

VIVER EM EQUILÍBRIO

# DIABETES

Nº 115 · 3,99 (Cont.) · Trimestral · julho a setembro 2025

REVISTA OFICIAL



## AGONISTAS DOS RECETORES DO GLP-1 E SAÚDE DIGESTIVA

MEDIDAS PRÁTICAS PARA  
MELHORAR A TOLERÂNCIA



RECOMENDAÇÕES DE MOVIMENTO

COMO GERIR AS SUAS

# 24 horas

PARA VIVER MELHOR  
COM DIABETES

## TECNOLOGIA, ALIMENTAÇÃO E DIABETES

O IMPACTO DAS NOVAS  
FERRAMENTAS NA GESTÃO  
ALIMENTAR

## DIABETES E FÍGADO

UM OLHAR INTEGRATIVO  
SOBRE A SAÚDE  
HEPÁTICA

## FRANCISCO SEIXAS COSTA

UMA VIDA ENTRE A  
DIPLOMACIA, A ESCRITA  
E A CIDADANIA



SCAN ME

O seu filho tem  
**UM DEDO QUE  
ADIVINHA**

e precisamos dele no  
rastreo à **diabetes tipo 1**



Organização:



Apoio Científico:



SOCIEDADE PORTUGUESA  
**DIABETOLOGIA**  
PORTUGUESE  
SOCIETY OF DIABETOLOGY



Com o Alto Patrocínio  
de Sua Excelência



O Presidente da República

## Saúde Social

# A terceira dimensão esquecida

**N**uma altura em que o mundo enfrenta crises de saúde física e mental cada vez mais complexas, um novo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) vem lembrar-nos que falta ainda reconhecer uma terceira dimensão essencial do bem-estar: a saúde social. Publicado a 30 de junho de 2025, o relatório *From loneliness to social connection – charting a path to healthier societies*, marca um ponto de viragem na forma como compreendemos o impacto da solidão e do isolamento social na saúde individual e coletiva.

A evidência é clara e preocupante. Entre 2014 e 2023, cerca de 16% da população mundial experienciou solidão, com particular incidência entre adolescentes, jovens adultos e pessoas idosas. Grupos vulneráveis, como pessoas com deficiência, migrantes, minorias étnicas e sexuais, estão ainda mais expostos a estas experiências. A solidão, longe de ser apenas uma condição emocional, tem efeitos reais e mensuráveis na saúde. Aumenta o risco de mortalidade, contribui para doenças cardiovasculares, depressão, declínio cognitivo e pensamentos suicidas.

A dimensão económica também não pode ser ignorada. Só em Espanha, os custos associados à solidão ascenderam a 15,2 mil milhões de dólares em 2021, o equivalente a 1,17% do PIB. Apesar disso, poucos países desenvolveram estratégias nacionais para combater o isolamento social. São exceções notáveis o Japão, que nomeou ministros para a solidão, e alguns países europeus como Dinamarca, Alemanha ou o Reino Unido, com planos de ação nacionais.

É tempo de agir. A saúde social, entendida como a capacidade de estabelecer e manter ligações sociais significativas, deve ser reconhecida como um pilar da saúde ao lado da saúde física e mental. Promover a conexão social não é apenas uma questão de bem-estar individual. É um imperativo de saúde pública. O recente apelo da Assembleia Mundial da Saúde para que os Estados-membros implementem políticas neste domínio deve ser encarado com a seriedade que merece. Os custos da inação são demasiado elevados. Os benefícios de sociedades mais conectadas são inegáveis.

Urge, pois, colocar a saúde social no centro das agendas políticas e públicas. A saúde, como nos lembra a OMS, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social – e nunca apenas a ausência de doença.



**José Manuel Boavida**  
Presidente APDP

“

*A saúde social, entendida como a capacidade de estabelecer e manter ligações sociais significativas, deve ser reconhecida como um pilar da saúde ao lado da saúde física e mental.”*

# Correio do Leitor

A APDP pergunta

## *Onde costuma procurar informação sobre diabetes?*

“Costumo ler as vossas revistas e as vossas publicações no email. Já frequentei vários cursos, entes eles um que decorreu no Largo do Rato e era baseado numa experiência alemã, o “Juntos é Mais Fácil”. Mais tarde ainda fiz outros cursos, mas com o passar da idade e da hora em que eram administrados, nunca mais consegui.

Obrigada por existirem e por termos um grande fundador.”

**Eufémia Lima**

“Junto dos profissionais da APDP, designadamente, a médica que me acompanha, webinars e colóquios médicos abertos ao público”

**Maria Isabel Menezes**

“No Portal da APDP e na revista da APDP”

**Maria Alice Barreiro**

“Costumo procurar informação sobre a diabetes, através da equipa de médicos de transplante renal, do Hospital de Santa Maria, e através da minha nutricionista, igualmente do Hospital de Santa Maria, que acompanha os transplantados renais. Através da vossa revista, igualmente. Tem informação muito útil. Por vezes, participo nas vossas palestras online.”

**Susana Carinhas Miranda**

“Online”

**Carla Bastos**

“No Facebook”

**Vitor Guerreiro**

## **Próxima pergunta**

Participe e partilhe a sua opinião

*“Participa em algum grupo ou comunidade de apoio a pessoas com diabetes?” Se sim, conte-nos a sua experiência.*

**A sua opinião:**

Envie-nos o seu testemunho ou resposta, com o seu nome, para o e-mail [revista@apdp.pt](mailto:revista@apdp.pt)



**João Filipe Raposo**  
Diretor Clínico da APDP  
**in Telejornal,**  
**RTP Madeira**  
**(03/08/2025)**

## Prescrição de medicamentos para a diabetes restringida a 4 especialidades médicas

“Os relatos da dificuldade de acesso, quer a sensores, quer a medicamentos, têm sido uma constante.”

“Muitos colegas que já passavam esta medicação fora da indicação da diabetes, podem estar nestas especialidades também. A portaria, só por si, vai criar um remendo provisório e é uma tentativa que, reconhecemos, honesta, mas o impacto, provavelmente, não será tão importante como gostaríamos.”

“A obesidade é um problema grande. Na verdade, parece-nos ilógico esperar que as pessoas com obesidade tenham diabetes, para depois começarem o tratamento.”

## Mattel lança Barbie com Diabetes Tipo 1

“A nova Barbie é uma ação importante na aceitação desta condição, permitindo que as crianças se vejam refletidas nas suas brincadeiras e histórias. Estamos orgulhosos por ter contribuído para esta iniciativa que valoriza a diversidade e a inclusão.”



**Raquel Coelho**  
Pediatra  
**in Jornal de Notícias**  
**(09/07/2025)**

## Vozes APDP



**José Manuel Boavida**  
Presidente APDP  
**in Sapo Online**  
**(22/07/2025)**

## Saúde cerebral

APDP e Alzheimer Portugal uniram-se para realçar a importância da saúde cerebral e a necessidade de uma abordagem preventiva.

“Sabemos que a diabetes é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes para o declínio cognitivo e a demência. As pessoas com diabetes tipo 2 têm um risco 60% maior de virem a desenvolver demência, incluindo a doença de Alzheimer.”

“A gestão rigorosa da diabetes não é apenas vital para a saúde metabólica, mas também para a proteção da saúde cerebral a longo prazo.”



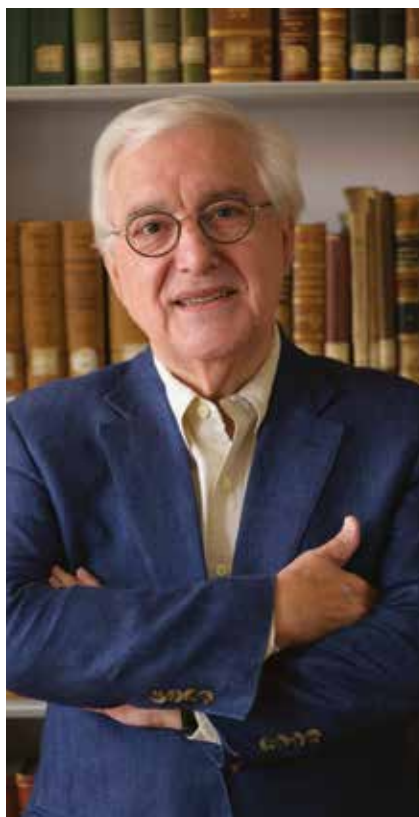
# índice

- 3 Mensagem do presidente
- 4 Correio do leitor
- 5 Vozes da APDP
- 8 Editorial

## ATUALIDADE



### 16 A história da Oftalmologia na APDP



### 22 Entrevista Francisco Seixas da Costa

- 10 Notícias
- 14 Wikipeso - Sarcopenia
- 16 A história da Oftalmologia na APDP
- 18 Ismaili Imamat doa equipamentos de oftalmologia à APDP
- 19 Care4Diabetes: viver melhor com a diabetes tipo 2
- 20 Experiências no Youth Leadership Lab da IDF Europa
- 22 Entrevista Francisco Seixas da Costa

## CUIDAR BEM DA DIABETES



### 28 Agonistas dos recetores do GLP-1 e Saúde Digestiva Medidas práticas para melhorar a tolerância

57

Fruta da época:  
figo



**42** Como gerir as  
suas 24 horas  
para viver melhor  
com Diabetes

**28** Agonistas dos recetores  
do GLP-1 e Saúde  
Digestiva

**32** Verificação de Factos  
Nutrição

**34** Consultório social

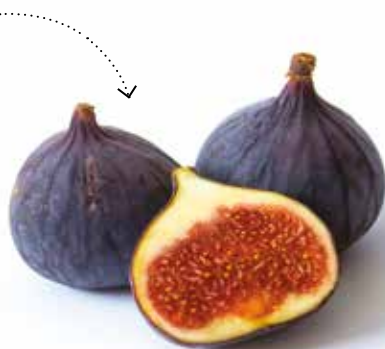
**35** Consultório clínico

**36** Para além  
do Fígado Gordo

**38** Nunca é tarde para  
aprender: o caminho  
para um envelhecimento  
ativo e saudável

**40** Tabaco e Diabetes:  
5 dicas da OMS  
para deixar de fumar

**42** Como gerir as suas 24  
horas para viver melhor  
com Diabetes



## COMER BEM



**48** Tecnologia,  
Alimentação  
e Diabetes

**54** Conheça e compare:  
Leguminoas

**57** Fruta da época: figo

**58** Receitas

**66** Diabético ilustre

**REVISTA DIABETES**  
VIVER EM  
EQUILÍBRIO

**DIRETOR**  
José Manuel Boavida

**EDITOR**  
Pedro Matos

**EDITORA-EXECUTIVA**  
Maria João Sequeira

**CONSELHO CIENTÍFICO**  
Ana Cristina Paiva,  
Ana Luísa Costa,  
Bruno Almeida,  
Carolina Neves,  
Dulce do Ó, Isabel  
Correia, João Filipe  
Raposo, João  
Valente Nabais, João  
Nunes Corrêa, José  
Manuel Boavida,  
Lúcia Narciso, Luís  
Gardete, Correia,  
Lurdes Serrabulho,  
Maria Paula Macedo,  
Patrícia Branco,  
Pedro Matos, Raquel  
Coelho, Rita Birne,  
Rita Nortadas,  
Rogério Ribeiro,  
Rui Oliveira, Susana  
Bettencourt.

**IMPRESSÃO**  
Lidergraf  
Rua do Galhano, 15,  
Árvore  
4480-089  
Vila do Conde

**PROPRIEDADE, EDIÇÃO  
E REDACÇÃO**  
APDP - Associação  
Protectora  
dos Diabéticos  
de Portugal  
Rua do Salitre,  
118-120  
1250-203 Lisboa  
NIPC: 500 851 875

**APOIO A SÓCIOS**  
Célia Costa  
Tel.: 213816122  
socios@apdp.pt

**SECRETARIADO**  
Carla Trincinhas  
Tel.: 213816112  
revista@apdp.pt

**COLABORAM  
NESTA EDIÇÃO**  
Ana Clara Silva,  
Bruno Almeida,  
Carolina Neves,  
Catarina Mégre,  
Dulce do Ó, Estela  
C. Oliveira, João  
Cabrita, João  
Filipe Raposo,  
João P. Magalhães,  
Lisandra Ribeiro,  
Lúcia Narciso, Luís  
Gardete Correia,  
Mafalda Pinto,  
Margarida Barradas,

Maria João Afonso,  
Marisa Araújo,  
Rogério Ribeiro  
e Victor Genro

**PUBLICIDADE**  
Maria João Sequeira  
Tel.: 213816178  
revista@apdp.pt

**PERIODICIDADE**  
Trimestral  
de julho a setembro  
de 2025

**PREÇO DE CAPA**  
3,99 euros

**VALOR ASSINATURA**  
12,80 euros

**DESIGN GRÁFICO  
E ILUSTRAÇÃO**  
Sónia Garcia

**FOTOGRAFIA**  
Luís Ribeiro e  
Ricardo Polónio -  
Living Allowed

**BANCO DE IMAGEM**  
Shutterstock,  
Unsplash, Freepick

**TIRAGEM**  
15.000 exemplares

**IMPRESSÃO**  
Lidergraf  
Rua do Galhano, 15,  
Árvore  
4480-089  
Vila do Conde

**INSCRIÇÃO NA ERC**  
101391

**DEPÓSITO LEGAL**  
101662/96  
**ISSN** 0873-45DX

**DIREÇÃO APDP**  
**PRESIDENTE**  
José Manuel Boavida

**DIRETOR CLÍNICO**  
João Filipe Raposo

**TESOUREIRA**  
Ana Maria Escoval

**SECRETÁRIA**  
Fernanda Isabel  
Fragoso

**VOGAL**  
Alexandra Costa  
**SECRETARIADO**

Carla Trincinhas,  
Cristina Silva,  
Sónia Silva

**ESTATUTO EDITORIAL**  
apdp.pt/apdp/  
revista-diabetes

**SEDE SOCIAL**  
Rua do Salitre,  
118-120  
1250-203 Lisboa  
Tel: 213 816 100 |  
Fax: 213 859 371  
www.apdp.pt

# Tempo de férias



**Pedro Matos**  
Editor

**T**empo de férias. Tempo de descanso, de relaxamento, de actividades lúdicas e culturais. Tempo de viagens. Para a praia, o campo ou a cidade.

Nesta altura, as pessoas tendem a pôr de lado muitas das suas prioridades e preocupações durante o resto do ano. Abusar um pouco (ou muito) na alimentação, nos hábitos e nas rotinas. Nestas épocas em que supostamente se recarregam baterias, também se modificam comportamentos na saúde e no estilo de vida.

Nas pessoas com diabetes, a possibilidade de ter mais tempo disponível fora da actividade profissional, abre a porta a poder aumentar a actividade física, fazer mais vezes o seu desporto favorito e conseguir ter um sono reparador. Mas, muitas vezes, estas oportunidades são desperdiçadas e substituídas por outras menos recomendáveis para a gestão da sua doença. Nalguns casos existe mesmo algum facilitismo em relação à medicação e às regras para o seu cumprimento adequado.

Para além disso, existem particularidades para as pessoas com diabetes no período de férias. Alguns exemplos.

Na praia, é preciso atenção ao calor excessivo e à desidratação. A selecção dos alimentos apropriados, nomeadamente frutas e bebidas hidratantes, é outro dos aspectos que têm de ser acautelados. Por causa da neuropatia, em muitos casos, a inspecção dos pés para detecção de feridas não identificadas, com potencial infeccioso nocivo, deve ser feito de forma regular.

Na montanha, embora de forma diferente, os cuidados com os pés e alimentação são os mesmos. Embora em Portugal esse problema não se coloque, se for para locais de elevada altitude, não se esqueça que precisa de fazer adaptação a essas condições adversas, eventualmente fazer medicação específica e evitar essas aventuras se tiver patologia respiratória crónica. Pode ser aconselhável consultar o seu médico habitual para orientação.

Nas viagens, a questão do destino é importante, seja pelo elevado número de horas de voo necessárias (em ambiente desfavorável), seja pelas vacinas e doenças intercorrentes e talvez, principalmente, pelo transporte e acomodação das insulinas e ajuste das administrações a fusos diferentes e temperaturas elevadas.


