



**Anabela
Raimundo**

O desejo
de tornar a
aterosclerose
uma doença rara

■ P. 8

Vítor Parola

O papel dos
enfermeiros
de Reabilitação
na eficiência e
humanização do SNS

■ P. 4

FUNDAÇÃO
Bial
Instituição de utilidade pública

PUB

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Outubro 2025
Ano XIII • Número 139 • 3 euros

Publicação Periódica

**"É a HTA cronicamente
não controlada que origina
mais casos de emergência
hipertensiva"**, refere a
internista Francisca Abecasis,
admitindo ser muitas vezes
difícil "descartar com
clareza" uma situação
cujo diagnóstico obriga a
valorizar o tipo de sintomas
que o doente apresenta.

■ P. 10



PUB



VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026
19 a 21 de março
PORTO



A CONVICÇÃO DE CLÁUDIA VICENTE NO 20.º ANIVERSÁRIO DO GRESP:

"As pessoas que o integram são realmente
**apaixonadas pelas
doenças respiratórias**"

■ P. 24/25



Jaime Correia de Sousa • Rui Costa • João Ramires • Carlos
Gonçalves • Victor Ramos • Raquel Castro • Manuel Luciano Silva

O testemunho dos 7 fundadores do Grupo mais dinâmico da APMGF e ainda outros 17 depoimentos
de quem, neste momento, integra a sua Comissão Coordenadora e lidera os onze Grupos de Trabalho



A coordenadora do GRESP com Rui Costa, seu
antecessor no cargo, e Jaime Correia de Sousa, o
grande impulsionador deste Grupo



**USF Almonda
(Torres Novas)**

■ P. 14/20

Certificada pela DGS/ACSA no início de 2025, esta Unidade da ULS do Médio Tejo vive uma
fase de estabilidade. Na foto, a enfermeira Isabel Anastácio com o médico com quem partilha
o ficheiro de utentes, Pedro Ferreira de Sousa, coordenador da USF, numa visita domiciliária

**Paulo
Pessanha**



Há mais crianças
com depressão
e ansiedade

■ P. 6

**LÍVIA GALVÃO, PRESIDENTE
DA CO DO 16.º ENCONTRO
NACIONAL DAS USF:**

"O SECRETÁRIO CLÍNICO
É O ELO QUE LIGA A
COMUNIDADE
À EQUIPA DE SAÚDE"



■ P. 22

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 EPC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A. Preço: 3 euros. **Depósito Legal:** 355.701/13. **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa. **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "informação".

Publicações



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

O papel dos enfermeiros de Reabilitação na eficiência e humanização do SNS



Vítor Parola
Enfermeiro espec. em Enfermagem de Reabilitação. Prof. coord. na ES de Enfermagem da Univ. Coimbra (ESEUC). Investigador na UIICSA-E. Coord. do Mestrado de ER da ESEUC

Num cenário de envelhecimento populacional e de crescente pressão sobre os recursos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), coloca-se o desafio de conciliar eficiência com qualidade e humanização dos cuidados. Neste contexto, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EER) emergem como profissionais incontornáveis, desempenhando um papel decisivo na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Pela sua formação e competências diferenciadas, são capazes de promover a funcionalidade, prevenir a dependência e potenciar ganhos em saúde, contribuindo

Altas hospitalares proteladas. Devemos falar em alta social? Quando?



Fátima Ferreira
Licenciada e mestre em Serviço Social. Assist. social na ULS de São José. Respons. pela Área de Apoio Social do H. de Santa Marta

Com a chegada do período de inverno, os hospitais agravam um cenário já bem conhecido: o aumento da procura pelos serviços de saúde, quer pela agudização de doenças crónicas, quer pela maior incidência de infeções respiratórias e outras complicações típicas da estação. A par do acréscimo da pressão clínica, aumenta também o número de situações de protelamento de alta hospitalar, vulgarmente designados por “casos sociais”.

A expressão, ainda que prática, simplifica em excesso uma realidade complexa. Referimo-



Teresa Serrano Garcia
Assist. hosp. graduada de Medicina Interna. Respons. do Internamento da Unidade de MI UF4 do H. de Santa Marta, ULS de São José

-nos a doentes cuja condição clínica já não justifica a permanência hospitalar, mas que, por ausência de respostas sociais adequadas e atempadas, se veem retidos nas enfermarias.

Este fenómeno acarreta consequências sérias: sobrecarga dos serviços, ocupação de camas necessárias a outros doentes, desvio de recursos humanos e financeiros e, sobretudo, uma distorção da missão fundamental do hospital. Ao transformar-se, por omissão do sistema, em espaço de acolhimento de pessoas vulneráveis, o hospital perde parte da sua identidade enquanto lugar de tratamento

agudo, diagnóstico e intervenção médica especializada.

Contudo, é simplista responsabilizar por esta problemática apenas a falta de respostas sociais. A realidade atual revela a crescente complexidade clínica dos doentes hospitalizados. O aumento da esperança média de vida traduz-se numa população com múltiplas doenças crónicas, dependências funcionais e fragilidades acrescidas que obrigam a respostas de apoio no ambulatório claramente ajustadas.

Estes doentes não se encaixam facilmente na dicotomia “clínico” *versus* “social”: são, na verdade, ambos. Esta fronteira difusa desafia as equipas hospitalares e coloca em evidência a insuficiência de soluções integradas de saúde e apoio social.

Estes doentes não se encaixam facilmente na dicotomia “clínico” *versus* “social”: são, na verdade, ambos.

O problema dos chamados “doentes sociais” é, a nosso ver, menos uma questão de rótulo e mais

um reflexo das fragilidades estruturais do nosso sistema, mas também um apelo à mudança, que tarda em chegar. Enquanto as respostas não forem céleres, adequadas e verdadeiramente integradas, os hospitais continuarão a ser palco de um paradoxo: instituições vocacionadas para tratar doenças agudas a assumirem, por inércia, o papel das respostas sociais.

Reconhecer e enfrentar estes problemas, constitui não apenas um desafio organizacional, mas também uma oportunidade para repensar políticas públicas e aprofundar a integração entre a saúde e o social. É importante reforçar a rede de cuidados continuados, criar respostas no domicílio, adaptadas às necessidades do doente em todas as dimensões que definem o conceito de Saúde – bem-estar físico, psíquico e social. É essencial garantir que os hospitais possam cumprir a sua verdadeira missão.

Mais do que falar de “doentes sociais”, importa reconhecer pessoas com necessidades múltiplas, que exigem respostas coordenadas, intersectoriais e integradas. Só assim será possível enfrentar o inverno que, ano após ano, continua a revelar fragilidades que são, na verdade, perenes. Enquanto sociedade, temos de decidir se queremos continuar a encerrar os hospitais como solução para tudo ou se teremos a coragem de criar respostas que respeitem, de forma plena, a dignidade das pessoas.

no Sistema de Saúde. Esta realidade não resulta de falta de competência destes profissionais, mas antes de constrangimentos estruturais e organizativos. Os rácios insuficientes de enfermeiros por pessoa doente limitam a possibilidade de uma prática diferenciada; a escassa articulação interprofissional dificulta a integração plena dos EER nas equipas de cuidados; e a visão ainda excessivamente hospitalocêntrica de muitos decisores continua a privilegiar respostas centradas no episódio agudo da doença, em detrimento de uma abordagem contínua e reabilitadora.

O foco não está apenas na doença, mas na capacidade de viver com ela, de recuperar o máximo possível da autonomia perdida e de (re)construir um projeto de vida com significado.

Importa sublinhar que a solução não passa apenas por aumentar o número de profissionais, mas também por transformar os modelos organizativos, promovendo a cooperação entre áreas e rentabilizando de forma estratégica as competências já existentes. Só assim será possível garantir que a reabilitação passe a ocupar o lugar central que merece no percurso de cuidados.

Num SNS constantemente pressionado por constrangimentos financeiros, investir em Enfermagem de Reabilitação não é um luxo, mas sim uma estratégia de sustentabilidade. Cada queda evitada, cada pneumonia associada à imobilidade prevenida, cada pessoa que readquire a capacidade de se vestir ou alimentar sozinha representa não apenas um ganho em saúde e qualidade de vida mas também uma significativa poupança para o sistema e para a sociedade.

Mais do que uma especialidade, a Enfermagem de Reabilitação transporta

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A Tecno-Humanidade como inovação: ser pessoa na era dos algoritmos



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

Tive a oportunidade, há uns dias, de participar num webinar relacionado com as tecnologias e a Enfermagem e considerei que o tema sobre o qual promovi a reflexão seria muito oportuno para apresentar como tema no “Diagnóstico de Enfermagem” deste mês.

Num tempo em que a inovação parece sinónimo de automação, inteligência artificial e eficiência digital, emerge uma ideia contraintuitiva e profundamente transformadora: a Tecno-Humanidade.

Num tempo em que a inovação parece sinónimo de automação, inteligência artificial e eficiência digital, emerge uma ideia contraintuitiva e profundamente transformadora: a Tecno-Humanidade. Não como resistência à tecnologia, mas como uma forma de reumanizar a relação, de devolver à interação o calor, a escuta e a presença que nenhuma máquina pode replicar. Ser humano, hoje, é inovação.

Hannah Arendt, ao refletir sobre a condição humana, distingue o “indivíduo” da “Pessoa”. Para Arendt, a Pessoa é aquela que aparece no mundo através da ação e da palavra, que se revela aos outros e constrói sentido na pluralidade. A Pessoa não é apenas um ser pensante, mas um ser que age e se relaciona. Esta definição ganha especial relevância num contexto onde a presença humana é frequentemente substituída por interfaces e onde a palavra é mediada por algoritmos. Portanto, a inovação não está apenas em criar sistemas mais rápidos, mas em garantir que esses sistemas não apaguem a singularidade da Pessoa.

Há outro autor que considero oportuno trazer a esta reflexão:

Franz Kafka, em “A Metamorfose”, oferece-nos uma metáfora inquietante: *Gregor Samsa*, transformado em inseto, perde a sua utilidade social e, com ela, a sua dignidade. A sua inutilidade torna-se invisibilidade. Esta narrativa ecoa nos riscos da tecnocracia contemporânea – quando o valor de alguém é medido apenas pela sua produtividade ou capacidade de resposta automatizada. Se não mostrarmos a utilidade humana – que é relacional, empática, ética, corremos o risco de sermos descartados como irrelevantes num mundo que privilegia o útil e o rápido.

Kafka e Arendt quase que personificam a Dignidade como fim maior de uma utilidade, co-construída na ação, na relação e na pluralidade.

É aqui que a Enfermagem se ergue como paradigma da Tecno-Humanidade. Enquanto ciência e profissão, a Enfermagem não se limita a aplicar protocolos: ela diagnostica, estuda e intervém nas firmezas e infirmezias das pessoas humanas. Cada decisão clínica é um ato interpretativo, situado, ético. Não há algoritmo que compreenda o silêncio de um olhar, a hesitação de uma resposta, o peso simbólico de uma dor. A Enfermagem é feita de presença, de escuta, de julgamento clínico que integra ciência e sensibilidade.

Algoritmizar a decisão clínica seria reduzir o humano ao mensurável, ignorando que o cuidado é, por definição, um encontro entre vulnerabilidades. A inovação, neste campo, não está em substituir o enfermeiro por uma máquina, mas em potenciar a sua ação com tecnologia que respeite e amplifique a relação.

A Tecno-Humanidade, portanto, não é um retrocesso. É uma vanguarda ética. É reconhecer que, num mundo saturado de dados, o que falta é sentido. E que esse sentido nasce sempre da relação entre Pessoas.

Enquanto esta relação for o sentido de sermos uns com os outros, ainda há esperança no futuro da Humanidade.

Referências sugeridas:

- *Arendt H. A condição humana. Lisboa: Relógio D'Água, 2001. (Tradução de The Human Condition, originalmente publicado em 1958).*
- *Kafka F. A metamorfose. Lisboa: Antígona, 2005. (Tradução de Die Verwandlung, originalmente publicado em 1915).*

Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Jornadas MentalMente



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

11.ªs Jornadas do Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias (GRESP)



Sheraton Porto Hotel & SPA
9 e 10 de outubro
Organização: GRESP

VIII Jornadas da USF do Parque



Audatório da Escola Padre António Vieira, Lisboa
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

16.º Encontro Nacional das USF



Centro Nacional de Exposições, Santarém
17 e 18 de outubro
Organização: USF-AN



VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT



VIII JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026

19 a 21 de março
PORTO



PAULO PESSANHA, CO-PRESIDENTE DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF:

“Há um aumento crescente dos casos de depressão e de ansiedade em crianças”

O MÉDICO DE FAMÍLIA PAULO PESSANHA ESTÁ DEVERAS PREOCUPADO COM A QUANTIDADE DE SITUAÇÕES DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM CRIANÇAS COM QUE SE DEPARA NA SUA PRÓPRIA PRÁTICA CLÍNICA. ATÉ PORQUE “SÃO CONSIDERADOS PROBLEMAS DE SAÚDE MUITO RELEVANTES”.

Paulo Pessanha recua no tempo uns 40 anos e garante que quando começou a exercer medicina “era raríssimo” deparar-se, por exemplo, com um caso de depressão num menor. “Não estamos a falar de adolescentes, mas sim de crianças com 10 anos!”, refere, afirmando que a Medicina Geral e Familiar é, hoje em dia, confrontada com muitos mais casos de patologias psiquiátricas na infância.

“O médico de família deve estar muito atento a este tipo de situações, de modo a poder intervir de forma rápida e, eventualmente, referenciar para uma consulta de Psicologia ou de Pedopsiquiatria, evitando ou minimizando complicações futuras. A depressão e a ansiedade em crianças são cada vez mais frequentes, sendo considerados problemas de saúde mental muito relevantes”, alerta.

A causa para esta realidade, segundo Paulo Pessanha, “é multifatorial, envolvendo fatores biológicos, psicológicos e sociais”. E enumera que na sua origem pode estar uma eventual história familiar de depressão, ansiedade ou outra perturbação psiquiátrica, mas também uma situação de baixa autoestima, um enorme desejo de perfeccionismo, dificuldades escolares ou problemas de aprendizagem. Os conflitos familiares, a perda de alguém muito próximo, a negligência e os maus tratos, o *bullying*, a exclusão social e a exposição a redes sociais e videojogos podem contribuir igualmente, de modo significativo, para provocar depressão e ansiedade na infância.

“Hoje em dia, os filhos são deixados pelos pais no infantário ou na escola cedo pela manhã e estes só voltam a vê-los à noite. Assim sendo, resta-lhes muito pouco tempo para darem atenção às crianças, conversar com elas, inteirarem-se de como correu o dia... Ora, se a isso adicionarmos o uso indiscriminado e frequente do telemóvel e das redes sociais, facilmente concluímos que temos aqui um problema importante”, considera Paulo Pessanha.

E sublinha, desde logo, que a prevenção é fundamental. Como? “É

necessário promover a comunicação e o afeto, estabelecer rotinas – nomeadamente, no que respeita ao sono e às refeições –, evitar as críticas excessivas, monitorizar o uso de redes sociais e de videojogos. É preciso prevenir ativamente o *bullying*, fomentar a prática de exercício físico regular e, por exemplo, assegurar que é prestado o apoio psicopedagógico na escola no caso de haver dificuldade de aprendizagem.”

O papel “fundamental e privilegiado” do médico de família

“Nesta matéria, o médico de família tem um papel fundamental e privilegiado, sendo importante reconhecer sinais de alerta como irritabilidade persistente, hiperatividade, alterações do sono e do apetite, mau aproveitamento escolar e queixas psicossomáticas, entre outros. Detetando-se alterações deste tipo, deve-se alertar a família, aconselhando sobre o modo como lidar com os diversos problemas. A deteção precoce é crucial e fundamental”, frisa.

“É muito importante que nós, médicos de família, procuremos prevenir situações do foro psiquiátrico em crianças que nos aparecem sofrendo de ansiedade, de depressão, de perturbações do sono associadas... Nós que conhecemos a família, o pai, a mãe, os avós... para além da própria criança e os seus hábitos desde o

Paulo Pessanha: “É muito importante que nós, médicos de família, procuremos prevenir situações do foro psiquiátrico em crianças.”



Paulo Pessanha: “Temos que procurar identificar prematuramente situações de ansiedade e de depressão na infância”

nascimento, estamos numa posição privilegiada para darmos conta de pequenos sinais e sintomas que poderão indicar que algo não está bem”, refere Paulo Pessanha, prosseguindo:

“Por vezes, os pais não se apercebem dos problemas que os seus filhos têm, o que faz com que o nosso papel seja ainda mais relevante. Daí ser fundamental sabermos lidar e acompanhar de perto estas situações que, não sendo tratadas, poderão vir a ter, no futuro, graves consequências para a criança e a sua família. Aliás, sempre que se justifique, a criança deve ser orientada no sentido de ter apoio da Psicologia ou da Pedopsiquiatria.”

“O meu filho não dorme, acorda a chorar e aos gritos durante a noite” – esta é uma queixa que o nosso entrevistado já ouviu várias vezes da boca de pais desesperados por não saberem o que fazer. E aproveita para lamentar “a enorme dificuldade que um médico de família tem em dispor de tempo suficiente para conversar com uma criança ou adolescente que precisa de ajuda, para ver estes doentes adequadamente”.

“A depressão e a ansiedade infantis resultam de uma interação de múltiplos fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Prevenir é fundamental e passa por fortalecer os laços familiares, a integração escolar e a prática de um estilo de vida saudável. Por sua vez, o médico deve estar atento a sinais precoces, referenciando para cuidados especializados quando necessário”, resume Paulo Pessanha, em jeito de conclusão.

“Os médicos de família estão ávidos de formação”

“É um grande orgulho para nós que as Jornadas tenham singrado e que a participação dos colegas venha aumentando significativamente ao longo dos anos. Apostamos sobretudo na formação pós-graduada e o interesse dos internos e dos especialistas de MGF é significativo e cada vez maior, o que nos deixa muito satisfeitos”, afirma Paulo Pessanha.

“Os médicos de família estão ávidos de formação”, frisa o co-presidente das Jornadas Multidisciplinares de MGF, que em março de 2019, juntamente com os seus colegas Manuel Viana e Rui Costa, viu concretizar-se a primeira edição de um evento que logo nessa altura foi considerado um êxito. O número então registado de 600 participantes nunca parou de subir, tendo quintuplicado nas VII Jornadas, em março de 2025, ao ultrapassar a barreira dos 3000.

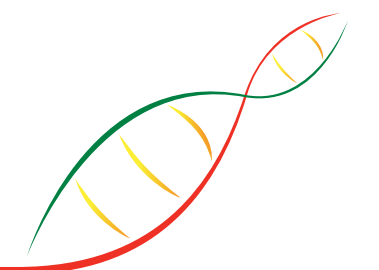
“Temos crescido exponencialmente!”, exclama Paulo Pessanha, encontrando justificação para tal no facto de se tratar de uma reunião organizada por médicos de família para médicos de família. Mas também na circunstância de ser híbrida, permitindo alcançar uma quantidade de profissionais que, por diversas razões, nunca

“As Jornadas têm crescido exponencialmente!”, exclama o médico de família.

poderiam estar fisicamente presentes no Centro de Congressos do Sheraton Porto, o mesmo local de sempre.

Mas o nosso entrevistado aponta ainda outra razão para o êxito do projeto: “Convidamos para abordar as mais diversas temáticas especialistas que, para além de serem tecnicamente muito diferenciados em áreas específicas, são excelentes comunicadores, tendo grande capacidade de criar empatia com quem está fisicamente a assistir ou a acompanhar as sessões online.

Uma das coisas que mais satisfaz Paulo Pessanha é ver a participação conjunta dos especialistas hospitalares convidados e dos médicos de família na discussão dos casos clínicos, fazendo dessas sessões das mais atrativas das Jornadas.



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 EXCELENÇA


O Presidente da República


CONSELHO DE
REGENENTES DAS
UNIVERSIDADES
PORTUGUESAS


ORDEM
DOS MÉDICOS

FUNDAÇÃO
Bial
Instituição de utilidade pública

www.bialfoundation.com • info@bialfoundation.com

ANABELA RAIMUNDO, PRESIDENTE DO XXXIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE ATEROSCLEROSE:

“Tornar a aterosclerose uma doença rara implica atuar multifatorialmente”

ANABELA RAIMUNDO, INTERNISTA DO HOSPITAL DA LUZ LISBOA (HLL), SUBLINHA A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM MULTIFATORIAL NA PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. UM PROCESSO QUE OCORRE DURANTE ANOS E É DECORRENTE DE MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO, SENDO QUE OS MAIS COMUNS SÃO A HIPERTENSÃO, A DIABETES, A DISLIPIDEMIA, O TABAGISMO E A OBESIDADE. A ABORDAGEM GLOBAL E CONTINUADA AO LONGO DO TEMPO É O MAIOR DESAFIO QUE SE PODE COLOCAR A QUEM SE ENCONTRA PARTICULARMENTE LIGADO A ESTA ÁREA E ESTÁ BEM EXPRESSO NO LEMA ESCOLHIDO PARA O PRÓXIMO CONGRESSO DA SPA: “VAMOS TORNAR A ATEROSCLEROSE UMA DOENÇA RARA”.

Tornar rara uma doença que afeta tanta gente é um objetivo que não será nada fácil de concretizar! Anabela Raimundo, que vai presidir à Comissão Organizadora do XXXIII Congresso Português de Aterosclerose, está bem ciente disso quando reconhece que se trata, de facto, de uma “ambição ambiciosa”!

No entanto, sempre vai dizendo que, “porventura, até termos à nossa disposição mais armas do que achamos ter para conseguir concretizar esse desejo”. E até considera realista pensar que é possível, fazendo uso das soluções terapêuticas que vão surgindo, “tornar realmente o processo aterosclerótico clássico menos frequente e com gravidade inferior”.

A especialista de Medicina Interna enumera os cinco principais fatores de risco cardiovascular que estão por detrás desta condição que afeta as artérias: hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo e obesidade. Chama-lhes os *Big Five* da aterosclerose, embora haja outros responsáveis, como a poluição atmosférica, o aquecimento global, a doença psiquiátrica, algumas patologias obstétricas e ginecológicas ou a componente genética.

