



Manuel Viana
Tosse crónica
requer abordagem
diagnóstica
e terapêutica
cuidadosa
■ P. 8

**Adriana
Neves Coelho**
Envelhecimento e
cuidados paliativos:
viver com dignidade
até ao fim
■ P. 6

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Novembro 2025
Ano XIII • Número 140 • 3 euros
Publicação Periódica

**Tratar doentes
hipertensos com
mais de 80 anos"**
constitui um grande
desafio clínico",
reconhece Heloísa
Ribeiro, advertindo ser
"mandatório" avaliar
previamente a
fragilidade/funcionalidade
desses idosos.

■ P. 10



VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026
19 a 21 de março
PORTO



Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud

■ P. 12/16

Equipa diferenciada e multidisciplinar alia a atividade clínica à investigação, sendo disso exemplo o que se verifica na área da estimulação magnética transcraniana. Na foto pequena, os psiquiatras Bernardo Barahona Corrêa e Albino Oliveira Maia, sendo este último o coordenador da Unidade.

USF Cynthia está numa rampa ascendente

■ P. 18/23

Integrada na ULS de Amadora-Sintra, a Unidade coordenada por Cristina Bocancea (na foto, com o seu antecessor no cargo, João Nuno Rossa) apresenta agora "listas de utentes mais organizadas e melhores indicadores", tendo um plano arrojado de crescimento.



ESPECIAL
■ P. 28/36

25º CONGRESSO
NACIONAL
DE PEDIATRIA

**HERCÍLIA
GUIMARÃES,
PRÉMIO CARREIRA
SPP 2025:**

"OS MIÚDOS
SÃO FORA DE
SÉRIE, MESMO
ESPETACULARES"

■ P. 28



INFORMAÇÃO

"As crianças correm o risco de desenvolver complicações e doença grave por gripe, para além de serem os vetores primários de transmissão do vírus na comunidade", alerta o pediatra Luís Varandas, que foi um dos palestrantes do simpósio que a AstraZeneca promoveu no 25.º Congresso Nacional de Pediatria.

■ P. 30/31



■ P. 27

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

A capa da última edição



JORNAL MÉDICO

Diretor: José Alberto Soares **Jornal Médico** é uma publicação da *Just News*, de periodicidade mensal, dirigida a profissionais de saúde e que pretende promover a partilha de boas práticas entre todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, estando isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º n.º 1A **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/13 **Morada:** Alameda dos Oceanos, N.º 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

Mónica Oliva preside à SPP



Mónica Oliva, 53 anos, médica no Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), é a nova presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), depois de a sua eleição ter sido validada durante o 25.º Congresso Nacional de Pediatria. Inicia funções a 1 de janeiro de 2026, para um mandato de três anos, sucedendo no cargo a André Graça. Integrou a Direção da SPP nos últimos três mandatos, tendo sido sucessivamente secretária-adjunta, secretária-geral e vice-presidente.

ULS do Oeste com mais partos, menos urgências e mais sessões no Hospital de Dia

No 1.º semestre de 2025, foram realizados 584 partos na Maternidade da ULS do Oeste, localizada na unidade hospitalar de Caldas da Rainha, representando um crescimento de 29,5% (mais 133 partos) do que em igual período de 2024. De referir

que em 2023 tinham sido realizadas obras de melhoramento na Maternidade, num investimento global de um milhão e 350 mil euros, sendo que um pouco mais de metade desse valor foi financiado pela autarquia, cerca de 400 mil euros foram supor-

tados pelo programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Partos do SNS e 220 mil euros ficaram a cargo da própria ULS.

No que concerne aos seis serviços de Urgência da ULS do Oeste (duas urgências gerais, duas pediátri-

cas, uma de Ginecologia-Obstetria e uma básica), registou-se um total de 72.587 episódios no 1.º semestre, tendo-se verificado uma diminuição de 18,8% (-16.804 atendimentos) do que em igual período de 2024.

Por sua vez, a atividade desenvol-

vida em Hospital de Dia apresentou um aumento considerável, tendo sido realizadas 12.092 sessões, um acréscimo de 29,1% (mais 2725) comparativamente ao acumulado de junho de 2024.

Será que estamos preparados para uma mudança de paradigma na gestão da doença crónica em Portugal?



Luís Filipe Barreira
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

É aqui que os enfermeiros assumem um papel determinante. O seu conhecimento clínico, a sua proximidade ao cidadão e a sua presença contínua em todos os níveis de cuidados conferem-lhes uma posição ímpar para assumir a liderança na gestão da doença crónica. Propomos, por isso, um modelo em que os enfermeiros assegurem o acompanhamento regular de doentes crónicos estáveis, quer no domicílio, quer nas unidades de cuidados de proximidade, permitindo libertar os médicos para as primeiras consultas e para os casos de maior complexidade.

Esta reorganização não é uma abstração teórica. É uma resposta concreta às exigências de um sistema que precisa de ser mais acessível e mais eficiente. Países como a Finlândia, o Reino Unido ou a Irlanda já demonstraram que o alargamento do papel dos enfermeiros melhora o acesso aos cuidados, reduz os tempos de espera e aumenta a satisfação dos utentes.

Recentemente, dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) revelavam que, até ao final do mês de junho de 2025, quase um milhão de pessoas em Portugal aguardavam por uma primeira consulta nos hospitais. Nestes números não entram as consultas nas áreas de Oncologia e de Cardiologia.

Sendo Portugal um país cada vez mais envelhecido, é expectável que estes números venham a aumentar ainda mais, razão pela qual devemos criar, o mais rápido possível, soluções e respostas adequadas aos desafios sociodemográficos do país. É, por isso,

necessário que haja uma reorganização dos recursos humanos em Saúde. E, neste sentido, à semelhança de outros países que já deram este passo, Portugal precisa de reconhecer o papel crucial dos enfermeiros na gestão da doença crónica.

O estudo *Nurse Practitioners' Practice Patterns in Primary Care in Finland* descreve, de forma elucidativa, o impacto deste modelo: os enfermeiros especialistas (*nurse practitioners*) realizam consultas de seguimento a doentes com patologias agudas ou crónicas, desenvolvem avaliação de saúde, aconselhamento e acompanhamento personalizado, em estreita colaboração com os médicos. O resultado é um sistema mais responsivo e centrado na pessoa, garantindo-se, simultaneamente, uma continuidade de cuidados.

Os enfermeiros já dispõem de formação avançada em gestão da doença crónica e têm uma relação de proximidade com os cidadãos, que é essencial para garantir uma boa adesão terapêutica e para promover o autocuidado.

Em Portugal, os enfermeiros já detêm as competências técnicas e científicas necessárias para assumir estas funções. Dispõem de formação avançada em gestão da doença crónica e têm uma relação de proximidade com os cidadãos, que é essencial para garantir uma boa adesão terapêutica e para promover o autocuidado. É preciso que as políticas de Saúde e a organização dos serviços acompanhem esta evidência, que já é bastante clara em muitos países.

A transformação do SNS passa por reconhecer a enfermagem como um pilar na prestação de cuidados de saúde. É necessário criar um enquadramento legal e organizacional que permita aos enfermeiros exercer as suas funções de acompanhamento a doentes crónicos, com autonomia clínica, ainda que numa lógica de articulação interdisciplinar.

Esta mudança trará benefícios inequívocos, designadamente, maior capacidade de resposta, menor pressão sobre os Cuidados Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários e uma melhoria significativa na qualidade de vida das pessoas com doença crónica. Não obstante, todas as mudanças que venham a ser introduzidas no âmbito da prestação de cuidados por parte dos enfermeiros têm de ser acompanhadas de reconhecimento e valorização profissional. Não podemos aumentar as exigências de trabalho e as responsabilidades sem que haja um retorno remuneratório adequado. Os enfermeiros são, hoje em dia, profissionais de Saúde altamente qualificados e preparados para dar resposta às diferentes exigências no âmbito dos cuidados de saúde.

Ver o financiamento da saúde como “apenas custo” é um erro estratégico.

medicamentos? Em prestadores de serviços? Através de que medidas concretas? Importa que esse detalhe seja conhecido e discutido com a maior brevidade.

Em todo o caso, importa que não esqueçamos o impacto económico do SNS: pessoas doentes sem resposta não trabalham, produzem menos, geram mais baixas e implicam maiores custos sociais. Investir no SNS é investir no País. Ver o financiamento da saúde como “apenas custo” é um erro estratégico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Saúde Planetária: um domínio de atenção em Enfermagem



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

Vivemos tempos em que a saúde humana já não pode ser dissociada da saúde do planeta. As alterações climáticas, a degradação ambiental e os desequilíbrios ecológicos estão a gerar impactos directos e indirectos na saúde das populações. Este fenómeno, conhecido como Saúde Planetária, tem vindo a ganhar destaque em conferências internacionais, como a 75.ª sessão do Comité Regional da OMS para a Europa, que decorreu de 28 a 30 de outubro de 2025, em Copenhaga, na Dinamarca, onde se alertou para o risco de colapso dos sistemas de saúde perante crises ambientais simultâneas.

A Ciência de Enfermagem, enquanto disciplina centrada, como defendo, no estudo, diagnóstico, prescrição e intervenções nas firmezas e infirmezias das Pessoas Humanas, tem um papel crucial na resposta à Saúde Planetária. Os/as enfermeiros/as são frequentemente os/as profissionais na linha da frente para a promoção da saúde (incluindo a ambiental), a prevenção da doença (e aqui são quem está em maior proximidade para identificar os sinais de sofrimento físico, psicológico e social causados por fenómenos ambientais extremos – desde ondas de calor e poluição atmosférica até deslocamentos

populacionais forçados por catástrofes naturais) e na atuação perante doenças já instaladas, reabilitação ou cuidados de manutenção e conforto, quando assim é necessário.

Os cuidados de Enfermagem exigem hoje uma leitura ampliada dos contextos de saúde. Diagnósticos como “Processo comunitário comprometido para a promoção da saúde ambiental” ou “Processos corporais ou mentais alterados devido a condições climáticas adversas” tornam-se cada vez mais relevantes. Diria que estes diagnósticos extravasam o domínio técnico – são também éticos e políticos.