Nas cidades, em especial em locais com menor acesso a cuidados médicos ou hospitalares, a prevenção é uma questão essencial para reduzir a possibilidade de eventos indesejáveis ou impedir que se tenha de comprar medicação imprevista que pode não estar disponível. A preparação de uma espécie de caixinha de medicamentos antes de iniciar a deslocação pode valer muito a pena. E, eventualmente, adquirir um seguro de viagem, para cobrir despesas pesadas nalguns países, pode ser uma opção interessante para as pessoas com diabetes, em especial aquelas que já têm complicações, fragilidades ou outras doenças concomitantes.

Quando este número chegar aos nossos associados e amigos, estaremos já com a época de Verão a terminar. Mas, muitas destas recomendações, destes cuidados, fazem sentido em qualquer altura do ano, consoante os destinos escolhidos. Aproveite o que o tempo de férias lhe proporciona. Escolha actividades saudáveis em complemento das outras mais frequentes, lúdicas. Não deixe de fazer a sua medicação e de manter a sua organização quotidiana habitual. As pessoas com diabetes não estão impedidas de fazer a maioria das coisas. Mas é preciso saber bem como fazê-las, de forma a não interferir com os objectivos de controlo da doença.

“  
*Não deixe de fazer a sua medicação e de manter a sua organização quotidiana habitual. As pessoas com diabetes não estão impedidas de fazer a maioria das coisas. Mas é preciso saber bem como fazê-las, de forma a não interferir com os objectivos de controlo da doença.*”

Por opção do autor, este texto não está conforme as normas do Acordo Ortográfico.





**A HELENA SABE QUE TEM  
FAMILIARES COM DT1**

**SABERÁ QUE PODE FAZER O  
RASTREIO E GANHAR TEMPO  
PARA SE PREPARAR?**

**ESTÁ NA HORA DE FICAR  
UM PASSO À FRENTE  
COM O RASTREIO DA DT1**

**DT1  
PASSO À  
FRENTE**

**As pessoas com um familiar em primeiro grau com DT1 autoimune têm um risco até 15 vezes maior de vir a desenvolver a doença em comparação com a população geral.<sup>1</sup> O rastreio precoce pode detetar a DT1 autoimune meses ou anos antes do aparecimento dos sintomas, protegendo mais pessoas das possíveis complicações de um diagnóstico tardio.<sup>2,3</sup>**

Visite o espaço da DT1 autoimune pré-sintomática no Campus Sanofi para conhecer mais informação sobre o rastreio da DT1.



**DT1:** diabetes tipo 1.

**Referências:**

**1.** D Besser REJ, Bell KJ, Couper JJ, et al. *Pediatr Diabetes*. 2022;23(8):1175-1187. **2.** Insel RA, Dunne JL, Atkinson MA, et al. *Diabetes Care*. 2015;38(10):1964-1974. **3.** Besser REJ, Ng SM, Gregory JW, et al. *Arch Dis Child*. 2022;107(9):790-795.

**Destinado a profissionais de saúde.**

Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda. Sede Social e Morada: Empreendimento Lagoas Park, Edifício 7 - 3º piso, 2740-244 Porto Salvo. C.R.C. Cascais (Oeiras) Pessoa coletiva nº 500 134 960.

©2025 Sanofi Inc. Todos os direitos reservados.

**sanofi**

# Diabetes Tipo 1 em África desafia o conceito tradicional da doença

Texto **ROGÉRIO RIBEIRO** INVESTIGADOR DA APDP

A forma como olhamos tradicionalmente para os mecanismos associados à diabetes tipo 1, ou seja, como sendo uma doença essencialmente autoimune, com uma forte componente genética, está a ser repensada após um estudo realizado em populações da África Subsaariana. Este estudo, apelidado YODA, e reportado na revista científica *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, observou que mais de 65% das pessoas que tinham sido diagnosticadas com diabetes tipo 1 antes dos 30 anos apresentavam ausência de anticorpos habitualmente relacionados com a doença, marcadores de uma resposta autoimune, ou de um perfil genético de risco reconhecido.

Assim, apenas um terço das crianças e jovens adultos com diabetes tipo 1, na África do Sul, Camarões e Uganda, apresentaram as características que surgem reconhecidamente nos indivíduos correspondentes na Europa e América do Norte, onde se desenvolveram a maior parte dos estudos que definiram o conceito global da doença.

Ambos os grupos apresentaram uma diminuição acentuada na capacidade de produzir insulina, assim como ausência de características comuns à diabetes tipo 2 e diabetes derivada da subnutrição, pelo que foram ainda consideradas como dois subtipos de diabetes tipo 1.

Estes resultados foram também contrastados com a informação disponível em estudos norte-americanos, sendo que, nesse caso, apenas 15% dos indivíduos afro-americanos apresentaram a forma livre de anticorpos de diabetes tipo 1, sugerindo uma ligação de ancestralidade. Já em relação aos indivíduos de raça caucasiana, mesmo quando se mantinham sem anticorpos detetáveis, apresentaram um risco genético próprio elevado.

Em resumo, a diabetes tipo 1 adquire assim uma perspetiva mais heterogénea do que anteriormente considerado, com forte implicação futura na personalização do tratamento.

**15%** dos indivíduos afro-americanos apresentaram a forma livre de anticorpos de diabetes tipo 1, sugerindo uma ligação de ancestralidade.

# Diabetes tipo 2: os receios das pessoas que os médicos não estão a ouvir

Estudo português revela lacunas na comunicação médico-doente e propõe abordagem mais centrada na pessoa

Texto **MARIA JOÃO SEQUEIRA**

Um estudo recente levado a cabo por investigadores da Universidade de Coimbra levanta uma questão fundamental nas consultas de seguimento da diabetes tipo 2: estarão os médicos a escutar verdadeiramente os receios e as preocupações dos seus utentes? Mais de 90% das pessoas com diabetes tipo 2, ouvidas neste estudo, afirmaram que nunca foram questionadas pelo seu médico sobre o sofrimento associado à doença. E isto apesar de quase todas acreditarem que falar sobre isso ajudaria no controlo da sua diabetes.

O trabalho, publicado na *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, identificou quatro grandes áreas de preocupação das pessoas: o receio de complicações como a cegueira, o

sofrimento psicológico (sobretudo associado às mudanças alimentares), a incerteza em relação ao acompanhamento médico futuro e os medos quanto à toma de insulina ou outros medicamentos.

Porém, enquanto os doentes sentem que estas questões não são abordadas em consulta, muitos médicos acreditam que as questionam com regularidade, um desfasamento que, segundo

os investigadores, evidencia falhas na comunicação clínica e na escuta ativa. Este trabalho reforça a importância da Medicina Centrada na Pessoa, um modelo que propõe uma abordagem mais empática, dialogante e adaptada às vivências e contextos individuais das pessoas. Para os investigadores, esse é o caminho para transformar a consulta de diabetes num espaço de verdadeira parceria.



## Estudo associa tipo de trabalho ao risco de desenvolver diabetes tipo 2

O tipo de trabalho que desempenhamos pode influenciar mais a nossa saúde do que imaginamos. Um novo estudo científico do Instituto Karolinska, na Suécia, vem confirmar isso mesmo.

Numa análise que envolveu mais de 20 mil trabalhadores, entre os 30 e os 60 anos, os investigadores concluíram que, entre as profissões com maior risco estão

motoristas profissionais, operários de fábrica e empregados de limpeza, com uma probabilidade três vezes maior de desenvolver diabetes tipo 2, comparativamente a professores ou fisioterapeutas.

O estudo revelou, também, que as mulheres em empregos emocionalmente exigentes e com fraco apoio social, têm um risco 47% superior de desenvolver a doença.



# Promoção da saúde na era digital

Editorial alerta para os riscos e oportunidades da revolução digital na saúde pública

Texto **MARIA JOÃO SEQUEIRA**

Vivemos numa era em que os nossos hábitos de saúde estão cada vez mais moldados pelo mundo digital. Desde o acesso à internet até à influência das redes sociais, passando pelo marketing *online* de produtos nocivos, há um novo conjunto de forças a moldar silenciosamente o nosso bem-estar: os determinantes digitais da saúde.

É esta a tese do mais recente editorial da *Health Promotion International*, que convida investigadores, profissionais de saúde e decisores políticos a repensarem o conceito de saúde à luz da transformação digital. A publicação, que inaugura um número especial dedicado ao tema, defende que os determinantes digitais, como a literacia digital, a governação de dados, os algoritmos ou as plataformas sociais, não podem continuar a ser vistos como meras ferramentas tecnológicas, mas sim como fatores estruturais que afetam diretamente a equidade e os resultados em saúde. Segundo o artigo, o conceito de “determinantes digitais da saúde” tem sido rapidamente adotado por

organizações internacionais, mas, muitas vezes, de forma demasiado estreita, centrada apenas na tecnologia aplicada aos sistemas de saúde. O editorial propõe uma visão mais alargada, que reconhece o impacto dos ambientes digitais no comportamento, nas relações sociais e até na forma como percebemos o que é “saúdável”.

Há também o alerta de que as tecnologias digitais podem tanto reduzir, como agravar desigualdades em saúde. A exclusão digital, os algoritmos enviesados ou o marketing dirigido a grupos vulneráveis, são exemplos de riscos que exigem regulação urgente. Por outro lado, o digital pode ser uma ferramenta poderosa de capacitação, sobretudo entre os jovens, que usam as redes para se mobilizarem por causas como a saúde mental ou a justiça climática.

O desafio, concluem os autores, está em encontrar o equilíbrio entre inovação e proteção, promovendo ambientes digitais saudáveis, inclusivos e éticos.

## Diagnosticar a diabetes através da voz?

Investigadores da Klick Labs, no Canadá, apresentaram recentemente em Lisboa um sistema inovador que deteta sinais da diabetes na voz.

O método é simples. Primeiro, o utilizador coloca no sistema alguns dados básicos, como género, idade, altura e peso. Depois, grava em inglês a seguinte frase: “Olá, como estás? Qual é o meu nível de glicose agora?”. Em segundos, a plataforma analisa subtis alterações vocais, impercetíveis ao ouvido humano, e devolve a probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2. Estas alterações, explicam os investigadores, resultam de danos causados pela doença em nervos e músculos, afetando, ainda que ligeiramente, as cordas vocais.

Com uma taxa de precisão de até 89% nas mulheres e 86% nos homens, o modelo foi testado em diferentes países, revelando-se potencialmente universal. A Klick Labs está agora a trabalhar numa versão que não dependa de um idioma específico, permitindo que qualquer pessoa possa ser avaliada, independentemente da língua falada.





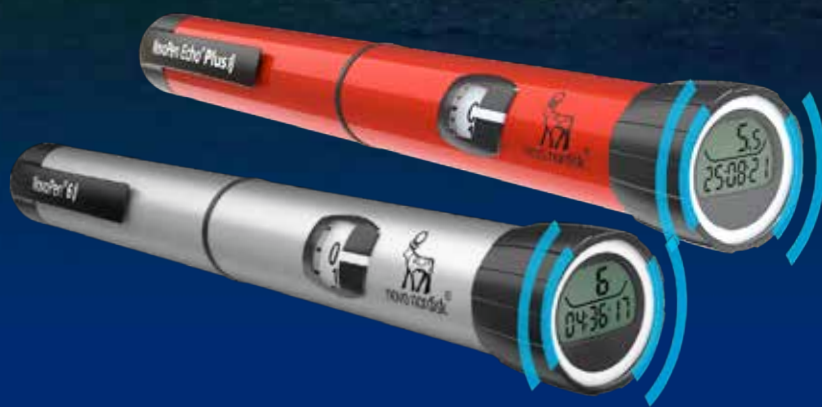
# CANETAS INTELIGENTES

Para uma gestão personalizada do tratamento com insulina\*

Registo automático e fiável de injeções de insulina a acontecer aqui

NovoPen® 6 ))  
NovoPen Echo® Plus ))

- Registam informação das injeções de insulina
- Permitem ver o efeito de cada injeção de insulina na glicemia\*
- Integração com aplicações de diabetes compatíveis



**Compatíveis com os cartuchos de insulina da Novo Nordisk.**

\*Quando usadas em conjunto com uma aplicação compatível. A NovoPen® 6 e a NovoPen Echo® Plus são compatíveis com as seguintes aplicações: mySugr®, FreeStyle LibreLink, Glooko® e com os produtos Dexcom® através da integração com a Glooko®. Estas aplicações não são comercializadas pela Novo Nordisk.

NovoPen® 6 e NovoPen Echo® Plus são dispositivos médicos. Canetas inteligentes que registam automaticamente a informação de cada injeção de insulina. Precauções de utilização: não deixe cair a sua caneta nem bata com a mesma em superfícies duras. Mantenha a sua caneta ao abrigo da luz direta do sol e não a exponha a pó, sujidade, líquidos ou temperaturas extremas. Não tente reparar a sua caneta nem desmontá-la. A sua caneta tem uma pilha de lítio no interior. Para sua segurança, a pilha não é substituível. A caneta deve ser mantida seca. Quando a caneta tiver um cartucho de insulina colocado, veja as instruções de conservação no folheto informativo do cartucho. Quando a caneta não tiver um cartucho de insulina colocado, conserve a sua caneta à temperatura ambiente. Não guarde a sua caneta com uma agulha colocada. Não congele a sua caneta nem a guarde no frigorífico ou perto de geradores de frio. Para mais informações, ler cuidadosamente a rotulagem e instruções de utilização contidas na embalagem. NovoPen® 6 e NovoPen Echo® Plus são marcas registadas da Novo Nordisk A/S.



Novo Nordisk Portugal, Lda.  
Rua Quinta da Quintã, n.º 1 - 1.º Quinta da Fonte  
2770-203 Paço de Arcos, Portugal | Contribuinte n.º 501 485 210  
Capital Social 250.000 | [www.novonordisk.pt](http://www.novonordisk.pt) | PT22NPE00005

Para mais informações faça scan no QR Code ou visite o nosso site:

[www.novonordisk.pt](http://www.novonordisk.pt)



# Wikipeso

## Sarcopenia

Texto **CAROLINA NEVES**, ENDOCRINOLOGISTA, DIRETORA CLÍNICA DA QORPO



Cuide da sua saúde muscular, garantindo uma vida ativa e independente.

### Já ouviu falar em sarcopenia?

A sarcopenia é uma condição de saúde com impacto significativo na qualidade de vida. O termo tem origem no grego: sarx (músculo) e penia (perda), significando, literalmente, “perda de músculo”. Refere-se à diminuição progressiva da massa e força muscular.

### Quais são as causas?

Embora o envelhecimento seja a causa mais comum, a sarcopenia pode ter múltiplas origens e pode afetar pessoas em diferentes fases da vida, incluindo pessoas com excesso de peso ou obesidade. As causas mais frequentes incluem:

- doenças crônicas inflamatórias;
- diabetes, insuficiência cardíaca, hipertensão, doença renal crônica;
- inatividade física;
- ingestão inadequada de energia ou proteína.

### Quais as consequências?

A perda de massa muscular não afeta apenas a força, compromete a mobilidade, o equilíbrio e a autonomia. Entre as principais consequências da sarcopenia estão:

- aumento do risco de quedas e fraturas;
- incapacidade física;
- doenças das articulações e da coluna;
- mortalidade por todas as causas.

### Como prevenir ou tratar?

A boa notícia é que a sarcopenia pode ser prevenida e, em muitos casos, revertida, com algumas estratégias;

- alimentação equilibrada: garantir uma ingestão adequada de proteínas, vitaminas e minerais.
- exercício físico regular: o treino de força (como musculação ou exercícios com o peso do próprio corpo) é essencial para preservar e recuperar a massa muscular.



**Zero**  
sem açúcares



Incorpora **Nutri-Score**, para complementar a informação do etiquetado nutricional dos alimentos e ajudar os consumidores a realizar escolhas de compra mais saudáveis. Neste sentido, Gullón Zero inclui a maioria das suas referencias nas letras A e B, com melhor perfil nutricional.



[www.gullonzero.es](http://www.gullonzero.es)



Anualmente, a APDP realiza cerca de 1.200 cirurgias, incluindo cirurgias de retina e cirurgias de catarata.