“Os grandes causadores de aterosclerose são razoavelmente comuns na nossa prática clínica diária e muita vezes associam-se no mesmo doente. A hipertensão, por ser tão comum, é provavelmente a que tem um maior peso; o tabagismo será com certeza mais problemático em sociedades onde ainda não há políticas antitabágicas; a diabetes e a obesidade, com o crescimento exponencial que estão



Anabela Raimundo considera ser possível “tornar o processo aterosclerótico clássico menos frequente e com gravidade inferior”.

a ter, vão ser um drama num futuro próximo...”, afirma a médica do HLL.

No caso particular da dislipidemia, a preocupação de Anabela Raimundo aumenta sobremaneira, pois, “os dados que temos mostram que, nas duas primeiras décadas deste século, os nossos doentes têm estado, globalmente, a ser muitíssimo mal tratados, sendo muito baixa a percentagem daqueles que revelam ter o valor-alvo de colesterol aconselhável”.

A médica refere-se ao estudo LATINO, realizado entre 2001 e 2019, envolvendo mais de 78.000 doentes, en-

tre os 40 e os 80 anos, acompanhados na ULS de Matosinhos. Os resultados, publicados em 2023, revelaram que uma grande percentagem dos que apresentavam risco cardiovascular elevado ou muito elevado não tinham o nível de colesterol LDL controlado.

“Quando abordamos o problema da aterosclerose devemos fazê-lo de uma forma global. Não basta tratar só a hipertensão, apenas a dislipidemia,

ou somente a diabetes. Se queremos realmente tornar a aterosclerose uma doença rara temos que a enfrentar multifatorialmente. Sabemos bem que se cada um dos fatores por ela responsáveis for bastante bem controlado, o que significa, nomeadamente, reduzir a um valor muito baixo o nível lipídico, conseguiremos obter alguma regressão da placa aterosclerótica”, afirma Anabela Raimundo.

“Quando abordamos o problema da aterosclerose devemos fazê-lo de uma forma global. Não basta tratar só a hipertensão, apenas a dislipidemia, ou somente a diabetes”, lembra Anabela Raimundo.

Na sua opinião, a estratégia mais acertada é, sem dúvida, a da prevenção. Nessa medida, “seria suposto proceder à avaliação do risco cardiovascular de todos os indivíduos com mais de 40 anos e, em função do resultado individual – e se for caso disso –, decidir, por exemplo, se deve fazer uma estatina ou um anti-hipertensor”.

E mais: “Devemos insistir nas recomendações para a prática de um estilo de vida saudável, que implica não fumar, não ter peso a mais, praticar regularmente atividade física e adotar uma alimentação adequada, promovendo uma medicina preventiva, sempre mais vantajosa do que a medicina curativa.”

Internista Pedro Marques da Silva fez despertar a paixão pela MI

Embora a Biologia tenha sido durante muito tempo a área que a atraía, a verdade é que Anabela Raimundo decidiu tornar-se médica. Admite que para tal terá contribuído bastante o facto de “ser, por natureza, uma pessoa generosa e com muita vontade de ajudar quem precisa”. Acabou, assim, por escolher uma profissão que lhe permite “minorar o sofrimento do outro, melhorando a sua saúde”.

Lisboa é a cidade que a viu nascer há 53 anos e onde sempre tem vivido. Também o curso de Medicina foi feito na capital, mais precisamente na Faculdade de Ciências Médicas. O seu futuro profissional acabaria por ficar traçado a partir do momento em que se cruzou com o internista Pedro Marques da Silva, que conheceu enquanto assistente da cadeira de Farmacologia.

Começou por lhe pedir que a deixasse acompanhá-lo quando fazia Urgência no Hospital de São José, a que o médico acedeu. Este acabaria por ter uma grande influência na decisão de Anabela Raimundo vir a escolher Medicina Interna como a sua especialidade de eleição. “Foi quem fez com que me apaixonasse pela MI”, reconhece, logo acrescentando que entre os dois nasceu uma relação de amizade que haveria de se manter ao longo dos anos, até ao seu falecimento.

Como seria de esperar, o internato Geral foi feito em Santa Marta, o hospital onde Pedro Marques da Silva trabalhava, sendo responsável pela Consulta de Hipertensão e Dislipidemia, integrada no Núcleo de Investigação Arterial, que ele próprio criara. O contacto de Anabela Raimundo

com aquela Consulta começou logo nessa altura e manteve-se durante o internato da Especialidade, em que teve o médico como seu tutor. Terminando a formação em 2004, a já internista, manter-se-ia naquela unidade hospitalar até 2008, altura em que aceitou o convite para abraçar o projeto do Hospital da Luz Lisboa.

“A medida que a estrutura do HLL ia crescendo, foi-se tornando possível apostar mais na diferenciação dentro da Medicina Interna”, explica a nossa entrevistada, que há quatro anos montou a Consulta de Prevenção de Risco Vascular, a que se veio depois juntar a Consulta de Dislipidemias Hereditárias, que também funciona sob a sua responsabilidade. Importa acrescentar que é ainda diretora do Internato Médico naquela instituição.

ULS de Entre Douro e Vouga venceu Kaizen Award Portugal 2025 na categoria “Excelência no Setor da Saúde”

A ULS de Entre Douro e Vouga (ULSEDV) foi a vencedora da 14.ª edição do prémio Kaizen Award Portugal 2025, na categoria “Excelência no Setor da Saúde”, que tem como objetivo destacar as organizações que são exemplo de “boas práticas”, nomeadamente, na diminuição dos tempos de espera, na redução de desconformidades e na melhoria da satisfação dos doentes.

Relativamente ao projeto vencedor, intitulado “Unidos pela Eficiência e Sustentabilidade da Prestação de Cuidados Integrados ao Doente”, aquela instituição sublinha que, «pela primeira vez, os cuidados primários e hospitalares fundiam-se numa só rede». E mais: “Criando um ecossistema onde cada peça tinha de encaixar com precisão absoluta, garantindo que cada recurso essencial ao tratamento dos doentes chegasse ao local certo, na hora certa, sem falhas.”

“Era preciso redesenhar a logística, repensar fluxos, antecipar necessidades. A otimização dos recursos tornou-se uma missão.”

Em comunicado, a ULSEDV recorda o grande desafio que tinha pela frente:

“Com mais de 89 novos armazéns avançados para abastecer, 700 novas referências a integrar e um volume de materiais que cresceu 40%, a resposta não poderia ser convencional. Era preciso redesenhar a logística, repensar fluxos, antecipar necessidades. A otimização dos recursos tornou-se uma missão. Criaram-se circuitos eficientes, uniformizaram-se procedimentos e, acima de tudo, reforçou-se a coordenação entre equipas.”

Estando em causa mais de 7160 linhas de reposição mensais e 240 horas adicionais de trabalho, “cada decisão tinha um impacto real na vida dos doentes”, confirmando a ULSEDV que os obstáculos foram imensos. E exemplifica com a falta de espaço para armazenar um volume crescente de materiais ou a escassez de recursos humanos para responder a uma rede que se expandia rapidamente.

No entanto, “onde havia barreiras encontrou-se um caminho, com planeamento rigoroso, comunicação afinada, processos ágeis. Cada detalhe pensado, cada movimento cronometrado”.

A mudança começou, então, com “uma visão clara: um circuito de gestão de *stocks* que não apenas otimizasse processos, mas que

garantissem, sem margem para erro, que cada material necessário ao tratamento dos doentes estivesse exatamente onde e quando fosse necessário.”

Nesse sentido, foi traçado um plano ambicioso. Um projeto que não se limitava a melhorar a logística, “mas

também redefinia a forma como os cuidados de saúde eram sustentados nos bastidores”.

Os resultados falam por si: “Zero atrasos, processos mais eficientes, redução de custos, melhor gestão dos *stocks* apoiada em sistemas inteligentes e um ambiente mais con-

fiável e colaborativo. No final, não é apenas uma questão de otimização de processos, pretendendo-se igualmente garantir que, quando um doente precisa, tudo está exatamente onde deve estar. Sem falhas. Sem hesitações. Porque cada segundo conta.”

De realçar que o projeto “Unidos pela Eficiência e Sustentabilidade da Prestação de Cuidados Integrados ao Doente” da ULS Entre Douro e Vouga já tinha sido premiado em setembro de 2024, no World Congress of Hospitals – IHF, realizado no Brasil.



RUI MAIO, PRESIDENTE DO 4.º CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA DO HOSPITAL DA LUZ:

“A cirurgia oncológica é, por natureza, uma especialidade que exige a integração de várias áreas”

O CIRURGIÃO RUI MAIO GARANTE QUE, “HOJE EM DIA, NÃO SE PODE TRATAR A DOENÇA ONCOLÓGICA SEM SER NUM AMBIENTE MULTIDISCIPLINAR”. DEMONSTRAR ISSO MESMO TEM SIDO, ALIÁS, UM DOS GRANDES OBJETIVOS DO CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA DO HOSPITAL DA LUZ, CUJA 4.ª EDIÇÃO SE REALIZOU EM SETEMBRO, EM LISBOA.

Rui Maio foi muito claro quando afirmou, ao intervir na sessão de abertura do evento, que “vivemos numa era em que a complexidade da Oncologia já não permite soluções isoladas”. Dirigindo-se à assistência na qualidade de diretor clínico do Hospital da Luz Lisboa

Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz se centre na discussão multidisciplinar de casos clínicos. Para Rui Maio, “são esses momentos que melhor ilustram os dilemas reais da prática clínica e nos permitem aprender com as decisões conjuntas”. Até porque se discutem “as si-



Rui Maio

(HLL), mas também de presidente da Comissão Organizadora do evento, sublinhou que “o sucesso do tratamento dos nossos doentes depende, cada vez mais, da articulação entre diferentes especialidades, saberes e perspetivas”, frisando que a cirurgia oncológica, pela sua natureza, “exige a integração de várias áreas”.

“Hoje, nenhum de nós trabalha sozinho. Precisamos da contribuição do radiologista, que nos mostra com detalhe a extensão da doença; do patologista, que confirma o diagnóstico e nos esclarece sobre a biologia tumoral; do oncologista e do radioterapeuta, que nos apresentam terapêuticas alternativas e/ou complementares; dos cuidados paliativos, que nos recordam a importância de cuidar para além de tratar; bem como dos cuidados inestimáveis da enfermagem”, afirmou.

Aquele responsável sabe bem do que fala porque coordena o Centro Oncológico Digestivo do Hospital da Luz Lisboa e, tal como referiu, entre-tanto, em declarações à *Just News*, “não se pode tratar a doença oncológica sem ser num ambiente multidisciplinar”.

Não admira, pois, que o próprio

tuações mais complexas, aquelas que a literatura muitas vezes não resolve e em que a experiência coletiva da equipa faz a diferença”.

Rui Maio:
“Não se pode tratar a doença oncológica sem ser num ambiente multidisciplinar.”

A enfermeira diretora do HLL, Anisabel Soares, também integrava a mesa de abertura do Congresso e acabou por reforçar as palavras de Rui Maio, deixando um conselho especialmente dirigido aos participantes mais jovens presentes no auditório:

“Nunca se esqueçam de que a multidisciplinaridade é fundamental para o trabalho que desenvolvemos com os doentes num hospital.

Este modelo assistencial promove, de facto, uma abordagem integrada e centrada no doente. Ele tem que ser sempre o centro da nossa atenção e nós temos que garantir que todas as necessidades sejam atendidas de forma coordenada e eficiente.”

Coube a Isabel Vaz, presidente do Conselho de Administração do HLL e CEO da Luz Saúde, encerrar a sessão, afirmando que, “atualmente, não há qualquer hipótese de a medicina mais complexa não ser feita em equipa, de forma inter e multidisciplinar”. E referiu a preocupação que houve, logo na fase de conceção do espaço interior do HLL, em criar locais destinados precisamente a permitir que, com todas as condições, médicos, enfermeiros e técnicos pudessem decidir em conjunto aquilo que fosse melhor para o doente.



Anisabel Soares

Deixou ainda uma advertência especialmente dirigida aos internos e alunos de Medicina presentes que a ouviam: “Para se conseguir praticar uma medicina de elite, verdadeiramente com bons resultados, não se



Isabel Vaz

pode escolher o caminho mais fácil, porque esse só conduz a médicos medianos fazendo medicina mediana.”

A discussão multidisciplinar de todos os casos

Nota-se na voz de Rui Maio o seu entusiasmo quando descreve



Comissão Organizadora: João Correia, Constança Marques, Catarina Palma, Carlota Branco, Miguel Allen, Rui Maio e (ausentes na foto) José Reis e Rodrigo Oom

as condições da sala onde se realiza a reunião multidisciplinar semanal para discussão de casos clínicos do Centro Oncológico Digestivo do HLL. Reunião essa “que respeitamos religiosamente” e que acontece todas as quartas-feiras, com início pelas 14 horas.

“Trata-se de uma sala desenhada especificamente para esse fim, com três grandes ecrãs, o que permite, em simultâneo, consultar o processo clínico do doente e observar as imagens dos exames entretanto realizados, e com uma disposição do espaço físico que facilita a discussão. Para além de possuir todas as ferramentas tecnológicas que possibilitam, se for caso disso, a interação *online* com os nossos colegas da Luz Oeiras, da Luz Coimbra ou da Luz Arrábida”, esclarece Rui Maio.

Os números são bem reveladores da utilização que é dada a esta sala quando se verifica que nos últimos 9 anos foram discutidos em reunião multidisciplinar para cima de 23 mil casos de patologia oncológica, mais de seis mil dos quais do foro digesti-



Rui Maio, João Moreira Pinto (Oncologia, HLL) Francisco Mascarenhas (Radioncologia, HLL) Alexandre Ferreira (Gastroenterologia, HLL)

vo. “Começámos a fazê-lo de forma sistemática em 2016 e esse número tem vindo a subir de uma forma sustentada. São discutidos todos os doentes e pelo menos em duas ocasiões, antes e depois do tratamento”, explica o médico.

Sendo a intervenção multidisciplinar nesta área um dado adquirido, torna-se relevante partilhar esta convicção de Rui Maio: “Quando o cirurgião se dedica a uma determinada patologia não pode ser um mero operador.” E defende haver uma marcada diferença entre uma coisa e outra: “Operador é aquele que ‘tira umas peças’. Cirurgião é o que compreende a doença que está a tratar!”

Nessa medida, “atualmente, o cirurgião tem que se dedicar especificamente a determinadas áreas, em relação às quais tem que ter o conhecimento suficiente para poder

“Quando o cirurgião se dedica a uma determinada patologia não pode ser um mero operador”, considera Rui Maio.

discutir o caso com o radiologista, o oncologista, o radioterapeuta ou o patologista. Tem que entender a doença porque a intervenção que vai ter é, obviamente, muitas vezes complementar da dos outros profissionais”.

Programa do Congresso com especialistas de várias áreas

Compreende-se que o programa do 4.º Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz, inteiramente dedicado à patologia oncológica digestiva, tenha incluído internos e especialistas de Cirurgia Geral mas também de Oncologia, Radiologia, Anatomia Patológica e Gastroenterologia.

Entretanto, foram vários os convidados estrangeiros que participaram como conferencistas: Florian Lordick, professor de Oncologia Médica na Universidade de Leipzig (Alemanha); Maria Bencivenga, do Departamento de Cirurgia da Universidade de Verona (Itália); Ioannis Rouvelas, professor de Cirurgia no Instituto Karolinska (Suécia); Thilo Hackert, cirurgião oncológico no Centro Médico Universitário Hamburg-Eppendorf (Alemanha); e Sah

Dokmak, cirurgião no Hospital Beaujon (França).

Ao longo dos dias 12 e 13 de setembro, para além da discussão de casos clínicos, foram abordados no evento algumas das mais recentes inovações com impacto direto na prática clínica — a investigação translacional, as novas tecnologias cirúrgicas, os avanços em terapias dirigidas e imunoterapia, e a integração crescente da inteligência artificial.

“Importa lembrar que a inovação só ganha verdadeiro sentido quando chega à prática clínica e melhora resultados concretos”, sublinha o cirurgião geral Rui Maio, que, embora desempenhe o cargo de diretor clínico do HLL, mantém uma intensa atividade clínica, muito dedicada ao esófago, ao estômago e ao pâncreas.

MÓNICA REIS, COORDENADORA DO NEDM-SPMI:

“O pé diabético é muito negligenciado”

A ESPECIALISTA DE MEDICINA INTERNA MÓNICA REIS CONSIDERA MUITO IMPORTANTE SENSIBILIZAR AS EQUIPAS MÉDICAS QUE TRATAM A DIABETES PARA ALGO QUE, APESAR DE TER “IMPLICAÇÕES ENORMES” DE VÁRIA ORDEM, “NÃO É DEVIDAMENTE VALORIZADO”: O PÉ DIABÉTICO.



“O pé diabético pode ter um impacto bastante negativo”, alerta a coordenadora do NEDM-SPMI

“É necessário chamar a atenção para um problema que não é abordado adequadamente no âmbito do tratamento da diabetes, mas que pode ter implicações significativas na vida do doente, a nível pessoal mas também profissional”, alerta a coordenadora do Núcleo de Estudos de Diabetes *Mellitus* da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (NEDM-SPMI).

Mónica Reis lembra que “há quem deixe mesmo de trabalhar quando uma situação de pé diabético culmina em amputação, afetando profundamente a capacidade laboral dessa pessoa e, naturalmente, a sua qualidade de vida, e com custos óbvios para a sociedade em geral”. E frisa: “É muito negligenciado, até pelo próprio doente!”

A médica, que coordena a Unidade Integrada de Diabetes da ULS do Estuário do Tejo, que inclui o Hospital de Vila Franca de Xira, salienta que o pé diabético “pode ter um impacto bastante negativo, inclusive, representando um peso económico muito elevado. Conduz, por exemplo, a internamentos hospitalares prolongados para tratamento de feridas”.

A próxima Reunião do NEDM-SPMI, que já vai na sua 19.ª edição e se realiza entre os dias 23 e 25 de outubro, em Monte Real, vai dar uma atenção especial ao pé diabético. Aliás, um dos cursos que irá decorrer no âmbito da Reunião debruçar-se-á precisamente sobre o que fazer na prática clínica relativamente ao mesmo.

“Será a primeira vez que o Núcleo organiza um curso sobre esta temática”, frisa a coordenadora do NEDM, chamando também a aten-

ção para a conferência que antecede a sessão de encerramento dos trabalhos, a cargo do presidente da Reunião. Pedro Neves Tavares irá refletir sobre como pode a Medicina Interna contribuir para uma melhor abordagem ao pé diabético.

O impacto da Medicina Interna na gestão da diabetes

É facilmente percetível a razão pela qual a Reunião de 2025 do NEDM-SPMI irá dar destaque a este tema, segundo Mónica Reis, “tantas vezes esquecido e que até pode ser considerado um pouco o parente pobre da diabetes”.

Dá-se a circunstância de a Comissão Organizadora do evento deste ano ser formada pelos internos e especialistas do Serviço de Medicina Interna da ULS da Região de Leiria ligados à diabetes, alguns dos quais muito dedicados à Unidade Multidisciplinar do Pé Diabético. De referir que esta estrutura, que inclui um Hospital de Dia, é coordenada por Diana Fernandes e Pedro Neves Tavares e tem uma função complementar à Unidade Funcional de Diabetes, do mesmo Serviço, que disponibiliza consultas de DM1 e de DM2.

O papel da Medicina Interna no tratamento e acompanhamento da pessoa com diabetes é reconhecido, mas o NEDM-SPMI quer ver essa relevância validada, estando a decorrer um estudo nacional de caracterização da população com diabetes tipo 1 seguida nas consultas asseguradas por esta especialidade.

“Esperamos poder apresentar em Monte Real pelo menos os resultados preliminares deste levanta-

Diabetes e vida sexual

Apesar dos protocolos clínicos e das *guidelines* estarem cada vez mais personalizadas, especificando diferentes tipos de pessoas com diabetes e várias patologias associadas, “há muitos doentes que não encaixam e nos obrigam a arranjar uma solução prática que seja exequível aplicar nessas situações, porque essas pessoas também têm que ser tratadas e cuidadas”, salienta a coordenadora do NEDM-SPMI.

Esse será o tema de uma das mesas-redondas da 19.ª Reunião deste Núcleo, no mesmo dia em que se vai refletir sobre sexo e diabetes. A esse respeito, Mónica Reis chama a atenção para o erro que se comete ao associar imediatamente o tema à disfunção sexual masculina:

“As mulheres com diabetes também estão sujeitas a essa problemática e há outros aspetos que fazem parte da vida sexual das pessoas que devem ser igualmente considerados por serem muito importantes para o seu bem-estar.”

Com um programa que inclui alguns assuntos habitualmente não abordados em encontros da área da diabetes, também a conferência de abertura merece ser, nesse aspeto, destacada. Jesús Díez Manglano, internista espanhol da Universidade de Zaragoza, foi convidado para vir falar sobre como alguém pode ver a sua função pulmonar afetada pelo simples facto de ter diabetes.

mento que estamos a realizar”, avança Mónica Reis.

O impacto que esta especialidade tem na gestão da diabetes em Portugal, em particular da DM de tipo 1, é evidente: “Considerando todas as quatro dezenas de ULS existentes, apenas em quatro delas a diabetes tipo 1 não está a cargo da Medicina Interna. Nalguns casos está totalmente sob a nossa dependência, noutros há uma partilha de cuidados com a Endocrinologia, tanto para a DM1 como para a DM2.”

O seu protagonismo nesta matéria tem, aliás, vindo a aumentar, assegura Mónica Reis, “atraindo a área da diabetes um número crescente de jovens internistas, entusiasmados com as soluções, nomeadamente terapêuticas, que temos hoje para oferecer a estes doentes e que não havia há 20 ou 30 anos”.

