



**Lucie
Perrin**

MGF com
"papel central"
na abordagem
à enxaqueca

■ P. 12

**Pedro
Melo**

Os venenos da
Humanidade
– haverá
antídotos?

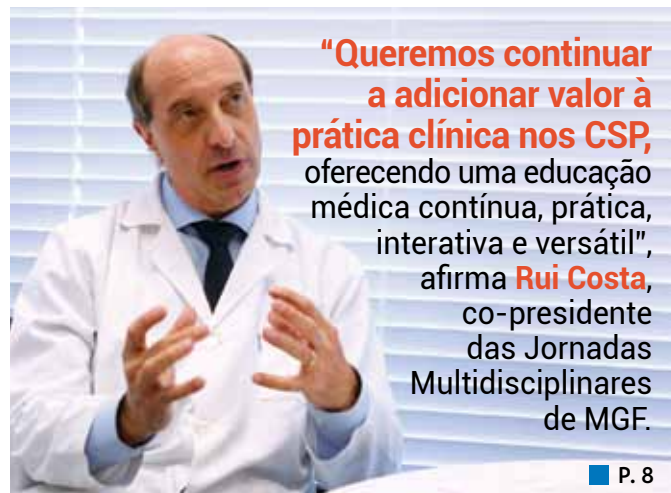
■ P. 5

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Setembro 2025
Ano XIII • Número 138 • 3 euros

Publicação Periódica



**"Queremos continuar
a adicionar valor à
prática clínica nos CSP,
oferecendo uma educação
médica contínua, prática,
interativa e versátil",
afirma Rui Costa,
co-presidente
das Jornadas
Multidisciplinares
de MGF.**

■ P. 8



VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026
19 a 21 de março
PORTO



**GEstIC é exemplo
de intervenção
em doentes com IC**

Esta clínica de insuficiência cardíaca da ULS de Santo António é coordenada por Irene Marques (na foto, com o enfermeiro António Vila Pouca)

■ P. 20/25

USF D. João V reergueu-se para servir 10.000 utentes de Mafra



OS PROTAGONISTAS SÃO OS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS, OS QUE NUNCA "BAIXARAM OS BRAÇOS" E OS QUE VIERAM REFORÇAR A EQUIPA. ESTA UNIDADE DA ULS DE SANTA MARIA É COORDENADA POR JOÃO FONSECA (NA FOTO, ACOMPANHADO DE JOANA GUERREIRO)

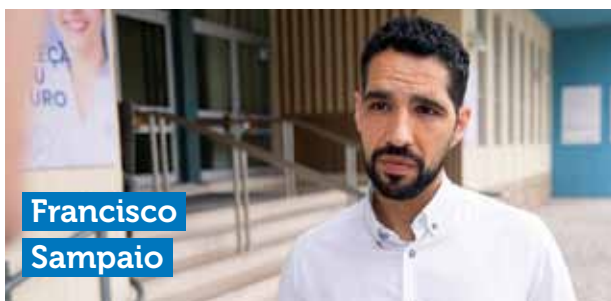
■ P. 14/19



**Fernando
Martos
Gonçalves**

"O MF está
perfeitamente
apto
a diagnosticar
e tratar a HTA"

■ P. 10



**Francisco
Sampaio**

Importa "aproveitar bem" as competências
de todos os profissionais de Saúde Mental

■ P. 6

NÓS SOMOS MULTIDISCIPLINARES

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

5563* internos e especialistas de MGF

que já participaram, até agora, no evento anual mais mobilizador e de maior notoriedade em Portugal na área dos Cuidados de Saúde Primários.

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

Publicações
justNews
www.justnews.pt

A PARTILHA DE
BOAS PRÁTICAS
ENTRE TODAS AS
UNIDADES DO SNS

**JORNAL
MÉDICO**
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Director: José Alberto Soares
Mensal • Setembro 2025
Ano XIII • Número 138 • 3 euros
Publicação Periódica



**JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES
DE MEDICINA GERAL
E FAMILIAR**

VIII JORNADAS
19-21 MARÇO 2026
SHERATON PORTO HOTEL



JORNAL MÉDICO

Diretor: José Alberto Soares *Jornal Médico* é uma publicação da *Just News*, de periodicidade mensal, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na EFC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/59, de 9/06, Artigo 12º nº 1A. Preço: 3 euros. **Depósito Legal:** 355.701/13. **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa. **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "informação".

Publicações



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

Provedora dos Destinatários dos Serviços de Enfermagem

Natália Espírito Santo, diretora da EIA, entidade que integra a Atlântica – Instituto Universitário e a ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica, assumiu a nova função de Provedora dos Destinatários dos Serviços de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Segundo a OE, “a partir de agora, os cidadãos têm um canal aberto, através do qual podem partilhar preocupações, apresentar sugestões ou sinalizar eventuais ocorrências relacionadas com enfermagem”.



E ainda: “A criação deste cargo é uma obrigação legal e estatutária e constitui uma figura independente e próxima de quem recebe cuidados de enfermagem. Desta forma, a Ordem também reforça o seu compromisso com a transparência, a valorização dos cidadãos e a qualidade dos cuidados de enfermagem.” Na foto, Natália Espírito Santo com o bastonário da OE, Luís Filipe Barreira.

A escola não se faz sem saúde



Luís Filipe Barreira
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

Com o início de mais um ano letivo regressa também a reflexão sobre o papel que a escola deve assumir no desenvolvimento integral das crianças e jovens. As escolas, onde passam grande parte do seu dia, são espaços privilegiados de promoção da saúde, prevenção da doença e apoio precoce em situações de risco. Porém, a ausência de atenção política e de recursos dedicados à saúde escolar traduz-se em consequências diretas para o bem-estar dos alunos, para o seu sucesso educativo e para a construção de uma sociedade mais saudável e preparada para o futuro.

É fundamental reconhecer que os enfermeiros podem desempenhar um papel muito importante no contexto

educativo. Nenhum outro profissional possui a formação e a capacidade para responder a emergências, acompanhar crianças com condições crónicas ou implementar programas consistentes de promoção da saúde. Os professores não podem nem devem assumir funções para as quais não estão preparados. Apenas um enfermeiro integrado de forma permanente na comunidade escolar pode identificar precocemente sinais de doença, administrar medicação de forma segura, intervir em situações de urgência e servir de elo entre a escola, a família e os serviços de saúde. É também uma figura de confiança, a quem os alunos recorrem não só em situações clínicas, mas também em momentos de fragilidade emocional.

Os desafios atuais tornam esta presença ainda mais urgente. Verifica-se um aumento expressivo de doenças crónicas na infância e adolescência, como diabetes, asma e alergias severas, que exigem acompanhamento durante o período escolar. Sem um enfermeiro disponível, estas crianças ficam dependentes da presença dos pais ou de funcionários sem formação específica, o que pode colocar em risco a sua segurança. Ao mesmo tempo, assistimos a um crescimento alarmante dos problemas de saúde mental em idades cada vez mais precoces. Ansiedade, depressão e distúrbios de comportamento surgem entre os mais novos, muitas vezes agravados pelas pressões sociais contemporâneas e, ainda, pelos efeitos

da pandemia. Um enfermeiro atento no contexto escolar pode detetar sinais de alerta e encaminhar para apoio especializado antes que a situação se agrave.

Apesar desta evidência, a maioria das escolas portuguesas não dispõe de um enfermeiro. Equipas de enfermagem comunitária, já sobrecarregadas, tentam dar resposta a dezenas de estabelecimentos, garantindo apenas visitas pontuais onde deveria haver acompanhamento permanente. Esta insuficiência resulta, em grande medida, da ausência de financiamento e de planeamento. Sem uma adequada alocação de recursos e definição de rácios mínimos de profissionais, a saúde escolar acaba por depender da boa vontade de alguns ou de projetos temporários, sem continuidade nem consistência.

Urge inverter esta situação com medidas concretas e estruturais. É essencial implementar um plano que assegure a presença de, pelo menos, um enfermeiro a tempo inteiro em cada agrupamento escolar, com perspetiva de evolução para a colocação de um enfermeiro em cada escola. É, por isso, indispensável reforçar a articulação entre os ministérios da Saúde e da Educação, eliminando barreiras burocráticas e integrando as ações de saúde no quotidiano escolar.

Outro ponto central é a valorização da função do enfermeiro em contexto escolar. Este deve

ser reconhecido como elemento essencial da escola, com formação especializada, carreira atrativa e estabilidade profissional. Investir neste papel é um imperativo de justiça social, porque garante equidade no acesso aos cuidados, independentemente da condição económica das famílias. É, por outro lado, uma medida de segurança, porque garante resposta qualificada e imediata a emergências, sendo também uma aposta no futuro, porque a saúde das novas gerações determina a qualidade e sustentabilidade da nossa sociedade.

O investimento em saúde escolar representa ainda ganhos económicos claros. Estudos internacionais demonstram que cada euro investido na promoção da saúde e na prevenção da doença se traduz em múltiplos euros poupados em tratamentos futuros. Promover hoje hábitos de vida saudáveis, prevenir o consumo de álcool e tabaco, combater a obesidade e apoiar a saúde mental desde cedo significa reduzir a carga de doença e os custos associados nas próximas décadas.

A enfermagem portuguesa está disponível para assumir esta responsabilidade. O que falta é vontade política para que um discurso antigo se traduza em ações concretas. Não há mais espaço para adiamentos. É tempo de coragem e visão. Dotar as escolas dos meios necessários para cuidar das nossas crianças e jovens é investir num futuro mais justo e saudável.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Os venenos da Humanidade – haverá antídotos?



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

Neste “Diagnóstico de Enfermagem” vamos começar um novo ciclo de trabalho (após o período de férias) com uma reflexão sobre o estado atual da Humanidade e se haverá solução para resolver os “envenenamentos humanitários” que ocorrem no nosso Mundo.

Ainda não vivemos um condicionamento reprodutivo com o Processo *Bokanovsky*, descrito por *Aldous Huxley* em 1932⁽¹⁾ (reportando-nos para um ano de 2540), mas já encontramos uma população que se apresenta “feliz” e quase que cega para a realidade, não pelo consumo de uma droga, como indicado nesta obra genial, mas pela imersão no mundo das redes sociais e, por vezes, nos *media*, quando não são potenciadores de reflexão orientada para as soluções e até, muitas vezes, parecem camuflar a verdade.

No “Diagnóstico de Enfermagem” de hoje, vou ser quase um *John*, o “Selvagem”, ainda me reportando à obra de Huxley, ajudando o/a leitor/a a assumir o papel de *Bernard Marx*, o Alfa “deslocado” do sistema que foi ganhando a visão da Realidade através de *John*.

Para fazermos este caminho, vamos analisar quais são os venenos da Humanidade que atualmente nos destroem potencialmente e se haverá antídotos para os mesmos. Pareceu-me, ao fazer a minha reflexão pessoal para este artigo, que faria sentido descrever os “venenos humanitários” associados aos “pecados capitais”. A lista dos “sete pecados capitais” sistematizada pelo Papa Gregório Magno no século VI e refinada por São Tomás de Aquino no século XIII⁽²⁾ é, no meu entendimento, uma forma perfeitamente atualizada de descrever o estado atual dos “envenenamentos humanitários” e os seus antídotos. Farei primeiro a descrição dos

venenos e depois uma reflexão sobre os potenciais antídotos e como os profissionais de saúde, nomeadamente os/as enfermeiros/as, podem ser importantes na sua aplicação.

Comecemos pela soberba (orgulho excessivo e sentimento de superioridade sobre os outros). Podemos encontrar imenso deste “veneno” em líderes políticos que, por estarem intoxicados/as por este veneno, potenciam guerras, genocídios, fome, apenas orientados pelo Poder. Tão perto de nós temos o caso da Ucrânia, ou mesmo a faixa de Gaza, que têm sido contextos mais mediáticos de destruição pelo envenenamento pela soberba de líderes políticos. Mas casos como a Coreia do Norte, Cuba ou Venezuela são outros exemplos de sociedades fustigadas pela soberba (que começa logo por fagocitar/destruir a liberdade).

Associado à soberba, temos muitas vezes a avareza (apego exagerado a bens materiais e dinheiro). Mas este veneno é suscetível de envenenar mais pessoas. Além das guerras e ditaduras, que associam claramente a avareza à soberba, temos uma sociedade cada vez mais consumista, que se preocupa mais em ter um telemóvel topo de gama, ou usar roupa de determinada marca, ou ostentar um carro de luxo, do que com o apoio a quem precisa e, por vezes, é quase invisível aos olhos de quem no dia-a-dia fica cego por este envenenamento (como as pessoas sem-abrigo, as pessoas migrantes mais vulneráveis, etc.).

A inveja é outro “veneno humanitário” que podemos aqui incluir. A tristeza ou ressentimento pelo bem ou sucesso alheio leva a problemas de saúde mental, potenciados pela ostentação (nem sempre correspondente à realidade) dos envenenados pela inveja, nas redes sociais. Este veneno, muitas vezes impercetível e discreto na forma como intoxica, leva pessoas de várias idades a desenvolver problemas de saúde mental, como ansiedade, tristeza profunda ou mesmo depressão.

A ira é mais um dos “venenos” que devemos aqui incluir na nossa reflexão. Vou mais uma vez fazer referência às redes sociais para indicar um bom contexto que serve de “laboratório social” para entender como a raiva descontrolada, desejo de vingança ou de causar mal é tão comum, infelizmente. Todos os dias, milhares de publicações e comentários inundam as redes sociais com mensagens de ódio que têm um impacto profundo na saúde mental e física das pessoas que são vítimas (mas também dos agressores e das pessoas que os leem). Ninguém consegue ficar indiferente a este veneno. Mesmo que diga que não.