APDP: UM SÉCULO DE CUIDADO E INOVAÇÃO  
AO SERVIÇO DAS PESSOAS COM DIABETES

## A história da Oftalmologia na APDP

Foi em novembro de 1982 que nasceu o Departamento de Prevenção e Controlo da Retinopatia Diabética da APDP. A iniciativa partiu de Luis Pinto Figueiredo, oftalmologista dos Hospitais Cívis de Lisboa e o primeiro especialista desta área a integrar a associação. Desde então, a oftalmologia tem ocupado um lugar central nos cuidados da APDP às pessoas com diabetes.

Texto **MARIA JOÃO SEQUEIRA** e **VÍCTOR GENRO**  
OFTALMOLOGISTA, COORDENADOR DO DEPARTAMENTO  
DE OFTALMOLOGIA DA APDP

### As origens de uma especialidade

A Oftalmologia, como especialidade médica autónoma, só se afirmou plenamente no início do século XX. Até então, era sobretudo uma prática voltada para corrigir defeitos da visão, exercida por médicos sem formação específica e, mais tarde, por cirurgiões gerais que se interessavam pelo estudo das doenças oculares.

Nos anos 1970, sob a direção de Manuel Sá Marques, a APDP foi responsável pela coordenação do plano nacional de luta contra a diabetes, por delegação da Direção-Geral da Saúde. Os médicos da associação, atentos à gravidade da retinopatia diabética, começaram por mobili-





**Foi por iniciativa de Luis Pinto Figueiredo que se criou, na APDP, uma consulta dedicada à retinopatia diabética.** Particularmente sensível para a gravidade desta patologia, viria também a tornar-se um dos pioneiros na sua abordagem cirúrgica. A APDP presta homenagem, reconhece e agradece o seu enorme contributo.

zar outros diabetologistas, incluindo os do Hospital de Santa Maria, alargando também o debate aos oftalmologistas dos Hospitais Cívicos de Lisboa, onde Luis Pinto Figueiredo tinha feito grande parte do seu percurso profissional.

Dessa articulação nasceu um grupo de médicos particularmente empenhados no estudo da retinopatia diabética, já com a participação de oftalmologistas e diabetologistas de todo o país, que passou a reunir-se na APDP com regularidade, dando origem ao Grupo Português de Diabetes. Uma das suas primeiras realizações foi a uniformização da classificação da retinopatia diabética e a elaboração de uma ficha clínica partilhada, permitindo a troca de informação entre oftalmologistas e diabetologistas.

### **Do laser à cirurgia**

Na APDP, Luis Pinto Figueiredo conseguiu o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian para a aquisição do primeiro equipamento de laser destinado à fotocoagulação, um instrumento fundamental no tratamento da retinopatia diabética.

Dez anos após a criação do departamento, em 1992, realizavam-se já 2.600 consultas anuais, 1.250 angiografias e 1.615 sessões de laser. Em 1997, a APDP dedicou um andar exclusivo para a especialidade de oftalmologia, um espaço que rapidamente se revelou insuficiente para a crescente procura.

Atualmente, o departamento de oftalmologia conta com sete gabinetes de consulta, um bloco ope-

ratório com duas salas dedicadas à cirurgia oftalmológica e tecnologia de ponta para diagnóstico e tratamento da retinopatia e das suas complicações.

### **A importância do rastreio de proximidade**

Com o aumento da prevalência da diabetes, tornou-se essencial apostar na deteção precoce da retinopatia diabética. A APDP foi pioneira na implementação de programas de rastreio com recurso a retinografias, uma forma eficaz, segura e não invasiva de identificar sinais da doença.

No âmbito de um protocolo com o Ministério da Saúde, a APDP é atualmente responsável por rastreios de proximidade em 35 unidades de saúde de cuidados primários, das Unidades Locais de Saúde de Castelo Branco, Leiria, Lezíria, Oeste e Santa Maria.

O objetivo é detetar precocemente alterações oculares associadas à diabetes e garantir o seguimento e tratamento adequados, incluindo, quando necessário, intervenção cirúrgica.



**Rastreio da Retinopatia Diabética:** avaliação oftalmológica para detetar alterações da diabetes nos olhos. Este, além de ser feito em consulta, pode ser feito por uma fotografia do fundo do olho (retinografia).



# Ismaili Imamat doa equipamentos de oftalmologia à APDP

Protocolo celebrado com a presença da Secretária de Estado da Saúde

Texto **MARIA JOÃO SEQUEIRA**  
Fotografia **LUÍS RIBEIRO**

Num gesto de solidariedade, o Ismaili Imamat, entidade liderada por Sua Alteza o Aga Khan, doou à Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) dois retinógrafos destinados aos rastreios da retinopatia diabética, e um microscópio cirúrgico para o seu Bloco Operatório.

A cerimónia de assinatura do protocolo, que decorreu a 8 de julho, contou com a presença da Secretária de Estado da Saúde, Ana Povo, e do Comendador Nazim Ahmad, representante diplomático do Ismaili Imamat junto da República Portuguesa.

A doação insere-se nas celebrações do centenário da APDP, a associação de pessoas com diabetes mais antiga do mundo, e vem reforçar a capacidade da instituição na luta contra a cegueira associada à diabetes em Portugal.

Com estes equipamentos, a APDP vai conseguir alargar o rastreio da retinopatia diabética a populações de vários concelhos, enquanto fortalece a sua capacidade de resposta cirúrgica.

Há mais de duas décadas que a APDP realiza rastreios de retinopatia diabética em unidades de cuidados de saúde primários, abrangendo anualmente cerca de 100 mil pessoas com diabetes. O Imamat Ismaili, cuja sede mundial está instalada em Portugal desde 2015, tem vindo a implementar, através da Rede Aga Khan para o Desenvolvimento, um número crescente de programas de desenvolvimento económico, social e cultural.



A cerimónia de assinatura do protocolo, contou com a presença da Secretária de Estado da Saúde, Ana Povo, e do Comendador Nazim Ahmad, representante diplomático do Ismaili Imamat junto da República Portuguesa.



# Care4Diabetes: viver melhor com a diabetes tipo 2

A APDP integra o Care4Diabetes, uma ação conjunta de 13 países da União Europeia, que aposta numa abordagem inovadora e multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes tipo 2.

Texto **DULCE DO Ó** ENFERMEIRA COORDENADORA DO DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PROJETOS DA APDP

Durante um ano, o Care4Diabetes envolveu uma intervenção multidisciplinar centrada nas necessidades e preferências dos participantes, promovendo a sua literacia em saúde e a tomada de decisões informadas, refere a enfermeira Dulce do Ó. Para o investigador Rogério Ribeiro, este é um projeto que ajuda as pessoas a conhecerem e usarem as respostas do seu próprio organismo no quotidiano, para melhorar o bem-estar e o controlo metabólico da diabetes.

Mais do que alimentação e atividade física, este projeto também aborda o sono, o repouso e técnicas de relaxamento, permitindo, como refere a enfermeira Andreia Oliveira, a regulação do sistema nervoso e o bem-estar emocional. Um acom-

panhamento contínuo e próximo permite motivar e apoiar, tornando cada um o protagonista do seu autocuidado, acrescenta a enfermeira Soraia Nobre.

Para a nutricionista Lisandra Ribeiro os participantes aprofundaram o conhecimento sobre os alimentos, aliado ao autoconhecimento do seu efeito no organismo. Esta perspetiva está alinhada com a da psicóloga Ana Lúcia Covinhas, que refere que a estrutura do projeto, em grupo e com encontros regulares, permite o reconhecimento e a validação de competências individuais.

O Care4Diabetes prova que, com acompanhamento estruturado e multidisciplinar, a remissão da diabetes é possível, conclui o médico Frederico Trigueiros.

“É muito mais do que um projeto. É uma equipa de excelência unida pelo rigor científico e pelo compromisso humano de cuidar com proximidade, profissionalismo e empatia”

**Alberto Palha**

“Tive muita sorte por ter sido um dos convidados para fazer parte deste projeto. Como foi bom ouvir tantos e tantos ensinamentos.”

**Domingos Silva**

“Compreender melhor os fatores de risco, os cuidados diários e a importância quer da alimentação, quer da atividade física, trouxeram-me mais segurança e motivação para cuidar da minha saúde de uma forma mais consciente.”

**Leonor Veríssimo**

“Uma oportunidade extraordinária de autoconhecimento e de transformação na forma como encaro a diabetes e inclusive a vida.”

**Otília Correia**



# Experiências no Youth Leadership Lab da IDF Europa

Por **CATARINA MÉGRE** VOLUNTÁRIA

DO NÚCLEO JOVEM DA APDP

Há experiências que nos transformam profundamente, e a semana que passei no Youth Leadership Lab (YLL) foi uma delas. Ocorreu em Parma, Itália, em julho de 2025.

Durante sete dias intensos, jovens de toda a Europa com diabetes tipo 1 reuniram-se para aprender, partilhar e, acima de tudo, ganhar ferramentas para representar melhor a nossa comunidade.

O YLL é uma iniciativa da International Diabetes Federation (IDF), cujo objetivo é formar jovens em advocacia, liderança e sensibilização social, relacionadas com a diabetes. A ideia é clara: dar voz a quem vive diariamente com a condição, promovendo uma comunidade global mais unida e capaz de combater o estigma, melhorar os cuidados e influenciar políticas de saúde.

Desde o primeiro dia, percebi que estava num espaço seguro, onde ninguém precisava de justificar o porquê de ter de dar insulina no meio de uma conversa. Todos sabíamos e entendíamos. E isso, para quem vive com uma condição crónica, é precioso.

Ao longo da semana participá-

mos em palestras onde aprendemos a comunicar, a defender os nossos direitos e a educar outros, sem cair na frustração ou no silêncio. Falámos sobre o impacto das palavras e como transformar a experiência pessoal em algo que possa ajudar a mudar sistemas. Contudo, também existiu partilha de histórias, algumas duras, mas todas inspiradoras. Tivemos também momentos de lazer onde nos conhecemos melhor e ainda aprendemos a fazer raviolis.

Aprendi a importância de usar a minha voz para fazer a diferença. A advocacia não é apenas falar sobre a condição, mas saber comunicá-la de forma construtiva e empática e a transmitir a minha experiência pessoal, adaptando a mensagem consoante quem está do outro lado.

Voltei desta experiência com a certeza que, quando nos juntamos, conseguimos mudar o mundo, mesmo que seja um bocadinho de cada vez. Terminei este texto com a certeza de que a força da comunidade é real. Que, mesmo em realidades diferentes, há uma ligação invisível que nos une. E que, quando nos juntamos, conseguimos mudar o mundo, mesmo que seja um bocadinho de cada vez.



Por **JOÃO CABRITA**, VOLUNTÁRIO

DO NÚCLEO JOVEM DA APDP

No dia 6 de julho de 2025 parti de viagem para Itália, para participar no YLL, um evento no qual jovens de países europeus são desafiados a entrar no mundo da advocacia. A dinâmica do evento foi espetacular, a agenda era extensa e apertada, com diversas apresentações, testemunhos e quadros mais interativos. Cada participante teve a oportunidade de lhe ser dado a conhecer um projeto organizado, com muito trabalho desenvolvido por trás. O grupo era formado por nós, jovens aspirantes, os mentores, também com diabetes tipo 1, representantes de empresas e representantes do Board da IDF.

O sentido de companheirismo e amizade rapidamente se formou, também por todos partilharmos a mesma condição, cada pessoa tem uma história, a sua história. E isso, com o seu tempo, também foi partilhado, o que nos uniu muito mais.

Aprendi muito. Saio com um sentimento de admiração por aqueles que dedicam a sua vida a mitigar as diferenças na qualidade do controlo da doença entre os países, bem como a batalha pelos direitos das pessoas com diabetes, nomeadamente a exercer certas profissões.

Espero que seja o início de uma jornada a lutar por aqueles que têm diabetes e quero dar um especial agradecimento à Alexandra Costa e à Joana Amorim, sem elas nada disto tinha sido possível.







**GSK**

**“Eu tenho Zona?  
Sempre fui saudável.  
Nunca achei que me  
acontecesse, mas  
estava enganada.”**

Saiba mais em:  
[porumavidainteirapela frente.pt](http://porumavidainteirapela frente.pt)



© 2025 Empresas do Grupo GSK ou sob licença.  
NP-PT-HZU-JRNA-250001 | 02/2025  
Retrato de doente.

**Tem mais de 50 anos?  
Não desvalorize a Zona.**

**Fale já com o seu médico sobre  
como prevenir esta doença.**

Com o apoio:



**SPMI**  
Sociedade Portuguesa  
de Medicina Interna

# Francisco Seixas da Costa. Uma vida entre a diplomacia, a escrita e a cidadania

Com uma carreira diplomática que atravessou quatro décadas e sete países, Francisco Seixas da Costa construiu um percurso marcado pelo serviço público, pela intervenção cívica e por uma leitura atenta e crítica do mundo. Foi embaixador, Secretário de Estado dos Assuntos Europeus, professor universitário, escritor, crítico gastronómico, consultor e comentador. Recentemente, assumiu a presidência da Assembleia Geral da APDP. Nesta conversa, ficamos a conhecer um pouco da sua história.

Entrevista **MARIA JOÃO SEQUEIRA**  
Fotografias **LUIS RIBEIRO**

## O que o motivou a seguir a carreira diplomática?

Foi uma mera coincidência. Estava a cumprir o serviço militar obrigatório quando soube que havia um concurso aberto. Achei graça ao desafio e concorri.

Éramos cerca de 800 candidatos e fiquei em 13.º lugar. Entrei para a carreira diplomática no dia 13 de agosto de 1975, fez 50 anos este ano. Foram 38 anos ao serviço da diplomacia portuguesa. Terminei em Paris, o meu último posto, de onde saí em 2013.

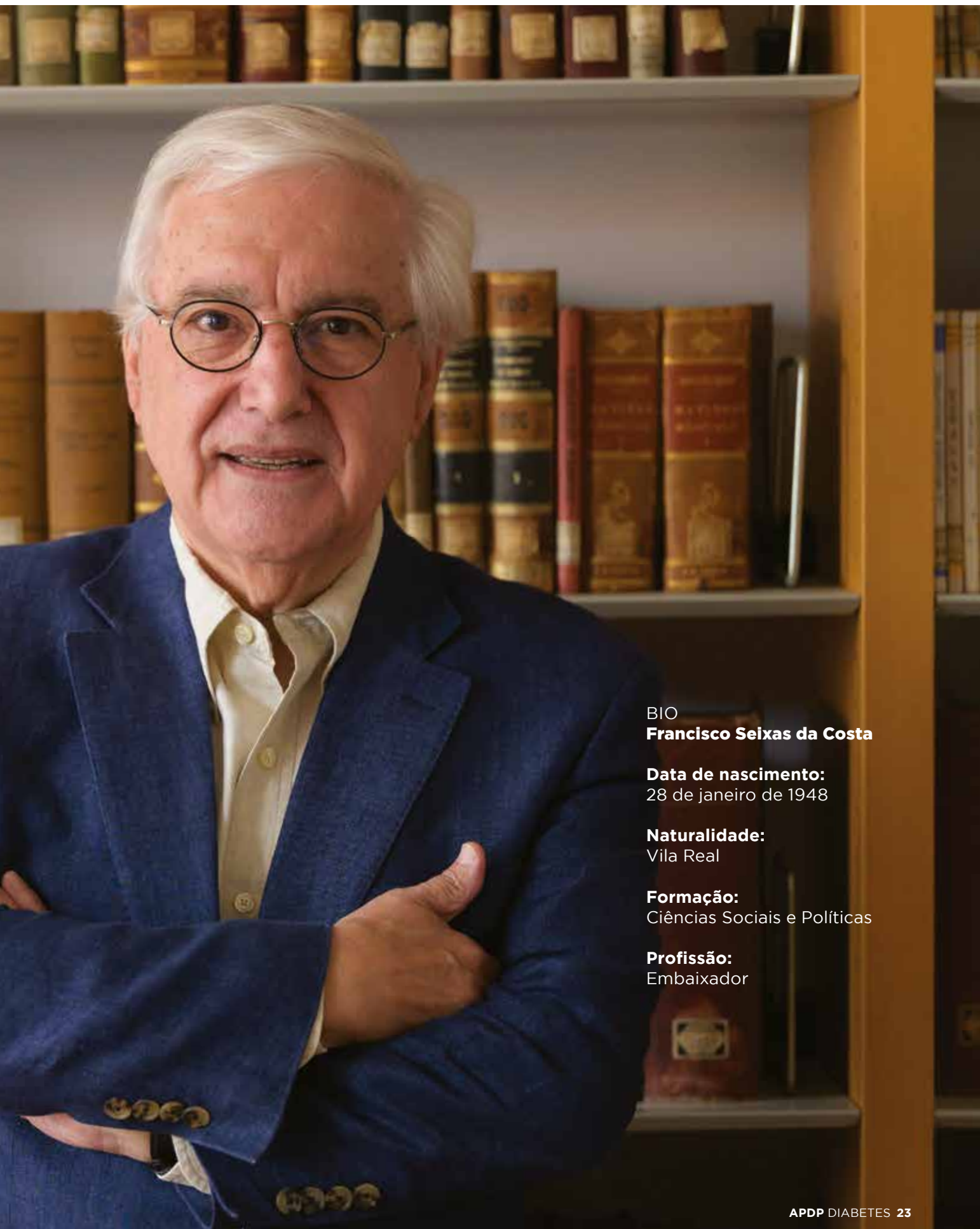
Entretanto fui fazer outras coisas. Dirigi o Centro Norte-Sul do Conselho da Europa, passei a trabalhar com empresas privadas como consultor em questões estratégicas e

geopolíticas. Dei também aulas em universidades, escrevi em jornais e comento, de vez em quando, assuntos internacionais na comunicação social.