Glucomen[®]
areo
Medidor de Glicemia + Cetonemia

areo
GK

 Elevada Estabilidade

 Botão de Ejeção da tira

 Números Grandes com fácil leitura

 Envio de resultados ao Profissional de Saúde

**Glucolog**
A NOVA APP para Gestão da Diabetes

 DESCARREGUE JÁ

**Glucomen[®]**
Take Your Time
Live in Range
iCan



Sensor para monitorização contínua da glicose
Tecnologia **GHD-FAD**
8.7% de MARD Estável
15-Dias de Vida Útil
Sem Interferências
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 ALMONDA, ULS DO MÉDIO TEJO

Com certificação da DGS/ACSA e numa fase de estabilidade, esta USF de Torres Novas recuperará em breve o espaço físico que lhe falta

SERVINDO UMA POPULAÇÃO DE PRATICAMENTE 14.000 UTENTES INSCRITOS, A USF ALMONDA, QUE TEM O NOME DO RIO QUE BANHA A CIDADE DE TORRES NOVAS, É UMA DAS NOVE UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DA ULS DO MÉDIO TEJO. TENDO INICIADO ATIVIDADE EM 2012, DESDE O PRIMEIRO DIA QUE MANTÉM TAMBÉM ABERTO UM POLO NA ALDEIA DE OLAIA, CONTANDO NESTE MOMENTO COM UMA EQUIPA DE SETE MÉDICOS DE FAMÍLIA (UM 8.º ELEMENTO APOSENTOU-SE RECENTEMENTE), QUATRO INTERNAS DE MGF, OITO ENFERMEIRAS E SEIS SECRETÁRIAS CLÍNICAS. TENDO ASCENDIDO A MODELO B NO FINAL DE 2019, HOUE QUE ULTRAPASSAR, LOGO A SEGUIR, EM 2020/2021, O DESAFIO DA PANDEMIA E DAS OBRAS QUE OCORRERAM EM SIMULTÂNEO. SEGUNDO O SEU COORDENADOR, PEDRO FERREIRA DE SOUSA, A UNIDADE VIVE AGORA UM MOMENTO DE ESTABILIDADE, AGUARDANDO ANSIOSAMENTE PELA RECUPERAÇÃO DE UM ESPAÇO QUE É SEU, MAS QUE HÁ SETE ANOS FOI CEDIDO À VIZINHA USF CARDILIUM, QUE SE PREPARA PARA INAUGURAR AS SUAS PRÓPRIAS INSTALAÇÕES, NUM EDIFÍCIO NESTE MOMENTO EM CONSTRUÇÃO. ESTA REPORTAGEM FOI REALIZADA NA ÚLTIMA SEXTA-FEIRA DE AGOSTO.

Das três unidades de saúde familiar em atividade no concelho de Torres Novas, a USF Almonda é a mais antiga, tendo aberto portas a 9 de abril de 2012. Seguiu-se-lhe a USF Nove Torres, a 2 de novembro do mesmo ano, com sede na localidade de Riachos, e a USF Cardilium, que começou a funcionar a 28 de maio de 2018.

O polo de Olaia encontra-se instalado, desde a sua abertura, num edifício propriedade da União de Freguesias de Olaia e Paço, tendo o espaço sido recentemente remodelado. Dispõe de dois gabinetes médicos e outros dois de enfermagem, um *back-office* de apoio ao secretário clínico e tem agora um quinto gabinete destinado à interna em formação.

De acordo com dados de julho, estavam ali inscritos nessa altura 3206 utentes, distribuídos por duas listas, sendo que cerca de metade tem estado, nos últimos tempos, sem médico de família, devido à reforma, em abril, de um dos dois especialistas alocados àquela extensão.

“Estamos a aguardar a substituição, mas, entretanto, esse ficheiro tem sido trabalhado pela interna que está em Olaia e as colegas de internato também têm colaborado, na medida do possível. Para além disso, e como não podia deixar de ser perante uma situação de ausência prolongada, todos os especialistas da



“O fluxo de profissionais, esta dinâmica nas unidades, é cada vez mais frequente”, refere Pedro Ferreira de Sousa.

USF se disponibilizaram para fazer horas extra e, dessa forma, suprir as necessidades da lista que está temporariamente sem médico atribuído”, explica Pedro Ferreira de Sousa, acrescentando: “Da equipa médica original, tivemos até ao momento quatro saídas por aposentação e mais algumas por motivos pessoais ou porque foram

para outros projetos. Mas o fluxo de profissionais, esta dinâmica nas unidades, é cada vez mais frequente. É claro que, por vezes, não é tarefa fácil a reposição dos profissionais em falta, mas nós temos conseguido. O que está a demorar mais até é esta situação da última aposentação, mas contamos encontrar brevemente candidatos para repor a vaga criada.”

De referir que o polo está aberto todos os dias úteis da semana, entre as 8h30 e as 18h00, com exceção das sextas-feiras, em que encerra às 13h00, permitindo que o agora único médico especialista, as duas enfermeiras de família, a secretária clínica e a médica interna possam deslocar-se até à sede da USF para participa-

(Continua na pág. 16)

PEDRO FERREIRA DE SOUSA, COORDENADOR DA USF ALMONDA:
“Nós nunca damos alta aos nossos utentes”

“O que me encantou na MGF foi ser uma especialidade holística, que permite o acompanhamento longitudinal dos utentes, desde a sua conceção, a gravidez, o nascimento, a idade pediátrica, a fase adulta, até ao envelhecimento e, em último caso, até à própria morte, porque muitas vezes somos nós que certificamos os óbitos, pelo conhecimento que temos dos utentes e das suas patologias.”

É assim que Pedro Ferreira de Sousa, 39 anos, começa por justificar a escolha da MGF para o seu futuro como médico, acrescentando ainda: “Esse acompanhamento holístico é algo que dificilmente se encontra noutras especialidades porque nós nunca damos alta aos nossos utentes, ao contrário do que acontece na área hospitalar. No nosso caso, a filiação que se estabelece entre nós e os utentes é muito especial e ímpar. E isso também pesou na escolha que fiz.”

O coordenador da USF Almonda refere ainda que um pouco antes de terminar o curso de Medicina se começou “a dinamizar muito esta especialidade, percebendo-se que a prevenção é fundamental, e está cada vez mais estabelecida, desempenhando a MGF, neste aspeto, um papel importante”.

No seu entender, para além da sua valorização no seguimento dos utentes, até a área da investigação ganhou protagonismo: “Isso vê-se, desde logo, pelo tipo de trabalhos apresentados por internos e especialistas de MGF.”

Natural de Coimbra, onde nasceu no dia 13 de maio de 1986, Pedro Ferreira de Sousa é filho de professo-

res, a mãe lecionando Português no Ensino Secundário e o pai mantendo ainda ligação a várias universidades. Com um ano de idade foi viver para o Entroncamento e na adolescência a família mudou-se para a Golegã, terra dos avós maternos.

Fez o curso na Faculdade de Ciências Médicas, entre 2004 e 2010, e o internato do Ano Comum no CH do Médio Tejo... porque já era sua intenção ficar a trabalhar e a viver

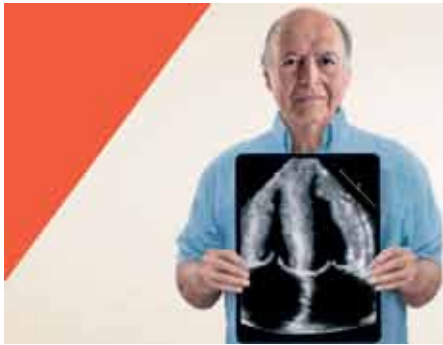
Já com o título de especialista, obtido em abril de 2016, aceitou então um dos convites que recebeu, o de começar em maio a trabalhar na USF Almonda, em virtude de haver uma médica que estava ausente por motivos de saúde e ser necessário acompanhar o seu ficheiro, neste caso, no polo de Olaia. E assim se passaram três meses.

Apesar do regresso à atividade da referida colega, Pedro Ferreira



naquela zona. Fez depois a formação em MGF na USF Locomotiva, no Entroncamento. Teve como orientadora a médica Marta Antunes, que agora integra a equipa da USF Almonda, tal como outras duas colegas que também fizeram o internato naquela Unidade, mais ou menos na mesma altura.

de Sousa teve oportunidade de ficar integrado na equipa. E logo a seguir, em setembro, foi eleito coordenador, sucedendo assim a Ana Martins, a médica que estava à frente da USF desde a sua inauguração, em 2012. Reside hoje em Torres Novas, com a mulher, uma filha e um filho.



PODERÁ SER ATTR-CM?

(Continuação da pág. 15)

rem na reunião semanal que junta toda a equipa a partir das 14h00.

O desafio que implica gerir tão poucos gabinetes

Quando a USF Almonda iniciou a sua atividade, em 2012, tinha como vizinhos no edifício térreo do deno-

A Consulta de Cessação Tabágica

Pedro Ferreira de Sousa já tinha chegado há cerca de um ano à USF Almonda quando decidiu fazer um curso de formação na área da cessação tabágica promovido pela então ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Antes de criar a Consulta, em novembro de 2017, cuja coordenação assumiu, ainda fez um estágio prático no Hospital de Torres Novas, na consulta que ali existia há já algum tempo, ligada ao Serviço de Pneumologia.

“Comecei sozinho, mas passado algum tempo duas das nossas enfermeiras fizeram igualmente a formação, o mesmo acontecendo com duas colegas. Abrangemos toda a população do Médio Tejo, embora sejamos mais procurados por pessoas de Torres Novas e do Entroncamento, por uma questão de proximidade. Mas já tivemos aqui utentes de Abrantes, Mação e Tomar, por exemplo, até porque, para além da modalidade presencial, também fazemos teleconsulta”, informa o coordenador, esclarecendo:

“Preferimos que o primeiro contacto seja presencial e, eventualmente, os imediatamente a seguir. Mas desde que o utente esteja bem encaminhado e sinta que tem a situação controlada, mantemos o acompanhamento pelo telefone. Existe um protocolo, um procedimento específico desta Consulta que, na altura, foi validado pelo ACES e posteriormente pela ULS, e que, face às necessidades, e por sermos a única unidade a dispor desta valência, justificou a integração de mais profissionais.”

Pedro Ferreira de Sousa refere que a taxa de sucesso de uma consulta específica e diferenciada como esta abrange cerca de um terço dos utentes que a ela recorrem. “No nosso caso, estamos um pouco acima desse valor, o que é muito bom, mas, ao mesmo tempo, isso ajuda-nos a perceber a dificuldade em lidar com um problema como este!”, observa.

minado Centro de Saúde de Torres Novas, localizado na Praceta Entre Águas, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e algumas valências da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que neste polo disponibiliza, hoje em dia, apoio psicológico, serviço social, técnicas de Cardiopneumologia e consultas de Medicina Dentária.

Pedro Ferreira de Sousa já era coordenador quando, em maio de 2018, a USF Almonda viu substancialmente reduzido o número de gabinetes de que dispunha, para que o edifício pudesse acolher, temporariamente, a nova USF Cardilium.

Seguiu-se, em 2020 e 2021, “o período mais desafiador para a equipa”, segundo o coordenador, porque às contingências originadas pela pandemia de covid-19 se vieram juntar as obras de ampliação e modernização das instalações do Centro de Saúde. Reconhece que estas “vieram, sem dúvida, ajudar a otimizar o espaço”, mas logo acrescenta que, na verdade, “ainda não sentimos isso porque, por enquanto, parte dele está cedido aos nossos colegas da USF Cardilium”.

Por esse motivo, a Unidade dispõe apenas de 6 gabinetes médicos, 4 gabinetes de enfermagem e 2 salas de tratamento, que têm que servir para as consultas médicas de seis especialistas, para as consultas de enfermagem de outros tantos enfermeiros, bem como alunos dos ensinós clínicos e de especialidade, e também para realizar tratamentos. E ainda têm que acolher as três internas que ali estão diariamente a cumprir o seu internato.

O coordenador explica à *Just News* como se tem tentado rentabilizar os poucos gabinetes disponíveis, alocando-os especificamente a determinadas consultas, procurando que médico e enfermeiro que formam equipa estejam fisicamente próximos, ou seja, em salas contíguas. Há, assim, gabinetes especificamente destinados a determinadas consultas, como as de HTA e diabetes, as de saúde infantil e as de saúde materna, que inclui o planeamento familiar.

O desafio é grande porque, para além da questão dos tratamentos, ainda é necessário contemplar o gabinete para a consulta da saúde de adultos, ou para atender os utentes da consulta aberta, por exemplo...

“Nós também ajustamos os horários para que não haja congestionamento nem ao início, nem ao final do dia, havendo sempre pelo menos duas microequipas a entrar logo às 8h00 e outras duas a sair às 20h00”, especifica Pedro Ferreira de Sousa, que se anima quando adianta que já faltou mais para que sejam recuperados os seis gabinetes “emprestados”, um dos quais, aliás, foi preparado, durante as obras, para ser uma sala de isolamento.

Mobilidade da população imigrante conduz a permanente atualização das listas

A população servida pela USF Almonda em Torres Novas tem basicamente características cidadinas, enquanto a que recorre ao polo de Olaia é tipicamente de um meio mais rural, com muitas pessoas idosas e também mais dependentes.

“E agora, com os fluxos migratórios internos, há utentes que se mantêm filiados à Unidade, embora tenham ido viver para outros locais do país, por causa da dificuldade em arranjar médico de família. Eu tenho, por exemplo, quem resida em Lisboa e me mantenha a mim e à enfermeira como equipa de família. Vêm cá



periodicamente fazer as consultas e trazem mesmo os filhos, havendo um esforço acrescido da equipa em sensibilizar as pessoas para o cumprimento do que se preconiza como vigilância”, refere o coordenador, ressaltando: “Como se sabe, esta não é uma realidade só nossa.”

Pedro Ferreira de Sousa confirma que, “maioritariamente, a nova vaga de população imigrante que recebemos é sobretudo oriunda do Brasil, diferindo, por exemplo, do que se passa no Entroncamento, que é mais de origem africana”. Mas, apesar de serem “utentes que gostam de procurar os cuidados de saúde, tão de repente estão cá como mudam para outro local, que até pode ser um país estrangeiro, ou regressam mesmo ao Brasil”.

“Neste momento, até estamos relativamente estáveis em termos de equi-

pa, pois, falta-nos apenas uma médica especialista. O maior problema acaba por ser a constante entrada e saída de utentes, que obriga a uma permanente atualização das listas”, comenta.

Também já ficou lá para trás o exigente processo de candidatura da USF Almonda a modelo B, com três datas-chave: o seu início, em agosto de 2017, a obtenção do parecer técnico positivo, na sequência da auditoria realizada em fevereiro de 2018, e, finalmente, a passagem efetiva a tipo B, em dezembro de 2019.

Mais recentemente, a equipa lançou-se noutro desafio, que visou a obtenção da certificação pela DGS/ACSA, concedida em fevereiro de 2025, com o resultado “Bom”. Sendo certo que esta conquista não tem qualquer retorno financeiro para os profissionais da Unidade, Pedro Fer-

“O nosso empenho na obtenção da certificação resultou na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes”, reconhece o coordenador.



reira de Sousa sublinha as vantagens inerentes ao processo de obtenção da mesma: “Ganhamos imenso em termos de aprendizagem, nomeadamente ao nível da organização, resultando na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes.”

E prossegue: “Empenhámo-nos em conseguir esta certificação já numa fase de pós-pandemia, depois das obras realizadas e com a equipa remodelada. Tínhamos, portanto, atingido um certo nível de amadurecimento, que permitiu dar esse passo, possibilitando otimizar os processos, organizar melhor a dinâmica de funcionamento da Unidade e promovendo a articulação entre os profissionais, para além de conduzir, inclusivamente, a uma maior envolvimento dos próprios utentes.”

O trabalho desenvolvido tendo em vista obter a certificação “acabou por contribuir, de igual forma, para nos ajudar a integrar a nova realidade da ULS. Contámos, por exemplo, com uma excelente colaboração do Departamento de Qualidade e até registámos um maior envolvimento com a autarquia. Fizeram-se, aliás, coisas inéditas, como um simulacro de incêndio em que participaram todas as unidades do Centro de Saúde de Torres Novas”.

Lúcia Vaz, médica de família: “Atualmente, somos nós que temos que ir ter com o utente”

Era bem possível que Lúcia Vaz fosse hoje psiquiatra se não tivesse optado por MGF quando acabou o seu internato do Ano Comum. Admite que possa ter sido influenciada

pela irmã, um ano mais velha, que escolheu essa especialidade e que “ficou lá pelo norte”, onde exerce como médica de família.

Natural de Santa Maria da Feira, veio estudar Medicina para Lisboa, tendo frequentado a FMUL entre 2006 e 2012. Seguindo as indicações de amigos, rumou ao Hospital de Santarém para a primeira fase da sua formação, mudando depois a sua residência para o Entroncamento – a 50 Km de distância – para fazer o internato da especialidade na USF Locomotiva.

Obtendo o título de médica de família ali no início da primavera de 2018, esteve uns 9 meses na USF Chamusca, seguindo-se a UCSP Alcanena, onde exerceu o cargo de coordenadora. Até que recebeu o convite de Pedro Ferreira de Sousa – com quem ainda se tinha cruzado na USF



Lúcia Vaz

Locomotiva quando aquele terminava o seu internato – para integrar a USF Almonda, onde chegou em agosto de 2022.

“A MGF é uma especialidade muito trabalhosa, particularmente no modelo organizativo B”, considera Lúcia Vaz.

Confirma ser “muito feliz” como médica da família, embora logo acrescente que se trata de “uma especialidade muito trabalhosa, particularmente no modelo organizativo B, com objetivos que têm que ser cumpridos”. E acrescenta:

“Temos que cuidar da saúde dos utentes, sem dúvida, mas também é preciso dar atenção a uma série de indicadores, nomeadamente no que se refere aos rastreios oncológicos, que têm que ser executados. Ora, isso obriga cada um de nós a estudar o seu ficheiro com muito mais atenção, porque frequentemente temos que ser nós a ir à procura do utente e a envolvê-lo depois no seu plano de saúde.”

Aliás, a convite do diretor clínico

FLÁVIO RIBEIRO, DIRETOR CLÍNICO PARA A ÁREA DOS CSP DA ULS DO MÉDIO TEJO:

“Haver muitos utentes sem MF não nos impede de prestar os cuidados de que a população precisa”

A ULS do Médio Tejo serve um número de utentes que anda próximo dos 180 mil, dos quais 55 a 60 mil não têm médico de família. Estão distribuídos pelos concelhos de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Torres Novas, Tomar, Vila Nova da Barquinha e Vila de Rei.

Está muito longe de ser a única região do país a sofrer com a falta de especialistas de MGF necessários para reforçar a capacidade de resposta das suas 11 UCSP e 9 USF e permitir até a criação de novas unidades de saúde familiar. No entanto, esse facto não ameniza o problema, nem contribui para deixar mais tranquilos os responsáveis da ULS do Médio Tejo, nomeadamente o seu diretor clínico para a área dos Cuidados de Saúde Primários.

“Apesar de continuarmos a atrair profissionais, nomeadamente jovens médicos, é manifesta a incapacidade de conseguir substituir os especialistas que saem, por aposentação ou por outros motivos. O facto é que as saídas ainda superam as entradas”, lamenta Flávio Ribeiro, que lembra:

“As unidades de saúde familiar, que têm sido uma aposta quer do país, quer da nossa instituição, nascem da possibilidade de existirem profissionais que



O percurso de vida de Flávio Ribeiro acaba por ser um bom exemplo do que acaba de afirmar. Natural de Valongo, onde nasceu há 38 anos, fez o curso de Medicina no ICBAS, que terminou em 2011, o internato do Ano Comum no então CH do Tâmega e Sousa e a formação em MGF na USF Salvador Lordelo. Antes de deixar aquela região do país, e já especialista, ainda exerceu durante sete meses na USF Nova Era.

No entanto, em novembro de 2017, desceu 250 Km para sul e começou a trabalhar na UCSP Abrantes, onde se manteve apenas pouco mais de um ano. Isto porque, aproveitando um projeto que já existia, e em conjunto com um grupo de colegas mais ou menos da mesma idade, acabou por se envolver na criação, naquela cidade, da USF Beira Tejo, cuja coordenação assumiu.

Já agora, deve-se acrescentar que esteve nesse cargo apenas durante um ano e meio porque, entretanto, decidiu aceitar o convite para presidir ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES Médio Tejo. Aí se

(Continua na pág. 18)

Esta ECO pode ser um alerta para algo mais

Insuficiência cardíaca

+

Aumento da espessura da parede do VE ≥ 12 mm

+

Idade ≥ 65 anos*

(Continuação da pág. 17)

mantve entre o verão de 2020 e o final de 2023, para logo a seguir assumir as funções que atualmente desempenha.

Voltando ao problema que justifica o título deste texto, Flávio Ribeiro faz questão de sublinhar o esforço que as USF da ULS do Médio Tejo com carências ao nível dos recursos humanos fazem para as procurar ultrapassar: “Seja por falhas pontuais ou por saída de profissionais, nomeadamente por aposentação, desenvolvem processos para tentar captar, de alguma forma, quem os substitua.”

“O nosso calcanhar de Aquiles é, sem dúvida, o grande número de utentes que temos sem médico de família”, frisa, prosseguindo: “Não deixamos naturalmente de prestar os cuidados médicos de que a população precisa, até porque temos equipas de enfermagem excelentes, capacitadas para acompanhar utentes em situação mais vulnerável, e recorremos, sempre que é preciso, a médicos no regime de prestação de serviço.”

“Os polos permitem oferecer cuidados de proximidade às populações.”

Flávio Ribeiro salienta o facto de, para além das 35 unidades funcionais de CSP de que a ULS do Médio Tejo dispõe, muitas delas possuem extensões que, embora dificultem a gestão dos recursos humanos, representam uma mais-valia para a população que por elas é servida: “Esses polos permitem ter uma maior capacidade de oferecer cuidados de proximidade às populações, que se vem juntar ao apoio domiciliário que também disponibilizamos.”

Mas há outras necessidades que se manifestam e para as quais é preciso encontrar resposta, “muitas delas de saúde pública, cuja intervenção tem sempre que ser feita, independentemente de se tratar de pessoas residentes ou simplesmente de passagem, e sejam elas de nacionalidade portuguesa ou imigrantes, e isso crianças, como é evidente, um grande desafio”.

(Continuação da pág. 17)

para a área dos CSP da ULS do Médio Tejo, Lúcia Vaz integra o grupo gestor local dos programas de rastreio de base populacional, visando rastrear, nomeadamente, casos de cancro do colo do útero, da mama ou colorretal, mas também, por exemplo, situações de retinopatia diabética. “A realização destes rastreios é essencial. Veja-se o caso do cancro colorretal, que é segunda causa de morte em Portugal”, sublinha.