A luxúria (desejo sexual desordenado ou apego excessivo aos prazeres carnis), leva alguns Seres Humanos a, num sentido meramente orientado para as necessidades básicas mais elementares sem sentido de reflexão, a procurar relações físicas vazias de sentimentos positivos, através de um catálogo de outros Seres Humanos que lhes são apresentados em aplicações ou levando ao proliferar, quando se aliam a luxúria, a ira e a soberba, da violência doméstica, que em Portugal vitimiza centenas de pessoas e leva muitas à morte.

Queria aqui mencionar, na sequência da associação dos “venenos humanitários” aos pecados capitais, a gula (que leva ao desperdício alimentar – um problema grave de uma sociedade onde há depois o contraste com a fome e a questões de saúde como a obesidade – uma situação grave de saúde pública nos países desenvolvidos) e a acídia (ou preguiça), que diria que é associada à negligência em agir ou cumprir deveres e, portanto, em exercer a cidadania com plenitude.

Pois bem, caro/a leitor/a, agora que sabemos os venenos, vamos pensar nos antídotos. Descrevo-os numa única frase: humildade, generosidade, altruísmo, paciência, amosidade, temperança e zelo. Estes antídotos podem ser aplicados pós “envenenamento”, mas demoram a fazer efeito. Ou ser logo introduzidos precocemente, quase como vacinas, durante a infância, adolescência e juventude, quer no contexto familiar (e aqui a Enfermagem de Saúde Familiar tem um papel fundamental no suporte das famílias no exercício da parentalidade), quer no contexto escolar (desde o ensino pré-escolar ao ensino superior), onde a Enfermagem em Saúde Escolar pode ser um motor insubstituível de proteção contra estes venenos, em parceria com outros profissionais de saúde e com os profissionais de educação e famílias. A Disciplina de Cidadania, por exemplo, é potenciadora de excelentes momentos de proteção contra os venenos humanitários. Vale a pena pensar muito nisto. E agir.

Referências:

1. HUXLEY, Aldous. *O Admirável Mundo Novo*. Tradução de Mário-Henrique Leiria, prefácio de Manuel Portela, revisão de Conceição Candeias. 1.ª ed. Lisboa: Antígona, 2013 (coloco a versão portuguesa, apesar de ter lido a original, que recomendo, mas assim fica acessível a todos/as!)
2. AQUINO, Tomás de. *Summa Theologiae*. Trad. e notas de diversos autores dominicanos. Madrid: Biblioteca de Autores Cristãos, várias edições. Parte II-II, Questão 84: De vitis capitalibus. Disponível em: https://archive.org/details/summa-theologia-completa-santo-tomas-de-aquino/_consultada%20a%2026%2F08%2F2025.

Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VI Jornadas da Foz



Centro de Artes e Espectáculos da Figueira da Foz
25 e 26 de setembro
Organização: Internos da Comunidade de Prática Formativa da Figueira da Foz

10.ª edição do Gaia-Espinho Medical Meeting



FACE - Fórum de Arte e Cultura de Espinho
2 e 3 de outubro
Organização: Internos da ULS Gaia-Espinho

Jornadas MentalMente



Online
6 de outubro
Organização: Grupo 59.º de Internos de MGF da ULS Lisboa Ocidental

VIII Jornadas da USF do Parque



Auditório da Escola Padre António Vieira
9 e 10 de outubro
Organização: USF do Parque

RefreshMed - Jornadas Médicas Dão Lafões



Associação Empresarial do Distrito de Viseu
15 a 17 de outubro
Organização: Associação RefreshMed

Primeiras Jornadas de Hematologia do Algarve



Teatro Municipal de Portimão
17 de outubro
Organização: Serviço de Hematologia da ULS Algarve - Portimão

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT

Prevenção da violência no Setor da Saúde

Reconhecendo a importância do fenómeno da violência no Setor da Saúde e dando resposta a compromissos assumidos a nível nacional e internacional em matéria de saúde, segurança, proteção laboral, jurídica e penal, foi criado o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), integrado no

Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida.

Neste Plano define-se “Violência no Setor da Saúde” como “todas as situações em que um trabalhador, independentemente do seu vínculo jurídico, a desempenhar funções numa instituição que presta cuidados ou serviços de saúde do Minis-

tério da Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, é submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com o seu trabalho, incluindo as deslocações para e do trabalho, colocando em risco, de forma direta ou indireta, a sua segurança, bem-estar, saúde ou de terceiros”.

Algumas das ideias-chave:

- Os contextos de prestação de cuidados de saúde podem gerar ambientes vulneráveis e propensos à violência.
- A violência, incluindo a que ocorre no Setor da Saúde sobre os seus trabalhadores, é considerada crime no âmbito do Código Penal.

- É fundamental refletir sobre a violência nos diversos contextos de Saúde numa ótica de prevenção, mas assegurando, em caso da sua ocorrência, uma resposta efetiva, célere e ajustada às necessidades da vítima.
- Deve ser atribuído a cada episódio de violência a máxima importância, assegurando que seja anali-

sado de forma sistemática, com base numa metodologia previamente definida.

• Ambientes de trabalho seguros e saudáveis previnem situações de violência, aumentando a satisfação do trabalhador e resultando num serviço de melhor qualidade. No artigo do próximo mês conti-

nuaremos a abordar este importante tema. Se, entretanto, quiser ler mais sobre este assunto, pode consultar o *site* da DGS, em www.dgs.pt.



FRANCISCO SAMPAIO, PRESIDENTE DO XVI CONGRESSO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL:

“É urgente valorizar as competências de todos os profissionais de SM”

APESAR DE CONSIDERAR QUE A SAÚDE MENTAL (SM) EM PORTUGAL VIVE UMA FASE POSITIVA, FRANCISCO SAMPAIO LEMBRA AS CARÊNCIAS EXISTENTES EM TERMOS DE RECURSOS HUMANOS. E ALERTA PARA A NECESSIDADE DE “APROVEITAR BEM” AS COMPETÊNCIAS DE TODOS OS PROFISSIONAIS DESTA ÁREA, NOMEADAMENTE DOS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.

“Acredito que a Saúde Mental está, neste momento, a atravessar uma maré positiva no nosso país. Há investimento e há vontade de mudar, sendo justo reconhecer que se está a fazer esse caminho”, afirma Francisco Sampaio, professor na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto (ESEP), em entrevista à *Just News*, a propósito do XVI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de SM, que se realiza em meados de outubro e a que vai presidir.

Um dos aspetos que realça prende-se com “o esforço que tem vindo a ser feito, nos últimos anos, para organizar os serviços numa lógica verdadeiramente interdisciplinar, ou até mesmo transdisciplinar, através da criação de novas equipas comunitárias de SM”.

Ora, desta forma, “a pessoa com experiência de doença mental passa a estar no centro do processo de cuidados, com um plano individual elaborado por uma equipa que integra diferentes profissionais”. Frisa mesmo estarmos perante “uma mudança de paradigma importante, que permite uma resposta mais personalizada, mais próxima das reais necessidades de cada pessoa”.

Francisco Sampaio também aplaude a reorganização que tem estado a ser feita nos serviços de SM, promovendo uma maior proximidade às comunidades: “Esta lógica de setorização e descentralização já está a ter impacto, nomeadamente na redução das taxas de reinternamento em situações de doença mental grave. Essas pessoas estão hoje mais acompanhadas, têm um terapeuta de referência e recorrem menos à Urgência.”

Francisco Sampaio: “Investigar é também cuidar com mais profundidade.”

Na área dos cuidados de saúde primários (CSP), no entanto, “há ainda muito por fazer”, desde logo, “contratar mais profissionais”, com prioridade para enfermeiros especialistas em Enfermagem de SM e Psiquiátrica e psicólogos clínicos, “para que se possam desenvolver intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas”.

Congresso realiza-se em Santarém

“Intervenções psicoterapêuticas” é precisamente um dos temas centrais do XVI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, que se realiza entre 15 e 17 de outubro, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

“Vamos trazer para debate não só esta questão, mas muitas outras que atravessam a prática clínica, a organização dos serviços e os desafios futuros”, esclarece Francisco Sampaio. E acrescenta que preletores nacionais e estrangeiros, de

áreas como a Enfermagem de SM e Psiquiátrica, a Psiquiatria e a Psicologia, vão abordar temas como a importância da relação terapêutica, a evolução das abordagens psicoterapêuticas e a forma como os serviços de SM estão organizados em diversos países europeus.

Este ano, o Congresso terá o apoio institucional da Coordenação Nacional das Políticas de SM e do próprio Ministério da Saúde, bem como o apoio científico da Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing – Europe Region.



Francisco Sampaio: “Muitas pessoas acabam por não ter acesso ao acompanhamento psicoterapêutico de que necessitam”

Investir na literacia em SM é igualmente algo essencial para Francisco Sampaio, porque “muitas pessoas continuam a ter dificuldade em identificar sinais e sintomas de doença mental, em procurar ajuda e até mesmo em gerir a sua condição de saúde”.

É também necessário, no seu entender, reconhecer o papel da formação contínua dos profissionais, “apostando numa prática mais segura, mais atual e mais eficaz”, e investir na investigação em Enfermagem de SM e Psiquiátrica, “porque investigar é também cuidar com mais profundidade”.

“É urgente valorizar e aproveitar bem as competências de todos os profissionais de saúde”, diz, “porque só com equipas completas, qualificadas e colaborativas conseguiremos garantir que todos os cidadãos tenham acesso, de forma justa e atempada, aos cuidados de que realmente necessitam”.

Uma oferta de intervenção psicoterapêutica “bastante limitada”

Francisco Sampaio chama a atenção para a circunstância de ser “bastante limitada a oferta de intervenção psicoterapêutica, sobretudo no SNS, muito aquém daquilo que seria desejável”. E explica por que razão isso o preocupa: “Sabemos hoje que a combinação entre abordagem farmacológica e intervenção psicoterapêutica é a mais eficaz no tratamento da doença mental, quer a curto, quer a médio e longo prazo.”

“Se aproveitássemos melhor a competência dos enfermeiros especialistas nesta área, poderíamos dar um contributo muito significativo

Francisco Sampaio

Enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem de SM e Psiquiátrica, doutorado e pós-doutorado em Ciências de Enfermagem, é professor adjunto na ESEP e investigador doutorado integrado no RISE-Health. Foi, entre 2020 e 2023, presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de SM e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros. É membro da Coordenação Regional de SM do Norte e da Direção da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM).

“Sabemos hoje que a combinação entre abordagem farmacológica e intervenção psicoterapêutica é a mais eficaz no tratamento da doença mental, quer a curto, quer a médio e longo prazo”, salienta o docente da ESEP.

para responder a esta lacuna”, garante. E avança que essa competência específica “está já há algum tempo regulamentada e publicada em *Diário da República*”, mas encontra-se ainda “longe de ser plenamente aproveitada”.

Francisco Sampaio diz haver várias razões para isso acontecer, referindo-se a “um problema multifatorial”. Por um lado, não

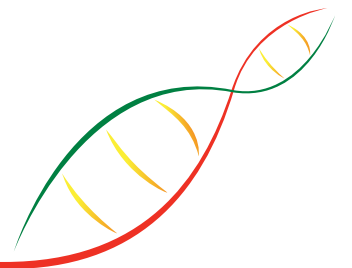
há enfermeiros especialistas em Enfermagem de SM e Psiquiátrica em número suficiente nos serviços de Psiquiatria e SM para realizar este tipo de intervenção, que “é exigente em termos de tempo e dedicação”.

Por outro lado, muitos dos profissionais estão alocados a unidades de internamento, com pessoas em fase de descompensação clínica aguda, “o que não é, como será fácil de perceber, o contexto mais indicado para realizar intervenção psicoterapêutica”. Finalmente, nos CSP, “há muitos colegas especialistas nesta área a exercer funções como enfermeiros de família”.



PRÉMIO Bial

DE MEDICINA CLÍNICA 2026



Regulamento disponível em:
www.bialfoundation.com

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

Comece já a preparar a sua obra! Submeta a candidatura a partir de 1 de janeiro de 2026.

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

Menções Honrosas (máximo duas) | € 10.000

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

Presidente do Júri | Jaime Branco

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELÊNCIA


O Presidente da República


CONSELHO DE
REGENENTES DAS
UNIVERSIDADES
PORTUGUESAS


ORDEM
DOS MÉDICOS

www.bialfoundation.com • info@bialfoundation.com

FUNDAÇÃO
Bial
Instituição de utilidade pública



RUI COSTA, CO-PRESIDENTE DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF:

“Queremos continuar a adicionar valor à prática clínica nos CSP”

“OFERECER UMA EDUCAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA, PRÁTICA, INTERATIVA, VERSÁTIL E MULTIDISCIPLINAR” TEM SIDO O GRANDE OBJETIVO DAS JORNADAS LANÇADAS EM 2019 E DE QUE RUI COSTA É UM DOS PRESIDENTES. A EDIÇÃO DE 2026 REGISTRARÁ “UM SIGNIFICATIVO INVESTIMENTO NO QUE SE REFERE À SUA INFRAESTRUTURA”.

O médico de família Rui Costa afirma que será “com grande entusiasmo, empenho e uma clara visão de futuro” que se irá realizar, em março próximo, a 8.ª edição das Jornadas Multidisciplinares de MGF, reunião promovida pela Formação Médica – Sociedade de Formação e Educação Médica. O local mantém-se o mesmo de sempre, o Centro de Congressos do Sheraton Porto Hotel, mas agora com o espaço totalmente dedicado em exclusivo ao evento.