Refletem a necessidade de cuidar não só do corpo e da mente (infirmezias não intencionais), dos processos de tomada de decisão das pessoas (infirmezias intencionais), mas também do ambiente, da cultura e da dignidade das pessoas (infirmezias de interação com o ambiente), alicerces do arquétipo epistemológico da Enfermagem.

Em Portugal, os efeitos das alterações climáticas já se fazem sentir. O verão de 2025 foi marcado por temperaturas recorde e níveis preocupantes de ozono troposférico em zonas urbanas. Estes fatores agravam doenças respiratórias e cardiovasculares e aumentam o risco de mortalidade entre os grupos mais vulneráveis. Os/as enfermeiros/as, especialmente em Cuidados de Saúde Primários, têm neste domínio um potencial de vigilância, educação e intervenção precoce.

A resposta da enfermagem à crise ambiental pode ser estruturada em três eixos:

1. Educação para a literacia ambiental em saúde, promovendo junto das comunidades o conhecimento sobre os impactos da poluição, das alterações climáticas e das práticas sustentáveis. A enfermagem pode ser ponte entre ciência e cidadania, traduzindo dados complexos em ações concretas, como o empoderamento comunitário.

2. Adaptação dos cuidados às novas realidades, reorganizando práticas clínicas e comunitárias para responder a fenómenos como o aumento de doenças transmitidas por vetores, o stress térmico ou a insegurança alimentar. Isto inclui protocolos de triagem, planos de contingência e formação contínua.

3. Advocacia e influência política, onde, neste contexto, os/as enfermeiros/as devem participar ativamente na construção de políticas públicas que promovam ambientes saudáveis. Isto inclui desde o planeamento urbano até à gestão sustentável dos serviços de saúde, defendendo práticas ecológicas e inclusivas (principalmente a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública).

Tenho o privilégio de ser orientador de uma estudante de Doutoramento em Enfermagem a desenvolver a sua investigação sobre o contributo da Enfermagem para a mitigação e adaptação das comunidades às alterações climáticas e ainda outra estudante a estudar o contributo da Enfermagem para a Ecossaúde. A Saúde Planetária não é, contudo, uma apenas uma importante tendência académica – é uma urgência civilizacional.

A Enfermagem, com a sua tradição de cuidado sistémico, está particularmente bem posicionada para liderar esta transformação. Diagnosticar um mundo em crise é o primeiro passo para o melhorar. E um Diagnóstico de Enfermagem robusto permite ter prescrições de Enfermagem robustas e transformadoras, com efeitos protetores do planeta.

Neste mês de novembro, em que se assinala o Dia Mundial da Ciência pela Paz e pelo Desenvolvimento (10 de novembro), convido todos os/as enfermeiros/as a refletir sobre o seu papel na construção de um futuro mais sustentável – para as pessoas e para o planeta.

Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

XI Jornadas de MGF da USF São Martinho de Alcabideche



Online
5 de novembro
Organização: USF Martinho de Alcabideche

II Restart MGF



Instituto Politécnico da Maia
6 a 8 de novembro
Organização: Restart MGF

II Ciclo de Conferências da Neve



Online e presencial (UBI, Covilhã)
13 e 14 de novembro
Organização: Internos da ULS Cova da Beira e Direção de Internato

II Jornadas MGF em Linha



Online
24 de novembro
Organização: Internos da ULS Lisboa Ocidental

Allergy & Respiratory Summit 2026



Centro de Congressos Hotel Sheraton Porto
5 a 7 de fevereiro
Organização: Mário Morais de Almeida e Rui Costa

VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF



Sheraton Porto
19 a 21 de março
Organização: Formédica – Sociedade de Formação e Educação Médica

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT



Envelhecimento e cuidados paliativos: viver com dignidade até ao fim



Adriana Neves Coelho

Enf.ª especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Prof.ª adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Univ. Coimbra (ESEUC) - Unidade Científico-Pedagógica Enfermagem do Idoso. Investigadora na UICISA-E.

O aumento da esperança média de vida é um dos grandes triunfos da modernidade. Nunca tantas pessoas viveram tantos anos e, simultaneamente, nunca a sociedade se confrontou de forma tão direta com os desafios do envelhecimento. Portugal é, atualmente, um dos países mais envelhecidos da Europa, com cerca de 24% da população acima dos 65 anos, estimando-se que esta percentagem continue a crescer nas próximas décadas.

Este envelhecimento demográfico está associado a uma maior prevalência de doenças crónicas avançadas, progressivas e incuráveis, como as demências, a insuficiência cardíaca, a doença pulmonar obstrutiva crónica ou as doenças oncológicas. Estas condições acarretam

frequentemente fragilidade e dependência, originando sofrimento não apenas físico, mas também psicológico, social e espiritual, com impacto significativo nas famílias cuidadoras.

Neste cenário, torna-se evidente que o envelhecimento da população constitui uma das principais prioridades em saúde, já que a dimensão e a complexidade das necessidades das pessoas idosas exigem respostas estruturadas e diferenciadas.

Apesar disso, muitas pessoas idosas continuam a enfrentar sofrimento evitável nos últimos anos de vida, marcado por sintomas persistentes, por vezes, desvalorizados ou insuficientemente tratados, com impacto profundo na sua qualidade de vida. Neste contexto, os cuidados paliativos afirmam-se como uma abordagem essencial e indispensável.

Os cuidados paliativos não significam desistir, nem representam “não haver mais nada a fazer”. Pelo contrário, são cuidados ativos, rigorosos, totais e preventivos.

Ao contrário do que, por vezes, se pensa, os cuidados paliativos não significam desistir, nem representam “não haver mais nada a fazer”. Pelo contrário, são cuidados ativos, rigorosos, totais e preventivos.

Também não são cuidados limitados a quem se encontra nos últimos dias ou horas de vida. Pelo contrário, quanto mais precocemente forem integrados no percurso da doença maior é o seu potencial para promover qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos constituem uma abordagem que melhora a qualidade de vida da pessoa e da sua família quando enfrentam doenças incuráveis ou potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento, com identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Trata-se de cuidados que afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, que não pretendem apressá-la, como na eutanásia, nem adiá-la artificialmente, como na distanásia. O seu foco é aliviar o sofrimento, promover conforto e qualidade de vida, e apoiar a família em todas as fases.

Preconiza-se um modelo cooperativo, onde coexistam intervenções curativas e paliativas, implementadas de forma ajustada ao percurso de doença e à complexidade das necessidades de cada pessoa.

Numa população cada vez mais envelhecida, importa sublinhar que os cuidados paliativos não são apenas um contributo desejável, mas um recurso indispensável.

A sua integração plena permite maior eficiência e eficácia na resposta em saúde, otimizando recursos, reduzindo internamentos e intervenções desproporcionadas, bem como evitando deslocações desnecessárias aos serviços de Urgência; mas, sobretudo, assegura cuidados

Numa população cada vez mais envelhecida, importa sublinhar que os cuidados paliativos não são apenas um contributo desejável, mas um recurso indispensável.

centrados na pessoa idosa, cuidados que dignificam a sua vida, que respeitem a sua vontade e preferências.

É importante esclarecer que nem todas as pessoas idosas vão precisar de cuidados paliativos especializados. No entanto, quando o nível de complexidade das necessidades apresentadas é mais elevado, torna-se imprescindível recorrer a cuidados especializados. Para que esta diferenciação seja realizada de forma adequada, é essencial investir na formação dos profissionais, permitindo-lhes efetuar avaliações rigorosas. Ainda assim, a rigorosa avaliação e referência não são, por si só, suficientes.

É igualmente necessário reforçar a formação de base dos profissionais de saúde, garantindo que a abordagem paliativa esteja presente em todo o Serviço Nacional de Saúde. Paralelamente, deve ser promovida a constituição e articulação de equipas especializadas em contexto de internamento, intra-hospitalar e comunitário, capazes de cuidar das pessoas idosas com necessidades mais complexas.

Afigura-se também fundamental reconhecer que a população idosa constitui um grupo muito heterogêneo, abrangendo pessoas dos 65 aos 105 anos, com necessidades e recursos muito distintos. Por esta razão, os cuidados não podem ser uniformes nem padronizados.

A prestação de cuidados paliativos a pessoas idosas requer uma atenção particular, designadamente, a especificidades como uma avaliação minuciosa, capaz de ultrapassar limitações cognitivas ou sensoriais que dificultam a expressão dos sintomas, recorrendo a escalas adaptadas e a uma observação atenta; um planeamento partilhado com a família, com respeito pelas preferências da pessoa, nomeadamente através de diretivas antecipadas de vontade; e uma intervenção individualizada, que considere fatores como a fragilidade, a polimedicação e o risco acrescido de reações adversas.

Para que tal seja viável, é indispensável que os profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas idosas possuam formação em cuidados paliativos à pessoa idosa, de forma a garantir uma abordagem integral, diferenciada e verdadeiramente centrada na pessoa.

Falar de envelhecimento sem falar de cuidados paliativos é perder a oportunidade de discutir de forma séria como queremos viver até ao fim. Se todos caminharmos para a finitude, importa que esse caminho seja acompanhado de cuidados que aliviem o sofrimento, respeitem a autonomia e preservem a qualidade de vida. Na velhice, em que estamos naturalmente mais próximos desse fim, os cuidados paliativos não são apenas uma opção, mas uma resposta ética, humanizadora e indispensável para que cada pessoa possa viver e morrer com dignidade.

ULS da Região de Leiria ativa Via Verde Trauma

A ULS da Região de Leiria (ULSRL) participou, através da sua Comissão Local de Trauma, numa reunião técnica dedicada à abordagem e referência de doentes vítimas de trauma, onde apresentou um caso clínico real que ilustrou o sucesso da articulação entre instituições hospitalares.

O caso em destaque envolveu um utente que deu entrada na sala de emergência da ULSRL, sendo posteriormente referenciado e intervenção na ULS de Coimbra, com continuidade do processo de reabilitação em Leiria, até à sua alta com total recuperação funcional para as atividades da vida diária.

Este caso serviu de base para a reflexão sobre a importância da organização em rede dos cuidados hospitalares de trauma, demonstrando o impacto positivo da coordenação entre as Comissões Locais de Trauma das diferentes unidades de Saúde.