Com uma lista de 1787 utentes, reconhece que a gestão do tempo é um dos aspetos mais desafiadores na sua atividade como médica de família, sublinhando que “as consultas de vigilância estão com uma baliza temporal de apenas 20 minutos e as de doença aguda de 10 minutos”.

Tempo de que necessita igualmente para desempenhar as funções de elemento do Conselho Técnico da USF Almonda, “um trabalho bastante burocrático e de gestão que nem sequer está contemplado no nosso horário laboral”.

Isabel Cristóvão, enfermeira de família: “As nossas mãos são o principal meio de transmissão das infeções”

Se há área que Isabel Cristóvão conhece razoavelmente bem é a da



ISABEL ANASTÁCIO, ENFERMEIRA DE FAMÍLIA:

“O bom de uma USF é fazermos um trabalho diversificado”

Isabel Anastácio conversou com a *Just News* a meio da manhã de 29 de agosto, acabada de regressar de duas visitas domiciliárias para realizar tratamentos curativos e preste a sair novamente, para uma terceira e última visita domiciliária do dia. Esta seria diferente, por ser de vigilância, feita em equipa, com o médico com quem partilha o ficheiro de utentes desde que ele chegou à USF Almonda: Pedro Ferreira de Sousa.

A sexta-feira – por norma, só de manhã – é precisamente o dia da semana em que esta enfermeira se dedica a visitar utentes em domicílio, sejam eles ou não da sua lista. Entre as nove e as dez e meia para fazer curativos e entre as onze e o meio-dia para a denominada visita de equipa, dentro do concelho de Torres Novas, abrangendo algumas aldeias, com deslocações, apesar de tudo, relativamente curtas.

“Damos apoio a utentes que não se podem deslocar, ou por uma limitação temporária, no caso de uma fratura, por exemplo, ou para prestar assistência a alguém que esteja acamado. As visitas em equipa contemplam utentes que têm alguma limita-

ção física que não lhes permita vir até nós e que sofrem, nomeadamente, de uma ou mais patologias crónicas, como diabetes ou hipertensão”, esclarece a nossa interlocutora.

Admitindo gostar de fazer domicílios, Isabel Anastácio logo acrescenta que “o bom de uma USF é realizarmos um trabalho diversificado, o que no meu caso é ótimo, pois, não aprecio muito rotinas”.

Quanto ao ficheiro que parti-

lha com o coordenador, considera-o “equilibrado”. E diz isso por ser “muito variado”, onde não faltam utentes idosos, mas em que as crianças até deverão ser em número superior e estando a faixa etária da população em idade fértil bem representada.

“O nosso grande problema prende-se, neste momento, com o espaço físico da Unidade, que é muito limitado.”

“O nosso grande problema prende-se, neste momento, com o espaço físico da Unidade, que é muito limitado”, diz Isabel Anastácio, que lamenta os constrangimentos causados pelo menor número de gabinetes disponíveis para a enfer-

magem. Situação que, no entanto, se alterará em breve, quando a construção das novas instalações da USF Cardilium estiver concluída.

Voltando à visita domiciliária em equipa dessa manhã, e que aparece retratada nas páginas desta reportagem, fica registado que se trata de uma senhora diabética “com 80 e muitos anos”, vigiada em casa, pelo menos, de seis em seis meses.

Quanto a Isabel Anastácio, que acabou de fazer 58 anos, estudou Enfermagem em Santarém e o seu primeiro local de trabalho foi o Hospital de Torres Novas, onde ficou dois anos. Em 1992 iniciou funções no Hospital de Guimarães, tendo passado pelo Bloco Operatório e pelos Cuidados Intensivos Neonatais.

Regressaria a Torres Novas em 2004 para ingressar na UCSP e esteve também mais de três anos na extensão de Riachos daquela Unidade antes de cumprir um período de dois anos na Unidade de Cuidados na Comunidade. A sua entrada na USF Almonda aconteceu logo em 2012, no mês seguinte à da sua inauguração.



Isabel Cristóvão

higiene das mãos nas unidades de Saúde e a gestão de luvas. Sublinha a necessidade de se fazer regularmente formação nesta matéria, para relembrar aos profissionais quais os passos que devem ser dados quando se procede à higienização das mãos, “porque elas são a principal fonte de transmissão dos microrganismos”.

E insiste: “As nossas mãos tocam em tudo! Respeitando os 5 momentos de higiene das mãos e efetuados de forma correta constitui-se um meio de proteção e segurança para utentes e profissionais.”

No outono/inverno, quando o número de infeções respiratórias au-



prevenção e controlo de infeções, pois, manteve uma ligação ao PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da Direção-Geral da Saúde) durante cerca de dez anos, enquanto enfermeira no Centro Hospitalar do Médio Tejo. Fez, aliás, uma pós-graduação nesta área.

Recentemente foi convidada a integrar a UL-PPCIRA da ULS do Médio Tejo. Está em representação dos CSP, juntamente com outros quatro elementos.

“Temos alguns documentos para elaborar ao nível dos CSP, nomeadamente, manuais de limpeza das unidades”, refere Isabel Cristóvão, acrescentando haver “algumas normas orientadoras da DGS”, como a

menta, “torna-se necessário fazer uma gestão equilibrada da sala de espera, procurando que quando um utente está a tossir e a espirrar não o faça para cima de outro. Convidamo-los a usar máscara e tentamos que não se sentem próximos uns dos outros”.

As salas de tratamentos são outros espaços que devem merecer uma especial atenção dentro de uma unidade, uma vez que há contacto com sangue e outros fluidos orgânicos. O cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção previne a transmissão cruzada.

“Preocupamo-nos igualmente em fazer formação junto das assistentes operacionais e que têm sob a sua responsabilidade manter a limpeza do edifício”, refere Isabel Cristóvão.

RAQUEL REAL ANTUNES, INTERNA DE MGF:

“As pessoas têm muito carinho por estarmos presentes na sua aldeia”

Raquel Antunes, 32 anos, vive agora na cidade de Torres Novas, mas foi criada em Casais da Igreja, uma das aldeias do concelho. Escolheu o ICBAS para fazer o curso de Medicina, que terminou em 2019. O Ano Comum foi feito no então CH do Médio Tejo, em plena pandemia de covid-19.

“O diretor do internato hospitalar, o Dr. João Leiria, protegeu-nos imenso durante esses tempos complicados, garantindo sempre a nossa formação, embora com algumas limitações, naturalmente”, recorda a médica.

A opção pela MGF justifica-a assim: “Temos um contacto muito mais próximo com as pessoas, podemos apoiá-las, e a componente da prevenção é algo que me interessa muito. Foi, portanto, uma escolha muito fácil.”

Frequentando o 4.º ano do internato, com exame final “marcado” para outubro do próximo ano, Raquel Antunes tem neste momento como sua orientadora a médica Marta Antunes e é uma das quatro internas da USF Almonda. Tem como colegas Beatriz Mestre Marques, que vai fazer o exame já neste mês de outubro, Inês Lopes Santos (3.º ano) e Rulza Gama (1.º ano).

Para além da área da prevenção,

também a dor e as doenças da pele a atraem particularmente, tendo, inclusive, realizado um estágio na Dermatologia do Hospital de Santarém.

Diz notar que muitos utentes na casa dos 40 e dos 50 anos, sofrendo de dislipidemia ou de diabetes, mostram preocupação com a sua situação e pedem-lhe que os aconselhe sobre o que podem fazer para não terem que começar logo a fazer medicação ou querendo evitar o reforço da terapêutica.

“São muito reticentes com as estatinas e, no caso da diabetes, querem sempre fugir da insulina”, comenta



“Preocupamo-nos em fazer formação junto das assistentes operacionais”, diz Isabel Cristóvão.

Com 64 anos de idade, a enfermeira é natural de Leiria e foi nessa cidade que se formou, tendo terminado o curso em março de 1984. Logo arranhou trabalho no Hospital de Torres Novas, onde ficou 31 anos. Passou pelo Serviço de Urgência, pela Ortopedia, pela Consulta Externa e pela Pediatria, e foi elemento do PPCIRA.

Com curiosidade em conhecer a área dos CSP, concorreu e em 2015 integrou a UCSP Torres Novas. Transitou depois, em 2018, para a então criada USF Cardilium e em agosto de 2023 mudou-se para a USF Almonda, sempre no mesmo edifício.

Isabel Cristóvão diz gostar muito da

saúde infantil e, ao que parece, crianças não lhe faltam na sua lista de utentes, que já foi partilhada com a médica Carolina Ferreira e que, entretanto, foi entregue a Filipa Guerra, que iniciou funções na Unidade em março último.

“É um ficheiro com cerca de 1800 utentes algo complicado, porque foi criado há cerca de dois anos com pessoas que não tinham médico de família, sendo que há uma maioria que são oriundas do estrangeiro”, afirma Isabel Cristóvão. E onde está o problema?

“Por um lado, como estiveram alguns anos sem médico atribuído, não têm a cultura de saúde que seria desejável. Quanto aos utentes estrangeiros, é a sua mobilidade que causa alguns problemas ao nível da gestão da lista de utentes”, justifica, ressaltando que são, contudo, “pessoas muito cumpridoras”.

Carolina Ferreira, médica de família: “Os CSP são o pilar que sustenta um envelhecimento digno e saudável”

Com 32 anos de idade, Carolina Ferreira nasceu no Entroncamento e ali continua a viver desde sempre, com

“É muito difícil conseguir que os utentes mudem o seu estilo de vida.”

Raquel Antunes, que ainda acrescenta: “Verifico que é muito difícil conseguir que mudem o seu estilo de vida. Na verdade, requer muito mais investimento do que simplesmente tomar um comprimido de manhã e, portanto, nem sempre cumprem com as minhas recomendações.”

A médica interna está habitualmente na sede da USF, em Torres Novas, atendendo uma população mais urbana, “onde até é frequente encontrar pessoas de 80 anos com curso superior e uma vida bastante erudita”. Mas também dá apoio na extensão de Olaia, assegurando as consultas de vigilância a utentes de uma lista sem médico de família: “A proximidade é muito maior, nós estamos mesmo no centro da aldeia, junto ao café... E nota-se que aquela gente tem um carinho muito grande por nós pelo facto de estarmos ali presentes.”

exceção dos anos em que estudou na Faculdade de Ciências Médicas, em que residiu em Lisboa. Cumpriu, assim, o desejo que tinha desde pequena de vir a ser médica. A opção pela MGF tomou-a mais para o final do curso, que aconteceu em 2017, e a decisão não oferecia dúvidas quando iniciou o internato do Ano Comum no então CH do Médio Tejo.

Viria a ser a primeira interna de Pedro Ferreira de Sousa na USF Almonda, tendo-se tornado especialista no início de 2023. O seu período de formação em MGF acabaria por ser marcada pela pandemia. “Tivemos que adaptar-nos e recorrer à teleconsulta para, em determinados momentos, conseguirmos falar com os nossos utentes. Foi um desafio”, recorda.

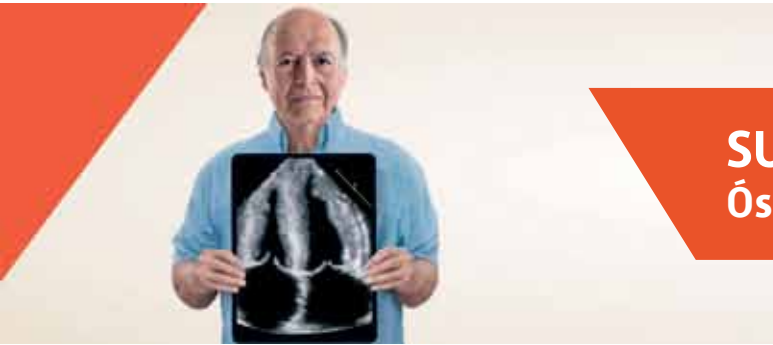
Outro “desafio interessante”, no seu entender, foi o facto de, já enquanto especialista, lhe ter sido atribuída uma lista acabada de criar e constituída por uns 1700 utentes que, pelo menos nos tempos anteriores, não tinham médico de família.

“Estamos a falar de pessoas que não tinham acompanhamento mé-

(Continua na pág. 20)

*Homens com idade superior a 65 anos e mulheres com idade superior a 70 anos
Perfil de doente hipotético
ATTR-CM, miocardiopatia amiloide por transtirretina; VE, ventrículo esquerdo

Referências: 1. Dorbala S, Ando Y, Bokhari S, et al. ASNC/AHA/ASE/EANM/HFSA/ISAS/SCMR/SNMMI expert consensus recommendations for multimodality imaging in cardiac amyloidosis: part 1 of 2 – evidence base and standardized methods of imaging. *J Nucl Cardiol*. 2019;26(6):2065-2123. doi:10.1007/s12350-019-01760-6. Addendum: *J Nucl Cardiol*. Published online July 1, 2021. doi:10.1007/s12350-020-02455-z 2. Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. 2021;42(16):1554-1568. doi:10.1093/eurheartj/ehab072
PP-VYN-PRT-1000 | Data de preparação: abril de 2024



SUSPEITA DE ATTR-CM? Considere solicitar uma Cintigrafia Óssea ou referencie para um especialista em Miocardiopatias¹

ANA PAULA AGUIAR, SECRETÁRIA CLÍNICA:

“Procuro dirigir-me sempre ao utente pelo seu nome”

O atendimento ao público foi, para Ana Paula Aguiar, 53 anos, natural de Tomar, “uma autêntica descoberta”, que aconteceu em 2016, quando chegou à USF Almonda para trabalhar como secretária clínica. No entanto, já estava ligada à área da Saúde desde 2009, mas apenas com tarefas administrativas.



Foi com ordens de serviço, guias de marcha e outras coisas do género que lidou durante os dez anos em que foi militar do Exército, sempre na Secretaria das três unidades militares por onde passou, no Batalhão de Adidos em Sacavém, e depois em Santa Margarida e em Tancos. Tinha o posto de sargento quando deixou a vida militar, no verão de 2004.

Foi por concurso que começou a trabalhar no então ACES Serra D’Aire, cuja sede, aliás, se situava no mesmo edifício onde funciona a USF Almonda, tendo mudado depois para a localidade de Riachos e sendo convertido posteriormente no ACES Médio Tejo.

“Com a vinda para esta USF, foi uma novidade eu começar a trabalhar no atendimento ao público, pois, tinha estado antes na área da logística. Mas tive que me adaptar”, refere.

Com um elemento fixo no polo de Olaia e os outros cinco na sede, todos os dias há uma destas secretárias clínicas que se desloca à extensão da USF Almonda para assegurar a hora de almoço da colega e fazer o fecho.

“Concluimos não haver necessidade de haver uma interlocutora administrativa.”

Ana Paula Aguiar esclarece ainda que, ao contrário do que habitualmente sucede, estas profissionais decidiram, em 2017, que o Secretariado Clínico deixaria de ter a figura da interlocutora administrativa. “Concluimos que não havia necessidade, uma vez que cada uma de nós tem as suas tarefas atribuídas, sendo responsável pelas mesmas. Por exemplo, a meu cargo tenho tudo o que diz respeito ao património, ao equipamento e às aquisições, embora haja sempre alguma de nós em condições de substituir uma colega que esteja ausente, nomeadamente, por motivo de férias”, explica.

“Nem sempre é fácil lidar com o público”, reconhece Ana Paula Aguiar, afirmando haver “utentes extremamente simpáticos e acessíveis”, mas também outros que “acham só ter direitos, tendo os deveres ficado algures...” Uma ação de formação promovida pela USF-AN o ano passado e em que participou ajudou-a a perceber o seguinte: “Eu só tenho que dar a resposta adequada àquilo que me está a ser solicitado pelo utente, e procurando nunca deixar de manter o mesmo tom de voz. Tentar não dizer coisas fora do contexto e dirigir-me sempre à pessoa pelo seu nome.”

que vir à consulta, que precisavam de fazer a medicação prescrita.”

Entretanto, considerando a atual organização interna da USF Almonda, foi atribuída a Carolina Ferreira a responsabilidade pela área do idoso, faixa etária que lhe é, admite, “muito estimada”, referindo que “24,7% dos nossos utentes são idosos, de acordo com dados do Registo Nacional de Utentes de agosto 2025”.

“O idoso apresenta frequentemente multimorbilidade, exigindo uma gestão coordenada e integrada das suas várias condições crónicas, como diabetes, hipertensão ou insuficiência cardíaca. Ao invés de tratamentos episódicos e fragmentados, os CSP garantem uma vigilância regular que permite detetar precocemente declínios funcionais ou cognitivos, otimizar a polimedicação e promover a autonomia, reduzindo significativamente a necessidade de idas a serviços de urgência e internamentos hospitalares desnecessários”, afirma, acrescentando:



Carolina Ferreira

“A força dos CSP reside na sua capacidade preventiva e de promoção da saúde adaptada ao contexto de vida do idoso. Em termos práticos, isso traduz-se em várias intervenções diretas, como a realização de rastreios de fragilidade e risco de quedas e úlceras de pressão durante as consultas de rotina – como a avaliação da marcha e do equilíbrio –, o que permite implementar medidas preventivas, como o encaminhamento para fisioterapia ou a revisão da medicação sedativa.”

Outro exemplo prático que Carolina Ferreira define como “crucial” prende-se com a gestão ativa da polimedicação: “O médico de família



pode, numa revisão sistemática, identificar e desprezear medicamentos potencialmente inapropriados, como certos benzodiazepínicos, diminuindo o risco de confusão mental e de quedas. Esta atenção personalizada estende-se também ao apoio psicossocial, com o rastreio da depressão e a identificação de situações de isolamento ou de maus-tratos, sendo a USF a porta de entrada para o suporte da comunidade e dos serviços sociais.”

No seu entender, o foco na qualidade de vida e no envelhecimento ativo é uma das maiores contribuições dos CSP. E justifica: “O trabalho da equipa de saúde familiar permite ir além da simples gestão da doença aguda e/ou crónica, nomeadamente, através de programas de educação para a saúde. A enfermeira pode orientar o utente e os seus cuidadores sobre adaptações dietéticas para manter a massa muscular ou sobre a importância da atividade física regular, como caminhadas leves ou hidroginástica, para a manutenção da mobilidade.”

Para além disso, Carolina Ferreira salienta que, no contexto de doenças terminais ou de situações de dependência avançada, “os CSP facilitam a coordenação dos cuidados paliativos domiciliários, garantindo o conforto, o controlo sintomático e o apoio humanizado no ambiente familiar do idoso. Desta forma, os CSP afirmam-se como o pilar que sustenta um envelhecimento digno, saudável e com o máximo de funcionalidade possível”.

Nome: Almonda é o nome do rio que nasce na serra de Aire, a 5 km a noroeste de Torres Novas, perto das localidades de Almonda e de Casais Martanes. No seu percurso de 30 km, atravessa os concelhos de Torres Novas e da Golegã, onde desagua na margem direita do Tejo.



Logótipo: A imagem adotada pela USF Almonda exibe os três elementos mais marcantes do concelho onde está instalada: o rio, o castelo e as pessoas. Do rio retém a ideia de continuidade e de fluxo do tempo; o castelo confere a sensação de força e determinação; a silhueta humana evoca os seus horizontes, isto é, o foco na prestação de cuidados.

FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (JULHO DE 2025)

Utentes: 13.868 (18.516 UP)
Idosos: 3416 (Índice de dependência: 39,3%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1760 (Índice de dependência: 20,25%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 2821

ATIVIDADE (2024)

Consultas médicas
Contactos diretos: 26.009
Contactos indiretos: 24.403
Domicílios médicos: 192

Enfermagem
Contactos diretos: 16.993
Contactos indiretos: 1693
Domicílios de enfermagem: 790

PROFISSIONAIS (JULHO DE 2025)

Médicos: 7
Enfermeiras: 8
Secretárias clínicas: 6
Internas: 4

PODERÁ SER ATTR-CM?

Esta ECO pode ser um alerta para algo mais

David, 71
Insuficiência cardíaca com ≥ 12 mm de espessura da parede do VE



Aumento da espessura da parede do VE



Insuficiência cardíaca



Aumento da espessura da parede do VE ≥ 12 mm



Idade ≥ 65 anos*

SUSPEITA DE ATTR-CM?

Considere solicitar uma Cintigrafia Óssea ou referencie para um especialista em Miocardiopatias

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

Perfil de doente hipotético

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

Referências:

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

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



“Apanhámos aqui alguns casos de hipertensão e de diabetes já num estado muito avançado”, conta Carolina Ferreira.



(Continuação da pág. 19)

LÍVIA GALÃO, PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA DO 16.º ENCONTRO NACIONAL DAS USF:

“O secretário clínico é o elo que liga a comunidade à equipa de saúde”

“O NOSSO PAPEL VAI MUITO PARA ALÉM DA RECEÇÃO E DO ATENDIMENTO ADMINISTRATIVO”, CONSIDERA LÍVIA GALÃO, A SECRETÁRIA CLÍNICA QUE ACEITOU LIDERAR A CO DO PRÓXIMO ENCONTRO DA USF-AN, EVENTO ANUAL QUE EM 2025 REGRESSA A SANTARÉM, NOS DIAS 17 E 18 DE OUTUBRO.

Feitas as contas, há mais de 17 anos que Livia Galão é um dos elementos da USF Vale do Sorraia com que os utentes se deparam logo que chegam àquela unidade para uma consulta médica ou para recorrer aos serviços da equipa de enfermagem.

“O secretário clínico é o primeiro rosto que acolhe o utente, o elo de ligação entre a comunidade e a equipa de saúde e alguém que é fundamental na organização, eficiência e humanização dos cuidados prestados. A nossa atuação impacta diretamente a qualidade do serviço, a segurança do utente e a fluidez do trabalho clínico”, afirma Livia Galão, que falou com a *Just News* na sua qualidade de presidente da Comissão Organizadora do 16.º Encontro Nacional das USF.

Livia Galão: “O nosso papel nas USF vai muito para além da receção e do atendimento administrativo.”

“O nosso papel nas USF vai muito para além da receção e do atendimento administrativo”, assegura, acrescentando que, ao longo dos anos, “temos vindo a assistir a uma valorização crescente da nossa função, com um maior reconhecimento das nossas competências técnicas, relacionais e organizacionais”.