“A adesão registada nos anos anteriores tem sido notável, reforçando a relevância e o impacto deste encontro na educação contínua dos médicos. Nascemos com o objetivo claro de sermos umas Jornadas destinadas a todos os internos e especialistas de Medicina Geral e Familiar. Fruto da sua notoriedade, pertinência e relevância educacional, temos vindo a ser reconhecidos a nível nacional e a crescer continuamente”, afirma Rui Costa.

Tendo vindo a manter o formato híbrido iniciado em 2021, em resposta aos desafios impostos pela covid-19, importa recordar que as últimas Jornadas registaram um total de 3262 participantes, dos quais 1994 foram presenciais e 1468 assistiram *online* às sessões. Segundo o nosso entrevistado, “estes números

evidenciam bem o elevado interesse pelos conteúdos apresentados”, confirmando que o modelo híbrido se vai manter.

As últimas Jornadas registaram um total de 3262 participantes, dos quais 1994 foram presenciais e 1468 assistiram *online* às sessões.

Apostando em oferecer “uma educação médica prática, interativa, versátil e multidisciplinar ajustada às necessidades reais da MGF”, este enfoque das Jornadas “foi cuidadosamente construído para adicionar valor à prática clínica nos cuidados de saúde primários”, esclarece. E adianta: “Procura-se promover a atualização científica, a discussão interativa de temas atuais e a troca de conhecimento entre diversas especialidades.”

“A abordagem prática baseada em



Rui Costa: “Os participantes nas Jornadas estão verdadeiramente conectados com este modelo de educação médica”

casos clínicos e a construção de pontes e sinergias entre os presentes na reunião contribuem para uma gestão integrada e eficaz do doente, beneficiando não só os nossos utentes mas também contribuindo para a realização profissional dos participantes”, observa Rui Costa, debruçando-se, de seguida, sobre o programa científico: “É desenhado com um equilíbrio meticuloso entre experiência e inovação, combinando a maturidade de quem tem mais experiência com a energia e criatividade das novas gerações. Equilíbrio que se tem mostrado fundamental na construção de uma dinâmica educacional rica e envolvente, capaz de inspirar e capacitar os participantes nas Jornadas e de ser transformadora da prática clínica diária.”

“O reconhecimento do evento transcende a MGF”

As Jornadas Multidisciplinares de MGF têm mantido a mesma estrutura base desde a primeira edição. No entanto, as sessões vão sendo adaptadas às necessidades e sugestões dos internos e especialistas de MGF, “garantindo relevância e qualidade nos temas abordados”, como explica o co-presidente da reunião: “A Comissão Organizadora desenha o programa com base nos comentários dos próprios participantes e nas tendências atuais da MGF, criando um evento que, em cada ano, corresponde de forma precisa às expectativas da comunidade médica.”

“O reconhecimento das Jornadas transcende a MGF, com a presença de

outras especialidades médicas e áreas de saúde contribuindo com o seu conhecimento e fortalecendo o carácter multidisciplinar das mesmas”, afirma Rui Costa, destacando um aspeto que classifica como “deveras impressionante”: “O elevado interesse e envolvimento de quem se inscreve para nelas participar, tanto por parte daqueles que enchem a sala do Centro de Congressos como dos que acompanham os trabalhos à distância.”

“Estão verdadeiramente conectados com este modelo de educação médica, de tal forma que se verifica que a audiência *online* se mantém em níveis muito elevados à medida que as sessões científicas se vão sucedendo, contribuindo assim para a continuidade e sucesso das edições futuras”, garante.

Todo o edifício do Centro de Congressos estará reservado para as Jornadas em 2026

Nas VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF, para além de estar assegurada “a manutenção da excelência na programação e na dinâmica de interação”, a organização irá investir significativamente na infraestrutura do evento, com a exclusividade de todo o espaço onde se realiza.

“São ser proporcionadas condições superiores de circulação e áreas amplas para os participantes e empresas patrocinadoras da indústria farmacêutica”, explica Rui Costa.

Com efeito, durante os dias 19,

20 e 21 de março de 2026, todo o edifício onde está instalado o Centro de Congressos do Sheraton Porto Hotel ficará totalmente reservado para a reunião, oferecendo “uma experiência educacional diversificada e única, ainda mais enriquecedora, agradável e valorizada”.

Também a acreditação científica das Jornadas pela UEMS (European Union of Medical Specialists) / EAC-CME (European Accreditation Council for CME) garante o reconhecimento oficial da qualidade e rigor

científico do conteúdo produzido, “proporcionando uma formação validada e valorizada”.

Presididas pelos especialistas em MGF Rui Costa, Paulo Pessanha e Manuel Viana, que foram também os seus mentores, as Jornadas têm uma Comissão Organizadora constituída por jovens médicos de família que se mantêm desde a 1.ª edição, em 2019: Ana Iva Costa, Hugo Barbosa Cordeiro, João Manuel Matias, Maria Inês Pereira da Silva, Rita Marques Costa e Rodrigo Pinto Costa.

20^o

CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO
E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

ALGARVE
2026

19-22
FEVEREIRO

Grande Real Santa Eulália

SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
HIPERTENSÃO

Portuguese Society of Hypertension



FERNANDO MARTOS GONÇALVES, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO:

“O MF está perfeitamente apto a diagnosticar e tratar a HTA”

O ATUAL PRESIDENTE DA SPH, QUE TOMOU POSSE NO PASSADO MÊS DE MARÇO, GARANTE QUE OS MÉDICOS DE FAMÍLIA ESTÃO NÃO SÓ SENSIBILIZADOS PARA O PROBLEMA QUE REPRESENTA A HIPERTENSÃO COMO DEVIDAMENTE CAPACITADOS PARA DIAGNOSTICAR E TRATAR A GENERALIDADE DOS CASOS COM QUE SE DEPARAM.

Em boa verdade, como o presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão faz questão de referir, a intervenção da Medicina Geral e Familiar “é fundamental, desde logo, na prevenção da hipertensão arterial, um fator de risco de peso indiscutível para uma série de doenças do foro cérebro-cardiovascular. Os nossos colegas dos cuidados de saúde primários têm um papel muito importante a esse nível”.

“Como sabemos, as consequências de um episódio dessa natureza são, por vezes, dramáticas, podendo resultar na morte do indivíduo ou causar lesões incapacitantes. Pensemos em alguém em idade ativa que tenha um AVC ou um enfarte do miocárdio. Sobrevivendo, certamente que a sua vida não vai ser a mesma a partir desse momento”, sublinha Fernando Martos Gonçalves.

O nosso entrevistado, que integra o Serviço de Medicina Interna do Beatriz Ângelo, unidade hospitalar da ULS de Loures-Odivelas, lembra que “são basicamente os médicos de família que fazem o diagnóstico da HTA e que depois tratam e vigiam os doentes hipertensos, procurando que se mantenham controlados”.

E adianta: “Pode haver uma ou outra situação – mais difícil de resolver, ou que requeira determinados exames – que obrigue a recorrer a cuidados hospitalares, mas, de um modo geral, os casos são acompanhados, e bem, pela MGF. Até já há muitas unidades de saúde, inclusivamente na minha área de Loures-Odivelas, que dispõem de consultas dedicadas à hipertensão arterial, com apoio da enfermagem.”

“De um modo geral, os casos são acompanhados, e bem, pela MGF”, considera o presidente da SPH.

Fernando Martos Gonçalves diz que para a Consulta de Risco Vascular que coordena no HBA são encaminhados doentes pelo médico de família pela suspeita de hipertensão secundária por deficiente resposta à



“A maioria dos hipertensos é diagnosticada e tratada pela MGF”, frisa Fernando Martos Gonçalves

terapêutica e/ou por alterações sugestivas nos exames complementares de diagnóstico

É sabido que, hoje em dia, dificilmente se encontra quem sofra apenas de hipertensão, acumulando com alguma outra condição, como a diabetes, a hiperlipidemia ou a obesidade. Aliás, frisa o presidente da SPH, “é o próprio risco de cada doente que determina a importância da hipertensão”. E alerta: “Hoje em dia, é uma visão míope restringirmo-nos à HTA, tal como o é se falarmos apenas em dislipidemia, porque é a associação de várias condições, entre as quais a hipertensão, que resulta

num alto risco cardiovascular.”

“Mas o médico de família está preparado e sabe perfeitamente que, a partir dos 40 ou 50 anos, o mais provável é que coexistam duas ou mais comorbilidades em cada indivíduo”, afirma.

Incrementar o papel da SPH enquanto agente de sensibilização da população

Refere tratar-se de um mandato em que se pretende dar continuidade ao que já vinha sendo feito, nomeadamente no que respeita a investir na parceria estreita que existe com a Sociedade Europeia de Hipertensão e com outras sociedades congêneres, como a húngara. “Temos tido um bom acolhimento na Europa, também em virtude das medidas que fomos tomando enquanto país com vista à redução do sal, por exemplo. Reconhecem-nos como uma Sociedade ativa, que tem apresentado trabalho”, diz.

Incrementar o papel da SPH enquanto agente de sensibilização da população para o risco cardiovascular é outro objetivo, justificando: “São doenças silenciosas, que continuam a ser a principal causa de morte em Portugal e, apesar dos avisos, a situação não melhorou. Temos de estar mais perto das pessoas e alertá-las para esta problemática, numa tentativa de que haja menos mortes

precoces e menos gente acamada e em cadeira de rodas, em resultado de um AVC, por exemplo.”

12.º presidente

Fernando Martos Gonçalves é agora o 12.º presidente na história da SPH, tendo sucedido no cargo à médica de família Rosa de Pinho. A representatividade da MGF está bem patente na lista de nomes que formam a atual Direção da Sociedade.

Direção SPH - biênio 2025-2027

Presidente: Fernando Martos Gonçalves (MI)
Presidente-eleita: Heloísa Ribeiro (MI)
Secretária-geral: Francisca Abecasis (MI)
Secret.-adj. (Norte): Luís Nogueira Silva (MI)
Secret.-adj. (Centro): Cláudia Pinho (MGF)
Secret.-adj. (Sul): Vasco Varela (MGF)
Tesoureiro: Lima Nogueira (MGF)

Médico integra o HBA desde a sua inauguração

Fernando Martos Gonçalves nasceu no Barreiro, a 26 de outubro de 1960. A descendência espanhola, por parte da mãe, conferiu-lhe dupla nacionalidade e acabou por viver uma temporada em Sevilha, após o 25 de abril. Foi lá que se formou em Medicina, profissão que sempre quis ter.

Regressou a Portugal em 1986, para iniciar o internato da especialidade no Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Maria, e desde o 1.º ano que começou a fazer Consulta de Hipertensão Arterial. Enquanto

aguardava pelo concurso de Santa Maria, esteve um ano no Hospital Garcia de Orta.

Após cinco anos de trabalho na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HSM, em 2001, foi desafiado a criar a Unidade Funcional de Medicina Interna e os CI Polivalentes do Hospital CUF Descobertas, que coordenou até 2010.

Em 2012, surgiu a oportunidade de participar na abertura do Hospital Beatriz Ângelo. Logo assumiu a coordenação da enfermaria 4.1 do Serviço de Medicina Interna e, mais

tarde, da Consulta de Risco Vascular.

O seu interesse pela hipertensão levou-o a ligar-se ao Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e à Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Integra os Corpos Sociais desta última desde 2015, tendo assumido anteriormente as funções de presidente da Assembleia-Geral e de tesoureiro.

Fernando Martos Gonçalves é ainda docente da FMUL e da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

LUCIE PERRIN, DIRETORA-GERAL DA ABBVIE PORTUGAL:

“A MGF tem um papel absolutamente central na abordagem à enxaqueca”

“REDUZIR A DEPENDÊNCIA DA REFERENCIAÇÃO” E CONTRIBUIR PARA “UM SISTEMA DE SAÚDE MAIS FLUIDO, RESOLUTIVO E PRÓXIMO DAS PESSOAS” É, NO ENTENDER DE LUCIE PERRIN, O CAMINHO A SEGUIR, NOMEADAMENTE, PARA ENFRENTAR UMA DAS DOENÇAS MAIS INCAPACITANTES DO MUNDO: A ENXAQUECA. PARA A RESPONSÁVEL DA ABBVIE EM PORTUGAL, É PRECISO, POR ISSO, “CAPACITAR OS MÉDICOS DE FAMÍLIA COM O CONHECIMENTO E OS RECURSOS NECESSÁRIOS PARA INTERVIREM DE FORMA EFICAZ”.

Numa altura em que se assinala o Dia Europeu da Enxaqueca (12 de setembro), importa recordar que estamos perante uma das doenças mais incapacitantes em todo o mundo, apesar de ainda hoje ser, muitas vezes, subvalorizada. Em Portugal, estima-se que mais de dois milhões de pessoas sofram com esta condição neurológica, marcada por crises de dor intensa, sintomas associados como náuseas, fotofobia e fonofobia, e um impacto profundo na sua vida pessoal, profissional e social. O peso da doença é ainda mais significativo quando se constata que a maioria dos casos ocorre em idade ativa, com maior prevalência entre as mulheres⁽¹⁾.