## Ao longo da sua carreira, teve oportunidade de conviver com diferentes chefes de Estado...

Sim, sem dúvida. Tanto em Portugal, como no estrangeiro. No nosso país, trabalhei com 21 Ministros dos Negócios Estrangeiros, conheci 15 Primeiros-Ministros e vários Presidentes da República. Tenho orgulho de três desses Presidentes me terem distinguido com condecorações. É um reconhecimento que sinaliza que, ao longo do tempo, o trabalho foi notado e apreciado.





BIO  
**Francisco Seixas da Costa**

**Data de nascimento:**  
28 de janeiro de 1948

**Naturalidade:**  
Vila Real

**Formação:**  
Ciências Sociais e Políticas

**Profissão:**  
Embaixador





Lá fora, naturalmente, fui conhecendo figuras internacionais com quem, por via da profissão, acabamos por nos cruzar. Esse contacto potenciou-se durante os cinco anos e meio em que fui Secretário de Estado dos Assuntos Europeus, nos dois governos de António Guterres.

**Em que países exerceu funções como embaixador?**

Comecei na Noruega, depois seguiui-me Angola e Reino Unido. Após esse período, regressiei a Portugal para integrar o Governo. Mais tarde fui para Nova Iorque. De Nova Iorque fui para Viena. De Viena para Brasília e, finalmente, para Paris.

**Qual a memória mais marcante que guarda desse tempo?**

Curiosamente, a memória mais marcante não vem tanto da diplomacia, mas da vida política. É certo que também vivi momentos exigentes. Estive, por exemplo, em Luanda, entre 1982 e 1986, durante a guerra civil. Era um posto complicado, com recolher obrigatório e situações de alguma dificuldade.

O episódio mais marcante aconteceu enquanto membro do Governo, quando acompanhei o Dr. Mário Soares a Israel, no início de novembro de 1995. Num dia, almoçámos em casa de Isaac Rabin, e no dia seguinte fomos para Gaza, onde jan-

támos com Yasser Arafat. Foi nessa altura que soubemos que mataram Isaac Rabin, com quem tínhamos almoçado na véspera e trocado cumprimentos na manhã desse mesmo dia.

Agora que a questão de Gaza está tão presente, esse momento ganha um peso ainda maior. Foi, talvez, o princípio do fim de qualquer esperança relativamente a um acordo no Médio Oriente.

**Como foi conciliar uma carreira diplomática com o diagnóstico de diabetes?**

Como poderá imaginar, a carreira diplomática traz consigo algumas



## *Entendo que devemos trabalhar e ajudar as causas e as instituições que respeitamos.*

**Francisco Seixas da Costa**

“exigências” particulares, especialmente em matéria social. Há um certo risco associado e, em tom de brincadeira, costumamos dizer, na diplomacia, que damos o fígado pela pátria.

No meu caso, essa gestão tornou-se ainda mais desafiante devido a outra dimensão da minha vida. Durante muitos anos fui crítico gastronómico e sou, atualmente, Vice-Presidente da Academia Portuguesa de Gastronomia. Vou a muitos restaurantes e, inclusive, sou conhecido por fazer listas de restaurantes para amigos. É bastante complicado conseguir uma gestão minimamente racional, mas tenho mantido o controlo da situação.

### **O que é a Academia Portuguesa de Gastronomia?**

É uma entidade pública que promove cuidados alimentares e ações para a melhoria da dieta dos portugueses. Para além de valorizar a qualidade da gastronomia portuguesa, atribuindo prémios a restaurantes e a cozinheiros, tem uma dimensão educativa.

A Academia é um grupo de 30 pessoas. Reunimos com alguma regularidade. Tem uma dimensão de amizade, de algum cosmopolitismo e de ajuda à promoção turística dos restaurantes portugueses.

### **Mantém um blogue que atualiza com regularidade...**

Na verdade, mantenho dois. Um deles chama-se *ponto come* e é dedicado à restauração. Dou especial atenção a restaurantes menos na moda, muitos de cozinha tradicional portuguesa, que é a minha especialidade.

O outro, *duas ou três coisas*, é uma espécie de diário, que comecei a 2 de fevereiro de 2009 e, desde então, não houve um dia em que não escrevesse lá. Partilho histórias da carreira e da vida, comento episódios do dia-a-dia. Deste blogue já resultou a publicação do livro “Antes que me esqueça”, que reúne 325 histórias. Já publiquei outro livro, “A Cidade imaginária”, dedicado à minha terra, Vila Real.

### **Mantem uma presença regular na comunicação social como comentador. O que o motiva a manter essa ligação com o debate público?**

Saí da carreira diplomática há 12 anos e, desde então, entendi ter algum tipo de participação de natureza política, sem necessariamente partidária, no debate público. Durante alguns tempos escrevi, regularmente, em jornais. Colaborei no Jornal de Notícias, no Jornal de Negócios, no Diário Económico, no Jornal Económico e na Mensagem de Lisboa.

Mais recentemente, foquei-me sobretudo na questão internacional. Durante três anos, em função do agravamento da situação internacional, fui comentador residente na CNN, onde intervinha 3 vezes por semana. Acabei por ter alguma exposição nessa área. Há um ano comuniquei à CNN que não queria continuar, porque o desgaste pessoal era grande.

Atualmente mantenho alguma presença pontual na comunicação social, de forma esporádica e sempre pro bono. Continuo atento, pois é um tema que me interessa e sobre o

qual ainda escrevo no meu blogue, embora de forma cada vez mais sintética.

### **Assumi recentemente a presidência da Assembleia Geral da APDP. O que o levou a aceitar este convite?**

Acima de tudo, o profundo respeito que tenho pelo trabalho da APDP. Conhecia a associação à distância, mas tive oportunidade de a conhecer mais diretamente, quando recorri aos seus serviços para obter orientação relativamente à diabetes. Ganhei um profundo apreço pelo trabalho desenvolvido, pela dedicação, pelas dificuldades até, algumas das quais incompreensíveis, no plano da própria relação com a vida oficial.

Por isso, quando recebi o convite, muito honroso, para presidir à Assembleia Geral, aceitei com todo o gosto. Faço-o com espírito de voluntariado e sem qualquer hesitação, porque entendo que devemos trabalhar e ajudar as causas e as instituições que respeitamos.

A APDP tem uma história extraordinária. A sua evolução, ao longo deste século, é notável. O papel que vem desempenhando em Portugal é de grande relevância e acho que, às vezes, as pessoas não têm a consciência do que tem sido feito. A APDP tem um papel central numa doença tão importante como a diabetes, que pode ser tratada e pode ser prevenida, se houver cuidado e atenção.

### **Que mensagem gostaria de nos deixar?**

A APDP precisa de ser mais conhecida, mais reconhecida e mais apoiada. É essencial estabelecer parcerias com outras entidades da área, em particular com as entidades oficiais. Olhem com especial atenção para aquilo que são as necessidades da APDP, tendo em conta o seu papel magnífico na sociedade portuguesa.





# Cuidar bem da **Diabetes**

---

pg **28**

**Agonistas dos  
recetores do GLP-1  
e Saúde Digestiva**

pg **32**

**Verificação  
de Factos:  
Nutrição**

pg **34**

**Consultórios  
Social e Clínico**

pg **36**

**Para além  
do Fígado Gordo**

pg **38**

**Nunca é tarde  
para aprender:  
o caminho para um  
envelhecimento  
ativo e saudável**

pg **40**

**Tabaco e Diabetes:  
5 dicas da OMS  
para deixar  
de fumar**

pg **42**

**Como gerir as suas  
24 horas para viver  
melhor com Diabetes**



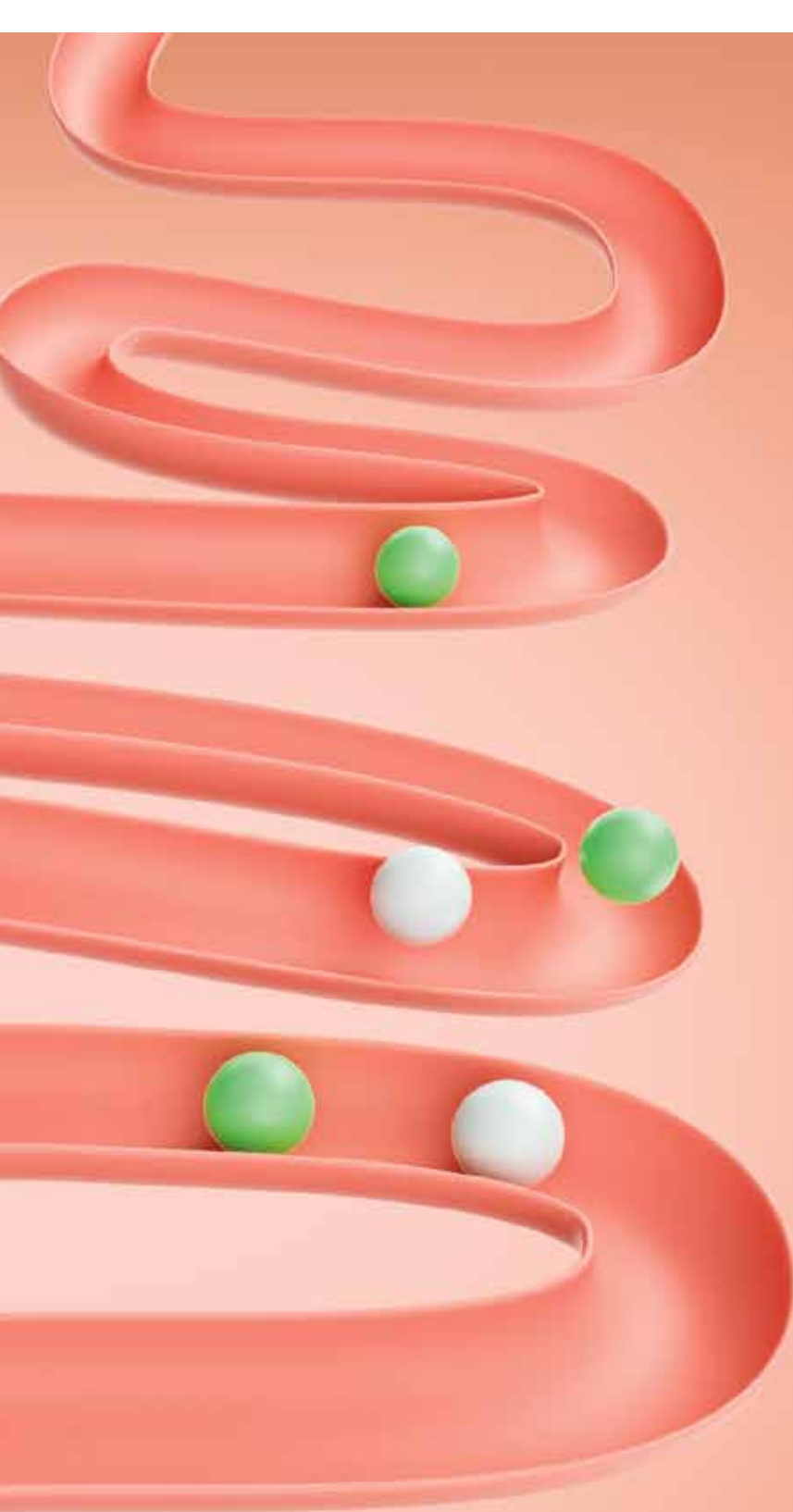
# Agonistas dos recetores do GLP-1 e Saúde Digestiva

## Medidas práticas para melhorar a tolerância

Os agonistas do recetor do GLP-1 (liraglutido, dulaglutido e semaglutido) e os agonistas duplos GLP-1/GIP (tirzepatida) representam um dos avanços mais significativos dos últimos anos no tratamento da diabetes tipo 2 e da obesidade. Comprovadamente eficazes na redução da glicemia e do peso corporal, estes medicamentos oferecem também benefícios adicionais ao nível cardiovascular e renal. No entanto, à semelhança de outros tratamentos, podem estar associados a efeitos adversos, sendo os sintomas gastrointestinais os mais frequentemente reportados.

Texto **BRUNO ALMEIDA** MÉDICO, ADJUNTO  
DO DIRETOR CLÍNICO DA APDP

Entre os efeitos mais comuns encontram-se a náusea, vômitos, diarreia, obstipação, sensação de enfiamento precoce, azia e, em alguns casos, dispepsia. Estes sintomas surgem habitualmente nas fases iniciais do tratamento e estão ligados ao próprio mecanismo de ação destes fármacos, que incluem o atraso do esvaziamento gástrico e a modulação do apetite. Embora geralmente sejam ligeiros e transitórios, podem causar desconforto e, se não forem geridos de forma adequada, levar à interrupção da terapêutica.

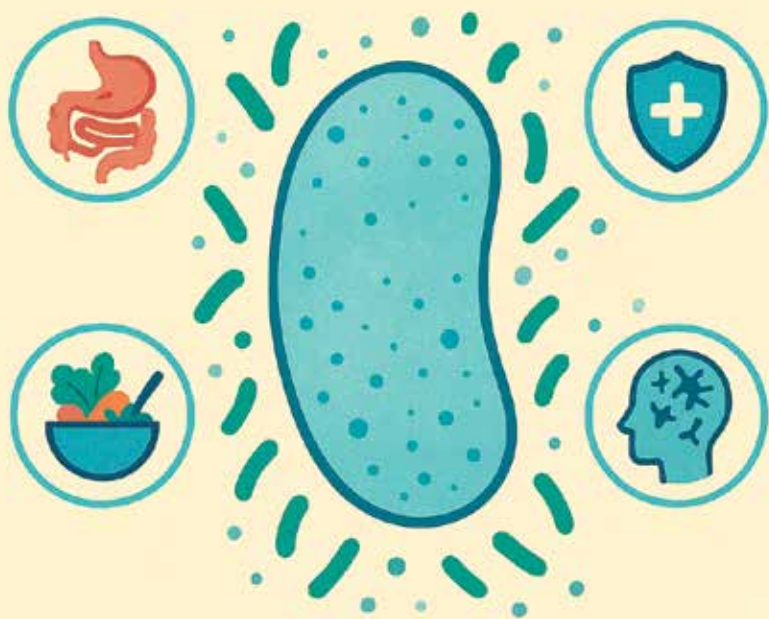


*Os sintomas, embora geralmente sejam ligeiros e transitórios, podem causar desconforto e, se não forem geridos de forma adequada, levar à interrupção da terapêutica.*

## Estratégias para minimizar os efeitos gastrointestinais

Perante a crescente utilização destes medicamentos em Portugal, torna-se essencial sensibilizar a população e os profissionais de saúde para estratégias que permitam minimizar os efeitos gastrointestinais, promovendo uma melhor adesão e continuidade do tratamento. Entre as medidas recomendadas destacam-se:

- **Aumentar as doses gradualmente.** De acordo com as indicações da bula do medicamento. É fundamental para reduzir a incidência e a intensidade dos sintomas. Em casos sensíveis, poderá ser necessário prolongar o tempo entre os aumentos de dose.
- **Educação e acompanhamento personalizado.** Explicar que os sintomas gastrointestinais são esperados e normalmente transitórios ajuda a reduzir a ansiedade e a melhorar a tolerância. A comunicação clara entre os profissionais de saúde e a pessoa é essencial nesta fase inicial.
- **Adaptar a alimentação.** Refeições mais pequenas e frequentes, com menor teor de gordura e condimentos, ajudam a reduzir a sensação de náusea e enfiamento. A hidratação adequada e evitar deitar-se logo após as refeições são também boas práticas.
- **Rever a dose em casos de maior intolerância.** Se os efeitos forem persistentes ou intensos, poderá ser necessário reduzir temporariamente a dose, ou fazer uma suspensão breve do tratamento, com reintrodução gradual posteriormente.
- **Medicação de suporte, se necessário.** Antieméticos, laxantes suaves ou anti-diarreicos podem ser utilizados temporariamente, sempre sob orientação médica, para alívio sintomático. Poder-se-á considerar a introdução de medicamentos probióticos, que apresentam cada vez maior evidência científica na modulação destes efeitos gastrointestinais.