A ULSRL assinalou também o arranque oficial da sua Via Verde Trauma, que entrou em funcionamento a 1 de outubro. Este novo modelo garante a disponibilidade permanente (24h/dia) de uma equipa

multidisciplinar capacitada para responder de forma rápida, eficiente e estruturada à chegada de vítimas de trauma grave.

Segundo a Comissão Local de Trauma da ULSRL, a implementação

da Via Verde representa um passo importante para reforçar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados, alinhando-se com as melhores práticas nacionais e internacionais.



Enfermeiros do HBA asseguram consulta de acompanhamento para grávidas de baixo risco

O Hospital Beatriz Ângelo (HBA) criou uma nova consulta de acompanhamento para as grávidas de baixo risco, realizada na totalidade por enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

Segundo a ULS de Loures-Odivelas, esta reorganização dos cuidados tem como objetivo garantir um acompanhamento próximo e seguro às grávidas, ao mesmo tempo que permite que os médicos obstetras se dediquem a situações de maior complexidade, reduzindo tempos de espera num período em que a procura pelos serviços de Obstetrícia tem vindo a aumentar.

O projeto da nova consulta foi desenvolvido pela equipa do Serviço de Obstetrícia e constitui, para a enfermeira-diretora, Sandra Cota-Pereira, “um marco importante para a enfermagem em Obstetrícia, que cumpre assim o âmbito da sua competência e assegura o melhor acesso às grávidas. Os enfermeiros acompanham a gravidez de baixo risco até ao agendamento do par-

to, à semelhança do que esta ULS já proporciona também no Espaço Saúde da Mulher e da Criança, nos Cuidados de Saúde Primários”.

No HBA, os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica desempenham um papel central em várias áreas, assegurando de forma autónoma consultas de rastreio do cancro do colo do útero e de rastreio do primeiro trimestre de gravidez. Reconhecidos pela sua elevada qualificação científica e técnica, resultante de uma formação especializada com exigência europeia, estes profissionais têm vindo a afirmar-se como referência na assistência à mulher, ao recém-nascido e à família.

A ULS de Loures-Odivelas considera que esta realidade tem vindo a comprovar que a interdisciplinaridade e a autonomia dos EESMO constituem um fator diferenciador nos cuidados da área da Saúde Materna e Obstétrica, traduzindo-se numa mais-valia reconhecida pelos pares e, sobretudo, pelas utentes.

BOLSAS DE DOUTORAMENTO

2025
NUNO GRANDE

Destinam-se a apoiar trabalhos de investigação em Ciências Fundamentais da Saúde, realizados por médicos que colaborem no ensino e que estejam, ou pretendam vir a estar, envolvidos em programas doutorais em universidades portuguesas.

3 Bolsas: €25.000 cada

Prazo de candidaturas: 2025.10.16 a 2026.01.16

Regulamento e formulário de candidatura disponíveis em:



www.bialfoundation.com • www.icbas.up.pt





MANUEL VIANA, COPRESIDENTE DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF:

“A tosse crónica requer uma abordagem diagnóstica e terapêutica cuidadosa”

AS SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE PODEM ESTAR NA SUA ORIGEM SÃO TÃO VARIADAS QUE UM CASO DE TOSSE CRÓNICA “PODE TORNAR-SE UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO PARA O MÉDICO DE FAMÍLIA”, RECONHECE MANUEL VIANA, COPRESIDENTE DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF.

Assim definida quando persiste por mais de oito semanas, a tosse crónica é uma condição comum que pode afetar significativamente a qualidade de vida de quem dela padece. A prática clínica de Manuel Viana, que exerce na USF São João do Porto, fê-lo perceber, há muito tempo, que a mesma “pode constituir um desafio para o especialista em Medicina Geral e Familiar”. E tem uma certeza: “Compreender as causas subjacentes, os métodos diagnósticos e as opções de tratamento é essencial para a gestão eficaz da tosse crónica.”

Podendo ser originada por uma grande variedade de situações clínicas, vale a pena começar por apresentar, com a ajuda de Manuel Viana, as mais comuns:

1. Gotejamento pós-nasal ou rinite posterior (síndrome da tosse das vias aéreas superiores) – Esta é a causa mais frequente de tosse crónica. O gotejamento pós-nasal ocorre quando o muco das cavidades nasais e dos seios paranasais escorre pela

parte de trás da garganta, estimulando os reflexos da tosse.

2. Asma – Pode-se manifestar predominantemente como tosse, especialmente em casos de asma variante da tosse. Pode ser desencadeada por fatores como o exercício, o ar frio ou a exposição a alérgenos.

3. Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) – O refluxo de ácido gástrico para o esófago pode irritar a garganta e as vias aéreas, resultando em tosse crónica, sendo a DRGE uma causa frequentemente subdiagnosticada.

4. Bronquite crónica / doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) – Associadas maioritariamente ao tabagismo, são caracterizadas pela presença de tosse produtiva persistente. A inflamação das vias aéreas e a produção excessiva de muco são características destas patologias. Mais raramente pode ser causada por doença do interstício pulmonar ou por malignidade.

5. Medicamentos – Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) são conhecidos por causar



“O MF tem um papel essencial na identificação das causas subjacentes da tosse crónica e na implementação de um plano de tratamento eficaz”, considera Manuel Viana

tosse crónica em alguns pacientes. A substituição por outra classe de anti-hipertensivos pode resolver o problema. A tosse induzida por iDDP-4 é um efeito adverso relativamente raro, mas não deve ser esquecido.

Tratamento direcionado à causa subjacente

“A abordagem diagnóstica e a avaliação de uma pessoa com tosse crónica devem ser sistemáticas, sequenciais e abrangentes, sendo fun-

damentais a história clínica detalhada e o exame físico. Perguntas sobre a duração da tosse, características (seca ou produtiva), fatores desencadeantes e sintomas associados, como dispnéia, pirose ou rinorreia, fornecem, por vezes, pistas importantes”, esclarece Manuel Viana, acrescentando:

“A realização de exames complementares pode incluir a radiografia ao tórax, a qual é útil para excluir causas pulmonares graves, como neoplasias ou infeções. As provas de função pulmonar estão indicadas se houver suspeita de asma ou de DPOC. A endoscopia digestiva alta pode ser necessária quando se suspeita de DRGE não respondedora ao tratamento empírico. Os testes de alergia tornam-se úteis quando houver suspeita de asma ou de rinite alérgica.”

E ponto assente que o tratamento da tosse crónica deve ser direcionado à causa subjacente. Perante gotejamento pós-nasal ou rinorreia posterior, pode ser eficaz o uso de anti-histamínicos e descongestionantes. Em caso de rinosinusite crónica, será eventualmente útil a utilização de um corticosteroide nasal. Na asma, o tratamento assenta em broncodilatadores e corticosteroides inalados, “sendo fundamental a educação do doente sobre o uso correto dos inaladores”, sublinha Manuel Viana.

“Os inibidores da bomba de prótons são frequentemente usados para combater o refluxo gastroesofágico, embora também sejam recomendadas medidas dietéticas e compor-

tamentais, como evitar refeições volumosas antes do deitar”, refere, prosseguindo:

“Em caso de bronquite crónica ou de DPOC, o deixar de fumar é a intervenção mais importante nos fumadores, sendo a broncodilatação de longa duração de ação inalada essencial, podendo ser necessária a associação a corticosteroides inalados em situações mais graves, nomeadamente em doentes agudizadores com eosinofilia periférica. Também a substituição de um IECA por outro anti-hipertensivo, como um bloqueador do recetor da angiotensina, pode resolver a tosse.”

Manuel Viana lembra que a tosse crónica “é uma condição multifatorial que requer uma abordagem diagnóstica e terapêutica cuidadosa, desempenhando o médico de família um papel essencial na identificação das causas subjacentes e na implementação de um plano de tratamento eficaz”. Perante casos complexos, “pode ser necessária a colaboração com outros especialistas, como pneumologistas, imunoalergologistas, otorrinos e gastroenterologistas”.

Finalmente, na tosse crónica refratária ou inexplicada, “poderá estar indicada a terapêutica neuromoduladora de ação central ou periférica, como é o caso dos neuromoduladores centrais e dos novos antagonistas dos recetores P2X3. Sendo certo que

“a educação do doente sobre a natureza da sua patologia e o seguimento regular são componentes essenciais para o sucesso do tratamento”.

15th SYMPOSIUM OF BIAL FOUNDATION

BEHIND AND BEYOND THE BRAIN

Aquém e Além do Cérebro

End-of-life experiences

Casa do Médico - Porto

April 8 to 11, 2026

Organizing Committee:

President

AXEL CLEEREMANS (Brussels)

ETZEL CARDEÑA (Lund)

MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)

RUI COSTA (Seattle, WA)

RAINER GOEBEL (Maastricht)

VEENA KUMARI (London)

CHRIS ROE (Northampton)

STEFAN SCHMIDT (Freiburg)

HELANÉ WAHBEH (Novato, CA)

Participants:

ETZEL CARDEÑA (Lund)

MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)

FANNY CHARASSE (Brussels)

AXEL CLEEREMANS (Brussels)

RUI COSTA (Seattle, WA)

RAINER GOEBEL (Maastricht)

BÁRBARA GOMES (Coimbra)

JANICE HOLDEN (Denton, TX)

ALLAN KELLEHEAR (Newcastle upon Tyne)

CHRISTOF KOCH (Seattle, WA)

VEENA KUMARI (London)

CHARLOTTE MARTIAL (Liège)

MIRA MENZFELD (Zurich)

MICHAEL NAHM (Freiburg)

SAM PARNIA (New York)

MARIETA PEHLIVANOVA (Charlottesville, VA)

YESCHE REGEL (Bonn)

MICHAEL RERA (Paris)

CHRIS ROE (Northampton)

STEFAN SCHMIDT (Freiburg)

MÁRIO SIMÕES (Lisbon)

JIM TUCKER (Charlottesville, VA)

JULIA VERNE (London)

HELANÉ WAHBEH (Novato, CA)

MARJORIE WOOLLACOTT (Eugene, OR)

Bial
FOUNDATION

www.bialfoundation.com
info@bialfoundation.com



20^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

ALGARVE
2026
19-22
FEVEREIRO
Grande Real Santa Eulália



HELOÍSA RIBEIRO, PRESIDENTE ELEITA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO (SPH):

“É mandatório avaliar a fragilidade e a funcionalidade do idoso com HTA”

A INTERNISTA HELOÍSA RIBEIRO TEM UM GENUÍNO INTERESSE PELA TEMÁTICA DA HIPERTENSÃO NO IDOSO E ISSO ACABA POR FAZER COM QUE TENHA CONSCIÊNCIA PLENA DA DIFICULDADE QUE REPRESENTA TRATAR OS DOENTES COM MAIS IDADE.