Apesar da sua elevada frequência, muitas pessoas com enxaqueca demoram anos até obter um diagnóstico correto e, mais ainda, até receberem um plano terapêutico eficaz⁽¹⁾. Em entrevista à *Just News*, Lucie Perrin, diretora-geral da AbbVie Portugal, sublinha que “esta realidade não se deve apenas à natureza complexa da patologia, mas também à forma como o sistema de saúde tem, historicamente, encarado a enxaqueca, mais como um incómodo episódico

do que como uma doença crónica incapacitante”.

É neste aspeto que, garante, os cuidados de saúde primários (CSP) “podem e devem fazer a diferença”, com a Medicina Geral e Familiar (MGF) a assumir “um papel absolutamente central na transformação da abordagem à enxaqueca em Portugal”.

“O médico de família, pela sua proximidade, pela visão longitudinal da saúde dos seus utentes e pela capacidade de agir com autonomia na gestão de condições crónicas, está numa posição privilegiada para reconhecer padrões, estabelecer diagnósticos precoces e iniciar medidas eficazes de controlo. Esta capacidade de intervenção é essencial para evitar o agravamento da doença e melhorar a qualidade de vida dos doentes logo desde os primeiros sintomas”, afirma.

Lucie Perrin reforça a importância de “trazer esta patologia para o centro da atenção clínica nos CSP”. E reconhece que, durante muitos anos, “a enxaqueca foi remetida quase exclusivamente para uma resposta ao nível hospitalar, o que terá contribuído para



Lucie Perrin: “A proximidade aos CSP é essencial para garantir que os benefícios da inovação cheguem mais cedo e com maior equidade a quem deles precisa”

a criação de barreiras no acesso ao diagnóstico e ao tratamento”. No entanto, sublinha, “é nos cuidados primários que se encontram as condições ideais para intervir atempadamente, acompanhar a evolução da doença e ajustar abordagens terapêuticas de forma contínua”.

Promover o acesso dos doentes às terapias inovadoras

Esta visão está em linha com a nova fase que a AbbVie vive em Portugal, marcada pela entrada no mercado ambulatório, após uma longa trajetória focada essencialmente no contexto hospitalar, como refere Lucie Perrin:

“A empresa mantém a sua vocação para o desenvolvimento de terapias inovadoras em áreas complexas, mas amplia agora o seu alcance com o objetivo de estar mais próxima dos doentes desde os primeiros pontos de contacto com o sistema de saúde. Isso é essencial para garantir que os benefícios da inovação cheguem mais cedo e com maior equidade a quem mais precisa.”

A aproximação da AbbVie aos cuidados primários tem sido acompanhada por diversas iniciativas que “procuram reforçar o papel da MGF na resposta à enxaqueca”. E a diretora-geral destaca os programas de formação médica contínua, o apoio a projetos digitais que promovem o acesso remoto a profissionais capacitados e a disponibilização de conteúdos educativos que ajudam os doentes a reconhecer os seus sintomas, a monitorizar as crises e a dialogar melhor com os seus médicos.

Lucie Perrin considera que estas ações “são fundamentais para criar

uma cultura clínica mais informada e mais confiante na abordagem à enxaqueca fora do hospital”. O objetivo é claro: “Capacitar os médicos de família com o conhecimento e os recursos necessários para intervir de forma eficaz, reduzindo a dependência de referenciação e contribuindo para um sistema mais fluido, resolutivo e próximo das pessoas.”

Este modelo de atuação, que “privilegia a proximidade, a formação e a integração”, estende-se a outras áreas em que a AbbVie tem presença ativa, como a Imunologia, a Oncologia, a Virologia e a Oftalmologia. “A aposta no ambulatório é, assim, mais do que uma mudança de mercado. É uma afirmação de compromisso, com uma visão mais integrada da saúde, onde os diferentes níveis de cuidados trabalham em articulação e com o foco no doente”, frisa.

Num momento em que os sistemas de saúde enfrentam desafios significativos, como o envelhecimento da população, a escassez de profissionais e o aumento da carga das doenças crónicas, Lucie Perrin defende que “a indústria farmacêutica deve assumir um papel de parceria ativa”. E acrescenta: “Isso implica ir além da disponibilização de medicamentos, envolvendo-se na partilha de conhecimento, no apoio à inovação organizacional e na construção de soluções que valorizem o tempo e o trabalho dos profissionais de saúde.”

“A enxaqueca é, neste contexto, uma condição paradigmática, combinando elevada prevalência, impacto funcional e atraso histórico na resposta clínica. Por isso mesmo, simboliza bem a necessidade de um

Quem é Lucie Perrin

Lucie Perrin é diretora-geral da AbbVie Portugal desde setembro de 2023. Licenciada em Biologia, com mestrado em Marketing e Gestão para a Saúde pela Universidade de Lille, conta com mais de 15 anos de experiência na indústria farmacêutica, em funções de crescente responsabilidade.

Antes de assumir a liderança da filial portuguesa, desempenhou funções como *Head of Market Access* para a Europa, coordenando estratégias de acesso ao mercado em várias áreas terapêuticas. O seu percurso na AbbVie inclui também experiência nas áreas de Imunologia, Reumatologia e Neurociências, tanto a nível nacional como europeu.

Referência:

1. Gil-Gouveia, R., Parreira, E., Pavao Martins, I., Luzeiro, I., Marques Pereira, R., Plácido, M., & Pilavra, F. (2025). *Gestão das Cefaleias em Portugal: Consenso das Sociedades Portuguesas de Cefaleias e de Neurologia, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e MiGRA. Acta Médica Portuguesa*, 38(5), 336–347.

Áreas terapêuticas em que a AbbVie se destaca

A AbbVie é uma biofarmacêutica global centrada no desenvolvimento de medicamentos inovadores para doenças complexas. Em Portugal, a empresa destaca-se nas seguintes áreas terapêuticas:

- Neurociências: foco em patologias como a enxaqueca e a doença de Parkinson, com terapias que procuram melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes.
- Imunologia: soluções para doenças inflamatórias crónicas, como artrite reumatoide, psoríase e doença de Crohn.
- Oncologia: aposta em terapias

direcionadas e personalizadas para vários tipos de cancro, com especial incidência em hematologia.

- Virologia: desenvolvimento de medicamentos inovadores no combate a infeções virais, como a hepatite C e o VIH.
- Oftalmologia: terapias emergentes para doenças degenerativas da visão.

Estas áreas refletem o compromisso da AbbVie com a investigação e o acesso a terapias transformadoras, em contextos hospitalares e, mais recentemente, também no ambulatório.





Medidor de Glicemia + Cetonemia



Glucomen areo GK



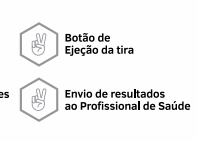
A NOVA APP para Gestão da Diabetes



DESCARREGUE JÁ



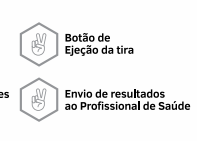
Elavada Especialidade



Botão de Ejeção da tira



Números Grandes com fácil leitura



Envio de resultados ao Profissional de Saúde



Take Your Time Live in Range



Glucomen areo GK



DESCARREGUE JÁ



Sensor para monitorização contínua da glicose



Tecnologia GHD-FAD



Sem Interferências



8.7% de MARD Estável



15-Dias de Vida Útil



Para maiores de 2 anos de idade



glucomen-ican.com



JÁ DISPONÍVEL nas FARMÁCIAS



A.MENARINI diagnostics



Viva uma Vida Nova

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR D. JOÃO V, ULS DE SANTA MARIA

Período atribulado abalou o projeto, mas equipa reergueu-se para disponibilizar os melhores cuidados a mais de 10.000 utentes de Mafra

INAUGURADA EM MAIO DE 2019, A USF D. JOÃO V, COM SEDE EM MAFRA, ENTROU UM ANO DEPOIS NUM PERÍODO DIFÍCIL DA SUA CURTA EXISTÊNCIA, QUE SE FOI AGRAVANDO ATÉ 2022, COM A EQUIPA MÉDICA TÃO FRAGILIZADA QUE SE TORNOU ATÉ INEVITÁVEL ENCERRAR O POLO QUE FUNCIONAVA NUMA ALDEIA PRÓXIMA. A REALIDADE É HOJE BEM DIFERENTE, COM UM QUADRO PRATICAMENTE COMPLETO DE MÉDICOS, ENFERMEIROS E SECRETÁRIOS CLÍNICOS SERVINDO UMA POPULAÇÃO DE MAIS DE 10.000 UTENTES, PARTE DELES IDOSOS, MAS ONDE TAMBÉM HÁ MUITAS CRIANÇAS E GRÁVIDAS. COORDENADA POR JOÃO FONSECA DESDE DEZEMBRO DE 2022, É JOANA GUERREIRO QUE O SUBSTITUI NAS SUAS AUSÊNCIAS, SENDO QUE AMBOS INTEGRAM A UNIDADE DESDE O PRIMEIRO DIA DE ATIVIDADE. NESTA REPORTAGEM, OS GRANDES PROTAGONISTAS SÃO OS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS, OS QUE NUNCA “BAIXARAM OS BRAÇOS” E OS QUE VIERAM REFORÇAR A EQUIPA, CONTRIBUINDO TODOS PARA REERGUER ESTA USF.



João Fonseca:
“Ficámos somente três elementos, mas apenas dois a trabalhar, porque o terceiro estava de licença de maternidade.”

feminino, foram-se registando várias ausências por gravidez e depois por licença de maternidade. Eu próprio também estive em determinada altura sem trabalhar, quando nasceu o meu segundo filho”, refere.

“Entretanto, em 2022, a altura



Nome: D. João V foi o nome escolhido consensualmente pela equipa para a USF, que se baseou no facto de esta se localizar em Mafra. Vila que tem o Palácio-Convento, classificado como Monumento Nacional e Património Mundial da UNESCO, mandado construir pelo rei D. João V, conhecido com o cognome de “O Magnânimo”. “Sendo D. João V um rei da nossa História profundamente ligado a esta vila, também nós, profissionais que constituímos esta equipa, nos encontramos ligados ao concelho de Mafra pelas mais variadas razões, uma delas em comum, que se prende com o facto de aqui trabalharmos e de querermos continuar a prestar os me-

lhores cuidados de saúde aos seus habitantes”, afirma João Fonseca.



Logótipo: “Representa o traçado eletrocardiográfico, pois, este é, em saúde, um símbolo que traduz ritmo e vida. Também esta equipa se encontra incutida de garra para fazer desta USF uma unidade de saúde grandiosa e cheia de vitalidade. A coroa surge por termos escolhido o nome de um rei de Portugal”, explica o coordenador da USF D. João V.

utes sem médico de família”, faz questão de salientar.

Idosos na Encarnação, crianças e grávidas em Mafra

Nem mesmo depois de assumir a coordenação da Unidade o nosso entrevistado equacionou deixar de passar a maior parte do tempo na Encarnação, à semelhança do que já fizera quando a então extensão da UCSP Mafra Norte deu lugar ao polo da USF D. João V. “Já na altura eu acompanhava aquelas pessoas! Conhecia-as, criou-se uma ligação...”, justifica.

Os profissionais que ali trabalham são fixos – aos médicos João Fonseca, Rui Pedro Nunes e Daniela Francisco, a interna orientada pelo segundo, juntam-se as enfermeiras Margarida Pires e Lina Zeferino, bem como a secretária clínica Vera Carvalho. Servem uns 3500 utentes, sendo que há mais 300 a 400 pessoas que não têm médico de família atribuído.

As instalações da Encarnação encerram à quinta-feira, quando todos os profissionais se concentram na sede da USF, em Mafra.

Com um horário de funcionamento que se estende entre as 8h30 e as 16h30, as instalações encerram à quinta-feira, quando todos os profissionais se concentram na sede da USF, em Mafra, aproveitando-se esse dia para fazer a reunião semanal.

Inserida numa área tipicamente rural, a Encarnação possui uma população bastante envelhecida, fazendo com que a sala de espera daquele polo possa até “parecer um centro de dia”. Ao contrário do que acontece na sede, em que não faltam crianças, grávidas e gente em idade ativa a circular pelo corredor ou aguardando a sua vez para serem atendidas.

João Fonseca explica que, em Mafra, a USF D. João V – que surgiu uma década depois de criada a USF Andreas – acabou por ficar com os utentes que foram residir para aquela zona nos últimos anos. São exceção as populações das freguesias de Cheleiros e Igreja Nova – mais rurais e envelhecidas –, que em 2020 passaram a encontrar resposta às suas necessidades de cuidados de saúde na sede da USF agora coordenada por João Fonseca.

A “grande mais-valia” da pequena cirurgia...

A USF D. João V disponibiliza as habituais consultas que também se encontram noutras unidades, como as de diabetes e de planeamento familiar, ou as de saúde materna e saúde infantil. Mas aos utentes é oferecida uma resposta ao nível da pequena cirurgia que não é propriamente

(Continua na pág. 16)

JOÃO FONSECA, 39 ANOS, COORDENADOR DA USF D. JOÃO V

De Lisboa a Mafra... passando pelos Açores

João Fonseca nasceu em Lisboa a 8 de outubro de 1985. Frequentou o Liceu D. Filipa de Lencastre e estava mesmo muito tentado a seguir Biologia quando a própria professora dessa disciplina o incentivou a pensar em Medicina. “A média para entrar até pode ser alta, mas tu és bom aluno”, disse-lhe.