No entanto, adverte ser “essencial continuar a investir na evolução da carreira de secretário clínico, com formação contínua, uma definição clara de competências e oportunidades de progressão que reflitam a complexidade e a responsabilidade do nosso trabalho”.

“Mais do que simplesmente exercer uma função, ser secretário clínico é assumir

um compromisso diário com a dignidade, o cuidado e a excelência no serviço público de saúde”, considera Livia Galão, que tem consciência da importância que tem o Encontro anual organizado pela USF-AN (Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional):

“É uma oportunidade única para reforçar a importância do secretariado clínico nas equipas multidisciplinares, para promover o debate sobre o nosso papel no futuro das USF e inspirar novas gerações de profissionais a abraçar esta carreira com orgulho e ambição.”

A propósito do lema escolhido para o 16.º Encontro – “USF B - Agora, mais que nunca” –, Livia Galão refere pretender ser “um apelo a que defendamos, com conhecimento e com coragem, o que já se construiu”. E ainda: “Que lutemos, com união, por políticas públicas que consolidem e ampliem o modelo. E também que inspiremos novas gerações a acreditarem ser possível trabalhar no SNS com sentido, qualidade e dignidade.”

Sócia desde 2009, ano de criação da USF-AN

O 1.º Encontro Nacional das USF realizou-se em fevereiro de 2009, apenas um mês depois da criação formal da USF-AN. Pois que fique registado que Livia Galão acompanhou o médico de família Carlos Ceia – primeiro coordenador da USF Vale do Sorraia, que deixou o cargo no final de 2021, mantendo-se, contudo, na Unidade até à sua aposentação, em julho último – na deslocação a Aveiro, cidade onde o evento teve lugar.

E logo acrescenta que, percebendo a dinâmica da recém-criada Associação, dias depois já se tinha tornado sócia da USF-AN, confirmando que ao longo destes 16 anos já participou em inúmeros eventos, incluindo algumas edições do Encontro Nacional de Secretários Clínicos.

Ainda hesitou um pouco quando foi desafiada a presidir à CO do 16.º Encontro Nacional das USF, mas o facto de sen-



“Atender bem é servir o outro, não criando complicações ou barreiras”, aconselha Livia Galão

tir que o apoio da própria Associação não iria faltar e a circunstância de o Encontro de 2024 já ter sido no mesmo local – o CNEMA (Centro Nacional de Exposições e Mercados Agrícolas), em Santarém – ajudou-a a tomar a decisão de aceitar.

Perante a tarefa de ter que constituir uma Comissão Organizadora Local, convidou uma dúzia de profissionais, entre médicos, enfermeiros e secretários clínicos (a contar consigo, são 13), sendo que metade dos elementos já tinham estado envolvidos na organização do Encontro de 2024. Percebe-se a lógica do critério usado por Livia Galão!

Entretanto, a presidente da CO está particularmente entusiasmada com uma das palestras programadas para a manhã do último dia, intitulada “Comunicação não violenta”, e que vai ser assegurada por uma socióloga que conheceu numa ação de formação proporcionada há uns meses pela ULS da Lezíria.

“O que se pretende é sabermos falar com o utente e criar empatia, percebendo que tipo de pessoa está à nossa frente e adequar o discurso. Por vezes, somos violentos com um simples gesto, um olhar, ou não dando a atenção que devíamos dar a quem recorre a nós. Atender bem é servir o outro, não criando complicações ou barreiras”, aconselha Livia Galão.

Há 17 anos na mesma USF

Livia Galão é natural de Almeirim fez 50 anos no final de março e tem um filho com 25. Após esta breve apresentação, pode acrescentar-se que sempre viveu (e ainda vive!) naquela cidade ribatejana, com exceção do período em que frequentou a Escola Profissional das Mouriscas, uns 100 Km para norte, na zona de Abrantes.

Não se via a ir para Ciências, ou para Humanidades, tendo achado que fazer o curso de Gestão Agrícola seria a decisão mais acertada, até porque a componente prática era equivalente, em termos de horas, à parte teórica, o que lhe agradava. Como a instituição só tinha internamento para rapazes, ficou durante 3 anos numa casa que os pais arrendaram.

Ainda trabalhou nessa área (“Fazia a identificação dos terrenos em fotografia aérea”, esclarece), em Alcanena e Ferrelira do Zêzere, “mas era tudo temporário e a recibos verdes”. Passou por um escritório de advogados e por uma conhecida empresa de fotocopiadoras e ainda

esteve 4 anos como administrativa no Agrupamento de Escolas de Fazendas de Almeirim.

Chegou ao Centro de Saúde de Coruche em 2006, por concurso. Dois anos depois, em maio de 2008, começava a funcionar, no mesmo edifício, a USF Vale do Sorraia, tendo Livia Galão sido convidada para integrar a equipa. Ainda se lembra que esta era constituída por “11 médicos, 11 enfermeiros e 9 administrativos”.

Conta que o grupo se manteve estável até há uns dois anos, mas que agora (pelo menos era essa a situação em meados de julho) têm dois ficheiros sem médico e “não está fácil atrair quem queira vir trabalhar para Coruche”. Em parte porque, nesta altura, “com unidades modelo B ‘ao pé da porta’, é mais complicado convencer alguém a vir para tão longe”.

Livia Galão, contudo, já decidiu há muito tempo que prefere continuar a fazer duas vezes por dia os 30 km que separam o local de trabalho da sua residência, em Almeirim.

ESPECIAL

Este Especial visa assinalar o 20.º aniversário do Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF, reunindo um conjunto de depoimentos que incluem todos os seus fundadores, três dos quais ex-coordenadores, os membros da Comissão Coordenadora e ainda os coordenadores dos onze Grupos de Trabalho.

20 anos



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TESTEMUNHOS

FUNDADORES E EX-COORDENADORES

26> Jaime Correia de Sousa

27> Rui Costa

27> João Ramires

FUNDADORES

28> Carlos Gonçalves

30> Victor Ramos

31> Raquel Castro

31> Manuel Luciano Silva

ELEMENTOS DA COMISSÃO COORDENADORA

24> Cláudia Vicente

26> Sara Alves Barbosa

28> Ana Fernandes

30> Eurico Silva

32> Pedro Fonte

34> Nuno Pina

36> Ana Margarida Cruz

COORDENADORES DOS GRUPOS DE TRABALHO

32> Tiago Maricoto

32> Sara Fernandez

33> Catarina Lopes Pinheiro

34> Maria João Barbosa

34> Anabela Barreto Silva

35> Carla Gomes

35> José Augusto Simões

36> Guilherme Mendes

36> Inês Gonçalo Domingues

37> André Gomes Roque

37> Pedro Simões

17 + 18
OUTUBRO'25

CENTRO NACIONAL DE EXPOSIÇÕES.
SANTARÉM

USF-AN

UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR - ASSOCIAÇÃO NACIONAL

APOIO INSTITUCIONAL:

16.º

ENCONTRO NACIONAL DAS
USF

USF B

Agora, mais que nunca!

A Teva dá os Parabéns ao GRESP pelos 20 anos a inspirar melhores cuidados respiratórios!

NPS-PT-NP-00387 | 10/2025

teva

CLÁUDIA VICENTE, COORDENADORA DO GRUPO DE ESTUDOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DA APMGF:

“A coordenação do GRESP foi algo que surgiu de forma inesperada”

CLÁUDIA VICENTE, QUE É MÉDICA DE FAMÍLIA NA USF ARACETI, ULS DO BAIXO MONDEGO, ESTÁ PRESTES A TERMINAR AS SUAS FUNÇÕES COMO COORDENADORA DO GRESP.

EM MAIO DE 2026 INICIA UM NOVO DESAFIO, A PRESIDÊNCIA DO IPCRG – INTERNATIONAL PRIMARY CARE E RESPIRATORY GROUP. NESTE 20.º ANIVERSÁRIO DA CRIAÇÃO DO GRESP, SÓ ENCONTRA UMA EXPLICAÇÃO PARA O DINAMISMO QUE CARACTERIZA ESTE GRUPO DA APMGF, “O FACTO DE AS PESSOAS QUE O INTEGRAM SEREM REALMENTE APAIXONADAS PELAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS”.



Cláudia Vicente: “Os CSP em Portugal estão no bom caminho na abordagem ao doente respiratório”

meros projetos e acho que, de alguma forma, isso também nos incentiva a continuar.

Cláudia Vicente:
“Eu penso que o dinamismo do GRESP tem que ver com a circunstância de as pessoas que o integram serem realmente apaixonadas pelas doenças respiratórias.”

JN – É curioso verificar que, embora na base da sua criação esteja um grupo de médicos maioritariamente do norte, ao longo do tempo, a influência do Grupo foi alastrando pelo país fora, chegando inclusivamente às Ilhas...

CV – E mais! Desenvolvemos uma boa relação, por exemplo, com os nossos colegas do Brasil, que se têm inspirado em iniciativas nossas e adaptado materiais que fomos realizando.

JN – Como é que vê a evolução que houve nestas duas décadas, nomeadamente, ao nível terapêutico?

CV – Confesso que, na altura, não tinha noção do desenvolvimento que poderia vir a ter a área respiratória. Eu gostava mesmo deste tipo de doenças e percebia bem o impacto

que um diagnóstico precoce e um tratamento adequado poderiam ter nos doentes e também nas suas famílias. Mas a verdade é que foi surgindo, por exemplo, uma multiplicidade de fármacos para diferentes dispositivos inalatórios. E também começou a ser mais comum o uso dos fármacos biológicos, usados a nível hospitalar e que vieram mudar o paradigma da doença. Esta maior oferta terapêutica permite-nos personalizar o tratamento para cada doente e também diferenciar os que são de maior risco e carecem de apoio hospitalar. O facto de existirem mais armas terapêuticas e de os médicos terem mais para oferecer a estes doentes contribui igualmente para que aumente o nosso interesse por esta área

JN – O GRESP tem defendido uma intervenção estruturada na gestão do evento respiratório, nomeadamente com o envolvimento muito significativo da enfermagem. O que tem a dizer sobre isso?

CV – Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários assentam uma boa parte da sua atuação em unidades de saúde familiar pertencentes ao SNS ou em sistemas que são *USF-like*. Nesse âmbito, existe um trabalho de equipa com o enfermeiro de família que até é mais evidente em consultas dedicadas como é o caso da Diabetes ou da Saúde Infantil e Juvenil. Portanto, faz todo o sentido que essa abordagem multidisciplinar e em equipa também se faça relativamente à doença respiratória. Inclusivamente, uma das áreas de especialização da enfermagem é a reabilitação respiratória.

O GRESP tem trabalhado muito nesta área, apresentando em todas as suas Jornadas cursos dinamizados pelo meu colega Dr. Eurico Silva dedicados à formação dos enfermeiros e à estrutura destas consultas respiratórias em equipa.

JN – Também se tem observado haver um investimento na elaboração de documentos de apoio à prática clínica...

CV – Um dos nossos focos prende-se com a formação e a partilha de conhecimento, procurando estruturar o médico de família que trata, diria eu, toda a patologia dos nossos utentes, dos 0 aos 120 anos de idade! É muito importante disponibilizar este tipo de documentos de boas práticas clínicas na área respiratória para permitir aos colegas que não estão tão dedicados a ela uma boa atuação com base na evidência científica mais recente. Tal como, certamente, nós precisamos desse género de ferramentas noutros campos a que não estamos tão dedicados.

O crescimento das Jornadas

JN – As Jornadas do GRESP não têm parado de crescer...

CV – Sim, elas têm crescido ao longo do tempo, com o nosso trabalho e o apoio da APMGF. Inicialmente aconteciam a cada dois anos, mas depois passámos a ter uma periodicidade anual, refletindo o tal dinamismo do Grupo. Realizámos o ano passado as nossas 10.ªs Jornadas, tendo ultrapassado a barreira dos 500 participantes. Tivemos as salas sempre cheias e os *workshops* foram muito discutidos. O sucesso do evento também se deve aos colegas que aparecem e nos fazem perceber que vale a pena continuar.

JN – Como é que surgiu o tema das Jornadas deste ano, “Inspirar o presente, construir o futuro”?

CV – O GRESP conta já com 20 anos de existência. Este é o nosso presente, é a nossa história! Temos de olhar em frente e perceber quais são os nossos novos desafios na área

2005-2025

respiratória, respondendo à evolução da medicina, ao novo perfil de doentes, à evolução dos CSP e do sistema de saúde, aos novos modelos de gestão, à inteligência artificial...

ordenou o GRESP...

CV – Eu penso que isso espelha

o trabalho que nós vimos desenvolvendo e que temos partilhado a nível

internacional. Há uma conclusão que podemos tirar: os CSP em Portugal

estão no bom caminho na abordagem ao doente respiratório!



ESPECIAL

FUNDADORES

20 ANOS
GRESP

Uma fonte constante de inspiração e partilha

Há 20 anos que o GRESP cresce e se destaca como uma referência na promoção da saúde respiratória em Portugal, tendo sempre como objetivo o que mais importa: cuidar melhor. Fazer parte desta família, enquanto atual secretária e elemento da Coordenação, é um privilégio e uma fonte constante de inspiração e partilha entre colegas que acreditam na diferença que os Cuidados de Saúde Primários podem fazer. Parabéns GRESP!

Sara Alves Barbosa - MF na USF São Bento, secretária da Comissão Coord. do GRESP-APMGF



GRESP, os primeiros 20 anos

O Núcleo de Doenças Respiratórias da APMCG, que mais tarde se viria a designar por GRESP, nasceu em março de 2005, no 22.º Encontro Nacional de Clínica Geral, através da iniciativa de um grupo de sócios: Carlos Gonçalves, Jaime Correia de Sousa, João Ramires, Manuel Luciano Silva, Raquel Castro, Rui Costa e Victor Ramos.

Os objetivos da criação do Grupo foram assim definidos:

- 1. Propiciar o contacto, comunicação e encontro entre profissionais

motivados pelos problemas relacionados com as doenças respiratórias (DR).

2. Produzir recomendações de boa prática profissional e instrumentos para melhorar a qualidade do trabalho quotidiano, através de atividades de formação, investigação e elaboração de documentos científicos.

3. Atividade de assessoria da APMCG/APMGF em aspetos relacionados com as DR.

- 4. Promover a importância do pa-

pel do médico de família no diagnóstico e tratamento das DR.

5. Tomar a iniciativa e participar em atividades conjuntas com sociedades científicas com interesses comuns nesta área.

6. Intensificar e formalizar a colaboração com grupos e associações da Medicina Geral e Familiar de outros países.

7. Estabelecer como áreas prioritárias de atuação Asma, DPOC, Rinite, Tuberculose e Tabagismo.

O Grupo estabeleceu um plano



Jaime Correia de Sousa
Cofundador e coordenador do GRESP-APMGF 2010-2015

orientadores de formação, médicos em formação e mesmo colegas de outras especialidades. O número de elementos do GRESP ultrapassou já a centena e meia, sendo que uma quantidade muito significativa de membros participa de forma ativa nos 11 grupos de interesse.

A colaboração entre o GRESP e o Programa Nacional de Doenças Respiratórias da DGS tem permitido o desenvolvimento da atividade nesta área num número crescente de unidades dos CSP.

A colaboração entre o GRESP e o IPCRG permitiu um crescimento e amadurecimento considerável de vários elementos do Grupo.

de ação que propunha a obtenção de consensos entre os elementos do Núcleo sobre as estratégias e as metodologias de abordagem das DR entre os médicos de família; promover a investigação em DR; desenvolver atividades dirigidas ao internato de MGF; promover a formação de formadores na área das DR; elaborar recomendações, consensos e outros documentos sobre DR.

Vinte anos depois, é possível olhar para o percurso e as atividades do Grupo e fazer um balanço muito positivo.

É inegável o reconhecimento da importância e relevância do GRESP entre outros colegas de MGF,

Vinte anos depois, é possível olhar para o percurso e as atividades do Grupo e fazer um balanço muito positivo.

A colaboração entre o GRESP e o IPCRG permitiu um crescimento e amadurecimento considerável de vários elementos do Grupo, com um impacto muito positivo na qualidade e número de atividades e nos documentos produzidos.

A nível académico, são já vários os colegas com atividade de investigação, doutorados ou a desenvolver doutoramentos na área das DR com ligação às atividades e projetos do GRESP.

E, por último, mas não menos importante, importa referir a colaboração contínua com outras organizações profissionais da área das DR, sobretudo com a SPAIC e a SPP, bem assim como com outras profissões de saúde, das quais se destacam as colaborações com farmacêuticos, enfermeiros e fisioterapeutas.



FUNDADORES

2005-2025

Uma força motriz na elevação da qualidade dos cuidados de saúde respiratórios



Rui Costa
Diretor da Sávda - Medicina Apoiada, SA. Cofundador e coordenador do GRESP-APMGF 2015-2021

Uma história de dedicação

A génese do GRESP remonta a 1997, quando um grupo de médicos reconheceu a necessidade de existir uma maior aprendizagem e atualização em patologia respiratória no âmbito dos CSP, motivados por iniciativas internacionais como o Projeto GINA (*Global Initiative for Asthma*). Oficialmente constituído em novembro de 2005, no âmbito dos núcleos da então APMCG, o GRESP atravessou um período de menor atividade inicial, mas os seus membros mantiveram-se envolvidos em projetos significativos, como o Plano Nacional de Controlo da Asma e o Projeto GOLD Portugal.

Ressurgimento, crescimento e consolidação

Um ponto de viragem ocorreu em julho de 2010, sob a coordenação de Jaime Correia de Sousa, com a reativação das iniciativas do Grupo, entrando numa fase de crescimento e dinâmica marcada pela organização de eventos de formação, criação de grupos de trabalho e pela produção de recomendações e ferramentas clínicas de elevada utilidade para a prática clínica. Esta fase culminou com a eleição de Jaime Correia de Sousa para presidente do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG).

Em 2015, com o início da minha

coordenação, o GRESP entrou numa fase de crescimento e de intensificação da sua dinâmica, e de conquista de um maior protagonismo como um grupo parceiro importante na intervenção médica e pública, na produção e divulgação do conhecimento e das boas práticas de saúde respiratória.

Durante a minha coordenação, destaco alguns aspetos: as Jornadas passaram a ser anuais, com um significativo crescimento no número de participantes e patrocinadores, foram criados prémios para os melhores trabalhos e lançamos o Curso de Doenças Respiratórias para Enfermeiros. Com vista a incentivar a investigação em doenças respiratórias no âmbito dos CSP, foram lançadas bolsas GRESP-APMGF. Realizámos a maior Conferência Mundial do IPCRG (9th IPCRG World Conference and the 1st Ibero-American Primary Care Respiratory Meeting) e a 1.ª Reunião Ibero-Americana de Doenças Respiratórias em Cuidados Primários, no Porto, em 2018, sob a presidência de Jaime Correia de Sousa.

Foram promovidos vários cursos de doenças respiratórias, criada a Academia de DPOC, produzidos diversos documentos educacionais, nomeadamente, folhetos, os guias práticos de Gestão da Asma e de Gestão da DPOC nos CSP e as Recomendações do GRESP para a Vacinação Antipneumocócica.

Em colaboração com o IPCRG, colaborámos no projeto *Asthma Right Care* e lançámos este projeto em Portugal com o nome de CAPA (Cuidados Adequados a Pessoas com Asma), em parceria com múltiplas organizações da área da Saúde. Colaborámos na campanha Vencer a Asma, de índole nacional, e fomos cofundadores do movimento MOVA (Movimento doentes pela vacinação).

Em 2021, o GRESP entrou numa fase de consolidação e diversificação da sua dinâmica atividade com a coordenação de Cláudia Vicente. Fruto da notoriedade do GRESP e das suas capacidades pessoais, a sua coordenadora foi eleita para ser a próxima presidente do IPCRG.

As Jornadas anuais do GRESP são presentemente um dos marcos mais visíveis, proporcionando um ponto de encontro essencial para médicos de família interessados em aprofundar conhecimento na área respiratória.

A formação contínua, incluindo as tradicionais oficinas e cursos, são uma pedra basilar do GRESP, promovendo a disseminação de conhecimento e boas práticas na área respiratória em Portugal. A colaboração do GRESP com sociedades científicas, como a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) e a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) e associações de

doentes, entre outras, tem resultado na criação de sinergias para contribuir para as melhores práticas na abordagem de doenças respiratórias em Portugal.

Colaboração internacional

O GRESP representa Portugal no International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) e mantém uma ligação estreita com iniciativas internacionais relevantes na área da saúde respiratória nos CSP.

Atualmente com cerca de 200 membros, o grupo continua a demonstrar um notável dinamismo, com o objetivo de levar o conhecimento sobre as doenças respiratórias a todos os cantos dos CSP em Portugal.

O GRESP-APMGF permanece dedicado à sua missão.

Com duas décadas de história, o GRESP-APMGF permanece dedicado à sua missão, reunindo esforços para melhorar os cuidados respiratórios e contribuir para a saúde e bem-estar da população portuguesa.

Vale a pena pertencer ao GRESP!



João Ramires
MF na USF Restelo, ULS de Lisboa Ocidental. Cofundador e coordenador do GRESP 2005-2010

Um amigo chamou-me à atenção que é preciso relembrar a história, pois, cada um tem a sua visão, e é do conjunto de perspetivas que se pode ter a noção do que realmente aconteceu.

Sem falsas modéstias, o GRESP é o grupo de estudos mais importante na APMGF e, pela sua dinâmica e antiguidade, uma referência na MGF.

Com enorme orgulho, fui um dos fundadores num dos “Encontros” da APMGF, e o seu primeiro coordenador, pelo simples facto de ser o “mouro”, o elemento a sul do Douro, ou “*the man in Lisbon*”. Na altura, eu era recém-especialista e o Victor Ramos meu colega no Centro

de Saúde de Cascais, convidou-me a fazer parte deste projeto.

Começou como um Núcleo da então APMCG, rapidamente evoluindo para o conceito de Grupo de Estudo e a denominação de GRESP, que lhe deu uma identidade mais “robusta”. Para a identidade do Grupo também contribuiu a construção do logótipo, com a feliz conjugação dos pulmões e brônquios com o nariz e a boca a sorrir.