“Portugal é um país que está a envelhecer!”, sublinha Heloísa Ribeiro. A especialista de Medicina Interna faz questão de acrescentar que o Instituto Nacional de Estatística projeta que a população portuguesa continue a diminuir até ao final do século XXI, havendo uma redução da quantidade de jovens e um significativo aumento do número de idosos, estimando-se que esta passe de 2,6 para 3,1 milhões de pessoas.

“Calcula-se igualmente que o índice de dependência de idosos — ou seja, o quociente entre o número de pessoas com 65 e mais anos e o total das que têm entre 15 e 64 anos — pasará, entre 2024 e 2100, de 39 para 73 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa”, adianta a médica.

Heloísa Ribeiro: “A HTA atinge 80% dos indivíduos acima dos 80 anos.”

Em entrevista à *Just News* na sua qualidade de presidente eleita da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), a médica deixa o alerta: “Esta evolução das características demográficas no nosso país terá um impacto importante na hipertensão arte-

rial, cuja prevalência aumenta com a idade, atingindo 80% dos indivíduos acima dos 80 anos, de acordo com o estudo PHYSA.”

“Esta patologia, principalmente numa faixa etária tão heterogênea, constitui um grande desafio clínico, tornando-se mandatório avaliar a fragilidade/funcionalidade destes doentes, garantindo que se trata ativamente quem obtém um genuíno benefício. De qualquer forma, relativamente aos restantes doentes, é sempre importante encontrar um equilíbrio entre os riscos e as vantagens do tratamento”, afirma Heloísa Ribeiro.

O objetivo é “evitar a ocorrência de eventos cardiovasculares” e, simultaneamente, “promover a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa, sendo fundamental a minimização da iatrogenia”. Efetivamente, “este paradigma apenas é possível assegurando-se uma abordagem holística, que promova o bem-estar físico, mental e social”.

Mas a resposta não assenta exclusivamente numa boa gestão farmacológica nesta população, sendo “fundamental adaptar as mudanças de estilo de vida que geralmente são recomendadas aos indivíduos mais jovens”. A presidente eleita da SPH destaca o exercício físico como “um pilar neste tipo de intervenção”, acrescentando ser preferencial que o mesmo seja praticado em grupo. É importante também proporcionar um *follow-up* adequado, com a avaliação sistemática da tolerabilidade,



Heloísa Ribeiro: “É necessário ser pró-ativo no diagnóstico da HTA e de outros fatores de risco cardiovascular”

do perfil tensional e da eventual presença de hipotensão ortostática.

Muitos dos idosos que acompanhamos apresentam marcada fragilidade e carga de doença”

“Contrastando com a maioria dos doentes idosos incluídos nos ensaios clínicos, habitualmente mais próximos do limiar inferior da idade geriátrica e com melhor funcionalidade, muitos dos que acompanhamos no dia a dia apresentam idade bastante avançada, marcada variabilidade tensional, fragilidade e carga de doença. Para além disso, é frequente estarem medicados com múltiplos fármacos, o que acarreta enormes desafios”, observa Heloísa Ribeiro.

De referir que as últimas *guidelines*, tanto da Sociedade Europeia de Hipertensão como da Sociedade

Europeia de Cardiologia, já contemplam uma secção específica dirigida a esta faixa etária. Há desde logo a destacar a recomendação quanto ao limiar para o início da terapêutica e o alvo a atingir, que se deverá basear na avaliação da funcionalidade.

Quanto ao início da terapêutica na faixa etária acima dos 80 anos e em doentes frágeis, “embora possa vir a ser necessário recorrer a vários grupos farmacológicos para atingir o controlo tensional, devemos considerar o início da terapêutica em monoterapia e titular de acordo com o perfil e a tolerância”. E ainda: “O início da terapêutica dupla pode ser considerado em doentes fit, especialmente se a pressão arterial for muito elevada e/ou houver um muito alto risco cardiovascular.”

Segundo as mesmas recomendações, no seguimento destes doentes,

“há que avaliar a necessidade de desprescrição”, frisa a médica, fazendo referência à recente publicação dos resultados do estudo RETREAT-FRAIL, que incluiu idosos frágeis residentes em lares e com mais de 80 anos:

“Embora não tenha sido demonstrada uma diminuição da mortalidade por todas as causas no grupo com redução da terapêutica se PAS < 130 mmHg, também não se verificou uma diferença significativa a nível dos eventos cardiovasculares, reforçando a importância de uma abordagem individualizada.”

Heloísa Ribeiro não tem dúvidas de que “é necessário investir na prevenção, ser pró-ativo no diagnóstico da HTA e de outros fatores de risco cardiovascular, controlar a doença e evitar a progressão no *continuum* vascular, ao mesmo tempo que se promove um envelhecimento ativo e saudável”.

Coordenadora da Consulta de HTA da ULSEDV

Heloísa Ribeiro, 39 anos, natural de Ribeira de Fráguas, Albergaria-a-Velha, conta que o desejo de ser médica terá surgido ainda na Escola Primária. “A ideia de poder ajudar os outros e conhecer profundamente o nosso corpo sempre me atraiu”, justifica.

Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da UBI, que escolheu “pelo seu método de ensino inovador, centrado no aluno e não no professor”, faria mais tarde todo o seu internato no então CH de Entre o Douro e Vouga. O interesse pela área cardiovascular surgiu

ainda durante o curso, tanto que a sua tese de mestrado acabaria por ser centrada em doentes com enfarte agudo do miocárdio.

“No estágio em Medicina Interna, durante o meu Ano Comum, pude acompanhar a Dr.^a Luísa Moreira, que fazia consulta de HTA e integrava os Corpos Sociais da SPH. Vendo o meu interesse pela área, motivou-me a participar na Hypertension Summer School”, recorda Heloísa Ribeiro.

Haveria de obter a melhor classificação, sendo premiada com um estágio no Hôpital Européen Georges-Pompi-

dou, em Paris, considerando, aliás, ter constituído o mesmo “um momento marcante” na sua vida profissional. Desde 2021 que coordena a Consulta de Hipertensão Arterial Sistémica, integrada no Serviço de Medicina Interna da ULS de Entre Douro e Vouga.

Tendo assumido o cargo de secretária adjunta do centro da Sociedade Portuguesa de Hipertensão em 2021 e de secretária-geral em 2023, é neste momento presidente eleita, devendo tomar posse como presidente em 2027, para cumprir um mandato de dois anos.

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

Unidade de Neuropsiquiatria da F. Champalimaud tem equipa diferenciada e multidisciplinar, cujos elementos aliam a atividade clínica à investigação

O PEQUENO EMBRIÃO DO QUE É HOJE A UNIDADE DE NEUROPSIQUIATRIA DA FUNDAÇÃO CHAMPALIMAUD SURTIU EM 2013 E ESSE FACTO NÃO PODE SER IGNORADO QUANDO SE PRETENDE APRESENTAR AQUELE QUE, PROFISSIONALMENTE, É O PROJETO DE VIDA DE ALBINO OLIVEIRA MAIA. SEU MAS TAMBÉM, AFINAL, DE CADA UM DOS ELEMENTOS DA EQUIPA DE MÉDICOS, PSICÓLOGOS E ENFERMEIROS QUE COORDENA, BOA PARTE DOS QUAIS PARTICIPA NESTA REPORTAGEM. NO ENTANTO, COMO ADIANTE SE VERÁ, SETEMBRO DE 2019 É UM MARCO FUNDAMENTAL NA HISTÓRIA DA UNIDADE, EM QUE O NEURO DE PSIQUIATRA TAMBÉM É DE NEUROCIÊNCIA, DE NEUROLOGIA E DE NEUROPSICOLOGIA...

“O embrião mais pequenino de onde surgiu esta Unidade, pelo menos do ponto de vista da nossa atividade científica, remete-nos muito provavelmente para o ano de 2013”, começa por explicar Albino Oliveira Maia. De certa forma, fica assim justificado o facto de se ter aproveitado um evento realizado em 2023 para comemorar os primeiros 10 anos do projeto.

O seu coordenador coloca as coisas de forma muito clara: “Se pensarmos na criação de um serviço estruturado, com múltiplos profissionais, dedicados em simultâneo à investigação e à clínica, eu diria que 2019 é verdadeiramente o ano da mudança. Um marco importante na nossa atividade que resulta do desafio que nos foi lançado para ficarmos cá em dedicação plena, com o objetivo de fazer crescer a Unidade.”

Albino Oliveira Maia refere-se a si e a outro psiquiatra, Bernardo Barahona Corrêa, que começaram a orientar na Fundação Champalimaud projetos de investigação desenvolvidos por bolseiros de doutoramento e pós-doutoramento. Projetos esses que, contudo, estavam ligados a uma estrutura clínica “que funcionava apenas em alguns dias da semana, nas tardes em que nós estávamos alocados em consulta”.

O coordenador da Unidade de Neuropsiquiatria adianta: “A permanência cá a tempo inteiro deu-nos oportunidade de fazer crescer não só a nossa atividade de investigação mas também a clínica e a própria formação clínica. Ora, isso implicou, obviamente, a vinda de psicólogos, de enfermeiros e, mais recentemente, de um neurologista, o que nos permitiu construir uma equipa diferenciada, multidisciplinar e que trabalha em conjunto.”

O que se verifica relativamente à estimulação magnética transcraniana é, no seu entender, um bom exemplo do que acabou de afirmar: “A possibilidade de não só disponibilizarmos tratamentos com a utilização dessa técnica mas de também organizarmos formação de qualidade nesta área para médicos de diferentes ser-

viços de Psiquiatria do país é algo que tem vindo a evoluir praticamente desde 2019.”