É nestas circunstâncias que João Fonseca inicia o seu internato de MGF no polo de Arrifes do Centro de Saúde de Ponta Delgada, onde se manteve durante três anos, até que, por motivos de saúde, pediu transferência para o Continente. E é precisamente para a USF Andreas que vem fazer o seu 4.º ano, por uma razão muito simples: deram-



Frequentou a Faculdade de Ciências Médicas entre 2004 e 2010. Tirando as idas ao médico de família em criança, o seu primeiro contacto com a MGF aconteceu apenas no 4.º ano do curso e só lá pelo 5.º ou 6.º ano é que começou a colocar a hipótese de poder vir a escolher essa especialidade. Pela qual viria a optar, embora se sentisse muito atraído pela área cirúrgica.

Fez o internato do Ano Comum em 2011 e repetiu-o em 2012, para melhorar a nota final. A escolha da USF Mafra Norte, para dar resposta a utentes sem médico de família, dividindo o seu tempo ao longo da semana entre a sede (2 dias) e o polo da Encarnação (3 dias).

Casado com uma engenheira química e pai de dois rapazes, com 4 e 8 anos, João Fonseca continua a residir em Mafra.

(Continuação da pág. 15)

algo comum nos cuidados de saúde primários.

Identificada com essa área, até porque quase concluiu o internato da especialidade de Cirurgia Geral, antes de mudar para MGF, a chegada de Sara Almeida acabou por permitir a esta USF disponibilizar uma valência que, sem dúvida, “é uma grande mais-valia para toda a população”, considera João Fonseca.

A Consulta de Pequena Cirurgia e os procedimentos inerentes à intervenção decorrem na sala de tratamentos da Unidade em Mafra, mas será, sem dúvida, muito mais fácil a um utente da Encarnação deslocar-se ali, relativamente perto de casa, do que “perder uma manhã ou uma tarde para ir ao hospital resolver a situação”.

“Estamos a proporcionar cuidados de proximidade à população

que servimos, que, aliás, felicita o projeto”, confirma o coordenador, adiantando que “o que aparece mais são sinais de todos os tipos e quistos sebáceos”. Acompanhada de uma enfermeira, a médica usa então kits de pequena cirurgia criados por ela própria, que incluem determinados materiais, nomeadamente fios de sutura e lâminas, solicitados especificamente para esse fim.

Até ao início de 2024, a USF D. João V estava integrada na ACES Oeste Sul, agora é uma das unidades de CSP pertencentes à ULS de Santa Maria. Segundo João Fonseca, “passámos a ter um acesso mais privilegiado aos hospitais de Santa Maria e Pulido Valente, mas, no entanto, no polo da Encarnação há muitos utentes que continuam a pedir-nos que façamos os pedidos de consultas ou de exames para o Hospital de Torres Vedras, que fica mais próximo”.



Entretanto, comentando a presença do médico angolano Antero Paulo na sua Unidade, cumprindo um estágio observacional de três meses, João Fonseca diz que se “integrou bem”, adiantando: “Tem sido muito interessante ouvir o que o colega tem partilhado connosco, por exemplo, sobre a atividade médica

que quando trabalhava na Malveira, numa USF em cuja criação participou — como adiante se conta — e que está agora “encerrada permanentemente”.



Rui Pedro Nunes

“Acho que é muito difícil não ficarmos gratos por aquilo que temos no nosso país. Apesar de tudo, dispomos de um SNS que funciona, prestando cuidados de grande qualidade”, considera o coordenador da USF D. João V.

em Luanda, onde trabalha.”

E prossegue: “Sem querer fazer aqui uma comparação direta, uma vez que Portugal e Angola se encontram em fases muito diferentes do seu desenvolvimento, acho que é muito difícil não ficarmos gratos por aquilo que temos no nosso país. Apesar de tudo, dispomos de um Serviço Nacional de Saúde que funciona, prestando cuidados de grande qualidade.”

Rui Pedro Nunes, médico de família: “Sinto-me muito satisfeito com o que faço”

Tal como João Fonseca, também Rui Pedro Nunes, 39 anos, reside em Mafra e desloca-se diariamente para a Encarnação, com exceção, como já se sabe, das quintas-feiras, em que aquele todos os aspetos. A forma como aqui se trabalha é maravilhosa!”

Rui Pedro Nunes chegou à UCSP Mafra Leste, na Malveira, no início de outubro de 2017, concretizando o desejo que tinha de que isso acontecesse. E, em tempo verdadeiramente



V acabou por ser uma das muitas unidades que transitaram para modelo B. “Foi feita muita coisa sob pressão, pelo que agora estamos a rever atentamente todos esses documentos que preparámos, pois, achamos que alguns aspetos precisariam de ser reavaliados. Até porque, entretanto, verificou-se a nossa integração numa ULS e haverá aqui que proceder, necessariamente, a uma atualização de algumas noções”, considera o nosso entrevistado.

Já agora, para que fique registado, o nosso entrevistado desenvolveu, como especialista em MGF, um interesse especial por três áreas. A diabetes é uma delas, dizendo que, para si, acaba por ser “um desafio muito interessante” o facto de se lidar frequentemente “com doentes pouco cumpridores, com maus hábitos que têm dificuldade em abandonar”, mas, ao mesmo tempo, com uma “imensa evolução em termos terapêuticos”. Tal como a cardiologia em geral, a questão da cessação tabágica também o atrai, percebendo-se que gostaria de poder implementar uma consulta nessa área.

Rui Pedro Nunes: “Gosto muito da equipa desta USF, que considero extraordinária, desenvolvendo um trabalho verdadeiramente em conjunto.”

Em jeito de conclusão, afirma: “Gosto muito da equipa desta USF, que considero extraordinária, desenvolvendo um trabalho verdadeiramente em conjunto. Podemos ter opiniões que nem sempre são coincidentes, mas existe respeito uns pelos outros, e isso satisfaz-me. E também sou muito bem tratado pelos meus utentes.”

Com uma lista constituída maioritariamente por habitantes da Encarnação, Rui Pedro Nunes esclarece que procura deixar para as quintas-feiras a denominada consulta aberta e o atendimento não presencial, bem como a emissão de recetário, “para evitar que haja um volume importante de doentes a terem que se deslocar aqui a Mafra”.

Tânia Santos, médica de família: “Acima de tudo, estou muito orgulhosa do percurso que foi feito como Unidade”

Terá sido a sua passagem pela USF das Conchas, em Lisboa, durante o internato do Ano Comum, que definiu o futuro profissional de Tânia Santos. “Fiz um estágio com o Dr. Paulo Estrela, que se reformou há pouco tempo, e fiquei mesmo fascinada com o que vi. E pensei mesmo: ‘Uau! O médico de família é mesmo importante!’ Foi a partir daí que comecei a ponderar muito a sério optar pela MGF.”



Tânia Santos

Atualmente com 37 anos, Tânia Santos é natural da Guarda e parece que logo desde os 5 ou 6 anos de idade sempre foi dizendo que queria ser médica, quando um acidente com o dedo mindinho de uma das mãos a fez ter contacto com o ambiente hospitalar, ficando “fascinada” com todo aquele ambiente.

Como os seus amigos do liceu decidiram prosseguir os estudos em Lisboa, acabou a cursar Medicina em Santa Maria. Tornar-se-ia especialista em 2019, depois dos quatro anos de internato cumpridos na USF São João do Pragal, em Almada, onde só não ficou a trabalhar porque uma amiga lhe apresentou a zona de Mafra/Ericeira, para onde haveria de se mudar, já com um filho que entretanto nascera.

A boa nota que obtivera no final do internato permitiu-lhe escolher a unidade da sua preferência. E é assim que chega à USF D. João V em julho, menos de dois meses depois da sua inauguração oficial, 30 de maio, após uma brevíssima passagem por uma UCSP, em Almada. Seria depois novamente mãe entre 2021 e 2022, o que fez com que estivesse algum tempo sem exercer.

Tânia Santos: “Na minha lista de utentes tenho muitas crianças, bastantes mulheres em idade fértil, muitas grávidas e poucos idosos.”

“Na minha lista de utentes tenho muitas crianças, bastantes mulheres em idade fértil, muitas grávidas e poucos idosos. A distribuição em

(Continua na pág. 18)

Duas médicas prestes a terminar o internato

As duas internas da USF D. João V, Sara Almeida e Daniela Francisco, têm pelo menos uma coisa em comum: é já agora no final de outubro que se vão submeter às provas de avaliação final do seu internato de Formação Especializada em MGF. Com a homologação da nota final, que ocorrerá nas semanas seguintes, veem-lhes ser automaticamente atribuído o título de especialistas em Medicina Geral e Familiar.

Sara Almeida — a ambição de que seja criada a Competência de Pequena Cirurgia

Natural de Oeiras e com 40 anos feitos em julho último, desde o 1.º Ciclo que Sara Almeida sabia o que queria vir a ser: médica. Quando iniciou o curso de Medicina, na FMUL, já tinha identificado a especialidade que iria escolher. E assim foi — depois da Formação Geral no então CHULN, “mudou-se” de Santa Maria para o Hospital Fernando Fonseca, uma decisão ponderada, para cumprir o internato em Cirurgia Geral.

Foi no início do 6.º ano que, por razões que não vale a pena agora explorar, resolveu interromper o seu percurso formativo e optar pela MGF, uma especialidade pela qual, admite, também sentia uma atração especial. E porque uma USF localizada no concelho de Mafra? Porque Sara Almeida também alimentara o desejo de trocar Lisboa pela Ericeira.

“A Consulta foi iniciada logo no 1.º ano do internato.”

Logo que chegou à USF D. João V perguntaram-lhe se tinha algum projeto em especial que desejasse desenvolver durante o internato. A resposta foi imediata: “Eu disse logo que sim, que gostaria muito de criar uma Consulta de Pequena Cirurgia em CSP. Foi-me dada essa oportunidade e ela foi iniciada logo no 1.º ano. Tem sido muito bom!”

E prossegue: “Nós criámos um protocolo com critérios de referência e de classificação do tipo de patologia tratável. O mais importante é termos a certeza de que são procedimentos que conseguimos fazer com segurança, tendo em conta que não existe uma segunda equipa de pequena cirurgia disponível, nem



Sara Almeida e Daniela Francisco

condições para fazer muito coisa se for necessário dar resposta a determinadas complicações.”

“Temos, portanto, que nos limitar a tratar sinais ou outra patologia cutânea superficial com dimensão até aos 4 ou 5 cm e em que não haja risco de ser maligna ou que envolva zonas nobres, nomeadamente, o nariz, as orelhas, o pescoço ou a região axilar”, afirma Sara Almeida, confirmando não existir ainda um protocolo geral relativamente à prática de pequena cirurgia nos CSP.

No seu entender, essa não é, contudo, a principal razão para que não existam muitos médicos de família a executá-la: “Estou convencida de que o principal entrave a que sejam criadas mais consultas tem que ver com a falta de diferenciação de colegas nesta área. A criação da Competência de Pequena Cirurgia contribuiria decisivamente para uniformizar não só a formação a disponibilizar a todos os médicos de MGF que a quisessem praticar mas também os protocolos e os meios de atuação.”

Sara Almeida é, aliás, um dos cinco elementos que formam a Comissão Coordenadora do Grupo de Estudos de Pequena Cirurgia (GEPe-Px), constituído em 2023 no seio da APMGF.

Daniela Francisco — o desafio de identificar quem possa evoluir para um luto patológico

Daniela Francisco, 32 anos, diz que já se deparou com casos de luto patológico, sublinhando que o grande desafio é, desde logo, identificar quem possa encontrar-se em risco de evoluir para esse estado.

A conversa consigo mesmo esse rumo por uma razão muito simples: resolveu fazer uma pós-graduação



em Cuidados Paliativos, que começou em 2021 e terminou em 2022, “porque tinha curiosidade em saber mais sobre essa área” e queria estar preparada para lidar com utentes e seus familiares que estivessem a necessitar de apoio nesse campo. “Tinha bastante interesse em adquirir mais conhecimentos a este nível para, obviamente, poder estar melhor preparada para determinadas situações. Considero que foi muito útil, particularmente no que respeita à comunicação com os doentes em consulta, mas também com os familiares no apoio ao luto. Foi onde notei ter ganho mais competências”, reconhece.

“A prestação de cuidados paliativos pode aplicar-se a uma série de patologias crónicas.”

Concordando que a prestação de cuidados paliativos surge normalmente associada à patologia oncológica, pois, “é a que chama mais a atenção”, a verdade é que “também cabem nesta abordagem uma série de patologias crónicas, como a insuficiência cardíaca, a DPOC ou as doenças neurológicas”.

Recuando no tempo, Daniela Francisco, que reside agora em Mafra, mas é natural de Alcobaca, lembra-se bem que “já em pequena queria ser médica dos bebés”. Por isso, quando iniciou o curso de Medicina, na FMUL, que terminaria em 2019, estava convencida de que iria ser Pediatra. No entanto, durante esse período, foi-se interessando por outras áreas e os estágios que fez em MGF acabaram por ditar o seu futuro profissional. Depois do internato de Formação Geral realizado em Santa Maria da Feira, escolheu a USF 7 Moinhos, na Malveira, para obter a especialidade em MGF.

Esteve lá apenas durante dois anos. Com a saída do médico Rui Pedro Nunes em direção à USF D. João V, acabou por acompanhar o seu orientador, até porque a Unidade onde estava também perdera a idoneidade formativa. Não admira, pois, que passe a semana quase inteira no polo da Encarnação, com exceção das quintas-feiras, em que também se desloca para a sede da Unidade, em Mafra.

(Continuação da pág. 17)

termos de pirâmide etária é claramente triangular, com muita gente com pouca idade na base e depois afunilando para o topo. Obrigá a ter muito horário para a saúde infantil e para grávidas! Aconteceu que, quando vim para cá, foi-me atribuída uma lista que não estava a ser trabalhada e que era da UCSP. Ora, como tem vindo muita gente jovem viver para esta zona...”, refere.