**Os probióticos** devem ser tomados de forma contínua durante pelo menos 2 a 4 semanas, idealmente iniciando-se nos primeiros dias da terapêutica com GLP-1 ou GLP-1/GIP. Não substituem medidas dietéticas ou ajustes posológicos: são complementares, não alternativos, às estratégias já validadas para controlo dos efeitos adversos. A sua inclusão deve ser sempre feita com critério, sob orientação médica ou farmacêutica.

## Benefícios dos probióticos

**Melhoria da tolerância gastrointestinal.** Alguns estudos sugerem que os probióticos podem ajudar a reduzir sintomas como náuseas, distensão abdominal, obstipação e diarreia leve, ao promoverem um equilíbrio mais saudável da microbiota intestinal.

**Modulação do trânsito intestinal.** Certas estirpes probióticas (como *Bifidobacterium lactis*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Saccharomyces boulardii*) têm demonstrado capacidade de regular o trânsito intestinal, o que pode ser útil, tanto em casos de obstipação como de diarreia funcional.

**Redução da inflamação intestinal de baixo grau.** Os probióticos podem ter um efeito anti-inflamatório leve, ajudando a estabilizar a mucosa intestinal e reduzir a reatividade gástrica, o que pode contribuir para melhorar a dispepsia funcional e o desconforto após a refeição.

**Melhoria da adaptação do trato digestivo ao GLP-1 ou GLP-1/GIP.** Começa a existir alguma evidência científica que sugere que os probióticos podem ajudar o organismo a adaptar-se melhor ao atraso do esvaziamento gástrico, mitigando assim o desconforto inicial associado a essa alteração fisiológica. Quando combinados com uma alimentação equilibrada, rica em fibras prébióticas (como inulina ou frutooligosacarídeos), os probióticos podem potenciar os seus efeitos, promovendo uma microbiota mais resiliente e adaptada à terapêutica.

A crescente utilização dos agonistas do GLP-1 e GLP-1/GIP exige um reforço da informação, tanto para quem prescreve como para quem utiliza. A gestão proativa dos efeitos secundários, aliada a estratégias alimentares e ao uso criterioso de probióticos, pode fazer toda a diferença na continuidade do tratamento e, acima de tudo, na qualidade de vida das pessoas com diabetes tipo 2 e obesidade.



# E SE A FIXAÇÃO DEIXASSE DE SER UM PROBLEMA?

Peça  
a sua amostra  
gratuita através  
do QR Code.\*



## Cover

O adesivo que protege o sensor  
e/ou a bomba de insulina



## Underpatch

O adesivo que protege a pele



### Fixação

Mantém o dispositivo médico fixo e protegido



### Discrição

40% dos utilizadores procuram esta solução,  
para uma utilização mais discreta



### Proteção

Solução hipoalergénica que protege a pele  
de possíveis reações cutâneas



\*Oferta limitada aos primeiros  
100 pedidos

Verificação de  
**Factos**



# Nutrição

Verificado por **LÚCIA NARCISO** NUTRICIONISTA DA APDP

## A melancia não afeta a glicemia.

**Falso.** A melancia tem na sua composição mais de 90% de água. No entanto, também tem açúcares naturalmente presentes, que apresentam um índice glicémico (IG) elevado, o que significa que pode provocar um aumento mais rápido na glicemia.

Claro que o IG não pode ser analisado de forma isolada. Assim, é importante ter em conta outros fatores, nomeadamente, a quantidade de melancia e o que ingerimos em conjunto com a melancia.

Desta forma, podemos dizer que o segredo está na dose e no contexto: ingerir a quantidade de melancia que corresponde a 1 peça de fruta (cerca de 200g ainda com casca) no final de uma refeição rica em fibra, por exemplo, terá um impacto menor do que ingeri-la sozinha ou em jejum.

## Produtos ‘sem açúcar’ são sempre seguros para quem tem diabetes.

**Falso.** A menção “sem açúcar” nos rótulos dos alimentos pode ser um pouco enganadora, por isso é importante saber ler outras informações também presentes nos rótulos, nomeadamente, a lista de ingredientes e a declaração nutricional.

O que acontece com este tipo de produtos é que, de facto, não têm açúcar, entenda-se sacarina, o vulgar açúcar refinado, mas podem conter outros tipos de açúcar, que terão também impacto na glicemia, como maltodextrina, dextrose, maltose, xarope de glicose, açúcar invertido, entre outros.

Além disso, muitos destes alimentos podem ser ricos em gordura e/ou em sal, que, de certa forma, irá compensar em relação ao paladar. Por isso, não deixe de consultar a lista de ingredientes para verificar a adição de outros tipos de açúcar e a declaração nutricional, para poder comparar a quantidade de gordura e de sal.

A salientar que escolher alimentos menos processados será sempre melhor.

## O arroz integral não aumenta a glicemia

**Falso.** Espera-se que o arroz integral, por ter mais fibra, tenha um impacto mais lento na glicemia do que o arroz branco, por exemplo.

No entanto, é uma fonte de hidratos de carbono. O que significa que irá aumentar a glicemia, mas geralmente de forma mais gradual, por ter mais fibra, por ser digerido e absorvido mais lentamente.

A quantidade a consumir e o que é ingerido em conjunto com o arroz, continua a ser determinante na resposta glicémica.

Em resumo, trocar o arroz branco por arroz integral é uma boa estratégia para o controlo glicémico, dentro de um padrão alimentar equilibrado e sempre com atenção à quantidade.





# A Nova app do medidor de glucose GlucoMen areo GK



## O APOIO CERTO NO AUTOCONTROLO DA DIABETES

Transfira, registre e acompanhe os seus níveis de glucose em todos os momentos com segurança. Partilhe os dados com o seu profissional de saúde e/ou cuidador.



Diário glicémico



Análise de tendências e variações



Gráficos de fácil interpretação



Partilha de dados em tempo real



DESCARREGUE  
A APP



PEÇA JÁ o seu  
novo medidor  
800 200 468



**A.MENARINI**  
diagnostics

Viva uma Vida Nova



# Cartão Mais Pessoas

## – Apoio alimentar



**Marisa Araújo**  
Assistente social  
da APDP

### **O que é o Cartão Mais Pessoas?**

O Cartão Mais Pessoas é um cartão com o objetivo de assegurar uma alimentação equilibrada e digna às famílias que se encontrem em situação de vulnerabilidade. É um apoio atribuído pela Segurança Social, com financiamento do Fundo Social Europeu + através do Programa PESSOAS 2030.

Este cartão substitui os antigos cabazes alimentares e oferece mais liberdade de escolha aos beneficiários. Para beneficiar do mesmo, é necessário contactar uma entidade local, como a Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, IPSS ou outros serviços de ação social, e agendar um atendimento social. No atendimento social será realizada uma avaliação da situação socioeconómica do agregado familiar, com o objetivo de verificar se reúne os critérios necessários para beneficiar deste apoio.

### **Onde pode utilizar este cartão?**

Este cartão pode ser utilizado, atualmente, em 836 estabelecimentos aderentes, distribuídos pelo país, nomeadamente, Modelo Continente Hipermercado, Pingo Doce e Intermarché. Os estabelecimentos aderentes estão devidamente assinalados como “estabelecimentos aderentes” do Cartão Mais Pessoas.

### **Qual o valor mensal do Cartão Mais Pessoas?**

De acordo com o Despacho n.º 8869/2024, de 7 de agosto, o montante financeiro do cartão varia de acordo com a composição do agregado familiar. O valor é de 50,95€ pelo responsável do agregado familiar, mais 70% desse valor por cada membro do agregado familiar, menores ou maiores de idade. O cartão é carregado mensalmente. Através da aplicação “Portal Mais Pessoas”, é possível consultar o saldo e os movimentos de compras. Para aceder, basta criar uma conta com um e-mail válido.

### **Que tipo de bens posso comprar com este cartão?**

É possível adquirir bens essenciais como alimentos saudáveis: legumes, fruta, peixe, carne, ovos, leite, frutos secos, entre outros. Por outro lado, existem bens não elegíveis, nomeadamente: bebidas alcoólicas, doces e refrigerantes.

A lista completa de bens elegíveis pode ser consultada no “Portal Mais Pessoas”, após registo, ou junto das entidades locais.

### **Existe alguma linha de apoio?**

Sim, existe uma Linha de Atendimento - 800 520 523, gratuita das 9h00 às 17h nos dias úteis. Se não for neste horário, deverá contactar 213 501 566 (custo chamada local).

### **Para mais informações deve contactar ou agendar atendimento social nas entidades locais.**

O Gabinete de Serviço Social da APDP encontra-se ao seu dispor para qualquer esclarecimento adicional.



**João Filipe Raposo**  
Endocrinologista  
e diretor clínico da APDP

## A diabetes pode originar dores nas articulações?

Geralmente não se associa a diabetes a dores e outros problemas articulares, mas existem estudos científicos que demonstram que as pessoas com diabetes têm maior probabilidade de terem queixas osteoarticulares.

Algumas razões são conhecidas para esta possibilidade:

- A diabetes tipo 2 está associada ao excesso de peso e à obesidade e estas, pelo esforço continuado, sobretudo nas articulações dos membros inferiores, estão ligadas ao aparecimento de artroses.
- Enquanto doença autoimune, a diabetes tipo 1 pode estar associada a doenças autoimunes dos músculos e articulações (formas específicas de doenças reumáticas autoimunes).
- Alguns outros tipos de diabetes mais raros podem, também, estar associados a doenças osteoarticulares.

Uma diabetes mal controlada, com glicemias altas persistentes, pode provocar, por um mecanismo químico, que o açúcar fique ligado aos músculos e às cartilagens. Estas alterações podem tornar os músculos com menor capacidade de contração ou relaxamento e as cartilagens articulares com menor capacidade de regeneração. Estes processos estimulam ainda fenómenos inflamatórios que podem ser responsáveis pelo aparecimento das queixas dolorosas.

Este fenómeno é também o responsável pelo aparecimento mais frequente da síndrome do canal cárpico, em que existe um espessamento deste tipo de estruturas e que comprime os nervos e impede o funcionamento dos tendões e músculos das mãos.

### **Osteoartropatia de Charcot**

Existe na diabetes uma complicação articular que é a osteoartropatia de Charcot. É uma alteração inflamatória (por vezes quase despercebida nas fases iniciais), que pode evoluir para situações de destruição parcial ou total das articulações. Esta doença é mais típica das articulações do pé e tornozelo. No caso de ter queixas com frequência e/ou grande intensidade, deverá referi-las ao seu médico que verificará a necessidade de efetuar exames ou uma terapêutica.

# Para além do Fígado Gordo

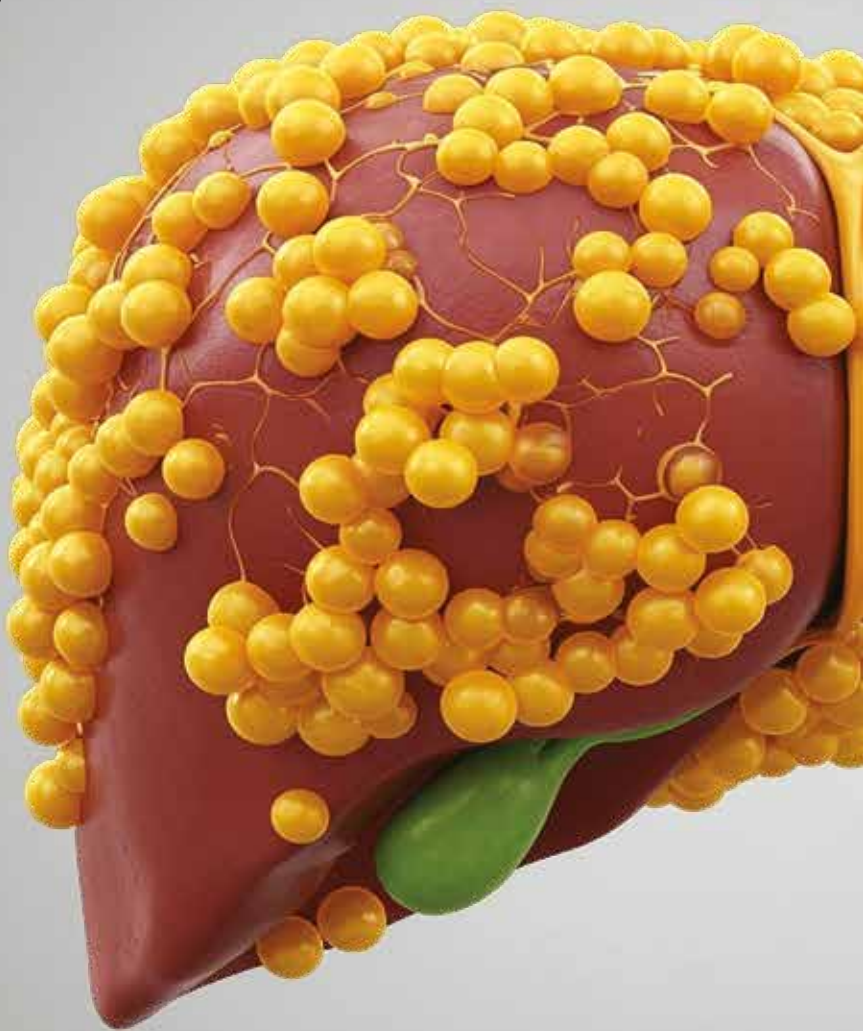
A esteatose hepática, que geralmente tem sido apelidada de fígado gordo, é hoje vista como o resultado de um somatório de origens.

Texto **ROGÉRIO RIBEIRO** INVESTIGADOR-COORDENADOR, DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO DA APDP

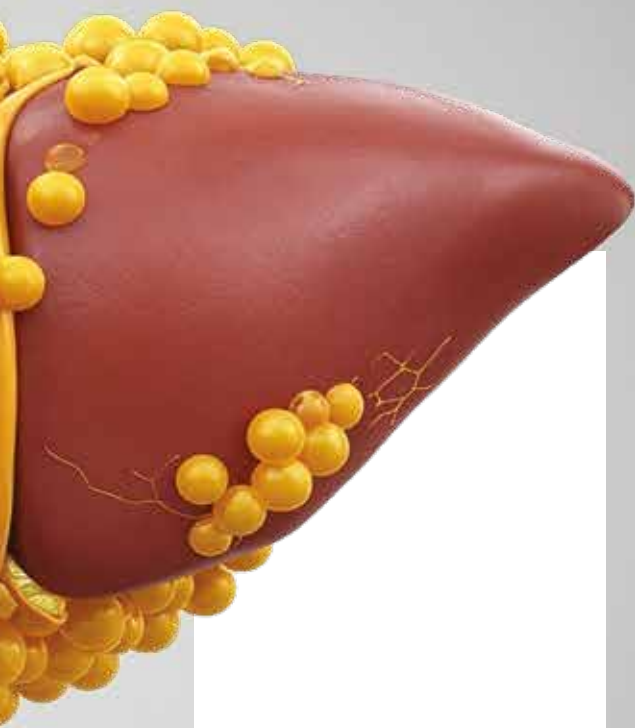
**P**ara o desenvolvimento de esteatose hepática, definida pela crescente acumulação de gordura no interior das principais células do fígado (esteatose), afetando o seu funcionamento, contribuem, entre outros, o aumento do peso corporal, o regime alimentar rico em alimentos processados, o consumo de bebidas alcoólicas ou refrigerantes, o sedentarismo e o mau controlo da diabetes.