Por outro lado, “temos recebido igualmente internos que nos procuram com o objetivo de obterem informação complementar em investigação básica e clínica. É algo que fazemos com muito gosto porque isso não só nos tem permitido enriquecer o seu conhecimento como também nós próprios beneficiamos dessa interação com os vários serviços que querem colaborar connosco”.

“Como estrutura com propósitos clínicos próprios, recebemos muitos doentes que não têm qualquer problema do foro da Oncologia e que chegam da comunidade”, frisa o coordenador da Unidade.

Albino Oliveira Maia explica que a missão da Unidade de Neuropsiquiatria não se limita a prestar serviço às diferentes unidades oncológicas do Centro Clínico Champalimaud: “Como estrutura com propósitos clínicos próprios, recebemos muitos doentes que não têm qualquer problema do foro da Oncologia e que chegam da comunidade, essencialmente com doença neurológica e/ou psiquiátrica e a quem oferecemos um atendimento especializado.”

E exemplifica com a resposta que é dada, em termos de intervenção psicoterapêutica, no que à perturbação obsessivo-compulsiva

diz respeito, em que a mesma está integrada numa estrutura que dispõe de psiquiatras e de neuromodulação, permitindo atender casos mais graves.

“No domínio da Neurologia, lidamos com as doenças do movimento empregando as estratégias de avaliação e de tratamento mais avançadas, com exceção da estimulação cerebral profunda, que não realizamos, embora façamos investigação nessa área, bem como no âmbito farmacológico, estudando moléculas novas, como é o caso das substâncias psicadélicas”, refere.

Consulta de Neuromodulação

Para além de se dar resposta aos doentes que chegam à Unidade pela via da Psiquiatria de Ligação ou porque contactam diretamente a instituição, Albino Oliveira Maia diz que se tem procurado estimular a referência por médicos externos à Fundação Champalimaud, “o que faz aumentar a qualidade dos cuidados que prestamos e valoriza a nossa ação”.

O responsável refere-se principalmente à procura que tem tido a denominada Consulta de Neuromodulação, por parte de psiquiatras, mas não só, “que nos contactam e pedem a nossa colaboração na organização desse modelo de tratamento, caso consideremos ser o ideal para o doente em causa”. E prossegue:

“O que neste momento nós estamos a oferecer é a estimulação magnética transcraniana, que consiste num equipamento que dispõe de uma bobina que, através da passagem de corrente elétrica com determinadas propriedades, vai induzir um campo magnético que altera as propriedades de funcionamento da zona do cérebro que pretendemos atingir. As principais áreas a que nos temos dedicado têm sido a da depressão resistente ao tratamento e a da perturbação obsessivo-compulsiva, porque acabam por ser aquelas sobre as quais temos mais e melhor conhecimento.”



Referindo que o primeiro aparelho terá chegado à Fundação Champalimaud em 2018, originalmente para ser usado em projetos de investigação envolvendo estudos de neurofisiologia, “tornou-se rapidamente uma arma muito útil para doentes que tenham dificuldade em obter uma resposta para o seu problema de outra forma”.

Uma equipa onde todos estão “a tempo inteiro”

É manifesto o orgulho de Albino Oliveira Maia no grupo de profissionais que integram a Unidade de Neuropsiquiatria, estrutura que “tem tido um desenvolvimento gradual, mas dando passos pequenos, procurando crescer de forma orgânica e promovendo uma relação muito sólida entre nós”.

Recorda os tempos iniciais, partilhados com os seus colegas Bernardo Barahona Corrêa e Joaquim Alves da Silva, que acabou por se dedicar mais à atividade de investigação, sendo substituído pelo psiquiatra José Oliveira.

Albino Oliveira Maia: “Procuramos crescer de forma orgânica e promovendo uma relação muito sólida entre nós.”

Lembra a chegada da enfermeira Patrícia Fernandes Pereira, a quem se juntou entretanto o seu colega João Estrela, também especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e refere os nomes dos psicólogos Jaime Grácio e Sílvia Almeida e da mais recente aquisição nesta área, Carolina Seybert. E há que acrescentar as entradas mais recentes de um outro psiquiatra, Gonçalo Cotovio, e do neurologista Marcelo Mendonça.

“Praticamente todos têm algum tipo de responsabilidade, não só sob



Foto Alexandre Azimheira (Fundação Champalimaud)

o ponto de vista clínico como também ao nível da investigação, e apenas três dos elementos não são ainda doutorados”, adianta Albino Oliveira Maia.

Mas só quando o coordenador da

Unidade de Neuropsiquiatria mostra a fotografia de grupo feita no início deste último verão – e reproduzida nestas páginas – se percebe a dimensão que acaba por atingir a estrutura que está sob a sua responsabilidade,

em que não podem ser deixados de fora, por exemplo, os estagiários de Psicologia, os vários estudantes de doutoramento e de mestrado, ou, por exemplo, a coordenadora de ensaios clínicos.

ALBINO OLIVEIRA MAIA

O internato de Psiquiatria depois do doutoramento

Albino Oliveira Maia, 47 anos, natural do Porto, iniciou o Programa Doutoral em Biologia Básica e Aplicada da Universidade do Porto logo que terminou o curso de Medicina, que resolveu interromper para realizar o Internato Geral. Em setembro de 2005, viaja então para os EUA, para prosseguir o doutoramento na Universidade Duke, na Carolina do Norte.

Após ter-se doutorado, ainda

permaneceu durante mais dois anos nos EUA, até 2010, a terminar alguns projetos científicos. Regressado a Portugal, fixou-se em Lisboa, para realizar o internato de Psiquiatria no então CH de Lisboa Ocidental. Enquanto especialista, ainda ali se manteve durante quase cinco anos, até setembro de 2019, quando abraçou o desafio de dedicar a tempo inteiro à Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud.



Bernardo Barahona Corrêa, psiquiatra: “Interessei-me pela área do Neurodesenvolvimento porque percebi que era negligenciada”

assim a sua formação como interno da especialidade no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Francisco Xavier, então localizado num velho sanatório reconvertido na Ajuda, em Lisboa, e mais tarde integrado no CH de Lisboa Ocidental.

Com vários familiares médicos, como o psiquiatra Henrique Barahona Fernandes, que conheceu em miúdo, ou o nefrologista Jacinto Simões, seu avô – que achou “horrível” a ideia de o neto querer seguir Psiquiatria –, ou ainda muitos amigos da família, como o psiquiatra Pedro Polónio, não admira nada que Bernardo Barahona Corrêa tenha decidido ir para Medicina.

Quanto à escolha da especialidade, diz que, durante o curso, foi hesitando entre Neurologia e Psiquiatria, porque “estava interessado em qualquer coisa ligada ao sistema nervoso, ao cérebro e ao comportamento”. Entretanto, “pareceu-me que a Psiquiatria talvez oferecesse um menor risco de a atividade se tornar rotineira, sobretudo porque apresentava um grande potencial de progresso e de crescimento”.

Na altura em que frequentou a Faculdade de Ciências Médicas (1992-1998), “estávamos, precisamente na década da mente, da grande revolução na área das Neurociências”, recorda Bernardo Barahona Corrêa. Em Janeiro de 2001, iniciou



Bernardo Barahona Corrêa

Especialista desde 2006, viria a assumir pouco depois a coordenação da Unidade de Internamento de Doentes Agudos de Psiquiatria, que tinha 48 camas, e a participar no

(Continua na pág. 14)

(Continuação da pág. 13)

processo de mudança da Unidade para o Hospital de Egas Moniz, onde nos anos seguintes criou a Consulta de Neuropsiquiatria e a Unidade de Electroconvulsivoterapia. Deixou o SNS em 2019, para se dedicar a tempo inteiro à Fundação Champalimaud, embora a sua ligação à Unidade de Neuropsiquiatria na FC remonte ao início da criação da mesma, em 2013, a fazer consulta uma tarde por semana.

Com o doutoramento, feito em 2012, em Neuropsiquiatria de Doenças do Movimento, especificamente sobre a associação entre a doença obsessivo-compulsiva e a distonia primária, Bernardo Barahona Corrêa dedica grande parte da sua atividade de investigação a esta patologia, assim como às perturbações do neurodesenvolvimento:

“A partir de uma certa fase da minha formação, comecei a interessar-me muito pelas perturbações do neurodesenvolvimento porque percebi que era uma área completamente negligenciada na formação dos psiquiatras de adultos. Refiro-me, por exemplo, ao autismo, à hiperatividade, ao défice de atenção... Parece-me que, hoje em dia, já está mais presente na formação dos internos e dos jovens psiquiatras.”

Bernardo Barahona Corrêa: “Temos uma reunião de triagem semanal para analisar os pedidos de consulta e estabelecer uma ordem de prioridades.”

Dividindo o seu tempo entre a investigação, a atividade clínica e o ensino na NOVA Medical School, esclarece que boa parte dos casos vem diretamente do exterior da Fundação, por iniciativa das próprias pessoas ou referenciadas por colegas psiquiatras. E adianta:

“Temos uma reunião de triagem todas as semanas para analisar esses pedidos e estabelecer uma ordem de prioridades. Mas atendemos todas as solicitações, a não ser as que têm que ver com situações que não se enquadram nas nossas áreas de especialização, como as perturbações de adição ou do comportamento alimentar, que encaminhamos para outro local. Obviamente, assistimos depois todos os doentes que nos chegam da Clínica de Oncologia.”

Carolina Seybert, psicóloga clínica: “Comecei a dedicar-me à investigação empírica na área dos processos psicoterapêuticos”

PsyPal é o nome do projeto mais recente em que Carolina Seybert se vê envolvida, um ensaio multicêntrico randomizado e controlado que envolve quatro centros de diferentes países, entre os quais a Fundação Champalimaud, através da Unidade de Neuropsiquiatria. O que a faz



sentir-se realizada, pois, consegue aliar a atividade clínica à investigação, seguindo o princípio que lhe foi inculcido pelo seu orientador de doutoramento, que lhe disse uma vez: “Nós não somos uma coisa sem a outra!”