Entretanto, com a chegada à Unidade de Tânia Franco, especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, concluiu-se fazer sentido que formassem equipa, devido às características da lista de utentes de Tânia Santos. A médica não deixa de reconhecer identificar-se muito mais com “a prevenção e manutenção da vigilância da saúde em idade pediátrica” do que com “a verdadeira doença grave na criança”.

Garantindo que, se voltasse atrás no tempo, tornaria a escolher Mafra para viver e trabalhar, em jeito de conclusão, afirma: “Acima de tudo, estou muito orgulhosa do percurso que foi feito como Unidade porque, apesar de termos tido aqui tantos desafios, não baixámos os braços, lutámos para encontrar outros colegas e conseguimos. Crescemos como equipa, somos modelo B, temos indicadores muito positivos e também um bom ambiente. Acho que estamos de parabéns!”

Tânia Franco, enfermeira de família: “Gosto muito do trabalho que desenvolvo aqui na minha USF”

Toda a gente sabe, na USF D. João V, que a “Equipa das Tânicas” é formada pela médica Tânia Santos e pela enfermeira Tânia Franco. Designação que surgiu precisamente quando a segunda daquelas profissionais integrou a Unidade, há 4 anos, e o facto de ser especialista de Saúde Infantil e

Pediátrica a ter “empurrado” para uma das listas de utentes com mais crianças e jovens.

Nascida numa aldeia do concelho de Mafra, admite que “foi assim por uma linha muito fininha” que não entrou em Medicina, acabando por se formar em Enfermagem, em 2005. “Mas fui-me encantando com o curso e estou muito feliz com o percurso que, entretanto, fui construindo. Foi-me enchendo o coração!”, afirma.

“A Enfermagem foi-me enchendo o coração!”, garante Tânia Franco.

Depois de 3 anos passados no Serviço de Urgência do Hospital de Torres Vedras, onde diz ter conhecido uma equipa dinâmica e muito boa, com quem aprendeu imenso, acabou por conseguir o que ambicionava – cuidar de crianças –, integrando a Unidade de Pneumologia Pediátrica no Hospital de Santa Maria, onde se manteve durante uma década. “Foram anos de intenso desenvolvimento pessoal e profissional que nunca serão esquecidos”, sublinha.

Foi em 2018 que aconteceu a sua transição para os CSP, obtendo colocação no Centro de Saúde de Mafra, e mais tarde sendo alocada à Extensão de Enxara do Bispo. As colegas Olga Seabra, Fátima Henriques e Ana Patrícia Fonseca, que tão bem a acolheram no início, viriam a recebê-la posteriormente na USF D. João V, mais precisamente em setembro de 2021, já mãe de 2 filhas, hoje com 7 e 10 anos.

Importa dizer que Tânia Franco, 42 anos, desenvolve atividade em duas entidades externas à USF, uma das quais o Sistema Nacional



de Intervenção Precoce na Infância. É um dos elementos da área da Saúde que formam a Equipa Local de Intervenção (ELI), sedeadada, aliás, no mesmo edifício onde se situa a USF D. João V.

“O SNIPI é um sistema que fun-



Tânia Franco

ciona com o envolvimento dos ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho e da Segurança Social, cuja missão é garantir a intervenção precoce na infância. Dirige-se a crianças dos 0 aos 6 anos que apresentam ou correm risco de vir a apresentar alterações no seu desenvolvimento, bem como às suas famílias. Formamos uma equipa multidisciplinar que integra, da área da Educação, docentes de ensino especial, e, no nosso caso, da área social, a ELI integra alguns técnicos da APERCIM – Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra”, explica Tânia Franco, acrescentando:

“Por exemplo, são elegíveis para acesso ao SNIPI todos os grandes prematuros (< 33 semanas de gestação), que deverão ser encaminhados para esta equipa, no momento da alta hospitalar, considerando o risco acrescido de virem a apresentar alterações de desenvolvimento.

Enquanto elemento da Saúde, funciona na maioria das situações como elo de ligação entre as várias partes envolvidas no cuidado à criança e família, nomeadamente a ELI, a equipa de família ou a unidade hospitalar que a acompanha. Lamento muito que a minha intervenção direta seja possível apenas em raras situações, contudo, está condicionada às poucas horas disponíveis para este serviço.”

A enfermeira tem ainda dois dias da semana alocados à Direção-Geral da Saúde, na sequência do convite que lhe foi dirigido para integrar a Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil daquele organismo, colaboração que teve início em maio de 2024.

“Estou muito agradecida à minha equipa e à ULS de Santa Maria pela possibilidade de viver esta experiência diferente de ser enfermeira, com a qual me sinto entusiasmada. Mas gosto imenso do trabalho que desenvolvo aqui na minha USF, dos cuidados prestados às famílias, com foco na promoção da saúde, na relação de proximidade com as mesmas, e da minha equipa, que muito respeito e valorizo”, afirma Tânia Franco.

Olga Seabra, enfermeira de família: “Procuramos não desperdiçar doses da vacina BCG”

A enfermeira Olga Seabra é, em matéria de inoculação da BCG, a verdadeira “especialista” da USF D. João V. Deve acrescentar-se, aliás, que nos CSP de Mafra há apenas outras três profissionais com experiência reconhecida na sua administração, na USF Andreas, na UCSP Mafra Norte e na Unidade de Saúde Pública. A própria realização do teste de tuberculina implica o uso de uma técnica específica que exige prática por parte do profissional que a realiza.

É certo que o facto de aquelas unidades estarem localizadas no mesmo edifício, em completa proximidade física, facilita a articulação entre as quatro enfermeiras, fazendo, desde logo, com que a ausência de uma delas não impeça a vacinação dos utentes da sua unidade que necessitem de ser imunizados.

“Acho que as pessoas estão extremamente agressivas, revoltadas com a vida, não sei... É claro que já chegam aqui debilitadas, porque senão também não vinham, não é? Temos utentes realmente extraordinários, que, por vezes, até se en-

“Temos ótimos utentes, mas também vivemos situações bastante complicadas.”

volvem nos conflitos originados por gente bastante exaltada, tentando ajudar...”, refere Alexandra Batista, não deixando de acrescentar que foi ao começar a trabalhar na área da Saúde que despertou para uma realidade a que não estava habituada na sua anterior atividade, ao testemunhar haver “quem não tenha dinheiro para medicamentos, ou até para comer”.

Na sua esmagadora maioria tratase de crianças de tenra idade, uma vez que, como se sabe, a prevenção contra a tuberculose é recomendada a todos os menores de 6 anos, desde que pertençam a grupos de risco para a doença.



Olga Seabra

“O ideal é a administração ser feita durante o primeiro ano de vida, embora nem todos os bebés reúnam critérios de elegibilidade para tal, o que só podemos saber depois de colocarmos algumas questões aos pais. O passo seguinte é agruparmos o maior número possível para os vacinar na mesma altura, o que obriga a um esforço de coordenação”, refere Olga Seabra, justificando: “Uma ampola de BCG dará para vacinar uma dezena e meia de crianças e, depois de aberta, só pode ser utilizada durante 6 horas. É também para procurarmos que não haja desperdício de doses que fazemos esta gestão entre as quatro unidades.”

Especialista em Enfermagem

“Depois de aberta, uma ampola só pode ser utilizada durante 6 horas”, salienta Olga Seabra.



de Saúde Infantil e Pediátrica, Olga Seabra, que tem 57 anos, nasceu em Luanda, chegando a Lisboa em fevereiro de 1974, com 6 anos. Escolheu fazer o curso de Enfermagem simplesmente porque sabia que arranjava logo trabalho “Mas depois apaixonei-me por esta profissão”, reconhece.

Esteve 2 anos na Pediatria do Hospital de Santa Maria e em 1994 foi aceite no Hospital do Barro, em Torres Vedras – ela e o seu futuro marido, também enfermeiro –, onde ficou 4 anos, os últimos 2 dos quais em acumulação com a Pediatria do Hospital de Torres Vedras.

A chegada aos CSP, mais concretamente ao Centro de Saúde de Torres Vedras, aconteceu no ano 2000, tendo conseguido a transferência para Mafra em 2015 e ficando assim mais próximo da capital, onde a família passou a residir. Afinal, o marido já lecionava na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e os dois filhos tinham a faculdade pela frente, que entretanto concluíram.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (JUNHO DE 2025)
Utentes: 10.299 (13.066 UP) Idosos: 1916 (Índice de dependência: 28,4%) Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 572 (Índice de dependência: 24,1%) Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 2354
ATIVIDADE (2024)
Consultas médicas Contactos diretos: 14.158 Contactos indiretos: 8103 Domicílios médicos: 20
Enfermagem Contactos diretos: 9221 Contactos indiretos: 1901 Domicílios de enfermagem: 474
PROFISSIONAIS (JUNHO DE 2025)
Médicos: 6 Enfermeiras: 6 Secretárias clínicas: 4 Internas: 2

Um guia da Saúde para as Eleições Autárquicas



André Biscaia

Médico de família. Presidente da Direção da Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)



Gonçalo Melo

Médico de família. Vogal da Direção da Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)

3. Papel do poder local: saúde em todos os setores

A autarquia é um agente de saúde pública. Cerca de 80% dos determinantes da saúde estão fora do setor da saúde. Interessam, por isso e em grande medida, ao poder local. O que pode caber ao poder local, numa visão integrada da Saúde:

A. Promover estilos de vida saudáveis

• Criação de equipas de preparadores físicos comunitários, integradas com as unidades de saúde;

• Construção e requalificação de infraestruturas acessíveis para exercício físico;

• Criação de “passeios da saúde” com sinalética e medição de distâncias;

B. Aumentar a literacia em saúde

• Campanhas regulares para ensinar a descodificação de rótulos, receitas saudáveis e vídeos curtos de literacia;

• Plataformas municipais de prescrição social digital, integradas com os centros de saúde;

• Implementação de “embaixadores de saúde” locais (voluntários com formação básica em saúde comunitária para a promoção da literacia em saúde);

C. Ajudar a navegar o sistema de saúde

• Promoção da figura de agentes comunitários de saúde, com função de mediação digital, apoio à marcação de consultas, transporte e adesão terapêutica (que podem, simultaneamente, ter outras funções e coordenar ações com outros setores, da educação, da segurança social, da segurança);

• Instalação de postos municipais de apoio digital em saúde, com acesso à área do cidadão SNS e MySNS.

D. Apoiar a continuidade de cuidados

• Apoio direto à gestão de doentes complexos através da criação de equipas municipais de gestores de caso (que poderiam, entre outros, gerir a má utilização dos serviços de urgência);

• Criação de bolsas de cuidados formais e informais, com incentivo à formação e valorização social;

• Programas de telemonitorização para idosos isolados, articulados com as equipas de saúde familiar.

4. Suplementar e não competir com o SNS

O poder local deve suplementar, e não substituir ou competir com o SNS. A série “Publicação Ocasional” de maio de 2025 do Conselho das Finanças Públicas – “O Sistema de Saúde Português em Perspetiva Internacional: Análise Comparativa” – traz mais uma série de dados abonatórios do desempenho do

SNS, mas também aponta uma série de problemas que são reais. É possível abordar estes problemas com ações locais:

A. Na saúde mental:

- psicólogos municipais;
- grupos comunitários de apoio (por exemplo, nas áreas da ansiedade, da parentalidade, do luto);
- parcerias com escolas e IPSS para prevenção em saúde mental.

B. Na saúde oral:

- consultórios municipais de dentista com acordo com o SNS;
- programa de higiene oral nas escolas e lares.

C. Na saúde da visão:

- consultas de optometria gratuitas;
- rastreios anuais.

D. Na reabilitação e funcionalidade:

- apoio a gabinetes de fisioterapia convencionados e constituição de gabinetes de fisioterapia comunitários com horários pós-laborais;
- protocolos com ginásios locais e associações desportivas.

E. Nos meios complementares de diagnóstico:

- apoio à instalação de unidades com contratos que não discriminem utentes com requisições do SNS.

5. Apoiar quem trabalha no SNS

As autarquias podem e devem garantir condições que fixem os profissionais no território:

- Complementos remuneratórios locais para profissionais do SNS (subsídios de risco, produtividade ou deslocação);
- Acesso a habitação condigna e a preços acessíveis;
- Protocolos com creches e escolas para acesso prioritário;
- Apoio logístico (água, luz, gás) no caso de mobilidade profissional forçada;
- Criação de um Gabinete de Apoio ao Profissional de Saúde, com ajuda na integração local e familiar.

6. Pontes para o futuro

O SNS é imprescindível para a sociedade portuguesa e têm de se reforçar as pontes entre níveis de governação, profissionais de saúde e cidadãos.

Para isso, propõe-se:

- Criação de Conselhos Municipais de Saúde com representação do SNS, autarquia, associações de utentes e sociedade civil;
- Promoção de orçamentos participativos em saúde;
- Fomento à criação de Unidades Locais de Saúde participadas (ULS com modelo de gestão partilhada com o poder local e participação dos profissionais de saúde, constituídos em comissões de trabalhadores com maior protagonismo na gestão);
- Financiamento de projetos-piloto de inovação comunitária em saúde;
- Criação de um “selo municipal amigo da saúde pública” para distinguir boas práticas na área da saúde.

7. Conclusão: uma visão local para a saúde

A saúde começa na habitação, nos transportes, no acesso à cultura, no urbanismo e no emprego. O Poder Local é, por isso, central na saúde pública. As eleições autárquicas de 2025 são uma oportunidade para defender uma visão local – pensamento e ações locais com base nas boas práticas universais e numa estratégia nacional de fortalecimento do SNS.