Esta origem múltipla passou recentemente a ser refletida na forma como se designa, avalia e acompanha a doença hepática esteatótica, nomeadamente quando relacionada com a resistência à insulina e a diabetes, ou seja, quando se trata de Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD).

Uma preocupação crucial no desenvolvimento desta forma de fígado gordo é a progressão da infiltração de gordura para o estabelecimento de fibrose, que se apresenta como tecido cicatrizado no fígado, e posteriormente para cirrose, com risco de evolução para cancro hepático.







**Caminhamos assim para além do “Fígado Gordo”, com um olhar integrativo sobre a saúde hepática**, para o qual a APDP também tem contribuído, desde os necessários avanços no conhecimento e na investigação, até ao desenho de políticas públicas para a realização de rastreios sistemáticos, racionais em termos de custos, que sejam eficazes na prevenção da doença e na identificação dos candidatos adequados aos novos tratamentos.

### **Diabetes e fígado: uma relação estreita**

As pessoas com diabetes são particularmente suscetíveis a desenvolver MASLD. Em estudos realizados pela APDP, esta condição foi encontrada em cerca de 70% das pessoas com diabetes tipo 2. Em contraste, a condição surge em cerca de um terço dos adultos na população portuguesa, num testemunho à baixa adesão a hábitos saudáveis. Adicionalmente, uma declaração recente da Associação Americana de Diabetes (ADA) chama a atenção para a necessidade de mais investigação em relação ao impacto desta condição nas pessoas com diabetes tipo 1.

### **Como se diagnostica?**

A deteção do grau de fibrose em pessoas com diabetes é um desafio. Sendo a forma mais tradicional a biopsia, ou seja, a recolha invasiva de amostras de tecido hepático, têm sido testados métodos menos invasivos, de análises sanguíneas a métodos ecográficos, como a elastografia. Este exame de imagem avalia a rigidez relativa do fígado e tem vindo a mostrar-se um bom complemento a uma primeira avaliação por biomarcadores sanguíneos.

### **Estilos de vida e novas terapias**

O tratamento para a doença hepática esteatótica tem-se focado tradicionalmente na promoção dos estilos de vida saudáveis: dieta saudável, atividade física, controlo metabólico. Entretanto, têm surgido propostas de novos tratamentos farmacológicos, com benefícios na esteatose mas também na fibrose, como o fármaco que ativa especificamente os recetores beta da hormona tiroideia no fígado, aprovado recentemente pela Agência Europeia do Medicamento.

**A nova nomenclatura, que trouxe o termo MASLD,** veio também introduzir uma linguagem mais inclusiva e consciente. Esta mudança, procura evitar que o contacto com a equipa de saúde possa contribuir para sentimentos de estigma e discriminação, principalmente relacionados com a gestão do peso e dos estilos de vida. Assim, aposta na sensibilização dos profissionais de saúde para um diagnóstico definido pela positividade, com uma ligação clara aos fatores que estarão a contribuir para o desenvolvimento da condição, e para a promoção do papel ativo da pessoa na prevenção da doença ou no seu tratamento. “

# Nunca é tarde para aprender: o caminho para um envelhecimento ativo e saudável

Nunca é tarde para aprender a envelhecer de forma ativa e saudável. Este é um tema central numa sociedade marcada pelo envelhecimento demográfico, especialmente em Portugal, que, juntamente com a Itália, apresenta a mais elevada percentagem de população idosa na União Europeia, com quase dois idosos por cada jovem.

Texto **ANA CLARA SILVA,**  
DIRETORA REGIONAL PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS  
E LONGEVIDADE - GOVERNO REGIONAL DA MADEIRA

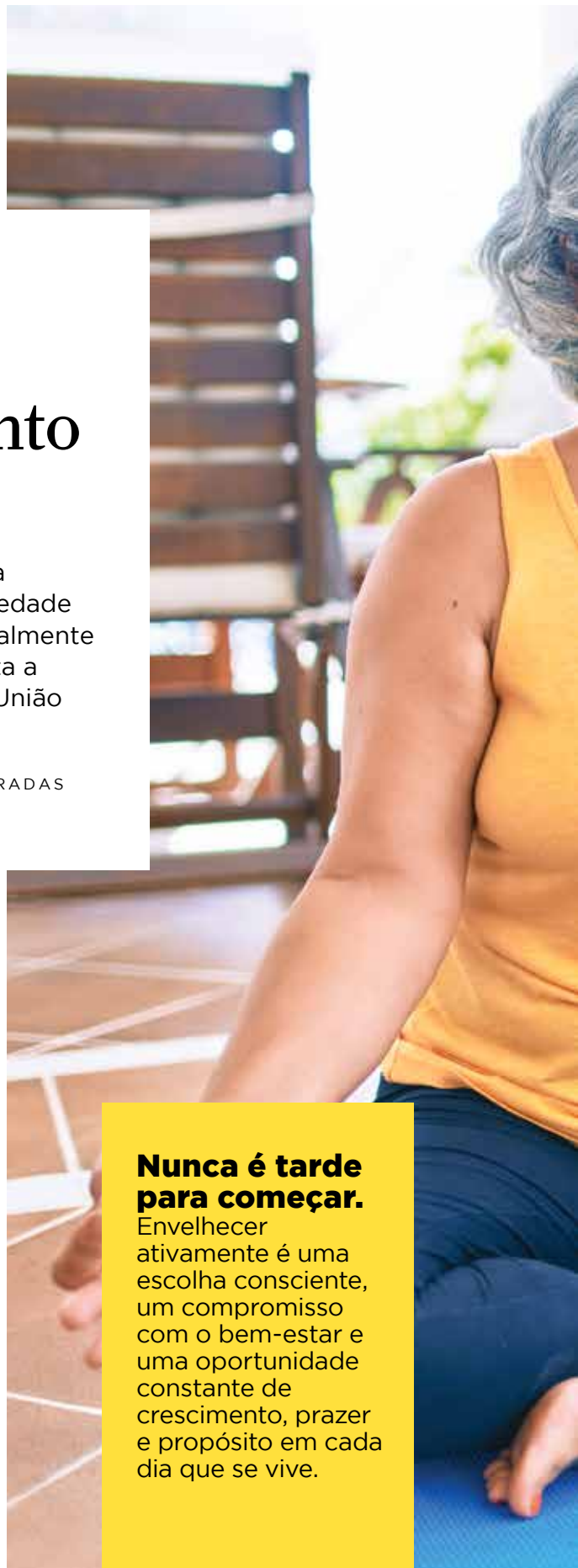
**E**nvelhecer ativamente significa adotar hábitos que preservem e potenciem a capacidade funcional, permitindo às pessoas mais velhas continuar a realizar as atividades que valorizam, independentemente da idade ou de condições crónicas que possam existir, como a diabetes.

A Organização Mundial da Saúde define envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, a qual promove o bem-estar em idades avançadas. Não é essencial estar totalmente livre de doenças para se envelhecer de forma saudável.

Muitas pessoas idosas têm doenças crónicas que, quando devidamente controladas, não comprometem significativamente o seu bem-estar. Importa sublinhar que não existe um padrão único para o envelhecimento – as capacidades físicas e mentais variam consideravelmente entre indivíduos da mesma faixa etária. As políticas e as ações devem, por isso, refletir esta diversidade, assegurando equidade ao longo da vida.

## **Nunca é tarde para começar.**

Envelhecer ativamente é uma escolha consciente, um compromisso com o bem-estar e uma oportunidade constante de crescimento, prazer e propósito em cada dia que se vive.





### **Três pilares do envelhecimento ativo e saudável**

Um envelhecimento ativo e saudável assenta fundamentalmente em três pilares essenciais: atividade física regular, nutrição equilibrada e sono de qualidade. A atividade física é especialmente importante e deve ser encarada como um "medicamento" de toma diária, essencial para preservar e melhorar a condição física, prevenir doenças e reforçar a saúde cardiovascular. Além disso, o movimento diário tem um impacto positivo no equilíbrio emocional, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão. Uma simples caminhada diária, exercícios de fortalecimento muscular ou práticas como o tai chi e a hidroginástica podem oferecer benefícios substanciais, incluindo melhorias na sensibilidade à insulina e controlo do peso corporal em pessoas com diabetes.

A nutrição também desempenha um papel central na saúde ao longo do envelhecimento. Recomenda-se uma alimentação equilibrada, preferencialmente alinhada com a Dieta Mediterrânica, rica em vegetais, frutas, cereais integrais e gorduras saudáveis, limitando-se o consumo de carnes vermelhas e açúcares. Este tipo de alimentação é reconhecido pela sua eficácia na prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e outras condições comuns em idade avançada.

A qualidade do sono é igualmente crucial. É essencial manter rotinas regulares de sono, criar um ambiente calmo e confortável e evitar estimulantes perto da hora de descanso. Dormir bem melhora a memória, o humor e fortalece o sistema imunológico, elementos fundamentais para uma vida ativa e saudável.

### **A importância das relações sociais**

Finalmente, um envelhecimento emocionalmente saudável requer conexão social e participação comunitária. A solidão e o isolamento são fatores de risco significativos para problemas de saúde física e mental. Assim, é fundamental cultivar relações sociais, seja através de redes presenciais ou digitais, participar em atividades comunitárias ou educativas, como as universidades seniores, e manter a estimulação cognitiva através da aprendizagem contínua.



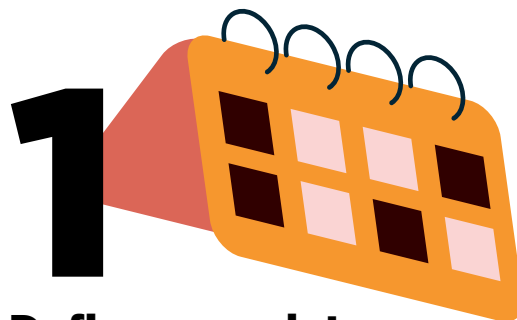
# Tabaco e Diabetes: 5 dicas da OMS para deixar de fumar

O tabaco tem efeitos nocivos sobre o sistema cardiovascular, a circulação sanguínea e a resposta à insulina. Para quem vive com diabetes, isto traduz-se num maior risco de enfarte, AVC, neuropatia e problemas renais. Já no caso das pessoas com pré-diabetes, fumar aumenta a probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2.

A boa notícia? Deixar de fumar tem benefícios quase imediatos para a saúde, e nunca é tarde para parar.

Se fuma, siga os cinco passos essenciais recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para deixar o tabaco.

Texto **MARIA JOÃO SEQUEIRA**

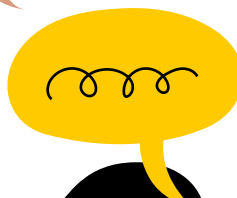


## Defina uma data para deixar de fumar

É importante escolher uma data para deixar de fumar o mais rápido possível. Dar a si próprio um prazo curto ajuda a manter o foco e a motivação para atingir o objetivo. Pode escolher uma data simbólica, como um aniversário, ou simplesmente começar hoje.



*Deixar de fumar é difícil, mas possível. Para quem vive com diabetes, este passo é ainda mais urgente. Respire fundo: o seu corpo (e a sua glicemia) agradecem*



## Anuncie que vai deixar de fumar

Conte aos seus familiares, amigos e colegas. Ter uma rede de apoio é fundamental neste processo. As pessoas com quem convive regularmente podem encorajá-lo a manter-se firme, lembrá-lo do seu objetivo e ajudá-lo a resistir à tentação. Se tiver amigos ou familiares que fumam, é uma boa ideia pedir-lhes que evitem fumar na sua presença.



# 3

## **Afaste-se dos gatilhos**

Eliminar os estímulos associados ao tabaco é meio caminho andado para evitar recaídas. Livre-se dos cinzeiros, isqueiros e maços que possa ter em casa ou no carro. O ideal é criar ambientes livres de fumo e evitar zonas de fumadores, pelo menos nos primeiros tempos.



# 4

## **Antecipe os desafios e saiba como reagir**

As primeiras semanas são, geralmente, as mais difíceis, devido aos sintomas de abstinência da nicotina e à quebra dos hábitos instalados. É essencial prever as dificuldades que poderá enfrentar. Quando sentir vontade de fumar, tente os seguintes passos:

- **Demorar:** adie o impulso de fumar o máximo que conseguir.
- **Respiração profunda:** inspire e expire profundamente 10 vezes.
- **Beber água:** mantenha-se hidratado. É uma alternativa saudável, que também ajuda a eliminar toxinas.
- **Distraia-se:** leia, caminhe, ouça música ou veja televisão. Envolver-se em qualquer atividade que o distraia e que não envolva fumar.



# 5

## **Procure apoio e, se necessário, tratamento**

Fale com um profissional de saúde sobre terapias de substituição da nicotina ou medicamentos que ajudem na cessação. Aplicações móveis, linhas de apoio ou grupos de entreaajuda também podem ser boas ferramentas.



# Como gerir as suas **24 horas** para viver melhor com Diabetes

Gerir a diabetes tipo 2 vai muito além da alimentação ou da toma da medicação. Todos os minutos contam e a forma como usamos o nosso tempo, desde o momento em que acordamos até ao deitar, tem impacto direto na glicemia, na saúde cardiovascular e no bem-estar geral. Neste artigo, exploramos o “modelo das 24 horas de movimento” e como a combinação entre sono de qualidade, menos tempo sentado, mais movimento e exercício físico regular pode fazer a diferença.

Texto **JOÃO P. MAGALHÃES E ESTELA C. OLIVEIRA**  
LABORATÓRIO DE EXERCÍCIO E SAÚDE, CIPER, FACULDADE DE  
MOTRICIDADE HUMANA, UNIVERSIDADE DE LISBOA





As atuais recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Associação Europeia para o Estudo da Diabetes defendem que as pessoas com diabetes tipo 2 devem realizar:

- **Exercício aeróbico:** no mínimo 150 minutos/semana de atividade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa (ou combinação das duas), em, pelo menos, 3 dias/semana, evitando estar 2 dias seguidos sem treinar (por exemplo, atividades como a caminhada, natação, bicicleta).
- **Exercício de força:** no mínimo 2 dias da semana, para os principais grupos musculares (por exemplo, musculação).
- **Exercícios de flexibilidade e/ou equilíbrio:** 2 a 3 vezes por semana.

O cumprimento destas recomendações confere diversos benefícios às pessoas com diabetes tipo 2, nomeadamente: melhorias na glicemia, no peso e na sua qualidade de vida/bem-estar, bem como a redução do risco de doenças cardiovasculares e mortalidade.

### **Mas atenção: 30 minutos de exercício são apenas 2% do seu dia!**

E os outros 98%? Também contam! A forma como usamos as 24 horas do nosso dia afeta o controlo da diabetes, o peso, a energia e até o humor. Para além do tempo de exercício, devemos também ter atenção às horas sentadas, aos pequenos movimentos do dia-a-dia e ao sono. Tudo isto faz parte do “modelo das 24 horas de movimento”, que nos convida a olhar para o dia como um todo e a procurar uma gestão equilibrada entre estes quatro comportamentos.

### Dormir bem também é cuidar da saúde

O sono, tal como o movimento, é um pilar essencial da saúde, sobretudo na diabetes. Dormir menos de 6 horas ou mais de 8 piora o controlo glicémico, aumenta o peso, promove a fadiga e as alterações de humor. Adotar horários regulares, evitar ecrãs à noite e criar um ambiente calmo antes de ir para a cama são boas estratégias para melhorar a sua qualidade de sono.

### Pequenos movimentos com grande impacto

É crucial distinguir atividade física de exercício físico. Atividade física é qualquer movimento que aumenta o gasto de energia. Já o exercício é uma atividade planeada, estruturada, com o objetivo de melhorar a aptidão física (e.g., força, velocidade, ou até a composição corporal).