A razão de me escolherem como coordenador foi para facilitar a presença em reuniões com os pares e a representação institucional da MGF, quer pela APMCG/APMGF quer até pela Ordem dos Médicos, como no

Programa Nacional de Controlo da Asma, precursor do Programa Nacional de Doenças Respiratórias da DGS.

No passado, alguns colegas, maioritariamente do norte do país, tinham algumas iniciativas na área das doenças respiratória, mas muito ligadas à indústria farmacêutica.

O GRESP sempre foi independente e tem pautado a sua atividade e as suas iniciativas por isso mesmo. Claro que sem o apoio da indústria farmacêutica não era possível atingir a dimensão que conseguiu alcançar. Mas as tomadas de posição, as recomendações elaboradas, a produção dos materiais e as formações minis-

tradas sempre foram cuidadosamente preparadas para serem isentas e rigorosas. Tentando ser transparentes dentro e fora do grupo, com regras claras de participação dos membros enquanto representantes do GRESP e da APMGF. Aliás, julgo que foi uma das razões do nosso sucesso esse reconhecimento por parte dos colegas, até pelas críticas que vamos recebendo.

Uma das maiores críticas era a comunicação dentro do grupo. Não é fácil gerir a informação, mas sempre se tentou envolver o maior número de pessoas, através dos coordenado-

(Continua na pág. 28)



ESPECIAL

20 ANOS
GRESP

FUNDADORES

Um grande sentido de união

O GRESP entrou na minha vida na Escola de Outono de 2017, em que participei como interna de 1.º ano de MGF. Juntei-me ao Grupo em 2018 e desde então nunca mais o larguei. Há sempre partilha da informação mais recente na área respiratória e a oportunidade de contribuirmos de forma ativa na formação de qualidade em Portugal. Não conheço um grupo de médicos com sentido de união tão grande, partilha constante e amizade. É um orgulho pertencer ao GRESP e todos são bem-vindos a aumentar esta família!

Ana Fernandes, MF na USF D. Sancho I, secretária da Comissão Coord. do GRESP-APMGF



(Continuação da pág. 27)

res de área e da realização do encontro anual dos seus membros.

A coordenação, que sempre foi colegial, e nisso posso dizer que tive um papel importante como seu primeiro coordenador, até pelo prestígio que os outros colegas de coordenação tinham e têm. A nossa atuação sempre se pautou pelo rigor e isenção.

O portal da transparência do Infarmed pode ser consultado por qualquer pessoa e, enquanto representante da APMGF, os contratos eram feitos com a sua Direção, o que me deixava muito tranquilo na minha manifestação de interesses.

Um dos papéis importantes como membro do GRESP, e seu coordenador, foi a articulação com a DGS e as outras sociedades científicas. Digo outras, pois, a APMGF tem essa particularidade de representar cientificamente a nossa especialidade.

A representação institucional também foi importante a nível internacional, marcando presença nos eventos do GARD que decorreram em Portugal, bem como nas atividades do IPCRG e na articulação com o GRAP Espanha e GRESP Brasil.

As atualizações regulares das normas de orientação clínica, as inovações terapêuticas e a vacinação são temas que implicam estudo, reflexão e adequação à nossa atividade clínica quotidiana.

Muitas destas reuniões exigiram disponibilidade de tempo, nem sempre reconhecida ou visível, mas muito importante para o reconhecimento dos vários parceiros, e primordial para o papel efetivamente central do médico de família nos CSP, no cuidar das pessoas com doença respiratória.

Para isso, a capacitação dos médicos e a mudança de paradigma da formação, essencialmente ministrada por colegas das especialidades hospitalares, passou a estar direcionada para aquilo que é a nossa prática, adequada à nossa realidade e à nossa prática diária. Dou dois exemplos: a interpretação da espirometria e o ensino da técnica inalatória. O GRESP fez, ao longo do tempo, um trabalho notável nestas duas áreas, tornando simples uma matéria complexa.

Por outro lado, as atualizações regulares das normas de orientação clínica, as inovações terapêuticas e a vacinação são temas que implicam estudo, reflexão e adequação à nossa atividade clínica quotidiana.

Nesta área, as Escolas de Primavera e de Outono da APMGF foram fundamentais para poder divulgar e capacitar os médicos de família. Também nestas participei enquanto organizador e formador, depois de ter feito formação de formadores, que implicava a minha deslocação de Lisboa a Matosinhos, à USF Horizonte, durante alguns sábados – formação essa fantástica, com o Jaime Correia de Sousa, o Rui Costa e o Carlos Gonçalves –, para vários elementos

do GRESP, que reforçaram os laços de conhecimento, uniformizando a posição conjunta enquanto grupo, mas também criando e reforçando amizades.

Essa formação de formadores também permitiu, ao fim de algum tempo, a minha participação e de outros elementos do GRESP nas atividades de formação da ARSIVT, tornando o modelo mais próximo da especialidade da MGF.

Uma das características mais importantes do GRESP é o envolvimento de todos os membros, e também aí julgo que tive alguma responsabilidade, ao sair da coordenação para dar lugar a outros elementos mais jovens, ao estimular a presença de recém-especialistas como formadores.

De certa forma, faço parte de uma geração intermédia que estabelece a ponte entre os fundadores, ainda APMCG, e os novos especialistas de MGF.

As Jornadas do GRESP, organizadas por médicos de família para médicos de família, são um marco importante na nossa atividade, sendo sempre difícil para a organização o equilíbrio entre a presença dos patrocinadores, essenciais para a realização do evento, e a informação

isenta e rigorosa. Por outro lado, importa referir a necessária ligação às sociedades científicas e a presença recíproca nos seus eventos, com foco no papel do médico de família, na articulação e na verdadeira integração de cuidados à pessoa com doença respiratória.

Aproveito para uma referência final aos doentes, que o GRESP, com muito empenho, tenta envolver, quer nas suas atividades, como o projeto CAPA e as CaminhAsma, mas também na colaboração com as associações de doentes, nomeadamente a APA e a Respira.

Tenho muito orgulho nas duas décadas de GRESP, enorme satisfação no meu contributo para o seu início e desenvolvimento e, apesar de ter agora menor disponibilidade, é com todo o prazer que participo nas nossas atividades e tento representar o Grupo sempre que me pedem.

Termino dizendo que o GRESP me proporcionou, e continua a proporcionar, muitos conhecimentos científicos, muitos conhecimentos pessoais, mas sobretudo grandes amizades, e a mensagem que sempre transmiti aos mais jovens: dá trabalho, exige disponibilidade, mas vale a pena pertencer ao GRESP!

O caminho faz-se caminhando



Carlos Gonçalves
Diretor clínico dos Serviços de Medicina do Millennium bcp.
Cofundador do GRESP-APMGF

Desde 1997 que existia, em alguns de nós, uma curiosidade e necessidade de aprendizagem e atualização em patologia respiratória suscitada pelo aparecimento do Projeto GINA (Global Initiative for Asthma), dependente da OMS e do National Heart, Lung and Blood Institute e sua implementação em Portugal – Projeto GINA Portugal –, no qual fomos convidados a participar ativamente, conjuntamente com pneumologistas e imunoalergologistas.

Só por curiosidade, este interesse levou-nos, juntamente com o Dr. Manuel Luciano Silva, a participar e a integrar as reuniões do GPIAG (Ge-

neral Practice in Asthma Group, em Inglaterra), estando no lançamento e fundação do IPCRG – International Primary Care Respiratory Group, no dia 10 de Julho de 2000, no Robinson College, em Cambridge (sob a presidência do Prof. Dr. David Price – Universidade de Aberdeen), cujo representante em Portugal foi o GEADR – Grupo de Estudos da Asma e Doenças Respiratórias.

Em 2005, na sequência de uma proposta de um grupo de sócios da então APMCG com especial interesse nas doenças respiratórias (Victor Ramos, Jaime Correia de Sousa, Manuel Luciano Silva, Rui Costa, Raquel Castro, João Ramires, José

Em 2005, na sequência de uma proposta de um grupo de sócios da então APMCG, constituiu-se formalmente o GRESP.

Augusto Simões e Carlos Gonçalves), constituiu-se formalmente o GRESP (Grupo de Doenças Respiratórias), o maior Grupo de Estudos da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

Passou por um período de fraca atividade como grupo, embora os seus elementos *de per se* mantivessem uma participação ativa, quer no Plano Nacional de Controlo da Asma, em 1997, quer no Projeto GOLD Portugal (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), quer na publicação e divulgação das boas práticas, com a apresentação

(Continua na pág. 30)



Uma família de braços abertos

Lembro-me bem. Estava no 2.º ano de internato e no final do meu primeiro WS de inaladores para médicos, no 15.º Congresso da APMGF, quando a Ana Margarida e a Alexandra Pina disseram: “Tens de conhecer o Prof. Jaime!” E: “Tens de vir para o GRESP!” Fiz logo as 2 coisas! Em pouco tempo, a minha mala de inaladores, interesse e conhecimento cresceu e não parou! Passei também a dizer: “Tens de vir para o GRESP!” Colegas tornam-se amigos, num Grupo que discute ciência e ideias, brinca e ri, e percebemos que se trata de uma família de braços abertos. Que sorte ter ido com os meus slides e inaladores a Espinho em 2010!

Eurico Silva, MF na USF João Semana, vogal da Comissão Coord. do GRESP-APMGF



(Continuação da pág. 28)

do *Manual de Doenças Crónicas das Vias Respiratórias do IPAG*, em 2005.

Os objetivos da constituição do GRESP foram (e são): promover e realçar a importância do papel do médico de família no diagnóstico, tratamento, educação, orientação e reabilitação dos doentes com patologia respiratória; produzir recomendações de boa prática ou adaptar as existentes às realidades locais, bem como fomentar a utilização de instrumentos que permitam melhorar a prestação de cuidados aos doentes respiratórios, quer através da educação dos doentes, quer dos próprios profissionais de saúde, quer em programas de prevenção e de reabilitação, bem como fomentar a investigação e elaboração de documentos científicos.

Em 2010, e para reativar e dinamizar o GRESP, efetuamos um curso de formação interna de formadores

com vista a aumentar a capacidade de intervenção em MGF, homogeneizar conteúdos e métodos de formação e aumentar a coesão do grupo. Posteriormente (2011) investimos na criação e desenvolvimento de materiais científicos validados pelo GRESP, e em 17 e 18 de fevereiro de 2012 realizámos as 1.ªs Jornadas do GRESP, no Porto, na Fundação Cupertino de Miranda, reunião magna e de encontro do Grupo, onde procurámos, para além de uma atualização, promover a divulgação de trabalhos de investigação ou de revisão realizados no âmbito da MGF. Os congressos passaram a realizar-se de 2 em 2 anos e, numa fase posterior, anualmente, realizando-se agora as 11.ªs Jornadas no Porto, nos dias 9 e 10 de Outubro, no Hotel Sheraton.

Ao longo destes 20 anos, verificámos um crescimento sustentado, quantitativo e qualitativo do GRESP, com polos dinamizadores nas dife-

Verificámos um crescimento sustentado, quantitativo e qualitativo do GRESP, com polos dinamizadores nas diferentes regiões do país, consubstanciado num reconhecimento nacional e internacional.

rentes regiões do país, consubstanciado num reconhecimento nacional e internacional, quer através de parcerias institucionais com as sociedades científicas ligadas às patologias respiratórias (SPAIC e SPP), quer com grupos internacionais na área respiratória (Rede do IPCRG e sobretudo GRAP Espanha e GRESP Brasil), ou grupos de trabalho como o Asthma Right Care ou o COPD Right Care.

Em termos de investigação, estabeleceu-se uma parceria com a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, através do Núcleo de Saúde Comunitária do Instituto de Ciências da Vida e da Saúde, bem como com o Departamento de Ciências de Informação e da decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em projetos de investigação e na orientação de doutorandos.

Começámos por falar no IPCRG e não poderia terminar sem referir que as atividades do GRESP estão intimamente ligadas ao Internatio-

nal Primary Care Respiratory Group, organização que congrega as várias organizações de profissionais ligados aos Cuidados de Saúde Primários com interesse especial pelas doenças respiratórias, pois, vários elementos do GRESP participam ativamente em vários grupos de trabalho.

O reconhecimento desse empenho levou a que o Prof. Dr. Jaime Correia de Sousa – que foi o primeiro coordenador do GRESP (Julho de 2010 a Abril de 2015) – tenha sido eleito presidente para o biénio 2016-2018, terminando o mandato com a realização da 9.ª Conferência Mundial, no Porto, de 30 de Maio a 2 de Junho de 2018. E também fez com que a Dr.ª Cláudia Vicente, coordenadora do GRESP desde Outubro de 2021, seja a próxima presidente do IPCRG para o biénio 2026-2028. Não poderia deixar de realçar, igualmente, o papel do Dr. Rui Costa, coordenador do GRESP desde Abril de 2016 até Setembro de 2021.

A criação formal do GRESP e o contexto de mudança vivido em 2005



Victor Ramos
Cofundador da APMCG/APMGF (1982-1983). Cofundador do GRESP (2005)

ral, foi debatido o reforço da vida científica na Associação através de mais participação dos associados em áreas científicas do seu interesse. Nessa altura, eu era médico de família no Centro de Saúde de Cascais e presidente da Mesa da Assembleia-Geral da APMCG.

Esse reforço deveria combinar duas abordagens complementares:

a) Uma nas áreas médicas clássicas;

b) Outra integradora, essencial nas especialidades generalistas, como a MGF e a Medicina Interna – focada no raciocínio clínico complexo multidimensional e integrador, centrado na pessoa e nas situações clínicas cada vez mais frequentes de multimorbilidade complexa.

O 10.º Congresso Nacional de Medicina Familiar foi dedicado a esta abordagem, com o tema “Desafios da Complexidade” (UBI-Covilhã, setembro de 2005).

A criação do GRESP inseriu-se no

âmbito da primeira abordagem. Inicialmente, foi criado como Núcleo de Doenças Respiratórias da APMCG. Os seus proponentes foram, por ordem alfabética: Carlos Gonçalves, Jaime Correia de Sousa, João Ramires, Manuel Luciano Silva, Raquel Castro, Rui Costa e Victor Ramos. A dinâmica notável deste Grupo tem sido um bom exemplo para outros núcleos e

O meu papel foi o de funcionar como facilitador da iniciativa e elo de ligação com os órgãos da APMCG.

grupos de estudos da Associação.

O meu papel, para além do interesse motivado pela prevalência e grande impacto das doenças respiratórias na população e na prática do dia-a-dia da MGF, foi o de funcionar como facilitador da iniciativa e elo de ligação com os órgãos da APMCG.

Paralelamente, e também nesse ano, a Prof.ª Dr.ª Cristina Bárbara contactou dirigentes da APMCG propondo mais envolvimento dos médicos de família na área das doenças respiratórias. Esta preocupação convergia com o projeto no novo Núcleo. O programa do Congresso da Covilhã incluiu uma sessão com a Prof.ª Cristina Bárbara e elementos promotores do NDR da APMCG, futuro GRESP.

Quando à abordagem da “Complexidade em MGF”, houve uma tentativa de criar um núcleo de estudos, mas o projeto não avançou. Talvez as próximas gerações de MF retomem esta linha de trabalho.

Estive no sítio certo, à hora certa, ao lado do Prof. JCS



Raquel Castro
Assistente graduada de MGF, USF Horizonte, ULS de Matosinhos. Cofundadora do GRESP-APMGF

Geral e Familiar, numa Assembleia-Geral realizada em Novembro de 2005. Assim, estive no sítio certo, à hora certa, ao lado do Prof. JCS, e este foi um de muitos momentos em que pude acompanhar o seu espírito empreendedor, trabalhador e sempre em prol da dignificação da carreira de MGF e nunca em termos de notoriedade pessoal.

Creio que a USF Horizonte funcionou como um laboratório de procedimentos clínicos, estruturado, para doentes respiratórios.

Creio que a USF Horizonte funcionou como um laboratório de procedimentos clínicos, estruturado, para doentes respiratórios. Na altura, como infelizmente ainda hoje, estes procedimentos, não sendo sistematizados num programa autónomo do SClínico, tendem a não ser completos e a haver omissão de cuidados. Os questionários de avaliação do controlo da doença foram adotados assim que validados para a população portuguesa, integrando-se na prática clínica diária. Iniciou-se o uso do *peak flow meter* regularmente.

Participámos no processo de abolição de nebulizadores na ULSM e na implementação do uso de câmaras expansoras.

Criou-se, de forma bipartida com o Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, um protocolo de tratamento de crianças com sibilância aguda, uniformizando assim os procedimentos terapêuticos no Aces e no SU do hospital.

A equipa de enfermagem passou por processos de aprendizagem precoces, comparativamente ao resto do

país, relativamente ao ensino e monitorização do uso de dispositivos inalatórios e questionários de controlo de sintomas.

Promoveu-se o desenvolvimento dos cuidados de reabilitação respiratória por enfermeiros especializados. A oferta de reabilitação respiratória domiciliária iniciou-se com a Enf. Liliana Silva, da UCC, que disponibilizou estes cuidados qualificados aos demais utentes do Centro de Saúde de Matosinhos.

O GRESP evoluiu, assim, de um Núcleo de Estudos da APMGF para ser atualmente um respeitado interlocutor das sociedades científicas nacionais que têm como interesse a área respiratória. Além disso, é um parceiro a nível internacional de sociedades de investigação de médicos de família em doenças respiratórias, nomeadamente o IPCRG, do qual foi presidente o Prof. JCS.

Neste momento, o GRESP, pela forma como pensa a formação presencial ou *online* de adultos, com oficinas de competências, por exemplo, é um modelo de referência na implementação de práticas

Considero que a formação de um IFE de MGF na área respiratória não pode ser adequada sem o GRESP.

pedagógicas eficazes, dinâmicas e apelativas. Como orientadora de formação, considero que a formação de um IFE de MGF na área respiratória não pode ser adequada sem o GRESP.

Assim fica o meu testemunho sincero, orgulhoso e agradecido ao meu querido amigo Jaime Correia de Sousa, o pai do GRESP e de vários outros projetos e obras que fizeram maior a Medicina Geral e Familiar Portuguesa.

GRESP: 20 anos inspirando



Manuel Luciano Silva
Cofundador do GRESP-APMGF

e decisores ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, em relação aos problemas e doenças do foro respiratório.

Nessa fase, os focos eram as doenças cardio e cerebrovasculares (AVC, HTA, IC, EAM), as metabólicas (DM, obesidade) e as oncológicas. Concomitantemente, movimentos internacionais, como o GPIAG (General Practitioners in Asthma Group), com a participação individual de colegas portugueses, promoviam reuniões e ações regulares sobre estas temáticas.

E o GINA (Global Initiative for Asthma), projeto mundial abrangente, patrocinado pela OMS, que veio congrega, na sua implementação em Portugal, complementaridades entre várias especialidades (Pneumologia, Imunoalergologia e Pediatria, além de MGF), gerando um plano formativo/sensibilizador, apoiado pelas tutelas da Saúde, que foi executado de forma rigorosa, descentralizada e eficaz pelas várias subregiões de Saúde existentes.

Fui convidado, na qualidade de “fundador”, a elaborar um texto (memória/reflexão) acerca dos 20 anos do GRESP - Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF.

Começarei por descrever algumas das condicionantes que levaram à sua génese. O motivo fundamental foi a carência de atenção e de consideração, por parte de atores

se desenvolvessem, ao longo dos anos, colheitas de dados resultantes das notificações semanais de âmbito nacional, que contribuíram para objetivar estimativas de prevalência e caracterizar, nomeadamente, as consultas relacionadas com asma.

Estas circunstâncias, associadas ao dinamismo de alguns e à evidente necessidade de estruturar um grupo científico nacional, suportado institucionalmente, tornou-se uma inevitabilidade. Aqui aparece a APMCG (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral) como entidade de acolhimento. Muitos de nós mantinham ligações à referida Associação desde a sua fundação e era óbvio que seria a nossa referência.

Das várias reuniões preparatórias para a criação do GRESP, permito-me realçar (com alguma nostalgia) aquela que levou ao seu batismo e à definição/escolha da sua imagem de marca – o seu logótipo. Pretendia-se que transmitisse positividade/esperança/felicidade num contexto de doenças do aparelho respiratório. Foi com um entusiasmo genuíno, com

criatividade partilhada e contagiante, que chegámos a consenso. Considero que o resultado foi e é gratificante e bonito!

Entretanto, a APMCG passou a ser designada APMGF (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar) e o GPIAG - GP in Asthma Group para GP in Airways Group e, posteriormente, IPCRG (International Primary Care Respiratory Group), gerando uma muito maior abrangência na abordagem das doenças respiratórias e suas incêrncias. Contudo, de certa forma, tudo começou pela asma...

O GRESP, entretanto, soltou-se,

O GRESP, entretanto, soltou-se, quebrou amarras e desbravou caminhos.

quebrou amarras e desbravou caminhos.

Soubes conjugar as experiências dos mais velhos com a criatividade dos mais novos. Adquiriu protagonismo e autonomia crescentes, promovendo competências formativas para profissionais de saúde (não só para médicos de MGF), com benefícios diretos e indiretos para utentes/doentes, afirmando-se perante instituições no contexto nacional e internacional.

A sua relevância advém do impacto das suas atividades – as sucessivas Jornadas com elevado nível científico, a constituição de vários grupos de trabalho temáticos ativos e as ações destinadas à comunidade conferem-lhe uma importância primordial no atual panorama sanitário português, que atravessa uma fase crítica de declínio qualitativo.

Termino enaltecendo o caminho evolutivo percorrido. Desejando que, como grupo que Inspira (como título!), mantenha uma respiração intensa, profunda e saudável. E que, paradoxalmente, neste contexto, nunca expire.



Cresci com o próprio Grupo

A minha ligação ao GRESP, que dura há já vários anos, tem sido um percurso desafiante, enriquecedor e em constante evolução. Ao longo do tempo, participei em inúmeras iniciativas educativas, produzi documentos, coordenei grupos de trabalho e participei em parcerias institucionais. Posso dizer que cresci com o próprio Grupo, hoje mais sólido e reconhecido. Como membro da atual Coordenação, vejo um futuro exigente, mas promissor. Com a mesma dedicação e espírito de equipa, acredito que continuaremos a liderar, em nome da MGF, a promoção de melhores cuidados para as pessoas com doenças respiratórias.