ALEXANDRA BATISTA, SECRETÁRIA CLÍNICA:

“Eu tenho uma equipa de administrativas fabulosa!”

Integrando a USF D. João V desde o dia em que esta Unidade “abriu portas”, tendo logo assumido a posição de interlocutora administrativa, cargo que mantém, Alexandra Baptista não poupa nos elogios quando se refere às suas colegas secretárias clínicas: “Eu tenho uma equipa fabulosa. São todas muito trabalhadoras, de vestir a camisola! Se for preciso, ficam até mais tarde, como foi o caso de ontem, em que entrámos às 8h e o sítio em que eram 7h da tarde!”

O processo de recrutamento desencadeado há uns dois anos, ainda no tempo do ACES Oeste Sul, permitiu a entrada de Vera Carvalho, vinda de Torres Vedras e que ficou alocada à Encarnação, permitindo à Alexandra Baptista dedicar-se mais às tarefas burocráticas na sede, embora seja normalmente ela que se desloca para o polo sempre que necessário.

No entanto, o secretariado clínico tem-se mantido um pouco desfalcado. As contas são fáceis de fazer – o serviço devia ser assegurado por 5 profissionais, mas o quadro da USF tem apenas mais duas: Anabela Garcia e

Alda Azevedo, sendo que esta última se encontra de baixa prolongada.

“Perante esta situação, tivemos que pedir ajuda, e foi então que chegou Catarina Barroso. Está ‘emprestada’, digamos assim, mas já lhe dirigimos o convite para integrar formalmente a equipa a partir de janeiro”, esclarece a nossa interlocutora.

Prestes a fazer 55 anos, o que acontecerá a 11 de setembro, Alexandra



COORDENADO POR IRENE MARQUES, DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DA ULS DE SANTO ANTÓNIO, HÁ MAIS DE UMA DÉCADA QUE ESTE GRUPO ATUA DE FORMA ARTICULADA

Médicos de várias especialidades, enfermeiros e outros profissionais do GEstIC promovem intervenção multidisciplinar em doentes com insuficiência cardíaca

NA VERDADE, TRATA-SE DE UMA VERDADEIRA CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DE IC, MAS O NOME COM QUE O PROJETO FOI BATIZADO, EM 2010, PEGOU DE TAL FORMA QUE TODOS O CONHECEM POR GESTIC, “DIMINUTIVO” DE GRUPO DE ESTUDOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, MAS QUE É VISTO COMO UMA AUTÊNTICA MARCA. IMPULSIONADO POR IRENE MARQUES, QUE CONTINUA A SER A SUA COORDENADORA, NASCEU NO SEIO DA MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, INSTITUIÇÃO QUE HOJE INTEGRA A ULS COM O MESMO NOME, AGREGANDO UMA SÉRIE DE ELEMENTOS DE OUTROS SERVIÇOS. CONTUDO, SÓ EM JANEIRO DE 2013 FICARAM REUNIDAS AS CONDIÇÕES PARA QUE O PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES COM IC IMPLEMENTADO PELO GESTIC ARRANCASSE OFICIALMENTE, COM A DISPONIBILIZAÇÃO DE UMA CONSULTA EM QUE A ENFERMAGEM SURTIU ASSUMINDO UM PAPEL PREPONDERANTE. PAPEL ESSE, ALIÁS, QUE AINDA SE TORNOU MAIS SIGNIFICATIVO COM A IMPLEMENTAÇÃO DO HOSPITAL DE DIA, EM 2022, QUE HAVERIA DE CONHECER UM NOVO ESPAÇO AGORA NO INÍCIO DE 2025.

Não há maneira mais fácil de contar a história do GEstIC do que começar pelo princípio. E ela inicia-se verdadeiramente em 2009, quando Irene Marques e dois colegas seus, um dos quais Paulo Paiva, atual diretor do Serviço de Medicina Interna da ULS de Santo António, começaram a pensar que seria importante haver algum tipo de estrutura que se dedicasse especificamente aos doentes com insuficiência cardíaca (IC).

“No Serviço já havia diferenciação em doenças autoimunes, tínhamos pessoas dedicadas à área respiratória, mas não havia ninguém particularmente interessado na IC, que era a 1.ª ou 2.ª causa de internamento”, recorda a coordenadora do GEstIC, acrescentando que, com o apoio de um grupo de internos, até se fez uma revisão da literatura para perceber o que se poderia fazer para melhorar os cuidados a prestar aos doentes com IC. No final de 2009, foi criada uma equipa liderada por dois dos especialistas (Irene Marques e Pedro Leuschner) e 5 internos do Serviço de Medicina Interna.

Saltando para fevereiro de 2010, a equipa apresentou numa das reuniões semanais do Departamento de Medicina a proposta de formação de um grupo multidisciplinar para gestão dos doentes com IC segundo um programa estruturado de seguimento, convidando à participação de vários serviços.

A receptividade foi tão boa que nos meses seguintes a ideia ganhou corpo, envolvendo especialistas dos serviços de Cardiologia, Nefrologia, Medicina Física e de Reabilitação, Psiquiatria, Nutrição e Serviço Social.

Irene Marques: “Nós queríamos fazer algo que fosse um gesto para mudar o percurso destes doentes.”

Paralelamente, havia que batizar o projeto, e é assim que surge o “nome” GEstIC, não só por significar Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca, mas também por ser uma palavra em inglês que significa gesto! “No fundo, era um pouco isso que nós queríamos, ou seja, fazer algo que fosse um gesto para mudar o percurso destes doentes”, esclarece a coordenadora.

“O nosso plano era começar com uma consulta externa, duas tardes por semana, à segunda e à quinta-feira. Mas queríamos ter, para além do médico, dois enfermeiros, um para fazer os ensinos e os testes de avaliação, nos períodos da consulta, e outro para contactar telefonicamente os doentes após a alta, para confirmar se estava tudo bem”, explica Irene Marques.

Só no final de 2012 foi possível, finalmente, conseguir resolver a questão da falta de horas de enfermagem disponíveis, recorrendo-se a uma solução inédita, pelo menos no Hospital de Santo António, com enfermeiros das várias unidades do Internamento de Medicina Interna a assegurarem o horário de que o GEstIC necessitava.



“Tê-los connosco foi sempre considerado importantíssimo, nunca poderíamos começar a Consulta sem os enfermeiros”, frisa a médica, confirmando que janeiro de 2013 marca o início oficial de atividade do GEstIC.

A vulnerabilidade da fase de transição da alta para casa

A decisão tomada na altura foi que os doentes com acesso à Con-



doentes com IC”, justifica Irene Marques, prosseguindo:

“Nós sabemos que a transição da alta para casa é uma fase vulnerável, porque os doentes saem bem do Internamento, mas vão para a sua vida normal e bebem mais líquidos, não cumprem as restrições alimentares, muitas vezes enganam-se a tomar a medicação e é frequente voltarem a ser internados passado pouco tempo.”

O procedimento continua a ser, hoje em dia, o mesmo que em 2013, ou seja, os enfermeiros do Internamento têm a informação necessária para começarem logo nessa altura os ensinos sobre a IC a cada doente e aos seus familiares/cuidadores na hora da visita. Posteriormente, no dia da alta, o médico assistente informa o GEstIC, marcando-se então a 1.ª consulta, habitualmente, num prazo de duas a quatro semanas.

Ao mesmo tempo, é agendado o chamado “telefonema das 48 horas”, que pode acontecer até 96 horas após a alta, com um enfermeiro do GEstIC a contactar o doente, para deteção de eventuais sinais ou sintomas de descompensação, esclarecimento de dúvidas, revisão da medicação e confirmação da data da referida 1.ª consulta.

“Em 2019, passámos a aceitar referenciações de outras consultas e diretamente da Urgência, e posteriormente dos próprios CSP”, refere a coordenadora do GEstIC.

Em 2019, com o reforço de internistas envolvidos no GEstIC, foi possível crescer e começar a receber doentes de outras proveniências que não exclusivamente o Internamento. Atualmente, são seis os especialistas de MI, assegurando três tardes por semana de consulta, também com mais tempo de enfermagem (há hoje uma dúzia destes profissionais alocados ao GEstIC).

“Passámos a aceitar referenciações de outras consultas aqui do hospital e diretamente da Urgência, e posteriormente em 2021

dos próprios cuidados de saúde primários, que normalmente recorrem a nós quando têm casos de descompensação”, informa Irene Marques.

Em 2022, após 5 anos de luta por um espaço físico, o GEstIC instalou o primeiro Hospital de Dia do Serviço de MI numa sala de observações, numa Unidade de Internamento: 2 cadeiros, 1 médico e 1 enfermeiro, 2 manhãs por semana apenas. Com a reinstalação do Hospital de Dia num espaço próprio em fevereiro de 2025, que passou a servir todo o Serviço de MI, o GEstIC dispõe agora de quatro cadeiros durante 2 manhãs e um dia completo com médico e enfermeiro dedicado.

A coordenadora faz questão de referir ainda o que tem sido feito pelo GEstIC em termos de investigação clínica, “com participação, desde 2016, em ensaios clínicos com novos medicamentos para a IC e em estudos de iniciativa do investigador”.

Recordando as reuniões anuais de sensibilização e educação para doentes e cuidadores, que decorreram entre 2014 e 2018, Irene Marques salienta os cursos de formação em IC para médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários realizados em 2017, 2018 e 2019.

Andreia Campos, nefrologista: “O coração e os rins andam sempre de ‘mãos dadas”

“Nós não podemos falar em co-ração sem falar em rins porque eles andam sempre de ‘mãos dadas’. Aliás, hoje em dia, sabemos que os grandes pilares do tratamento da IC são muito comuns aos do tratamento da doença renal crónica e do atraso da sua progressão. E os doentes com IC, pelas suas comorbilidades e risco cardiovascular, têm também muitas vezes doença renal concomitante, ou vão evoluir



Andreia Campos

IRENE MARQUES, COORDENADORA DO GESTIC

Sonhou ser psicóloga, até quis ser psiquiatra, mas acabou apaixonada pela MI

Natural de Gondomar, Irene Marques nasceu em 1971 e podia ter terminado o Secundário com a certeza de que queria ser psicóloga (“Era o que para mim fazia sentido, perceber as pessoas, ajudá-las a ter uma vida melhor!”) se o professor de Filosofia não a tivesse sensibilizado para seguir outro caminho. “Podias fazer Medicina e depois seguir Psiquiatria!”, sugeriu-lhe.

pesado em termos de horas de contacto com os doentes. Para além de que fazíamos 24 horas no Serviço de Urgência e permanecíamos no hospital no dia seguinte...” Já especialista, rumou a Penafiel, tendo ficado a trabalhar durante dois anos no Hospital Padre Américo. Em setembro de 2006, regressou ao Santo António, integrando a Medicina I, até a criação do CH



A três meses do final do 12.º ano decidiu que não colocaria outra opção que não fosse vir a ser médica, acabando por entrar no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, a sua 1.ª opção. E porquê o ICBAS? “Porque tinha uma visão mais clínica, mais próxima dos doentes.”

O curso foi decorrendo com toda a normalidade até que, a meio do 4.º ano, surgiu uma grande paixão: “Já tínhamos tido Cirurgia Geral e na 2.ª parte do ano chegou a vez da Medicina Interna e de fazer a minha primeira história clínica a uma doente, que discuti com a assistente e os meus colegas, tendo achado “fantástico”!

“Apaixonei-me completamente pela MI nessa altura”, reconhece.

O Santo António foi o hospital onde fez os dois anos do internato geral e por lá ficou, alocada à Medicina II, até se tornar internista, o que aconteceu em 2004. Não se arrepende nada de ter escolhido aquela instituição para fazer a sua formação, apesar de não ter sido fácil: “Tínhamos um trabalho assistencial muito

do Porto ter conduzido à formação de um único Serviço de Medicina Interna, em 2009.

Irene Marques recorda que o seu diretor na altura, João Araújo Correia, lhe deu “todo o apoio” para avançar com o GEstIC, que classificava como sendo “o projeto mais importante do Serviço a concretizar naquela altura”. O que aconteceu a seguir está contado na reportagem publicada nestas páginas.

Entretanto, para além de ser responsável pela Unidade A do Serviço de MI da ULS de Santo António e de ser professora auxiliar no ICBAS, é importante registar que Irene Marques é a atual coordenadora do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Integrando o Secretariado do NEIC-SPMI desde a criação do mesmo, em 2015, no final de 2024, sucedeu a Joana Pimenta, de quem foi coordenadora adjunta, tendo sido Paulo Bettencourt, o mentor do Núcleo, prematuramente falecido, o seu primeiro coordenador.

nesse sentido, sendo igualmente muito importante a componente preventiva”, afirma Andreia Campos.

Se dúvidas houvesse, esta explicação seria mais do que suficiente para justificar o facto de o Serviço

de Nefrologia do Hospital de Santo António ter estado sempre representado no GEstIC, embora a nossa entrevistada apenas faça parte desta

(Continua na pág. 22)

(Continuação da pág. 21)

estrutura multidisciplinar desde março de 2021.

“É um prazer estar neste Grupo porque acho que funciona muito bem em articulação com as várias especialidades que o integram, o que realmente se traduz em claro benefício para os doentes na nossa prática clínica”, considera a nefrologista. E diz ser presença assídua na Consulta de Grupo semanal do GEstlC, formalizada em 2014, garantindo estar “contactável sempre que os colegas precisem de discutir algum caso em registado”.