Neste contexto, quanto mais tempo passamos ativos, melhor para a saúde - mesmo que não seja a treinar. Atividades físicas de intensidade leve/moderada ao longo do dia, como caminhar, arrumar a casa, ou tomar conta do jardim ajudam a melhorar o controlo glicémico.

### Reduzir o tempo em comportamento sedentário melhora a sua saúde.

Despender mais de 8 horas por dia em comportamentos sedentários (na posição de sentado, deitado, ou inclinado durante o período de acordado) aumenta o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e mortalidade. De forma a contrariar os efeitos prejudiciais do comportamento sedentário, é importante interromper o tempo sentado a cada 30-60 minutos com alguns passos ou alongamentos.

#### Reduza o tempo que passa sentado:

- Reduzir 1 hora de comportamento sedentário por dia pode diminuir o risco de doenças cardiovasculares em 16%.
- Substituir 30 minutos de tempo sentado por atividade leve reduz a mortalidade em 11% e o risco de doenças cardiovasculares em 24%.

#### Pequenas pausas ativas são benéficas:

- Caminhar 2 minutos a cada meia hora sentado reduz a glicemia em 16%.
- Aproveite o período após as refeições para fazer pausas em pé, caminhar ou pedalar, de forma a melhorar a sua glicemia.

Todos estes comportamentos estão interligados: dormir bem ajuda a mexer-se mais; ser ativo melhora o sono; menos tempo sentado melhora o controlo glicémico. O que fazemos ao longo do dia influencia diretamente o metabolismo e o controlo da diabetes.





### **A tecnologia como aliada.**

Usar relógios inteligentes ou aplicações no telemóvel para monitorizar passos, tempo sentado, níveis de atividade física e até a qualidade do sono ajuda-nos a ganhar consciência dos nossos padrões diários. Um bom exemplo é o uso da tecnologia para monitorizar o número de passos.

### **Cada minuto conta.**

O mais importante é saber que não precisa de mudar tudo de uma vez! Bastam pequenas alterações sustentáveis na sua rotina: deitar-se mais cedo, levantar-se mais vezes durante o dia de trabalho ou caminhar durante uma chamada.

O modelo das 24 horas ensina-nos isso mesmo: a saúde constrói-se a cada minuto - em movimento, repouso e descanso. Encontrar equilíbrio entre as diferentes partes do dia pode parecer um desafio, e é aqui que o acompanhamento por um fisiologista do exercício faz a diferença. Estes profissionais ajudam-nos a adaptar as recomendações às suas necessidades, de forma segura e eficaz. Se tiver dúvidas, fale com um fisiologista do exercício.

### **Mas qual o número de passos que devo dar por dia?**

Em média, os adultos devem realizar entre **8.000 a 10.000 passos por dia**, enquanto pessoas idosas ou com limitações devem realizar entre **6.000 a 8.000 passos por dia**. Se não conseguir alcançar estes valores não se preocupe. A literatura científica mostra que um **aumento de 1.000 passos por dia induz uma redução no risco de mortalidade em 12-15%**.









# Comer **bem**

---

pg **48**

**Tecnologia,  
Alimentação  
e Diabetes**

pg **54**

**Conheça  
e compare:  
Leguminosas**

pg **57**

**Fruta da época:  
figo**

pg **58**


**Receitas**



# Tecnologia, Alimentação e Diabetes

A terapêutica da diabetes assenta em três pilares fundamentais: alimentação, atividade física e terapêutica oral e/ou injetável. Entre estes, a alimentação, e em particular o consumo de hidratos de carbono, assume um papel fundamental na gestão da doença.

Texto **MAFALDA PINTO** NUTRICIONISTA DA APDP



**E**ntre todos os nutrientes, os hidratos de carbono (HC) são os que mais influenciam a glicemia após as refeições, tendo em conta que a maioria dos HC ingeridos são convertidos em glicose até 2 horas após a refeição. A quantidade, o tipo e a fonte de HC são determinantes na resposta glicémica. No entanto, a quantidade total de HC de cada refeição tem prioridade na avaliação do impacto destes na glicemia.





## **Contagem de hidratos de carbono**

A contagem de hidratos de carbono (CHC) tem demonstrado ser eficaz na melhoria do controlo glicémico e da qualidade de vida de todas as pessoas com diabetes, com particular destaque no ajuste da terapêutica com insulina. Contudo, continua a ser um dos principais desafios para as pessoas com diabetes, bem como dos seus familiares e cuidadores, uma vez que exige tempo, rigor e literacia em saúde. Esta complexidade pode comprometer a adesão e levar à adoção de estratégias menos rigorosas, afetando negativamente o controlo glicémico e aumentando o risco de complicações a médio e longo prazo.




## **Tecnologia ao serviço da diabetes**

Com o avanço da tecnologia nas últimas décadas, surgiram diversas ferramentas digitais e dispositivos que vieram transformar a gestão da diabetes, como a monitorização contínua da glicose (MCG) e os calculadores de HC, bem como os Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (SPSCI) e os calculadores de bolus, na gestão da Diabetes Tipo 1 (DT1). A maioria destes dispositivos permitem ajustes terapêuticos mais eficazes com base na ingestão alimentar, nos valores de glicemia e na atividade física.

No âmbito da CHC, surgiram diversas aplicações móveis (apps) que facilitam este processo, tendo em conta que promovem um maior rigor, autonomia, segurança e facilitam a gestão da alimentação por parte das pessoas com diabetes.

No entanto, algumas destas apps, e até mesmo chats de inteligência artificial, nem sempre indicam a origem da informação nutricional apresentada, nem especificam a quantidade de alimento a que essa informação corresponde. Para além disso, recorrem frequentemente a dados de fontes internacionais ou a informações retiradas de rótulos alimentares. É importante notar que os produtos alimentares embalados sofrem reformulações frequentes, o que dificulta a atualização da informação disponibilizada, comprometendo a fiabilidade dos dados.

Assim, é de extrema importância selecionar apps com dados maioritariamente provenientes da Tabela de Composição de Alimentos (TCA) do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), e que apresentem a informação por 100 g de alimento, de forma a uniformizar a informação disponibilizada em Portugal e facilitar a interpretação da mesma.



*É de extrema importância selecionar apps com dados maioritariamente provenientes da Tabela de Composição de Alimentos (TCA) do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), e que apresentem a informação por 100 g de alimento, de forma a uniformizar a informação disponibilizada em Portugal e facilitar a interpretação da mesma.*





## Tecnologia como aliada em contexto escolar

Em contexto pediátrico, a tecnologia pode ter um papel fundamental no ambiente escolar, onde crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo. A capacitação das equipas escolares para a utilização de apps para CHC pode aumentar a confiança e a segurança na administração da insulina nestes contextos.

### Apps disponíveis em Portugal

Entre as apps disponíveis em Portugal, destaca-se a “Comer com DT1”, desenvolvida para responder às necessidades das pessoas com DT1. Esta aplicação integra a TCA e informação nutricional de várias cadeias de fast-food. Esta app permite seleccionar alimentos, indicar a quantidade ingerida (em gramas) e com esses dados, calcula automaticamente os HC presentes no alimento. Além disso, permite adicionar vários alimentos por refeição, registar novos alimentos, calcular a quantidade de HC de receitas personalizadas e ter um histórico de refeições.

Por outro lado, existe a app “FatSecret”, que embora não tenha sido desenvolvida especificamente para pessoas com diabetes, pode ser útil para alimentos não contemplados na TCA, como pratos típicos de outras culturas, sobremesas ou pratos compostos. Os valores são apresentados por 100g de alimento ou por dose média de consumo, o que, embora menos fiável, pode ser prático em situações em que pesar os alimentos não é viável, como em refeições fora de casa.

Apesar da evolução tecnológica, ainda não existe uma app validada que permita estimar, com precisão, a quantidade de HC de uma refeição através de uma imagem — uma funcionalidade que seria especialmente útil em refeições realizadas fora de casa ou em eventos sociais.

### Olhar para a refeição como um todo

É importante ainda realçar que o melhor método para realizar a CHC é aquele que melhor se ajusta ao dia-a-dia da pessoa com diabetes e a cada tipo de tratamento e, embora a quantidade de HC seja determinante na gestão da diabetes, não é o único fator que influencia a resposta glicémica após as refeições. Alimentos com a mesma quantidade de HC podem gerar respostas glicémicas distintas, dependendo do seu índice glicémico, teor de gordura e/ou teor de proteína. Por isso, para além da CHC, é fundamental ter em conta a composição global da refeição e monitorizar a resposta glicémica após as refeições. Assim, as diferentes abordagens para CHC e as estratégias para gerir refeições com maior teor de gordura e/ou proteína devem ser discutidas e planeadas com o apoio do nutricionista da equipa.



*A tecnologia tem vindo a assumir um papel cada vez mais relevante na forma como as pessoas com diabetes gerem a sua alimentação e a terapêutica, representando uma aliada na promoção da autonomia, no rigor e na melhoria do controlo metabólico e da qualidade de vida. Para que o seu impacto seja verdadeiramente positivo, é essencial que a utilização destas ferramentas seja integrada numa abordagem clínica multidisciplinar e individualizada.*

# Conheça e compare

## Leguminosas

As leguminosas são alimentos de elevado interesse nutricional e baixo custo, destacam-se por fornecerem quantidades consideráveis de proteína vegetal, fibra e hidratos de carbono (HC) de baixo índice glicémico, com efeitos na promoção da saciedade, menor elevação da glicemia após as refeições, regulação do trânsito intestinal e controlo dos níveis de colesterol. Contêm ainda uma variedade de vitaminas e sais minerais, dos quais se destacam o ácido fólico, o potássio, o magnésio, o ferro e zinco.

- As **leguminosas frescas** podem ser adicionadas diretamente para cozedura, enquanto as **leguminosas secas** devem ser demolhadas previamente durante 8 a 12 horas antes de as cozinhar. Neste processo, a água da demolha deverá ser substituída por água limpa, pelo menos duas vezes. No final, elimine a água da demolha e lave as leguminosas em água corrente, antes da confeção.

- Podem ser consumidas em diversas preparações, cozinhadas com especiarias e combinadas com outros alimentos. Por exemplo: sopas, estufados, jardineiras, saladas, hambúrgueres e almôndegas caseiros, húmus (pasta de grão), farinha para pães.

### ERVILHA FRESCA, COZIDA - 80G

**58 kcal | 6,3 g HC**  
**3,8 g fibra | 4,9 g proteína**



### FAVA FRESCA, COZIDA - 80G

**58 kcal | 5,9 g HC**  
**4,6 g fibra | 5,4 g proteína**



### GRÃO-DE-BICO DEMOLHADO, COZIDO - 80G

**104 kcal | 13,3 g HC**  
**4 g fibra | 6,7 g proteína**



### FEIJÃO MANTEIGA DEMOLHADO, COZIDO - 80G

**86 kcal | 11,2 g HC**  
**5,6 g fibra | 6,2 g proteína**



### LENTILHA DEMOLHADA, COZIDA - 80G

**92 kcal | 13,4 g HC**  
**3,5 g fibra | 7,2 g proteína**



### TREMOÇO COZIDO, SEM SAL - 80G

**99 kcal | 5,7 g HC**  
**3,8 g fibra | 12,8 g proteína**





# JUNTE-SE HOJE À



## apdp

Associação Protectora  
dos Diabéticos de Portugal



## Boas razões para ser sócio da APDP:

- Apoie uma causa justa, contribuindo para a luta contra a diabetes e suas consequências.
- Apoie a APDP em projetos de investigação e formação, com vista à prevenção da diabetes e à melhoria do tratamento e qualidade de vida das pessoas com diabetes, familiares e cuidadores.
- Receba gratuitamente as 4 edições anuais da revista "Diabetes – Viver em Equilíbrio".
- Receba informação personalizada sobre as atividades e estudos da APDP.
- Tenha acesso a descontos nos nossos cursos de formação para pessoas com diabetes.
- Usufrua de descontos nos nossos serviços: farmácia e serviços de saúde não cobertos por acordos, subsistemas ou seguros.
- Beneficie de descontos na aquisição de livros, publicações editadas pela APDP e outros materiais.
- Beneficie de condições especiais em entidades parceiras da APDP.
- Colabore na vida de uma associação ao serviço da comunidade, apoiando a sua atividade e desenvolvimento.

**Contacte-nos: 213816122 | [socios@apdp.pt](mailto:socios@apdp.pt)**

# Ficha de Novo Associado

Seja nosso associado! Preencha esta ficha e devolva-a por correio, ou entregue-a diretamente na nossa receção. Em alternativa, pode preencher a ficha de novo associado no nosso website [www.apdp.pt](http://www.apdp.pt)



## Dados Pessoais \* Dados obrigatórios

Nome\* \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Data de Nascimento\*   /   /

NIF\*

BI/CC\*

Morada\* \_\_\_\_\_

Código Postal\*      -

Localidade\* \_\_\_\_\_

País\* \_\_\_\_\_

Telefone

Telemóvel

## Informações sobre pagamento

Quota: 4,00 euros/ mês

### Qual o valor anual que vai pagar:

Donativo  100€  75€  50€    
 (Outro valor)

Valor relativo a 2025 (quota)

**Total** (donativo + quota)

(preencher só em caso de pretender efetuar o pagamento por débito direto)

### Como pretende efetuar o pagamento das quotas?

Receção da APDP ☐ Referência multibanco ☐

**Débito direto** ☐ Transferência bancária ☐

### Autorização de débito direto

(Primeiro débito no mês de adesão)

☐ Declaro que autorizo que, por débito direto na conta abaixo indicada, procedam ao pagamento da minha quotização da seguinte forma:

Autorização Débito Direto

Identificação do Credor

1  0  9  1  8  4

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(data)

Assinatura: \_\_\_\_\_  
(Titular/ Se Testemunha BI/CC nº: \_\_\_\_\_ )

A APDP é a entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais. Os seus dados de contacto eletrónico, telefónico e morada são recolhidos com base no seu consentimento e destinam-se à comunicação e divulgação da nossa newsletter, revistas, formações e outras informações institucionais da APDP. A APDP pode partilhar os seus dados pessoais com empresas que lhe prestem serviços e que, em nosso nome e por nossa conta, tratam os seus dados pessoais, designadamente a fornecedores de tecnologia de informação e de serviços de comunicação (revista e *newsletter* da APDP). O período de tempo durante o qual os seus dados pessoais são conservados é o necessário à finalidade para a qual serão tratados, findo o qual serão destruídos, ou até que exerça o seu direito de retirar o consentimento. Nos termos legais, são-lhe garantidos os direitos de acesso, retificação, limitação de tratamento, oposição, portabilidade e eliminação dos seus dados pessoais, mediante contacto direto com a APDP. O titular dos dados tem, ainda, direito a apresentar reclamação à CNPD ou outra entidade de controlo competente nos termos da Lei. Contacto do Encarregado de Proteção de Dados: [rgpd@apdp.pt](mailto:rgpd@apdp.pt).

Autoriza a utilização dos seus dados de contacto eletrónico, telefónico e morada para envio de newsletters, revistas, formações e outras informações institucionais da APDP?

**Autorizo** ☐ **Não autorizo** ☐ Assinatura: \_\_\_\_\_  
(Titular/ Se Testemunha BI/CC nº: \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(data)

**Fruta**  
da época  
PRODUÇÃO  
NACIONAL

# Figo

Texto **LISANDRA RIBEIRO** NUTRICIONISTA DA APDP

A pequena abertura na base do figo deve ter uma cor avermelhada (se estiver esverdeada, significa que o figo ainda não está maduro).



## Conservação

Os figos maduros devem ser conservados no frigorífico, devidamente cobertos ou embalados, para evitar que sequem, fiquem esmagados ou absorvam odores de outros alimentos. Já os figos que ainda não estão maduros podem permanecer à temperatura ambiente, desde que não fiquem expostos à luz solar direta, permitindo assim que amadureçam naturalmente. Por sua vez, os figos secos têm uma durabilidade superior e podem conservar-se durante vários meses, desde que armazenados num local seco, fresco e protegido da luz.

O figo é uma fruta rica em fibra, antioxidantes e nutrientes essenciais como cálcio, potássio, magnésio, manganês, cobre e vitamina K. Pode ser consumido fresco ou seco e fazer parte de uma alimentação saudável, equilibrada e sustentável. No entanto, devido ao seu conteúdo em frutose (açúcar naturalmente presente) é importante consumi-lo com moderação para evitar aumentos acentuados na glicemia (açúcar no sangue).

