Borderline
T	16	Ingestão Medicamentosa Voluntária	Perturbação da Personalidade cluster B - Borderline
D	16	Ideação Suicida; Comportamentos auto-lesivos	Transtorno Depressivo Major
Y	16	Ideação Suicida; Comportamentos auto-lesivos; Ingestão Medicamentosa Voluntária	Perturbação da Personalidade cluster B – Borderline; Incongruência de género
C	16	Perturbação comportamento alimentar; Ingestão Medicamentosa Voluntária	Transtorno Depressivo Major; Incongruência de género
L	15	Comportamentos heteroagressivos	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

Nota: Idade em anos.

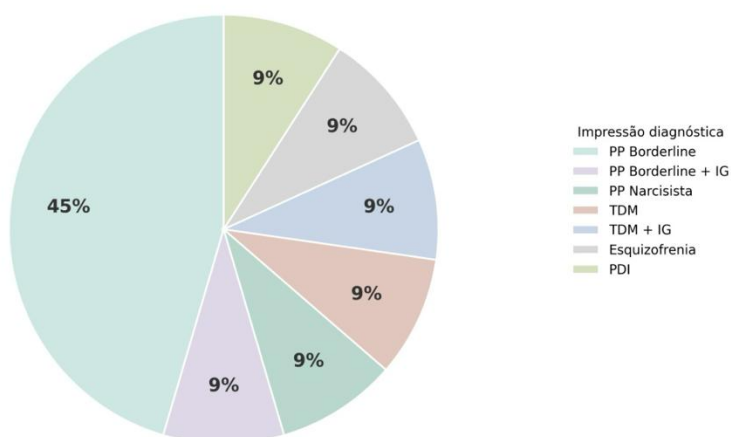
Distribuição por Motivo de Internamento



Legenda: IS - Ideação Suicida; CAL - Comportamentos Auto-Lesivos; IMV - Ingestão Medicamentosa Voluntária; PCA - Perturbação do Comportamento Alimentar.

Gráfico 7 – Distribuição do motivo de internamento dos doentes observados

Distribuição por Impressão Diagnóstica



Legenda: PP - Perturbação da Personalidade; IG - Incongruência de género; TDM - Transtorno Depressivo Major; PDI - Perturbação do Desenvolvimento Intelectual.

Gráfico 8 – Distribuição das impressões diagnósticas dos doentes observados

Medicina Geral e Familiar

Tabela 13 – Consultas observadas

Consultas	N.º
Saúde de adultos	96
Saúde infantil e juvenil	6
Saúde materna	3
Planeamento familiar	14
Doença aguda	43

Tabela 14 – Principais problemas nas consultas observadas

Problemas	N.º consultas
1. K86 – Hipertensão sem complicações	23
2. T93 – Alteração dos lípidos	17
3. T83 – Excesso de peso	15
4. T82 - Obesidade	12
5. P06 – Perturbação do sono	12
6. P76 – Perturbação Depressiva	9
7. L92 – Síndrome do ombro doloroso	7
8. T90 – Diabetes não insulínica	4
9. R95 – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	3
10. P74 – Distúrbio ansioso/ Estado de Ansiedade	2