Nascida no Porto, em novembro de 1981, foi em Lisboa, no Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), que se licenciou em Psicologia Clínica. Dominando perfeitamente a língua alemã, fez o seu estágio académico na Clínica de Psicossomática e Psicoterapia do Hospital Universitário de Ulm, concretizando longo a seguir o mestrado.

“Foi ao trabalhar na minha tese de mestrado que me comecei realmente a dedicar à investigação empírica na área dos processos psicoterapêuticos, acabando por ficar com o mesmo professor a fazer o doutoramento, que terminei em julho de 2011”, conta Carolina Seybert, que logo a seguir passou um período nos EUA, tendo feito a sua formação psicanalítica no Washington Center for Psychoanalysis.

Em 2013, mudou-se para Berlim, onde ficaria quase cinco anos na International Psychoanalytic University, “fazendo um trabalho semelhante ao realizado na altura do doutoramento, ou seja, estudando os processos psicoterapêuticos, comparando diferentes modelos, mas em ensaios clínicos randomizados”.



Carolina Seybert

Terminado esse pós-doc e já com duas filhas, decidiu regressar a Portugal, acontecendo que, passado algum tempo, se candidatou para fazer um estágio, agora na Fundação Champa-

limaud, na Unidade coordenada por Albino Oliveira Maia. Foi a oportunidade de aplicar a sua experiência na realização de ensaios clínicos ao estudo de substâncias psicadélicas, mas com uma particularidade, como explica:

“Eu não me foco tanto no estudo da parte biológica, ou seja, o que estas substâncias provocam no cérebro. Dedico-me mais à parte comportamental e ao contexto em que elas são testadas, em que os doentes têm sempre, simultaneamente, alguma forma de intervenção psicológica associada. Ora, havendo ainda pouca evidência científica que o demonstre, a questão que se coloca atualmente é perceber qual o efeito que cada uma das componentes do tratamento – a administração da substância psicadélica e as sessões de terapia – tem no doente que a ele é submetido. Outro tema que considero importante é o estudo sistematizado da segurança das substâncias psicadélicas, que, por vezes, é tratado de forma pouco estruturada ou superficial, tema que vou abordar no próximo Congresso Nacional de Psiquiatria.”

Destinando um pouco mais de metade do seu horário de trabalho semanal à atividade clínica, Carolina Seybert está agora particularmente empenhada no estudo PsyPal, que vai permitir avaliar o uso da substância psicadélica psilocibina no tratamento da depressão e do sofrimento psicológico e existencial em pessoas com doenças progressivas e incapacitantes e a necessitarem de cuidados paliativos.

Na Fundação Champalimaud o alvo deste ensaio são doentes de Parkinson em estado avançado e outros tipos de parkinsonismos, no Centro Médico Universitário de Groningen, nos Países Baixos, são selecionados casos de doença pulmonar obstrutiva crónica, no Instituto Nacional de Saúde Mental da República Checa são abrangidos doentes com esclerose múltipla e na Universidade de Copenhaga e Hospital Bispebjerg, na Dinamarca, são incluídos doentes com esclerose lateral amiotrófica.

“O nosso objetivo é oferecer alívio rápido e eficaz a estes doentes, para os quais as intervenções convencionais são muitas vezes insuficientes. Vamos avaliar primeiro a segurança e eficácia da psilocibina

“O nosso objetivo é oferecer alívio rápido e eficaz a estes doentes”, diz a psicóloga clínica.

em cuidados paliativos, mas estamos muito interessados no tratamento a longo prazo, um aspeto que é frequentemente subvalorizado”, afirma Carolina Seybert.

Gonçalo Cotovio, psiquiatra: “A estimulação magnética transcraniana é uma técnica em ascensão”

Embora esteja a tempo inteiro na Fundação Champalimaud apenas desde dezembro de 2024, logo após ter obtido o título de especialista em Psiquiatria, Gonçalo Cotovio iniciou a sua ligação à Unidade de Neuropsiquiatria em 2015, enquanto interno do Ano Comum. E porque este local? “Porque procurava uma instituição de excelência onde pudesse desenvolver investigação na área da Psiquiatria, e a FC destaca-se precisamente pela integração entre ciência, clínica e inovação.”

Natural de Lisboa, onde nasceu há 35 anos, sempre se imaginou a ser psiquiatra como o pai, com exceção de um curto período da sua vida, em que chegou a colocar a hipótese da Pedopsiquiatria. Durante o curso de Medicina, que fez na Faculdade de Ciências Médicas, acabou por afastar essa ideia. Chegado à Fundação Champalimaud, ainda recém-licenciado, percebeu que a Psiquiatria era mais do que um interesse, era a sua vocação. A decisão sobre o local onde iniciaria a formação especializada, em 2016, surgiu naturalmente com o contacto com Albino Oliveira Maia e Bernardo Barahona Corrêa, levando-o a escolher o então CH de Lisboa Ocidental, instituição onde ambos exerciam.

A decisão de fazer o doutoramento em Biomedicina, que haveria de concluir em janeiro de 2023, acabou por imprimir ao internato um ritmo muito diferente do normal, incluindo uma interrupção temporária pelo meio, daí que só tenha obtido o título de psiquiatra em novembro de 2024.

No entanto, mesmo durante esse período de pausa, manteve uma ligação à prática clínica, sobretudo através da discussão de casos, dedicando simultaneamente, como estudante de doutoramento, grande parte do seu tempo à investigação dos circuitos cerebrais envolvidos nas doenças psiquiátricas e às formas de modular a sua atividade, em particular através da estimulação magnética transcraniana (habitualmente designada por TMS, de *transcranial magnetic stimulation*), cuja atividade está agora sob a sua coordenação na FC.



Gonçalo Cotovio

“Eu vim para esta instituição com o objetivo de fazer investigação e aquilo que na altura me propuseram foi estudar lesões cerebrais. Até pode parecer que uma coisa não tem nada a ver com a outra, mas a verdade é que o objetivo era conhecer melhor quais os circuitos cerebrais que estavam disfuncionais, ou alterados, nas perturbações psiquiátricas. Uma lesão é uma porta de entrada para identificar o circuito cerebral que não está a funcionar corretamente e, ao estimularmos esse circuito, podemos melhorar os sintomas da doença”, explica Gonçalo Cotovio, acrescentando:

“A TMS acaba por ser uma das estratégias mais fáceis de utilizar, até por não ser invasiva, estando neste momento aprovada para duas

Gonçalo Cotovio: “A TMS acaba por ser uma das estratégias mais fáceis de utilizar, até por não ser invasiva.”

grandes perturbações, a perturbação depressiva *major* e a perturbação obsessivo-compulsiva. Trata-se de uma técnica que já está há muito tempo em ascensão e cuja importância é cada vez mais reconhecida.”

O desenvolvimento registado relativamente ao seu uso tem sido significativo, prometendo não ficar por aqui. O psiquiatra destaca, por exemplo, a conclusão a que chegou, em 2018, uma equipa no Canadá, que percebeu ser possível reduzir o tempo de uma sessão de quase 40 minutos para pouco mais de três, aumentando a frequência dos pulsos eletromagnéticos – obtém-se o mesmo resultado em menos tempo, sendo, por isso, mais confortável para o doente.

“Esta evolução tem acontecido particularmente na perturbação depressiva *major*, mas irá observar-se com certeza noutras situações para as quais a TMS está indicada, como a perturbação obsessivo-compulsiva”, refere Gonçalo Cotovio, adiantando:

“Nos EUA, já foi aprovado um protocolo de tratamento mais intensivo, que permite uma resposta mais rápida, evitando a necessidade de esperar duas, três ou quatro semanas até que a pessoa sinta uma melhoria dos sintomas depressivos. Fazem-se 50 sessões de 10 minutos cada, durante um período de cinco dias seguidos, 10 sessões por dia, e os resultados parecem ser bastante promissores.”

O próximo passo significativo poderá ser, no seu entender, a individualização do tratamento, uma

vez que “existem zonas específicas dos circuitos cerebrais que variam de pessoa para pessoa”. A questão será perceber se essa personalização poderá aumentar a taxa de respostas positivas que atualmente se observa, ou se permitirá apenas alcançar o mesmo resultado em menos tempo.

Entretanto, outros dois aparelhos de TMS juntaram-se, recentemente, aos três de que a Unidade de Neuropsiquiatria já dispõe, sendo que um deles “vai permitir alargar o nosso programa de estimulação magnética transcraniana a outra indicação já aprovada nos EUA e na Europa e que se prende com a cessação tabágica”, avança Gonçalo Cotovio.

Neste caso, a bobina de TMS, colocada sobre o couro cabeludo, tem o formato de um capacete e permite direcionar o campo eletromagnético para circuitos cerebrais identificados como disfuncionais e envolvidos na dependência da nicotina. “Os ensaios já realizados comprovaram que o tratamento é seguro e eficaz”, frisa.

Entre a curiosidade científica e o compromisso com os doentes, Gonçalo Cotovio representa uma geração de clínicos que vê na tecnologia “uma aliada para transformar a Psiquiatria”. Da investigação dos circuitos cerebrais à aplicação de novas formas de estimulação, o seu trabalho na Fundação Champalimaud reflete a ambição de “compreender o cérebro para melhor cuidar”.

Patrícia Pereira, enfermeira: “Os doentes vêm com a esperança de que a TMS lhes dê mais qualidade de vida”

Quando Patrícia Pereira, 39 anos, chegou à Fundação Champalimaud, em 2021, na sequência do convite que lhe foi feito para integrar a Unidade de Neuropsiquiatria, não conhecia a técnica com que agora lida diariamente, mas mostrou-se imediatamente interessada em fazer formação em estimulação magnética transcraniana.

Mal acabou o curso de Enfermagem, começou logo a trabalhar na hoje designada ULS de Lisboa

Ocidental. Durante 12 anos exerceu sempre em internamentos de Psiquiatria de Adultos mas também esteve 5 anos ligada ao Internamento e à Urgência de Pedopsiquiatria.



Patrícia Pereira

Em 2016, concluiu o mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, obtendo o título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros. Tem uma pós-graduação em Administração e Gestão Hospitalar e outra em Supervisão Clínica em Enfermagem. É professora convidada na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha e na Universidade Atlântica.