Pedro Fonte, MF na USF do Minho, vogal da Comissão Coord. do GRESP-APMGF



Asma e Rinite Alérgica



Tiago Maricoto
MF na USF Beira Ria, ULS da Região de Aveiro. Prof. auxiliar na Fac. Ciências da Saúde da UBI. Coord. GT de Asma e Rinite Alérgica do GRESP-APMGF

Asma afeta mais de 600 mil pessoas em Portugal, sendo uma das doenças respiratórias mais prevalente. Já a rinite alérgica atinge mais de um quarto da população e está frequentemente associada à asma, podendo agravar os seus sintomas. Perante esta rea-

lidade, torna-se essencial o desenvolvimento de atividades no seio do GRESP-APMGF que visem apoiar os médicos de família, outros profissionais de saúde e até os próprios utentes na gestão e tratamento destas patologias. Foi neste contexto que surgiu o Grupo de Trabalho de Asma e Rinite Alérgica, que atua há vários anos e que coordeno desde 2022, motivado pelo meu percurso académico e científico na área.

A missão do Grupo passa por dinamizar ações formativas, científicas e de produção documental, divulgar evidência científica, promover iniciativas de literacia em saúde e representar o GRESP-APMGF nestes domínios. Com a crescente dedicação da MGF às doenças respiratórias, especialmente após a introdução de novos indicadores de desempenho nas USF e da implementação da consulta de vigilância para a asma, o Grupo tem assumido um papel cada vez mais relevante.

Entre as principais iniciativas, destacam-se materiais disponíveis no site do GRESP: guias práticos para

o diagnóstico, gestão e consulta estruturada, orientações para casos específicos (asma de controlo difícil, no idoso, na grávida ou no desportista), folhetos sobre rinite alérgica e rinossinusite, bem como versões portuguesas de questionários como o CARAT. Realizamos ainda formações regulares para profissionais de saúde, como *workshops* e cursos, e divulgamos *newsletters* com atualizações importantes, incluindo as novas *guidelines* da GINA e iniciativas do movimento CAPA, como o Dia Mundial da Asma.

O Grupo tem também promovido prémios para trabalhos científicos apresentados nas Jornadas do GRESP, com o apoio da indústria farmacêutica. Promove igualmente cuidados integrados para a asma, incentivando a colaboração com outros profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos e terapeutas respiratórios, farmacêuticos), diferentes especialidades médicas (Pneumologia, Imunoalergologia, Medicina Interna) e várias sociedades científicas e instituições da sociedade civil.

Neste âmbito, Portugal aderiu ao movimento internacional CAPA (criado pelo IPCRG), promovendo diversas ações, como *webinars* sobre tratamento da asma e uso correto de inaladores, campanhas informativas em meios de comunicação social e digitais, sessões de educação para a saúde e eventos com a comunidade, como as caminhadas “CaminhASMA”.

Muitas destas iniciativas têm continuidade regular, mas novos projetos estão em desenvolvimento, como a criação de materiais de apoio para equipas de enfermagem, recursos interativos para gestão da asma e programas de promoção da saúde em ambiente escolar.

A última década trouxe uma renovação geracional na MGF e mudanças profundas nos cuidados primários, colocando as doenças respiratórias no centro das prioridades. O GRESP-APMGF continuará, por isso, a assumir um papel fundamental na liderança e dinamização destes cuidados, apoiando profissionais de saúde e a população.

Novos projetos estão em desenvolvimento, como a criação de materiais de apoio para equipas de enfermagem, recursos interativos para gestão da asma e programas de promoção da saúde em ambiente escolar.

SAOS e Cuidados Respiratórios Domiciliários



Sara Fernandez
MF na USF Balsa, ULS do Algarve. Coord. GT SAOS e CRD do GRESP-APMGF

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma patologia amplamente subdiagnosticada e que atualmente sabemos poder ter repercussões graves na saúde, com impacto significativo na morbimortalidade da população. Para o GRESP, tornou-se evidente a necessidade de aumentar a informação e a formação sobre esta doença, bem como de contribuir para a correta orientação no seguimento destes doentes.

Foi neste contexto que, por volta de 2011-2012, se constituiu o Grupo de Trabalho de SAOS e Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), que desde então tem tido um papel fulcral na generalização do conhecimento dos

médicos de família portugueses sobre a SAOS, mas também sobre o uso do oxigénio, dos sistemas de aerossol e das CPAP. O impacto deste trabalho foi tal que alguns dos seus membros foram coautores da NOC para o seguimento do doente com SAOS nos CSP.

Trata-se de um grupo em constante crescimento, que tem contribuído para o estabelecimento de orientações atualizadas, nomeadamente no âmbito dos CRD, e que tem procurado dar maior visibilidade à importância do diagnóstico atempado da SAOS. Para além da atividade científica e formativa, o Grupo tem marcado presença em diversos eventos médicos e iniciativas abertas à comunidade.

O nosso foco não se limita apenas aos profissionais de saúde ou aos MF. Queremos também chegar à população em geral.

Atualmente, o nosso foco não se limita apenas aos profissionais de saúde ou aos médicos de família. Quere-

mos também chegar à população em geral, com informação acessível mas rigorosa, para reforçar a consciencialização sobre esta patologia e promover o correto seguimento dos doentes, incluindo no que se refere à renovação da prescrição de CRD.

Assumi a coordenação do Grupo com espírito de missão, tendo como objetivo manter a qualidade do trabalho desenvolvido até aqui e, ao mesmo tempo, diversificar os conteúdos disponíveis sobre a SAOS. É um privilégio enorme poder coordenar este projeto, ver o Grupo crescer e acompanhar o empenho de tantos colegas motivados em melhorar o conhecimento e a abordagem da SAOS em Portugal.

Provas Funcionais Respiratórias



Catarina Lopes Pinheiro
MF na USF D. Maria I, ULS de Amadora-Sintra. Coord. GT Provas Funcionais Respiratórias do GRESP-APMGF

A criação do Grupo de Trabalho de Provas Funcionais Respiratórias no GRESP aconteceu em 2021, sob a coordenação do Dr. Guilherme Mendes, e veio da necessidade de dar resposta a uma área fundamental da prática clínica em MGF. A espirometria é, atualmente, um exame imprescindível para o diagnóstico, monitorização e acompanhamento de doenças respiratórias crónicas, como a DPOC, mas a sua implementação no contexto dos CSP continua a enfrentar algumas barreiras – desde a variabilidade na qualidade técnica dos exames até à dificuldade no acesso às mesmas. Neste sentido, a existência deste Grupo de Trabalho é essencial para promover a capacitação dos profissionais na sua interpretação.

A implementação da espirometria no contexto dos CSP continua a enfrentar algumas barreiras.

Nos últimos anos, o Grupo tem vindo a desenvolver trabalho em diferentes frentes: a formação de profissionais de saúde através das oficinas dinamizadas nas Jornadas do GRESP, a elaboração de materiais de apoio à prática clínica e a sensibilização para a importância do pedido de espirometrias em CSP. O futuro passa por

consolidar esta base, alargar a rede de profissionais envolvidos e criar oportunidades de investigação nesta área.

Assumir a coordenação deste Grupo está a ser um desafio que tenho abraçado com gosto. Para além do interesse clínico e científico que

a área da função respiratória sempre me despertou, acredito que coordenar este Grupo me permite contribuir com impacto real na prática dos colegas e, em última instância, na vida dos doentes. Tenho ao meu lado vários colegas com energia e

vontade em participar nos projetos que temos vindo a desenvolver e sem eles os mesmos não seriam possíveis de acontecer.

Por fim, não posso deixar de sublinhar o papel do GRESP enquanto local de encontro e partilha. O GRESP

tem sido um espaço privilegiado para ligar profissionais de diferentes regiões do país interessados na temática das doenças respiratórias e, desta forma, dar visibilidade à MGF neste contexto, inclusive, junto de outras especialidades.

2019



2020



Uma força impulsionadora

Ao longo de duas décadas, o GRESP tem sido uma força impulsionadora na gestão das doenças respiratórias nos CSP. Com um percurso marcado pela inovação, formação contínua e produção de ferramentas clínicas práticas, tem promovido uma medicina mais próxima, eficaz e baseada na evidência. A sua ação tem sido essencial na capacitação dos profissionais de saúde e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças respiratórias. O GRESP é hoje um sinónimo de compromisso, excelência e referência na saúde respiratória em Portugal.

Nuno Pina, MF na USF Tondela, vogal da Comissão Coord. do GRESP-APMGF

**Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica****Maria João Barbosa**

MF na USF Gualtar, ULS de Braga. Assist. convid. Escola de Medicina da UM. Life and Health Sciences Research Institute (ICVS). Coord. do GT DPOC do GRESP-APMGF

A criação do Grupo de Trabalho da DPOC no seio do GRESP traduziu-se, desde início, numa afirmação clara da importância desta

patologia respiratória crónica em MGF. O impacto da DPOC na qualidade de vida, na mortalidade e nos recursos em saúde exige um acompanhamento contínuo, multidisciplinar e baseado na melhor evidência – princípios que nortearam a atividade do Grupo ao longo das últimas duas décadas.

A pertinência do trabalho do GT DPOC acentua-se ainda mais quando consideramos que esta continua a ser uma doença com elevado *burden* clínico, social e económico, mas que permanece amplamente subdiagnosticada e subtratada. Estima-se que uma proporção significativa das pessoas com DPOC não tenha diagnóstico formal, e muitas das que o têm não beneficiam de acompanhamento adequado ou de terapêutica otimizada. Esta realidade sublinha a importância de manter uma atuação estratégica e consistente, com foco na sensibilização, na formação e na integração de cuidados.

Atualmente, o GT DPOC é um grupo dinâmico e transversal, que tem vindo a afirmar-se não apenas na formação e atualização científica dos profissionais de saúde mas também na criação de ferramentas de apoio à prática clínica e no estímulo à investigação.

Destaca-se o papel ativo do Grupo na promoção de formação contínua, em 2025, com especial relevo para a Academia GRESP em DPOC, um projeto estruturado de capacitação avançada com aplicação prática. Para além das atividades formativas desenvolvidas no âmbito do GRESP, temos participado regularmente em eventos de outras sociedades científicas, contribuindo com comunicações, oficinas e partilhas de boas práticas. Esta atuação, a par da formação alargada a outros profissionais de saúde – como enfermeiros, fisioterapeutas e farmacêuticos –, tem contribuído para fortalecer a articulação entre níveis de cuidados e promover o trabalho em equipa.

Têm sido uma prioridade consistente a criação e divulgação de materiais de apoio à decisão clínica, úteis e acessíveis: *newsletters*, folhetos de educação para a saúde, *desktop helpers*, manuais e guias práticos.

A participação ativa no IPCRG (International Primary Care Respira-

tory Group), tal como reflete a nossa atual ligação ao projeto internacional COPD Right Care, reforça a posição do GRESP a nível internacional.

Assumi com orgulho a coordenação do GT DPOC porque acredito que os cuidados respiratórios não se fazem apenas com fármacos e protocolos mas também com escuta e vigilância ativas, educação contínua e verdadeira integração de cuidados. A abordagem à pessoa com DPOC exige mais do que tratar sintomas – exige compreender contextos, acompanhar trajetórias e antecipar complicações.

O GRESP tem sido um pilar fundamental na consolidação desta visão, garantindo que a MGF permanece na linha da frente da resposta às doenças respiratórias. Os próximos anos trarão novos desafios mas também novas oportunidades para tornar os cuidados respiratórios mais personalizados, próximos e eficazes.

A abordagem à pessoa com DPOC exige compreender contextos, acompanhar trajetórias e antecipar complicações.**Comunicação e Digital****Anabela Barreto Silva**

MF na USF Sá de Miranda, ULS de Braga. Coord. do GT de Comunicação e Digital do GRESP-APMGF

Assumir a coordenação do Grupo de Trabalho de Comunicação e Digital do GRESP é mais do que uma missão técnica, é um compromisso com a visibilidade da saúde respiratória e com a democratização do acesso à informação em saúde. Vivemos num tempo em que comunicar bem é tão importante quanto saber fazer bem, especialmente numa área tão transversal como esta.

Este Grupo de Trabalho nasceu precisamente para responder a essa necessidade crescente: aproximar o GRESP dos profissionais de saúde e da sociedade, através de estratégias de comunicação eficazes, conteúdos digitais acessíveis e uma presença mais ativa e coerente nas plataformas digitais.

Num contexto em que a informação circula de forma acelerada e nem sempre validada, cabe-nos ocupar esse espaço com rigor científico,

mas também com uma comunicação clara, confiável e compreensível, contribuindo para decisões clínicas mais informadas e para uma literacia em saúde respiratória mais robusta junto do público.

Nos últimos anos, temos trabalhado para consolidar a identidade digital do GRESP, reforçar a sua presença institucional nas redes sociais e valorizar

O GRESP consolidou-se como um alicerce da valorização científica e clínica da MGF.

o trabalho dos seus onze Grupos de Trabalho. Criámos *templates* de divulgação, otimizámos os fluxos internos de comunicação, coordenámos campanhas de sensibilização, como o Dia Mundial da Asma, e estamos agora focados no lançamento de novas ferramentas de comunicação integradas, mais ágeis e sustentáveis, que permitam ao GRESP chegar mais longe e mais rapidamente a profissionais, parceiros institucionais e cidadãos. Estas ações têm vindo a gerar uma crescente mobilização digital em torno do GRESP, reforçando o seu papel como referência na comunicação em saúde respiratória nos Cuidados de Saúde Primários.

Assumir esta coordenação representa também um contributo para a renovação de um Grupo que, ao longo de duas décadas, tem mantido um compromisso firme com a sua missão: apoiar a Medicina Geral e

Familiar na abordagem das doenças respiratórias e na promoção ativa da saúde respiratória. O GRESP consolidou-se como um alicerce da valorização científica e clínica da MGF neste domínio. Mais do que isso, tornou-se um espaço de diálogo intergeracional, que alia a experiência acumulada à capacidade de adaptação e inovação que caracteriza os projetos atualmente em curso. Este trabalho é possível graças ao contributo articulado de diferentes profissionais com competências complementares, refletindo a natureza multidisciplinar que sempre definiu o GRESP.

Ao celebrarmos os 20 anos do GRESP, reafirmamos que comunicar é cuidar, e que cuidar melhor da saúde respiratória começa por garantir que a mensagem certa chega às pessoas certas, no momento certo. É para isso que cá nos encontramos.

Reabilitação Respiratória**Carla Gomes**

MF na USF Levante, ULS do Algarve. Assist. convidada na Fac. Medicina e Ciências Médicas da UA. Diretora do Internato de MGF do Algarve. Coord. GT Reabilitação Respiratória do GRESP-APMGF

A reabilitação respiratória (RR) é uma intervenção multidisciplinar de eficácia comprovada, recomendada internacionalmente pela American Thoracic Society (ATS) e pela European Respiratory Society (ERS)^(1,3). A evidência científica demonstra de forma consistente que a RR melhora significativamente a capacidade funcional, reduz a dispneia, aumenta a qualidade de vida e contribui para a diminuição das hospitalizações e da mortalidade em doentes com DPOC, asma grave, bronquiectasias e fibrose pulmonar^(1,2,3). Trata-se de uma intervenção custo-efetiva e abrangente, que inclui treino físico, educação, apoio psicológico e nutricional – elementos fundamentais no controlo das doenças respiratórias crónicas⁽³⁾.

Embora tradicionalmente oferecida em contexto hospitalar, a RR comunitária tem vindo a ganhar destaque, pela sua maior acessibilidade, proximidade e impacto direto na população. Programas implementados em CSP têm demonstrado eficácia comparável, ou até superior, aos modelos hospitalares, traduzindo-se em maior adesão, ganhos funcionais sustentados e uma redução das visitas ao Serviço de Urgência⁽⁴⁻⁶⁾. Esta proximidade aos utentes possibilita uma articulação mais eficaz com autarquias, instituições locais e redes sociais de apoio, promovendo uma resposta mais equitativa e centrada na pessoa^(4,5).

O médico de família destaca-se como líder natural e estratégico na implementação destes programas.

Neste cenário, o médico de família destaca-se como líder natural e estratégico na implementação destes programas. A sua relação longitudinal com os doentes, a visão holística da saúde e a capacidade de coordenar equipas multidisciplinares permitem construir planos terapêuticos verdadeiramente integrados⁽³⁾. O seu papel de liderança na RR comunitária reforça a centralidade dos CSP na gestão de doenças crónicas, assegurando sustentabili-

dade, monitorização contínua de resultados, promoção da literacia em saúde e empoderamento dos doentes. Programas coordenados por MF têm mostrado impacto na prevenção de exacerbações, na autogestão da doença e na melhoria global da experiência de cuidados^(5,6).

Salienta-se, neste contexto de evolução, a visão inovadora do GRESP-APMGF, que criou, em janeiro de 2025 o Grupo de Trabalho de Reabilitação Respiratória, para deixar de ser uma linha tímida no plano de tratamento de outros grupos de interesse e ganhar autonomia e destaque próprios. Esta decisão, tomada no ano em que o GRESP celebra 20 anos de atividade, reafirma o compromisso com a inovação nos cuidados respiratórios, dando protagonismo ao MF como agente transformador.

É, para mim, um privilégio, um orgulho e uma enorme responsabilidade ter sido nomeada coordenadora deste grupo (graças ao trabalho desenvolvido nos últimos 7 anos no Programa de Reabilitação Respiratória do Sotavento Algarvio), que já se prepara para marcar presença nas 11.ªs Jornadas GRESP com uma mesa multidisciplinar dedicada à reabilitação respiratória – um espaço imperdível para debater, partilhar conhecimento e convidar todos os colegas a juntarem-se a iniciativas que pretendem transformar a atual resposta nacional nesta área.

Em apenas seis meses de atividade, este Grupo já estabeleceu parcerias estratégicas e submeteu uma candidatura à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) para um estudo nacional pioneiro sobre o panorama da

A reabilitação respiratória é mais do que uma intervenção terapêutica; é uma política de saúde baseada em evidência e centrada na comunidade.

RR em Portugal. Este projeto ambiciona criar uma base de conhecimento robusta, que permitirá desenhar e implementar estratégias comuns e integradas no futuro próximo.

A criação deste Grupo e a aposta em programas comunitários liderados por médicos de família representam uma oportunidade histórica para posicionar Portugal na vanguarda da organização de cuidados respiratórios, garantindo acessibilidade, equidade e qualidade de vida para todos os doentes. A RR é, assim, mais do que uma intervenção terapêutica; é uma política de saúde baseada em evidência e centrada na comunidade. O investimento em modelos liderados por MF, com o apoio estratégico do GRESP, posiciona Portugal como referência na organização de cuidados respiratórios, promovendo acessibilidade, sustentabilidade e melhor qualidade de vida para os

doentes respiratórios.

Em suma, a RR é uma intervenção comprovadamente eficaz – em termos físicos, emocionais e económicos – e programas comunitários dirigidos por MF são fundamentais para ampliá-la. O GT de Reabilitação Respiratória dentro do GRESP é um marco promissor para consolidar essa abordagem em Portugal, melhorando diretamente a vida dos doentes e a sustentabilidade do sistema de saúde. É um privilégio, um orgulho e um enorme desafio, com a crescente responsabilidade de ter sido nomeada pela coordenação do GRESP como coordenadora deste Grupo.

Referências:

1. Rochester, C. L., et al. (2025). *An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation of Pulmonary Rehabilitation*. *AJRCCM*, 211(1), 1-20. <https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>.
2. Kargiannakis, V., et al. (2023). *Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Evidence-Based Benefits and Future Directions*. *JAMA Netw Open*, 6(8), e2332090. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.32090>.
3. Spruit, M. A., et al. (2020). *ATS/ERS Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation*. *AJRCCM*, 201(9), e14–e30. <https://doi.org/10.1164/rccm.201903-0590ST>.
4. Elbehairy, A. F., et al. (2025). *Integrated Community-Based Care for COPD: Systematic Review and Meta-Analysis*. *Front Med*, 12, 1584316. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1584316>.
5. Stickland, M. K., et al. (2021). *Telehealth Technology to Deliver Pulmonary Rehabilitation in COPD*. *Ann ATS*, 18(1), 70-79. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202004-361OC>.
6. Ades, P. A., et al. (2021). *Community-Based Rehabilitation Programs for Chronic Disease Management*. *Prev Chronic Dis*, 18, E59. <https://doi.org/10.5888/pcd18.210110>.

Doenças Infeciosas Respiratórias**José Augusto Simões**

MF na Sávila - Medicina Apoiada, SA. Prof. na FCS-UBI. Coord. GT Doenças Infeciosas Respiratórias do GRESP-APMGF

Na altura em que se aproxima o vigésimo aniversário da constituição do GRESP, como Núcleo da APMGF dedicado às doenças respiratórias no âmbito dos CSP, que ocorreu em novembro de 2005, vimos partilhar a atividade que um dos seus grupos de interesse tem desenvolvido ao longo destes anos.

O Grupo de Trabalho de Doenças Infeciosas é constituído pelos colegas com especial interesse na abordagem, no contexto dos CSP, das doenças respiratórias de origem infecciosa, seja viral ou bacteriana, como a gripe, a pneumonia adquirida na comunidade, a rinosinusite, a faringoamigdalite, a tuberculose e a covid-19.

Desenvolveu atividade na pandemia de covid-19, no esclarecimento de dúvidas, na promoção da vacinação e no seguimento da condição pós-covid-19 nos CSP.

As principais atividades deste Grupo têm sido a realização de for-

As principais atividades têm sido a formação e a participação nas reuniões do GRESP.

mação e a participação nas reuniões promovidas pelo GRESP.

Nestas, tem procurado atualizar o conhecimento e as práticas a desenvolver no âmbito da MGF, nomeadamente em termos de vacinação e de protocolos de atuação e ao nível do diagnóstico, da terapêutica e do seguimento. Para tal, tem desenvolvido oficinas de trabalho e sessões temáticas em eventos do GRESP e da APMGF.

Perante doenças infecciosas respiratórias emergentes, de que foi exemplo a pandemia covid-19, o Grupo tem procurado manter-se atualizado em termos científicos e de boas práticas.