### Como escolher:

O figo fresco estraga-se com facilidade, por isso é aconselhável comprar apenas a quantidade que vai ser consumida nos próximos dias. Ao escolher, deve-se optar por figos com a casca ligeiramente enrugada, intacta e macia ao toque, mas não demasiado mole.

## INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

**60g fresco**

Calorias

**47,4 kcal**

Proteínas

**0,5 g**

Gorduras

**0,3 g**

Fibras

**1,4 g**

Hidratos de carbono

**9,8 g**

**8g seco**

**21,6 kcal**

**0,18 g**

**0 g**

**0,9 g**

**4,7 g**





# Gaspacho



Preparação  
**40 mn**



Serve  
**4 pessoas**

## INGREDIENTES

**700 g** de tomate  
**2** ovos  
1 pimento vermelho (**300 g**)  
Meio pimento verde (**150 g**)  
Meio pepino (**150 g**)  
Meia cebola (**80 g**)  
**2 dentes** de alho  
**3 colheres** de sopa de vinagre  
Manjerição fresco  
**2 colheres** de sopa de azeite  
**2 ou 3 cubos** de gelo  
Pimenta  
Sal **q.b.**

## PREPARAÇÃO

1. Ponha os ovos a cozer.
2. Prepare os legumes todos e retire todas as sementes.
3. Reserve um pouco de pimento vermelho e coloque os restantes legumes partidos aos bocados num picador elétrico até estar tudo desfeito.
4. Junte o azeite, o vinagre, o sal e a pimenta e pique novamente até a mistura ficar cremosa.
5. No fim adicione alguns cubos de gelo e triture durante mais um pouco.
6. Ao servir coloque o gaspacho em taças de vidro transparente e coloque por cima o pimento vermelho e os ovos partidos aos quadradinhos.
7. Acrescente o manjerição picado.

## DECLARAÇÃO NUTRICIONAL POR DOSE

Calorias	Proteínas	Lípidos	Hidratos de carbono
<b>145 kcal</b>	<b>9 g</b>	<b>7 g</b>	<b>9 g</b>

# Figos com presunto e burrata



Preparação  
**30 mn**



Serve  
**4 pessoas**

## INGREDIENTES

**16** mini tostas  
4 figos pequenos (**200 g**)  
2 bolas de burrata (**30 g**)  
**6 fatias** de presunto extra magro  
Meia Cebola (**80 g**)  
**1 colher** de sopa de azeite  
**2 colheres** de sopa de vinagre balsâmico  
Miolo de **2 nozes**  
Manjeriço fresco  
Tomilho fresco

## PREPARAÇÃO

1. Parta os figos em pedacinhos.
2. Parta as fatias de presunto em tiras grossas.
3. Pique o miolo das nozes.
4. Pique a cebola, coloque os figos numa frigideira juntamente com o tomilho e o vinagre balsâmico e vá mexendo devagar até reduzir o molho.
5. Disponha a mistura num prato e parta as bolas de burrata por cima dos figos.
6. Depois coloque as tiras de presunto, as folhas de manjeriço, o azeite e polvilhe com as nozes picadas.
7. Coloque o preparado em cima das mini tostas.

## DECLARAÇÃO NUTRICIONAL POR DOSE

Calorias	Proteínas	Lípidos	Hidratos de carbono
<b>169 kcal</b>	<b>8 g</b>	<b>9 g</b>	<b>14 g</b>

Fotografias: **RICARDO POLÓNIO - LIVING ALLOWED** | Produção e foodstyling: **RITA AMARAL DIAS - LIVING ALLOWED** | Acessórios de produção: **CASA E ZARA HOME**









# Salada de sardinha com manga e grão



Preparação  
**20 mn**



Serve  
**4 pessoas**

## INGREDIENTES

**3 latas** de sardinhas ao natural

**150 g** de grão cozido

1 manga (**300 g**)

**2** ovos

**100 g** de tomate cereja

**50 g** de aipo

**1** alface

**20 g** de caju

**1** lima

**1 colher** de sopa de azeite

Coentros

Pimenta

## PREPARAÇÃO

1. Ponha os ovos a cozer.
2. Descasque a manga e corte-a em cubos pequenos; coloque numa taça.
3. Prepare o aipo e corte-o também aos quadradinhos pequenos.
4. Adicione os tomates cereja partidos ao meio, o grão cozido e os caju.
5. Tempere com a raspa da lima e com pimenta.
6. Escorra as sardinhas, divida-as em duas e regue com o sumo de lima e envolva-as delicadamente à mistura.
7. Descasque os ovos.
8. Use folhas da alface mais interiores e seque-as.
9. Use 4 taças e forre-as com as folhas de alface.
10. Depois divida a mistura pelas taças e coloque meio ovo em cada taça, com a gema para cima, ou parta-o aos quadradinhos se preferir.
11. Polvilhe com coentros picados e tempere com o azeite.

## INFORMAÇÃO NUTRICIONAL POR DOSE

Calorias

**278 kcal**

Proteínas

**23 g**

Lípidos

**14 g**

Hidratos de carbono

**15 g**

Fotografias: **RICARDO POLÓNIO - LIVING ALLOWED** | Produção e foodstyling: **RITA AMARAL DIAS - LIVING ALLOWED** | Acessórios de produção: **CASA E ZARA HOME**



# Rolo de legumes com salmão fumado



Preparação  
**45 mn**



Serve  
**4 pessoas**

## INGREDIENTES

**200 g** de salmão fumado  
(com redução de sal)

**300 g** de cenoura

**300 g** de batata

**120 g** de beterraba

**4** ovos

**50 g** de queijo mozzarella  
ralado *light*

**100 g** de queijo cottage  
*light*

Cebolinho fresco

**100 g** de espinafres frescos

Alho em pó

Pimenta

Orégãos secos

Sal **q.b.**

## PREPARAÇÃO

1. Ponha 2 ovos a cozer.
  2. Descasque as batatas e faça-lhes uma pré-cozedura durante 5 a 7 minutos; depois rale-as.
  3. Descasque também as cenouras e a beterraba e rale-as igualmente.
  4. Misture os legumes com 2 ovos crus e o queijo ralado, tempere com alho em pó, orégãos secos e uma pitadinha de sal.
  5. Coloque o preparado num tabuleiro forrado com papel vegetal e meta no forno a 150º durante cerca de 15 minutos, até ficar tostado. Deixe arrefecer um pouco.
  6. Entretanto descasque os ovos cozidos e lave os espinafres frescos.
  7. Pique o cebolinho, misture-o com o queijo creme cottage light e tempere com pimenta a gosto.
  8. Depois coloque a mistura dos legumes numa travessa, barre-a com o queijo cottage com o cebolinho, a seguir distribua por cima as folhas de espinafres, os ovos às rodellas, e finalmente as fatias de salmão fumado.
  9. Enrole tudo com cuidado e sirva em fatias largas.
- Nota: se quiser pode trocar o salmão fumado por atum, ao natural.

## DECLARAÇÃO NUTRICIONAL POR DOSE

Calorias

**281 kcal**

Proteínas

**24 g**

Lípidos

**13 g**

Hidratos de carbono

**17 g**

Fotografias: **RICARDO POLÓNIO - LIVING ALLOWED** | Produção e foodstyling: **RITA AMARAL DIAS - LIVING ALLOWED** | Acessórios de produção: **CASA E ZARA HOME**





# Dom Pedro II do Brasil

D. Pedro II (1825-1891) foi o segundo e último Imperador do Brasil. Tornou-se príncipe regente aos 5 anos de idade, quando seu pai, D. Pedro I, abdicou do trono e regressou a Lisboa. Aos 15 anos é coroado Imperador do Brasil e manteve-se durante os 50 anos seguintes, até ao dia 15 de novembro de 1889, altura em que foi proclamada a República.

Crónica de **LUIS GARDETE CORREIA**

Nasceu no Rio de Janeiro, filho do primeiro Imperador do Brasil, D. Pedro I, e da Imperatriz Dona Maria Leopoldina. A sua mãe faleceu em 1826, deixando o filho Pedro, com apenas 1 ano, aos cuidados da camareira-mor.

Pedro de Alcântara havia herdado o trono por indisponibilidade dos seus irmãos mais velhos, por parte do pai, D. Miguel, que foi Rei de Portugal, e D. Henrique, mais tarde cardeal. A irmã, por parte da mãe, D. Januárias, casou com o príncipe D. Luís, Conde de Aquila.

O seu pai vinha enfrentando severa oposição política e viu-se obrigado a abdicar do trono no dia 7 de abril de 1831, partindo com o objetivo de defender o trono de sua filha, D. Maria II, em Portugal. Embarcou para Portugal, deixando o filho Pedro com 5 anos, como “regente”.

Pedro de Alcântara recebeu uma esmerada educação. Essa educação foi parte da preparação para que ele pudesse assumir o trono, quando alcançasse a maioridade.

Passava-se então um período de grande instabilidade política, com lutas entre liberais e conservadores. As disputas políticas e a instabilidade do país levaram os liberais a apoiarem a antecipação da maioridade do príncipe herdeiro.

Tinha então 14 anos. Esse movimento, que o levou a antecipar a tomada do trono, ficou conhecido como o “Golpe da Maioridade”. D. Pedro II foi coroado Imperador em 1839.

D. Pedro II casou-se com Teresa Cristina de Bourbon-Duas Sicílias. O casamento aconteceu por procuração em Nápoles, no dia 30 de maio de 1843. Em 3 de setembro, a imperatriz desembarcou no Brasil. Quatro filhos nasceram desse casamento. D. Pedro II manteve vários casos extraconjugais, sendo o da Condessa de Villeneuve e o da Marquesa de Santos os mais conhecidos.

Reinou no Brasil por 52 anos, mas a sua governação não foi tranquila. Enfrentou lutas políticas acesas entre liberais e conservadores, questões relacionadas com o tráfico negreiro e a forma pouco frontal como o combatia. Do ponto de vista económico, o seu reinado ficou marcado pela transformação do café no principal artigo de exportação.

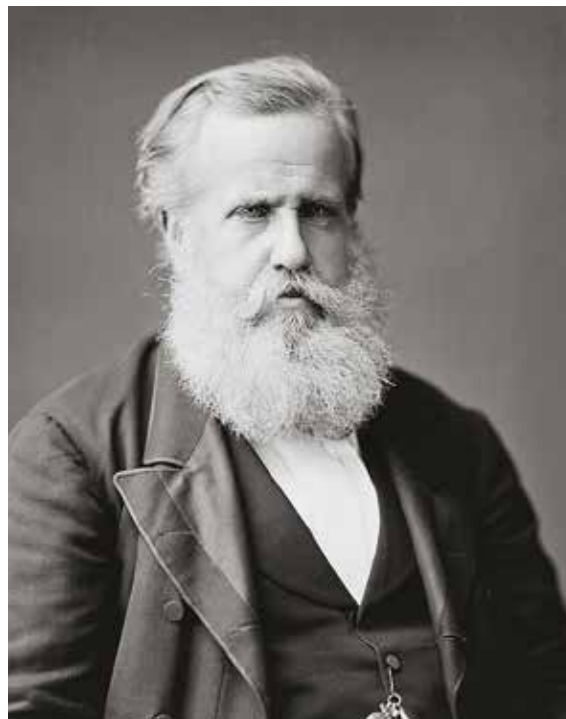
A monarquia era muito popular

até à Guerra do Paraguai. Depois deste conflito, D. Pedro II tornou-se impopular, permitindo o crescimento do republicanismo por todo o país. As últimas duas décadas da monarquia também ficaram marcadas pelo pouco interesse do Imperador em governar e pelos problemas de saúde, em particular, a partir da década de 1880.

D. Pedro II realizou 3 grandes viagens entre 1870 e 1880 pela Europa e Estados Unidos, deixando a sua filha, Princesa Isabel, como regente, o que ajudou a reforçar o republicanismo.

O enfraquecimento da monarquia levou a uma conspiração e a um golpe em 15 novembro de 1889, que levou à proclamação da República.

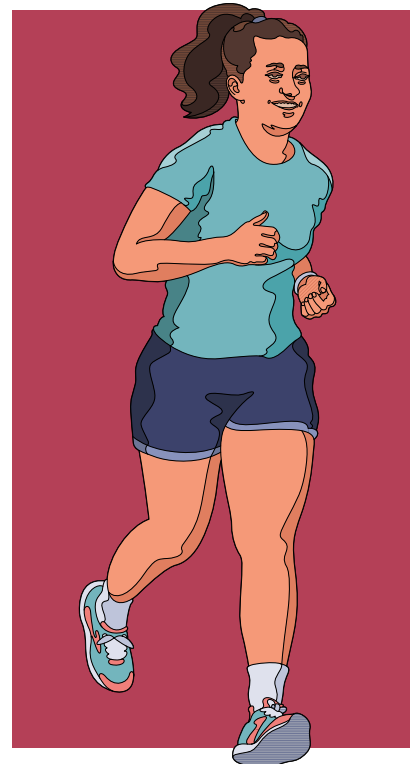
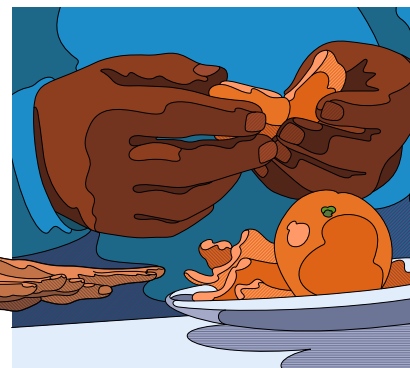
No dia 17 de novembro de 1889, D. Pedro II e sua família embarcaram com destino à Europa. Depois de um período em Portugal, onde Teresa Cristina viria a falecer, em dezembro desse ano, D. Pedro II rumou para Paris e lá residiu durante os últimos anos de sua vida. Faleceu no dia 5 de dezembro de 1891.



**Dom Pedro II era um intelectual e um dos soberanos mais cultos da sua época.**



PREVENIR A DIABETES TIPO 2



# Diabetes: SAIBA O SEU RISCO, SAIBA O QUE FAZER

1 em cada 10 adultos tem diabetes em todo o mundo. Quase metade não sabe que a tem.

Mais de 90% tem diabetes tipo 2. Saber o seu risco e o que fazer é importante para prevenir, diagnosticar e tratar. Em muitos casos, a diabetes tipo 2 e as suas consequências podem ser atrasadas ou prevenidas pela adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis.

**Sabe o seu risco?**

**Veja como em:**

**[apdp.pt/diabetes/saiba-o-seu-risco/](http://apdp.pt/diabetes/saiba-o-seu-risco/)**

**#WorldDiabetesDay #KnowYourRisk**



Uma campanha da Federação Internacional da Diabetes

FreeStyle  
**Libre 2**  
**PLUS** **Sensor**



## Chegou o sensor FreeStyle Libre 2 Plus.

Tudo o que já o fazia escolher FreeStyle Libre e agora ainda com:

- 15 dias de utilização
- A melhor exatidão de sempre<sup>1</sup>
- Indicação a partir dos 2 anos de idade

Isto é evolução.

### Sensor FreeStyle Libre 2 Plus

**Valores de glicose, minuto a minuto, exatos e consistentes ao longo de 15 dias<sup>1</sup>**

1. Data on file. Abbott Diabetes Care, Inc.. A aplicação FreeStyle LibreLink é compatível apenas com determinados dispositivos móveis e sistemas operativos. Antes de usar a aplicação, informe-se sobre a compatibilidade do dispositivo no site [www.FreeStyle.Abbott/pt](http://www.FreeStyle.Abbott/pt). Imagens apenas para fins ilustrativos. Não são dados ou doentes reais. Publicidade de dispositivos médicos. Consultar cuidadosamente a rotulagem e as instruções de utilização para obter informações, avisos e precauções relacionados com a utilização dos dispositivos. Para qualquer questão relacionada com a diabetes consulte um profissional de saúde. O sistema de monitorização FreeStyle Libre tem de ser removido antes de exames de imagiologia por ressonância magnética (RM). © Abbott 2025. O invólucro do sensor, FreeStyle, Libre e marcas relacionadas são marcas do Abbott. ADC-108301 v1 02/25

**Abbott**