Confirmando ter-se registado nos últimos anos uma grande evolução terapêutica na IC, dá-se a circunstância de “muitos dos fármacos terem um paralelismo bastante grande com o tratamento da DRC, em todas as vertentes, da prevenção à evolução da doença”.

Para Andreia Campos, no fundo, essa evolução acontece, acima de tudo, por necessidade: “A verdade é que nós temos uma prevalência enorme da IC e da DRC, sendo que se prevê que seja a 5.ª causa de morte no mundo em 2050. Portanto, estamos a falar de patologias muito prevalentes, responsáveis por um elevado número de mortes e que se associam a elevados custos em saúde, pois, estes doentes são internados com frequência por estarem descompensados.”

CATARINA GOMES, CARDIOLOGISTA:

“A boa relação entre a Cardiologia e a MI é uma das bases de sucesso deste Grupo”

Catarina Gomes, 46 anos, não tem dúvidas em afirmar que o cardiologista desempenha “um papel fundamental” numa estrutura como o GEstlC, integrado na Medicina Interna, “atuando como referência técnica e clínica para o diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes”.

E acrescenta que a formação especializada “permite interpretar melhor os exames complementares, como os ecocardiogramas, os cateterismos a as ressonâncias magnéticas, contribuindo para uma estratificação precisa do risco e uma definição da terapêutica mais adequada”.



Para além disso, “orienta a utilização de dispositivos como cardiodesfibriladores e ressyncronizadores e acompanha a evolução de novas evidências científicas na

Sabe-se que a hipertensão e a diabetes são as doenças mais associadas à DRC em Portugal, fatores de risco vascular muito comuns nos doentes acompanhados pelo Grupo. A síndrome cardiorrenal também é muito frequente. E muitos deles, acrescenta a especialista, “têm episódios de lesão renal aguda, correndo um risco acrescido de virem a desenvolver DRC no futuro”.

“Torna-se de grande importância termos a IC estabilizada para o doente não sofrer descompensação da parte renal”, Andreia Campos.

“Se pensarmos que os rins representam 20% do débito cardíaco, quando o desempenho do coração estiver comprometido, eles são diretamente lesados. E, portanto, os mecanismos e a fisiopatologia da lesão renal associada à IC vai muito mais além daquilo que é apenas a DRC do doente

com hipertensão ou com diabetes. Torna-se, pois, de grande importância termos a IC estabilizada para aquele não sofrer descompensação da parte renal. Tendo em consideração que há fármacos usados para evitar a progressão da IC que também podem ter repercussões a nível renal, ainda mais útil se torna fazermos aqui um balanço conjunto dos casos”, diz Andreia Campos, prosseguindo:

“Quando estamos a falar, nomeadamente, da gestão de fármacos que aumentam os níveis de potássio em doentes que já têm DRC, a intervenção do nefrologista pode ser extremamente útil no ajuste farmacológico. Se pensarmos que esses doentes podem vir também a necessitar de terapêutica de substituição da função renal, uma vez que grande parte deles já não será candidata a transplante renal, também podemos dar o suporte técnico e fazer o seu seguimento na consulta de Nefrologia.”

Com o curso de Medicina feito na FMUP, o internato do Ano Comum cumprido no Hospital de São João e a formação numa especialidade que considera “muito polivalente” concluída em 2017, no Santo António, Andreia Campos, 39 anos, conclui:

“Temos que prevenir e atrasar a progressão da DRC. Ora, havendo vários fármacos usados no tratamento da IC que também retardam essa evolução, temos aqui um paralelismo muito grande entre os dois territórios.”

Sandra Magalhães, fisiatra:

“Na reabilitação cardíaca, há um foco constante na autonomização do doente”

A Medicina Física e de Reabilitação (MFR) é normalmente chamada a intervir no acompanhamento do doente seguido no GEstlC quando se considera que este tem indicação para cumprir um programa de reabilitação cardíaca (RC), ou seja, que apresenta capacidade para tal e cuja IC se encontra estabilizada. A componente essencial do programa é o exercício físico supervisionado.



Sandra Magalhães

“Desde que estejam reunidos os critérios de estabilidade da doença, quanto mais precoce for esta intervenção mais vantajoso é para o doente, pois, permitirá melhorar a sua capacidade funcional, com implicação positiva na qualidade de vida, e reduzir o número de hospitalizações. São ganhos absolutamente fundamentais para quem sofre de insuficiência cardíaca”, afirma Sandra Magalhães, a fisiatra que coordena a vertente de MFR do programa de RC, que funciona na Unidade de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular.



Trata-se de um programa que, faz questão de esclarecer, “é ele próprio multidimensional, pois, todas as dimensões do tratamento são importantes para a abordagem do doente com IC”. E insiste: “O exercício é, sem dúvida, um componente essencial, mas, no âmbito do programa, valorizam-se também outros aspetos, como, por exemplo, a verificação do cumprimento da medicação, solidificando, de certa forma, aquilo que o GEstlC já faz.”

“O doente é primeiramente observado em consulta de RC, na qual se exclui a existência de contraindicações para a inclusão no programa de exercício e se identificam eventuais limitações que possam ter implicação no mesmo. Esta consulta tem também um carácter educacional, no qual se explica como gerir a doença, promovendo o exercício físico e prevenindo os fatores de risco cardiovascular. O doente realiza, posteriormente, uma prova de esforço cardiopulmonar, que nos permite desenhar um programa de RC individualizado e adequado a cada pessoa”, explica Sandra Magalhães.

Durante dois a três meses, duas vezes por semana, o doente desloca-se à Unidade de RC, sendo certo que um objetivo importante é sensibilizá-lo para ganhar autonomia relativamente à prática do exercício prescrito, também nos restantes dias, em casa.

“O incentivo à autonomização do doente é um foco constante no programa de RC”, destaca Sandra Magalhães.

“O que nós queremos é que o doente mantenha o exercício recomendado após a alta da fase supervisionada, pois, se isso não acontecer,

vamos perder os ganhos obtidos. É por isso que o incentivo à autonomização do doente é um foco constante no programa de RC”, refere a fisiatra, adiantando:

“Hoje em dia, temos a possibilidade de estabelecer um programa híbrido, em que, depois de um período supervisionado no hospital, o doente é acompanhado no domicílio. É fornecido um cardiofrequencímetro, que permite gravar as sessões de exercício realizadas e nos possibilita confirmar o seu cumprimento, bem como os parâmetros atingidos. Posteriormente, efetuam-se chamadas telefónicas para dar *feedback* sobre esses parâmetros e esclarecer dúvidas que possam surgir. Este apoio na fase de transição para a manutenção do programa de RC é muito importante.”

Questionada sobre as particularidades do doente com IC no que à RC diz respeito, Sandra Magalhães diz que “muitos apresentam mais limitações físicas e mais comorbilidades associadas, nomeadamente doença osteoarticular, o que exige particular atenção”. Para além de que “o perfil destes doentes é muito variado, podendo ir do idoso com múltiplas comorbilidades até ao doente que



era previamente atleta antes de lhe ser diagnosticada a IC, o que obriga a individualizar ainda mais o programa de RC”.

Tendo feito o curso de Medicina no ICBAS, Sandra Magalhães cumpriu o internato de MFR no Hospital de Santo António, onde começou a trabalhar como especialista no final de 2014. Iniciou, desde logo, a sua atividade clínica em reabilitação cardiovascular, integrando o GEstlC em 2015. Concluiu o doutoramento em Ciências Médicas, nessa área, em julho deste ano.

Sara Vieira Silva, paliativista:
“Podemos intervir logo que haja uma previsibilidade de sofrimento muito grande”



Sara Vieira Silva

Hospital de Santo António, haveria de fazer um estágio na mesma área no IPO do Porto. Já enquanto internista, e tendo ficado na mesma instituição onde se especializara, foi-lhe dada a possibilidade de começar a dedicar algum tempo do seu horário ao grupo de CP, dirigido por Elga Freire.

“Isso obrigou-me depois a fazer formação avançada em CP”, conta, tendo começado com uma pós-graduação em patologia não oncológica, o que até lhe terá despertado um

particular interesse pelo doente com IC. Seguiu-se o mestrado, focado na doença hepática avançada.

Há uns quatro anos que Sara Vieira Silva mantém a ligação ao GEstlC. Com algumas limitações, sublinha, “porque a intervenção da equipa de CP tem que se desdobrar por outras áreas clínicas do hospital”. De qualquer forma, confirma que “os doentes com IC têm realmente importantes necessidades paliativas e há momentos em que estas são crescentes, e não apenas em final de vida”.

“Importa reconhecer que as necessidades paliativas podem surgir quando temos uma situação potencialmente ameaçadora de vida, com o sofrimento associado. Esse cenário pode até colocar-se numa fase relativamente precoce da identificação de um diagnóstico grave”, observa, prosseguindo:

Sara Vieira Silva: “As necessidades paliativas podem surgir quando temos uma situação potencialmente ameaçadora de vida.”

“Sendo a IC caracterizada por registar episódios frequentes de descompensação, a intervenção pode ter que acontecer em função dessa circunstância, mas também considerando aquela que é a evolução natural da doença, de deterioração progressiva. Quando os indicadores clínicos permitem concluir que a expectativa de sobrevida seja de cerca de um ano sabemos que nesse período a necessidade de CP aumenta em frequência e muitas vezes em intensidade.”

Mas Sara Vieira Silva refere que numa fase anterior “pode ser preciso assegurar o controlo do sofrimento nas suas diferentes dimensões, seja ela física, psicológica ou da relação familiar”. E apresenta, como exemplo, o caso do doente com uma

PAULO PAIVA, DIRETOR DO SERVIÇO DE MI DA ULS DE SANTO ANTÓNIO:

“Este é o modelo de resposta que nós temos que desenvolver”

“Programas de acompanhamento de doentes crónicos como o que caracteriza o GEstlC obedecem a uma lógica muito simples, não estão focados no doente internado, mas sim no doente que está em ambulatório, com uma patologia complexa que agudiza periodicamente e de forma rápida. Até porque três ou quatro dias podem ser suficientes para que chegue à Urgência de tal forma descompensado que a única solução é interná-lo”, afirma Paulo Paiva, 58 anos, diretor do Serviço de Medicina Interna da ULS de Santo António.

No seu entender, “este é mesmo o modelo de resposta que nós temos que desenvolver e que estamos a aplicar, neste caso, ao doente com IC. Procuramos que ele faça a sua autovigilância e que seja capaz de identificar os sinais de alarme para uma eventual situação de descompensação, podendo contactar-nos telefonicamente com facilidade e falar com alguém da equipa”.

Paulo Paiva salienta o facto de a área da IC ser precisamente aquela “onde existe mais evidência de que a aplicação de um programa deste género reduz as idas à Urgência e os internamentos, até porque outros países, como a Espanha, já aplicam este tipo de resposta há muito mais tempo do que nós”.

“Temos que tirar estes doentes da Urgência e precisamos que eles sejam vistos e acompanhados pelos profissionais que os conhecem”, afirma Paulo Paiva.

“Temos que tirar estes doentes da Urgência e precisamos que eles sejam vistos e acompanhados pelos profissionais que os conhecem”, insiste o responsável, justificando assim a criação do GEstlC, “que foi preparado e organizado para dar resposta a estes doentes”.

Destacando a sua resposta multidisciplinar, sublinha a parceria que existe entre a Medicina Interna e a Cardiologia, mas também com outros serviços do hospital, e o trabalho de acompanhamento estruturado dos doentes que é feito, em

que a enfermagem tem “um papel fundamental”.

O diretor do Serviço de MI não deixa de referir que o GEstlC “demostrou algum tempo a arrancar por ter sido necessário reunir os recursos necessários para tal”. Mas, se dúvidas houvesse relativamente à mais-valia do projeto, um trabalho entretanto realizado pelo Grupo veio mostrar o impacto que começou a ter.



Ao estudar um conjunto de doentes com IC, comparando o que aconteceu ao longo de um ano antes de entrarem no programa com igual período de tempo após começarem a ser acompanhados pelo GEstlC, observou-se uma redução de 40% no número de idas à Urgência e de 70% no total de internamentos por IC. Feitas as contas, tal correspondeu a uma poupança de 1 milhão e 500 mil euros.

Vale a pena acrescentar que a conquista de um novo espaço para o Hospital de Dia de MI implicou perder um par de camas da unidade de Internamento localizada no mesmo piso onde também está instalada a Direção do Serviço e onde fica a sala que acolhia antes o HD. Na verdade, um pequeno gabinete onde a consulta médica e a consulta de enfermagem coexistiam com os únicos dois cadeirões que havia.

“Mas o facto é que funcionou bem, como o Conselho de Administração veio a reconhecer, acabando por autorizar a mudança agora concretizada, que é, sem dúvida alguma, um grande benefício para os doentes, embora, sob o ponto de vista económico, represente prejuízo para a instituição”, reconhece Paulo Paiva, sublinhando: “Em todo o caso, o nosso HD também serve, por exemplo, a área das doenças respiratórias e os Cuidados Paliativos, aliviando o Hospital de Dia Polivalente da instituição, que está com a sua capacidade esgotada”, esclarece.

A internista faz questão de referir estar globalmente estabelecido, pelo menos no mundo ocidental, que “as necessidades paliativas básicas devem ser atendidas pelas equipas de proximidade que já acompanham os doentes, e que até devem ter um pouco mais de formação nessa matéria para dar resposta aos casos de CP especializados”, afirma.

(Continua na pág. 24)

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