2021



2022



2023



Excelente ambiente colaborativo

O GRESP distingue-se pela intensa atividade, forte espírito de parceria e excelente ambiente colaborativo, valorizando membros novos e antigos. Partilhámos uma visão inabalável: a melhoria contínua dos cuidados em doenças respiratórias nos CSP. É uma honra e um privilégio contribuir para esta missão. Desde 2023 que pertença à Coordenação e tem sido uma experiência gratificante. Como membro, a minha ligação ao Grupo remonta a 2009, tendo assistido à génese do nome GRESP e trabalhado em diversos grupos de trabalho.

Ana Margarida Cruz, MF na USF Bom Porto, vogal da Comissão Coord. do GRESP-APMGF



Doenças Oncológicas Respiratórias

Guilherme Mendes

MF na UCSP Cascais. Coord. GT de Doenças Oncológicas Respiratórias do GRESP-APMGF

Nesta ocasião especial, verifico que tenho o privilégio de fazer parte do GRESP desde o seu 6.º aniversário. Ao longo do tempo, a minha colaboração com outros grupos de trabalho só aumentou o meu interesse pelas doenças respiratórias, não só ajudando a ultrapassar a dificuldade que alguns colegas têm em obter conhecimento prático no seu quotidiano clínico como também capacitando os doentes respiratórios a melhor colaborarem com as suas equipas de saúde.

Apercebi-me de inovações científicas muito promissoras sobre a

principal causa de morte por cancro a nível mundial, o cancro do pulmão, que levaram a que o seu rastreio fosse incluído numa proposta da Comissão Europeia ao Conselho da União Europeia. Este emitiu, em novembro de 2022, uma recomendação aos estados membros sobre a inclusão deste rastreio nos seus sistemas de saúde.

Também incluíu rastreios a outros cancros e atualização das práticas vigentes em relação aos cancros da mama, colorretal e do colo do útero. Foi deixada considerável margem para que cada estado adaptasse as recomendações à sua realidade nacional.

Se corretamente utilizado, um rastreio orientado para populações de risco (habitualmente fumadores ou ex-fumadores com uma determinada carga tabágica), e utilizando tomografia computadorizada de baixa dose, pode resultar em diminuição da mortalidade

específica para este cancro, que será superior à obtida por cada um dos três rastreios em vigor acima mencionados.

Contudo, o impacto para o nos-

Se corretamente utilizado, um rastreio orientado para populações de risco pode resultar em diminuição da mortalidade específica para o cancro do pulmão.

so serviço de saúde é complexo de estimar, tendo em conta as necessidades técnicas e de recursos humanos, e a potencial aceitação pela população, sendo este último um fator crítico para a custo efetividade do rastreio.

Enquanto algumas nações já implementaram rastreios do cancro do pulmão de âmbito nacional, a maioria dos países europeus ainda não o fez. Optam, assim, por realizar estudos piloto, otimizar a sua resposta de cessação tabágica (a estratégia médica mais custo efetiva para prevenção do cancro do pulmão, entre outras doenças) ou aguardar pelo resultado de estudos internacionais que ainda decorrem.

Tendo em conta o meu interesse pelo assunto, bem como o facto de estar atualmente a representar o International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) no *Advisory Board* do estudo de implementação

Strengthening the Screening of Lung Cancer in Europe (SOLACE), foi proposta, em 2025, a criação deste grupo de trabalho, sob minha coordenação.

O GRESP pode assim vir a ser um interlocutor na implementação de uma tal iniciativa no nosso país (tendo em conta que foi já anunciada a realização de dois estudos piloto), acautelando que algumas contrariedades potencialmente evitáveis, que vão sendo registadas noutros países, não tenham repercussão nos nossos CSP. Por exemplo, um insuficiente suporte em termos de cessação tabágica, ou uma inesperada procura de cuidados na sequência de alterações radiológicas não tumorais, como enfisema ou calcificações coronárias.

Nas últimas duas décadas o GRESP tornou-se numa referência incontornável e, com projetos como este, acredito que possa tornar-se ainda mais rico e multifacetado.

Tabagismo



Inês Gonçalo Domingues

MF na USF Gualtar, ULS de Braga. Assist. convidada na Escola de Medicina da UM. Coord. do GT do Tabagismo do GRESP-APMGF

O Grupo de Trabalho do Tabagismo é um dos vários que se destacam no GRESP, tendo sido coordenado pelo Dr. Carlos Gonçalves até 2023, altura em que assumi a continuidade da sua coordenação. O meu particular interesse por este Grupo, que inclusivamente também me conduziu ao desafio da sua coordenação, prende-se precisamente com a importância da partilha de conhecimento e treino de competência dos médicos de família na área da cessação tabágica.

Estes ocupam uma posição de destaque no acompanhamento dos fumadores devido à proximidade e à relação de confiança estabelecida com os utentes e famílias ao longo do tempo. Essa relação permite, tendencialmente, um suporte mais personalizado e contínuo, especial-

mente para aqueles que não cumprem os critérios para referência a consultas intensivas de cessação tabágica. O tabagismo constitui um fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de patologias às quais outros grupos do GRESP se dedicam,

Será lançado este ano um fluxograma destinado a apoiar o MF na avaliação e orientação do utente fumador.

tornando-se fundamental a promoção de sinergias.

O Grupo do Tabagismo tem marcado presença nas Jornadas do GRESP, nas oficinas e sessões plenárias dedicadas à avaliação, aconselhamento e tratamento do consumo de tabaco. Com esse mesmo propósito, e à semelhança de outros documentos desenvolvidos e divulgados pelo GRESP, será lançado este ano um fluxograma destinado a apoiar o médico de família na avaliação e orientação do utente fumador, constituindo um recurso prático para a consulta.

Nas últimas décadas, registaram-se mudanças importantes nesta área, desde a criação e aplicação de leis que restringem o consumo de tabaco em espaços públicos, o aumento da divulgação dos malefícios do consumo de tabaco, o reconhecimento do papel dos CSP

no apoio à cessação tabágica, passando pelo alargamento das opções terapêuticas disponíveis e pela participação da maioria dos fármacos utilizados na cessação tabágica. Estas mudanças, entre outras, terão favorecido uma diminuição gradual, ainda que aquém da desejada, da prevalência de fumadores a nível nacional.

O GRESP é atualmente um grupo de referência a nível nacional para a MGF, assim como para outros profissionais de saúde com interesse na área respiratória. O Grupo do Tabagismo procura acompanhar e refletir o elevado padrão de qualidade que caracteriza o GRESP, assumindo o propósito de partilha de conhecimento e treino de competência dos médicos de família no que concerne à cessação do consumo de produtos nicotínicos.

Dispositivos Inalatórios



André Gomes Roque

MF na USF Santa Joana, ULS da Região de Aveiro. Médico na Consulta de Cessação Tabágica do CS de Aveiro. Coord. do GT de Dispositivos Inalatórios do GRESP-APMGF

A terapêutica inalatória é uma das bases da abordagem às doenças respiratórias, não apenas nas doenças tradicionalmente associadas a esta forma de administração de fármacos, como a asma e a DPOC, mas num leque cada vez mais alargado de doenças respiratórias, e também em outras doenças, não envolvendo diretamente este sistema.

A biodisponibilidade resultante desta via terapêutica exige uma ade-

quada técnica de execução, que otimize a deposição pulmonar do fármaco. É ainda fundamental a adequação do dispositivo à pessoa que o vai utilizar. É neste contexto que o Grupo de Trabalho de Dispositivos Inalatórios desenvolve muita da sua atividade, quer através da produção e atualização de conteúdos que sumariam os dispositivos existentes e a técnica que lhes está associada, quer através da colaboração na formação de profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, numa perspetiva interdisciplinar e de atuação em equipa.

A qualidade e praticabilidade dos folhetos sobre dispositivos inalatórios produzidos pelo GRESP tornou-os, ao longo dos anos, numa referência, com uma ampla distribuição e reconhecimento, não apenas junto dos médicos de família mas também de outras especialidades. Este será um ano relevante a este respeito, com a atualização do conteúdo dos folhetos a ser publicada em breve.

No que concerne à formação, o Grupo tem desenvolvido oficinas com enfoque específico na técnica inalatória, direcionadas a médicos, médicos internos e enfermeiros, sendo que pretendemos alargar o âmbito da sua disponibilização, quer presencial, quer através de platafor-

Temos também o objetivo de desenvolver uma formação mais abrangente, direcionada à decisão terapêutica.

mas digitais, e também de forma interativa.

Temos também o objetivo de desenvolver uma formação mais abrangente, direcionada à decisão terapêutica, que permita aos formandos partir do diagnóstico da doença respiratória até à seleção e ensino da técnica inalatória, aumentando dessa forma a capacitação dos profissionais na escolha racional, personalizada e com preocupação ambiental do dispositivo.

Para além do aumento dos fármacos passíveis de serem utilizados pela via inalatória, cujo crescimento está associado à investigação em nanopartículas e microesferas, entre outros, o desenvolvimento dos ina-

ladores tem incluído preocupações ambientais, com p.e. a alteração de propelentes utilizados, ou o uso de mecanismos de *feedback*, que promovem a adesão terapêutica e autocorreção de técnica inalatória.

A preocupação com a otimização da utilização e redução dos efeitos adversos dos inaladores tem conduzido a mudanças nos dispositivos inalatórios, com maior variedade da forma da sua ativação, permitindo uma cada vez maior adaptabilidade da pessoa ao inalador.

Os membros do GRESP têm igualmente realizado e colaborado em investigação no âmbito da utilização dos dispositivos inalatórios, sendo de salientar a participação em estudos internacionais que avaliaram o pico de fluxo inspiratório e técnica inalatória de vários utentes. Mas também estudos de custo-efetividade que estimaram que programas de intervenção com revisão de técnica inalatória produzem uma redução significativa do custo por utente idoso, através da diminuição de exacerbações.

O GRESP é um dos grupos de interesse da APMGF mais representativos a nível nacional, contribuindo de forma produtiva, em articu-

lação com outras sociedades e com órgãos decisores, na produção de conteúdos didáticos, com vista à melhoria do acompanhamento da pessoa com doença respiratória. Mas também na atuação no campo da sua prevenção, pelo que convidamos todos os que tenham interesse por esta área a juntar-se a nós.

Os membros do GRESP têm igualmente realizado e colaborado em investigação no âmbito da utilização dos dispositivos inalatórios, sendo de salientar a participação em estudos internacionais.

Formação, o objetivo foi reforçar a qualidade das várias formações dadas pelos grupos do GRESP, bem como tentar obter a acreditação das suas atividades, tal como as Jornadas do GRESP. Na Investigação, pretendeu-se procurar estimular e fomentar mais investigação na área respiratória nos CSP.

Pretendeu-se procurar estimular e fomentar mais investigação na área respiratória nos CSP.

Na área da Formação, o GRESP sempre teve um importante papel na atualização e divulgação das

principais atualizações que foram ocorrendo na área respiratória, com o intuito de que os colegas de MGF tivessem acesso facilitado às mesmas. Dessa forma, o GRESP divulga periodicamente *newsletters* com estas atualizações, colaborou nas várias Escolas da APMGF que existiram, na organização de *workshops* nas atividades científicas da APMGF e na realização de várias edições do *Teach the Teachers*. Neste caso, o objetivo é capacitar os participantes para que sejam capazes de elaborar e aplicar formações numa das várias áreas de interesse do GRESP.

Quanto à acreditação das atividades do GRESP, este Grupo conseguiu a acreditação pelo *European Accreditation Council for Continuing Medical Education* (EACCME®) pela primeira vez nas 10.ª Jornadas GRESP, com a atribuição de 8.0 créditos CME europeus.

Na área da Investigação, o GRESP sempre teve um importante papel na investigação e investiga-

ção na área respiratória, quer através de bolsas de investigação APMGF/ GRESP no passado, quer através da atribuição de prémios monetários para os melhores trabalhos nas Jornadas GRESP. Por outro lado, o Grupo também tem dado apoio de consultadoria a projetos e trabalhos desenvolvidos na área respiratória, sendo algo que pretendemos continuar a fazer. Para o futuro, tencionamos incentivar a realização de mais estudos de investigação multicéntricos, que possam beneficiar do eleva-

O GRESP tem sido bastante proativo na dinamização da área respiratória a nível nacional.

do número de pessoas com especial interesse na área respiratória.

Assumi este desafio da coordenação do GRESP uma vez que, para além de médico de família, também sou doutorado em Medicina e professor auxiliar na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, pelo que tenho bastante interesse nas áreas da Formação e da Investigação.

O GRESP tem crescido bastante como grupo de estudos da APMGF, com a criação de cada vez mais grupos de trabalho. Para além disso, tem-se vindo a assumir como um dos principais grupos de referência na área respiratória em Portugal e a criar várias parcerias com as outras associações científicas e instituições da área respiratória. Ao longo dos anos, o GRESP tem sido bastante proativo na dinamização da área respiratória a nível nacional, nomeadamente a nível dos CSP. Desejo que esta dinâmica se mantenha por muitos anos.



AS DEZ JORNADAS DO GRESP

1.^a
fev 2012

Porto — Fundação Cupertino de Miranda

3.^a
jan 2016

Lisboa — VIP Executive Hotel

4.^a
abr 2017

Coimbra — Hotel Vila Galé

5.^a
jun 2019

Lisboa — FIL, Parque das Nações

6.^a
out 2020

Porto — Hotel Porto Palácio

8.^a
out 2022

Porto — Hotel Porto Palácio

9.^a
out 2023

Coimbra — Hotel Vila Galé

10.^a
out 2024

Lisboa — Hotel Eurostars Expo

2.^a
fev 2014

Coimbra — Tivoli Coimbra Hotel

ULS do Médio Tejo com neuroestimulador para tratar a dor crónica

A ULS do Médio Tejo realizou, no Bloco Operatório do Hospital de Tomar, a primeira colocação de um neuroestimulador medular na região. Trata-se de um procedimento altamente complexo e inovador, indicado para o tratamento de casos de dor crónica refratária aos tratamentos convencionais, que até à realização desta primeira intervenção no Médio Tejo só estava disponível em centros de referência em medicina da dor.

Este marco clínico reforça o compromisso da ULS Médio Tejo com a diferenciação técnica e científica e com o fortalecimento da sua capacidade de resposta local a situações de elevada complexidade clínica, como é o caso da dor crónica.

A intervenção pioneira foi realizada num doente com síndrome de dor espinal persistente tipo 2, uma condição crónica da coluna, caracterizada por dor intensa e refratária, que permanece mesmo após cirurgia e sem complicações visíveis.

Depois de vários tratamentos convencionais sem sucesso — incluindo medicação, fisioterapia, apoio psicológico e radiofrequência —, foi proposto a este utente um novo



Anestesiologistas Simão Serrano, Ana Mangas, Mariano Veiga, Nuno Franco e Edgar Semedo

passo terapêutico: a implantação de um neuroestimulador medular, um dispositivo elétrico colocado junto à medula espinal. Este equipamento envia impulsos elétricos suaves que interferem com a transmissão dos sinais de dor ao cérebro, reduzindo a sua perceção sem provocar sensações de formigueiro, associadas a terapias menos recentes.

A intervenção foi efetuada com sucesso pelos médicos anestesiologistas Mariano Veiga, Edgar Semedo



e Nuno Franco, com o suporte de uma equipa multidisciplinar composta por profissionais de enfer-



magem do Bloco Operatório e da Unidade de Dor, técnicos de Imagiologia e uma psicóloga clínica.

“A concretização deste procedimento na nossa unidade constitui um marco importante na afirmação de uma abordagem integrada e diferenciada ao tratamento da dor crónica. Estamos preparados para responder aos casos mais comple-

xos, sustentando a nossa atuação na evidência científica, nas melhores práticas internacionais e no trabalho de uma equipa multidisciplinar altamente qualificada”, afirma Nuno Franco, diretor do Serviço de Anestesiologia e responsável pela Unidade de Dor da ULSMT, acrescentando:

“Esta intervenção permite-nos concretizar, de forma ainda mais eficaz, a nossa missão: melhorar a qualidade de vida dos nossos doentes, oferecendo cuidados de excelência, aqui mesmo, na nossa região.”

“A ULS do Médio Tejo está a afirmar-se como uma instituição de referência na resposta a problemas complexos em áreas altamente diferenciadas, como a medicina da dor. Demos agora mais um passo na democratização do acesso à inovação clínica e no reforço da confiança da nossa comunidade nos cuidados de saúde que prestamos”, refere Casimiro Ramos, presidente do CA da ULSTM.

E reafirma o papel da instituição que lidera como agente de inovação clínica e proximidade assistencial, ao disponibilizar localmente técnicas avançadas e altamente eficazes para o tratamento da dor crónica.

ULSCBEIRA disponibiliza consulta farmacêutica no CS da Covilhã

Os Serviços Farmacêuticos da ULS da Cova da Beira estão a realizar consultas farmacêuticas no Centro de Saúde da Covilhã, numa iniciativa que representa um passo significativo na integração dos cuidados farmacêuticos ao nível dos CSP.

Nesta fase inicial, estão direcionadas aos utentes acompanhados nas Consultas Respiratórias na Comunidade. Dadas as particularidades dos esquemas terapêuticos instituídos, a sua longa duração, o elevado potencial de interações medicamentosas com a terapêutica habitual e os efeitos adversos frequentemente associados, a intervenção farmacêutica permite, desta forma, um acompanhamento mais próximo e personalizado ao longo de todo o tratamento.

ao longo do tempo; realizar a reconciliação da medicação habitual, minimizando o risco de interações medicamentosas relevantes que possam comprometer a eficácia da terapêutica ou provocar efeitos adversos graves.

Ela decorre no mesmo dia da consulta médica, evitando deslocações adicionais por parte dos doentes e facilitando o acesso aos cuidados. Trata-se, assim, de uma extensão da atividade farmacêutica hospitalar aos CSP, em consonância com o novo modelo organizacional das ULS, que promove uma abordagem mais integrada, próxima e centrada no utente.

Durante o primeiro mês de implementação, em maio, foi efetuada uma dezena de consultas farmacêuticas, estando já identificados 47

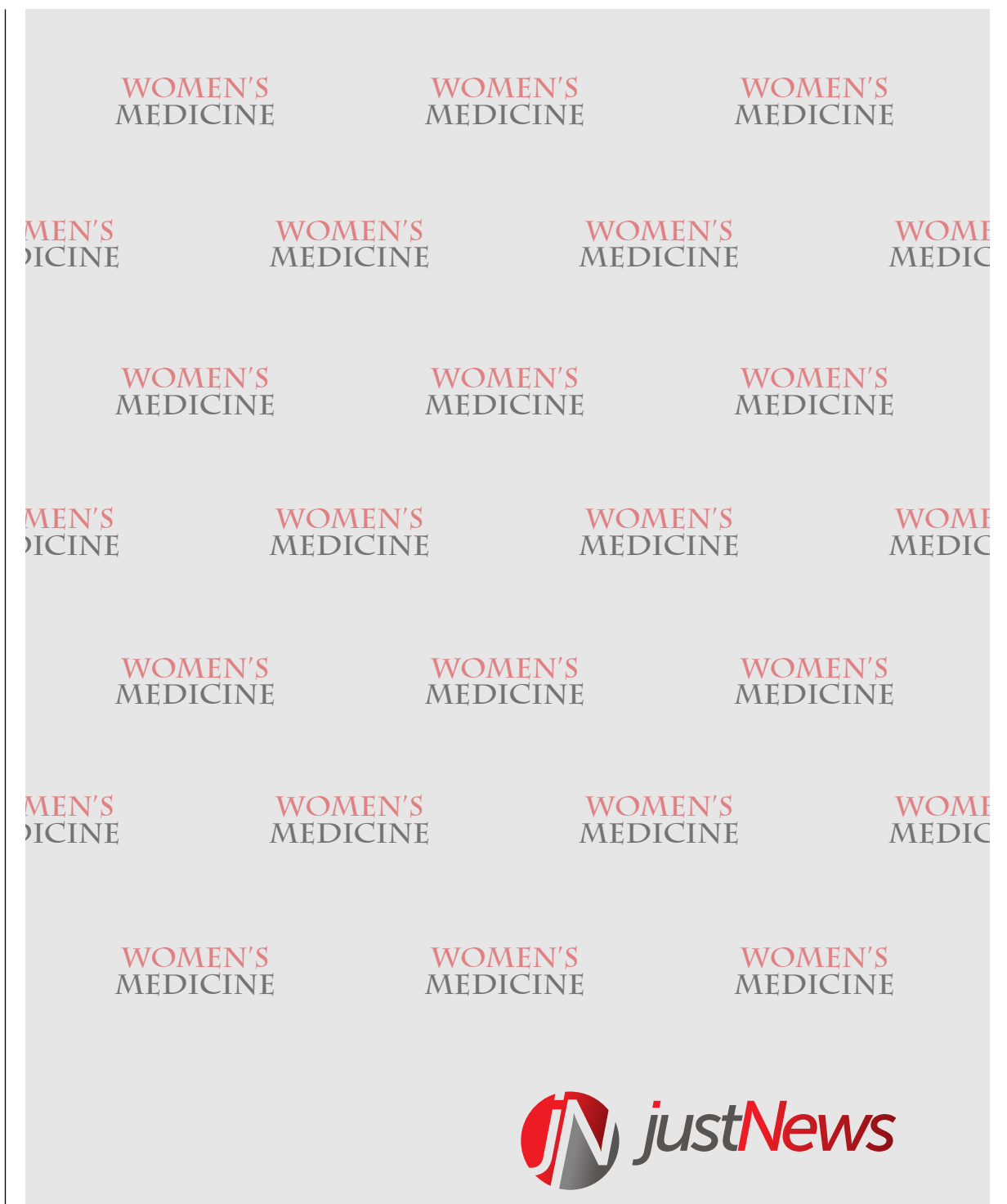


Esta nova valência vem reforçar a equipa multidisciplinar já existente, composta por médico e enfermeiro.

A consulta farmacêutica tem como principais objetivos esclarecer dúvidas relacionadas com o tratamento; promover a adesão terapêutica de forma sustentada

doentes elegíveis que beneficiarão deste acompanhamento farmacoterapêutico integrado.

Para a ULSCBEIRA, esta intervenção representa “um contributo relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a sustentabilidade do Sistema de Saúde”.



LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