Está neste momento a iniciar o processo de doutoramento, no âmbito do qual pretende desenvolver um projeto no campo das intervenções psicossociais em pessoas com demência e perceber o impacto que a doença tem no cuidador informal e na sua qualidade de vida, com a consequente sobrecarga deste e do próprio doente.

Voltando à TMS, Patrícia Pereira considera que “a trajetória de aprendizagem desta técnica até lhe pareceu relativamente fácil”. No entanto, houve outros aspetos que também foram novidade para si e que a obrigaram a uma certa adaptação: “Eu vinha do

(Continua na pág. 16)



JOSÉ OLIVEIRA, PSIQUIATRA: “Tornou-se muito claro que a disfunção do sistema imunitário tem impacto sobre a SM”

José Oliveira, 42 anos, recua no tempo e recorda que terá ficado com “uma boa impressão” da especialidade médica que acabaria, mais tarde, por escolher quando, enquanto estudante de Medicina em Coimbra, fez um estágio clínico de psiquiatria em Bona, na Alemanha, enquanto estudante Erasmus.

Admite que a experiência foi “um pouco surpreendente”, mas, por outro lado, diz não ter ficado “inteiramente satisfeito”, pois, a barreira da língua não o deixou “comunicar o suficiente com os doentes”. Em todo o caso, sentiu “um certo apelo” pela especialidade, interesse que haveria de ser reforçado quando, no último ano do curso, fez um estágio clínico no Internamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e teve “oportunidade de passar mais tempo com os doentes”.



Durante o internato do Ano Comum, cumprido em Lisboa, o contacto com a Psiquiatria de Ligação no Hospital de São José fez o resto, ou seja, em 2010 iniciava o internato da especialidade. No entanto, só obteria o título no final de 2018 porque, logo no 2.º ano, suspendeu a formação para, na Université Paris-Est Créteil, se dedicar ao seu doutoramento em Imunopsiquiatria, integrado na equipa de Marion Leboyer.

José Oliveira integra a Unidade de Neuropsiquiatria desde o início de 2019, mas já enquanto interno ali tinha feito boa parte dos estágios opcionais. Começou por exercer clínica, mas não demorou muito a dedicar-se também à investigação, que lhe ocupa metade do tempo. Aliás, considera um “privilégio” poder desenvolver as duas atividades na mesma instituição, até porque se interessa por ambas.

No que à investigação diz respeito, explica que se dedica a duas áreas: estudar processos inflamatórios e a disfunção do sistema imunitário (SI) em doentes com cancro e o risco que estes podem ter de desenvolver depressão, e caracterizar a autoimunidade e outras disfunções do SI em doentes com perturbação obsessivo-compulsiva.

“Era frequente ouvirmos dizer que as pessoas com depressão corriam o risco de ver o seu SI fragilizado, ficando assim mais sujeitas a desenvolver determinadas doenças,

“O foco inverteu-se, levantando-se a questão sobre se os processos inflamatórios crónicos ou as doenças autoimunes não terão efeito sobre a saúde do cérebro.”

como cancro ou determinadas infeções. Não deixando de ser um tema de investigação, o facto é que, a determinada altura, o foco inverteu-se, levantando-se a questão sobre se os processos inflamatórios crónicos ou as doenças autoimunes, por exemplo, não terão efeito sobre a saúde do cérebro”, explica José Oliveira, concluindo: “Nos últimos anos, tornou-se muito claro que a disfunção do SI tem impacto sobre a saúde mental.”

“Há uma grande proporção de pessoas com doença mental que não têm uma resposta satisfatória aos tratamentos que existem. É bem possível que, pelo menos em parte, a causa esteja relacionada com o SI, sendo plausível admitir que, intervindo neste, se consiga tratar alguns desses casos”, considera o psiquiatra.

“Nós sabemos que, por exemplo, a prevalência da depressão na população oncológica é muito superior à da população em geral, sendo compreensível que o cancro tenha um impacto psicológico o suficiente para tornar vulneráveis estas pessoas. No entanto, perante a evidência existente, parece-nos razoável pensar que um corpo doente veja aumentar a sua vulnerabilidade para desenvolver outras patologias, nomeadamente mentais”, refere José Oliveira, frisando que “o cérebro não está isolado numa redoma”.

Referindo que na Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud se tem procurado identificar marcadores inflamatórios que possam ser preditores do desenvolvimento de depressão em doentes oncológicos, avança esta mesma ideia na fase de recrutamento de doentes com cancro do pâncreas, logo após o diagnóstico do mesmo. O objetivo principal do estudo é avaliar se o risco de ocorrerem episódios depressivos se relaciona, ao longo do tempo, com a inflamação sistémica e de que forma isso está relacionado com a atividade da doença.

“Este tipo de cancro parece particularmente associado à depressão, sendo que tem vindo a ser documentado que esta é prévia ao próprio diagnóstico de cancro do pâncreas, como se fosse um fenómeno paraneoplásico, um pródrómo do desenvolvimento da doença. Queremos perceber melhor este diálogo”, justifica José Oliveira.

(Continuação da pág.15)

Internamento, lidando com pessoas que se encontravam num estado mais agudo. Aqui a preocupação maior é procurar que os doentes não tenham recaídas, vigiando os sintomas de forma a evitar que isso aconteça.”

Classificando a TMS de “desafiante, não só pela parte clínica mas também pela componente de investigação”, diz que a mesma ocupa cerca de 70% da sua atividade assistencial. Aliás, com três aparelhos distribuídos por duas salas que funcionam todos os dias úteis entre as oito da manhã e as oito da noite, o movimento é constante, sendo o trabalho assegurado por si e pelo seu colega João Estrela.

“De facto, com o recurso à TMS, assiste-se a uma redução significativa dos sintomas depressivos”, reconhece a enfermeira.

“São doentes, por exemplo, com depressão resistente, que já experimentaram vários antidepressivos que não surtiram efeito e que chegam até nós com a esperança de que este tratamento os possa ajudar a ter mais qualidade de vida. E, de facto, com o recurso à TMS, assiste-se a uma redução significativa dos sintomas depressivos”, reconhece Patrícia Pereira.

A enfermeira refere que, embora o tratamento em si demore poucos minutos, todo o processo de preparação do doente e depois da finalização do mesmo consome algum tempo. E esclarece: “O protocolo para a perturbação obsessivo-compulsiva exige ainda mais tempo, até porque temos que proceder àquilo



que denominamos de provocação de sintomas.”

No entanto, salienta que a circunstância de cada sessão demorar hoje pouco mais de três minutos, em vez de quase 40, como sucedia, “veio facilitar muito a vida aos doentes”. Podem assim “manter a rotina diária praticamente normal, não impactando tanto na sua funcionalidade e possibilitando-nos tratar mais doentes que tanto necessitam”.

Silvia Almeida, psicóloga clínica:
“A principal preocupação de quem tem um cancro é habitualmente a doença”

Natural de São Pedro do Sul, Silvia Almeida, 33 anos, tinha um grande desejo de ser psicóloga, tendo-se formado na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. E fê-lo nas duas áreas que a atraíram mais: psicoterapia cognitivo-comportamental com adultos e neuropsicologia, desde a avaliação à reabilitação.

Foi na qualidade de neuropsicóloga que assinou contrato, em 2017, para integrar a Unidade de Neuropsiquiatria, com o objetivo de avaliar a função cognitiva dos doentes referenciados, por exemplo, pela Oncologia, com queixas que podem ser secundárias ao tratamento ou à própria doença. Mas também são encaminhados

dos casos da própria Psiquiatria e da Neurologia.

“O que se pretende é caracterizar a função cognitiva dos doentes, de forma a percebermos se as queixas são justificadas por défices cognitivos objetivos, ou se poderão ser mais bem explicadas por outros fatores, como a presença de sintomas de depressão ou de ansiedade”, explica Silvia Almeida, acrescentando:



Silvia Almeida

“A avaliação neuropsicológica pode ser um meio complementar de diagnóstico, nomeadamente, de patologias neurodegenerativas, como

a doença de Alzheimer. Mas também pode servir como uma forma de monitorizar a função cognitiva de alguém que apresenta queixas cognitivas, mas em que as alterações são inespecíficas.”

Silvia Almeida: “A avaliação neuropsicológica pode ser um meio complementar de diagnóstico, nomeadamente, de patologias neurodegenerativas.”

Tal como sucede na área da psicoterapia, também aqui não estão a ser aceites diretamente casos externos à Fundação Champalimaud, de forma a garantir a capacidade de resposta a todas as situações internas.

Silvia Almeida esclarece que, “ao contrário da psicoterapia, a avaliação neuropsicológica não exige um tempo de contacto com o doente tão prolongado. Podemos até ter de responder a mais pedidos, mas a avaliação tem uma duração limitada. Habitualmente, faz-se em duas ou três horas de contacto com o doente, em que temos a entrevista clínica, aplicamos várias provas visando os domínios cognitivos principais, como a memória, a atenção, a velocidade de processamento ou as funções executivas, culminando com a elaboração de um relatório”.

Empenhada num doutoramento cuja tese deverá ser defendida por estes dias em que a presente reportagem é divulgada, Silvia Almeida revela que a mesma tem que ver com a avaliação da depressão em pessoas com cancro e os determinantes afetivos que a podem influenciar. Embora o desenho inicial do projeto não incluísse a pan-

demia de covid-19, desde logo por não se saber que ela iria ocorrer, esse acontecimento acabou por ser considerado no estudo realizado, tendo a conclusão a que se chegou surpreendido um pouco:

“A população oncológica encontra-se numa situação de maior vulnerabilidade e, por isso, recebávamos que pudesse constituir outro fator condicionante da adaptação à doença. No entanto, concluiu-se que a doença continua a ser a principal fonte de preocupação para a pessoa com cancro, não tendo a pandemia tido um impacto adicional significativo sobre os sintomas de depressão ou de ansiedade.”

Silvia Almeida adianta que tem sido feito algum trabalho de investigação no que respeita a queixas cognitivas em doentes oncológicos, tendo-se identificado um padrão claro: ao contrário do que sucede com as patologias neurodegenerativas, como é o caso da demência, em que habitualmente são as outras pessoas que notam que algo está diferente, neste caso, é o próprio doente com cancro que procura ajuda.

“É comum aparecerem com uma lista muito específica das dificuldades, com exemplos muito concretos. De acordo com a minha prática clínica, muitas vezes a avaliação neuropsicológica tem um efeito tranquilizador. Isto acontece porque, quando informamos que os resultados estão dentro do esperado e esclarecemos que as dificuldades reportadas não resultam necessariamente da existência de um défice cognitivo, a pessoa tende a ficar mais descansada por saber que, à partida, não se trata de um quadro progressivo, como acontece nas demências”, afirma Silvia Almeida.

A profissional acrescenta que na Unidade de Neuropsiquiatria se está a trabalhar no sentido de desenvolver vários programas de intervenção ao nível da reabilitação neuropsicológica nas situações de défice cognitivo significativo e persistente no tempo, dependendo o desenho dos mesmos da condição clínica do doente e dos resultados específicos da avaliação realizada.

MARCELO MENDONÇA, NEUROLOGISTA:

“Acho que nós temos muito a aprender com a Psiquiatria”

Percebe-se claramente que Marcelo Mendonça, que integra a equipa da Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud, não está apenas a querer ser simpático quando afirma que os neurologistas “têm muito a aprender com a Psiquiatria”. É justificativa: “Porque lidamos com doença crónica e com muita comorbilidade psiquiátrica.”

“Conseguir adquirir algum conhecimento, pelo menos sobre doenças mentais frequentes, com os colegas psiquiatras que me rodeiam é útil e interessante. E penso que para eles esta proximidade também é uma mais-valia — pelo menos é o que me dizem, e eu acredito! —, pois, convergimos em usar a mesma linguagem, o que tem também muito que ver com alguns interesses clínicos e científicos partilhados”, afirma.

Dedicado a doenças do movimento como o parkinsonismo, e lembrando que muitas das pessoas

que delas sofrem têm, de facto, alterações do comportamento, Marcelo Mendonça reconhece que a interação com os psiquiatras da Unidade o pode ajudar “a desenvolver diferentes perspetivas terapêuticas”.

E apresenta como exemplo a estimulação magnética transcraniana na doença de Parkinson e noutras patologias neurológicas, afirmando: “Podemos aprender com a Psiquiatria o processo de como é que se cria evidência neste tipo de ensaios e como se passa esta evidência do laboratório para a prática clínica.”

No seu entender, “o facto de a Psiquiatria não ter tido à sua disposição, durante muito tempo, terapias farmacológicas eficazes para lidar com determinadas patologias terá estimulado a que desenvolvesse determinadas formas de pensar no papel da relação terapêutica e da adaptação da pessoa que vive com doença crónica”.

Não admira, pois, que o neurologista esteja entusiasmado com o

seu envolvimento no estudo PsyPal — que foi referido também por Carolina Seybert —, em que a Unidade de Neuropsiquiatria participa com pessoas que sofrem de doença de Parkinson ou de outros parkinsonismos. Note-se que o objetivo desta

Marcelo Mendonça reconhece que a interação com os psiquiatras da Unidade o pode ajudar “a desenvolver diferentes perspetivas terapêuticas”.

investigação é avaliar em que medida a administração da substância psicadélica psilocibina pode combater os sintomas de depressão e o sofrimento psicológico e existencial dessas pessoas.

“Eu penso nos meus doentes com atrofia multisistémica, com paralisia supranuclear progressiva, com doença de Parkinson avançada, que me angustiam, porque têm uma patologia neurodegenerativa muito chata, sendo que, neste momento, para estes tipos e estádios de doenças, muitas vezes, a terapia sintomática que temos não é suficiente para os sintomas que os incomodam. São pessoas que sabem que a sua doença é letal, com perda de qualidade de vida e evoluindo de uma forma muito lenta. É um desafio muito grande nós conseguirmos mudar a forma como passam por esse processo”, comenta.

Com 37 anos de idade, natural de Penafiel, Marcelo Mendonça estudou Medicina na FMUP e concluiu



em 2019 o internato da especialidade no então CH de Lisboa Ocidental. Entretanto, esteve dois anos e meio no Hospital Garcia de Orta e doutorou-se em 2022, com um trabalho de investigação desenvolvido na Fundação Champalimaud, onde há três anos exerce também atividade clínica.



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
PSIQUIATRIA e
SAÚDE MENTAL

XIX CNP

19-22 nov
PALÁCIO
DE CONGRESSOS
DO ALGARVE

Congresso Nacional de Psiquiatria

Do Corpo
ao Cérebro na Psiquiatria

PCO
#NO
GET
DONE
EVENTS

WWW.CNP2025.PT



A NOVA APP para Gestão da Diabetes

 **Prática e simples de usar**
DESCARREGUE JÁ



GlucoMen areo
Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR
com as MESMAS TIRAS



**A.MENARINI diagnostics**
Viva uma Vida Nova

INTEGRADA NA ULS DE AMADORA-SINTRA, É A ÚNICA UNIDADE DE CSP DA VILA DE SINTRA

Com listas organizadas e apresentando melhores indicadores, USF Cynthia quer aumentar a sua capacidade de resposta

TENDO INICIADO ATIVIDADE A DOIS DIAS DO FINAL DE 2012, A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR CYNTHIA, LOCALIZADA BEM NO CENTRO DA VILA DE SINTRA, VIVEU OS TEMPOS MAIS COMPLICADOS NA PRIMEIRA FASE DA SUA EXISTÊNCIA. AS INSTALAÇÕES QUE OCUPAVA ESTAVAM MUITO LONGE DE SEREM AS ADEQUADAS PARA SERVIR PROFISSIONAIS E UTENTES E A CERTA ALTURA ATÉ FICOU EM SÉRIO RISCO DE FECHAR A PORTA POR FALTA DE MÉDICOS. A RECUPERAÇÃO INICIOU-SE AINDA ANTES DA MUDANÇA PARA UM NOVO EDIFÍCIO, EM 2019, E ACENTUOU-SE NOS ÚLTIMOS TEMPOS. A ATUAL COORDENADORA RECONHECE QUE, NESTE MOMENTO, JÁ NÃO HÁ TANTA DIFICULDADE EM ATRAIR ESPECIALISTAS DE MGF E CONSIDERA MESMO QUE A SUA USF ESTÁ NUMA “RAMPA ASCENDENTE”, COM “LISTAS MAIS ORGANIZADAS E MELHORES INDICADORES”. EMBORA CONSCIENTE DA COMPLEXIDADE DA TAREFA, CRISTINA BOCANCEA AFIRMA QUE O PLANO É PASSAR DAS ATUAIS SETE PARA DEZ EQUIPAS DE SAÚDE FAMILIAR, DISPONIBILIZANDO CUIDADOS DE SAÚDE A UMA POPULAÇÃO QUE A USF CYNTHIA FOI CONCEBIDA PARA SERVIR. É MODELO B DESDE JANEIRO DE 2024.

Ovelho edifício de habitação localizado em frente à estação ferroviária de Sintra e que funcionava como centro de saúde há uns 50 anos acolheu a USF Cynthia quando esta foi criada, no final de 2012. O espaço era partilhado com uma UCSP que, entretanto, foi extinta, tendo os seus utentes transitado para a USF quando aconteceu a mudança para as novas instalações, no n.º 4 da Avenida Doutor Desidério Cambournac, que não ficam a mais de 500 metros das anterores.



Inicialmente programado para acolher a sede da União das Freguesias de Sintra, rapidamente se concluiu ter o edifício espaço a mais para esse fim e ser mais ajuizado colocar ali a que é agora a única Unidade de CSP da vila. Como se pode constatar observando a foto publicada nestas páginas, aquela que foi a residência do médico militar português Desidério Cambournac (1874-1936) – conhecido pela sua dedicação aos mais necessitados e à causas de saúde pública – foi recuperada e ampliada, com a construção de uma estrutura moderna.

No total, são cerca de duas dúzias as salas e gabinetes disponíveis, o que permite, inclusive, ceder à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) o espaço necessário para uma psicóloga e uma assistente social desenvolverem ali a sua atividade. Algo semelhante sucede com a Unidade de Saúde Pública, que recorre ao Gabinete de Vacinação da USF sempre que necessita.

Coordenadora da USF Cynthia deste abril último, mas ali a trabalhar há quase sete anos, Cristina Bocancea confirma as dificuldades que se foram vivendo de que em 2026 entre respeita à falta de médicos:



“Apesar de ainda termos utentes sem médico de família, a situação não é comparável com os cerca de 5000 que já houve em determinada altura. Mas o número também não tem aumentado porque não estamos a aceitar novas inscrições, pois, zelamos muito pela qualidade dos cuidados que prestamos aos nossos utentes”, afirma a coordenadora.

Com um quadro de 7 médicos, 8 enfermeiras e 6 secretárias clínicas, a equipa reúne-se semanalmente todas as quartas-feiras, ao final da manhã, encontro documentado fotograficamente nesta reportagem. “Abordamos vários assuntos, principalmente organizacionais, tendo em conta as necessidades da população, sendo uma preocupação constante a lista dos utentes sem médico de família, que nos obriga a uma adaptação permanente, para lhes dar resposta”, refere Cristina Bocancea.

Cada um dos grupos profissionais tem também depois a sua reunião semanal de meia hora: os médicos e as secretárias clínicas imediatamente antes da reunião geral e as enfermeiras à segunda-feira.

“Ultimamente, já notamos haver mais profissionais interessados em integrar a nossa USF”

A coordenadora confirma que a população servida pela USF Cynthia está muito envelhecida, o que é, aliás, uma característica da sua própria lista de utentes: “Tenho poucas crianças e muitas pessoas acima dos 65 anos e principalmente dos 70. Esse facto acabou por me obrigar a mim e aos meus colegas a procurar fazer mais formação em doenças crónicas, como a hipertensão, as patologias respiratórias, as demências ou a diabetes.”

“Devo dizer que em termos de referênciação, na área da diabetes,

por exemplo, temos muito poucos doentes acompanhados no hospital. De acordo com os nossos indicadores, os utentes estão muito bem controlados. E, de facto, eles nem costumam falhar as consultas de vigilância. Aliás, notámos mesmo uma grande diminuição no número de faltas após implementarmos o programa de en-

vio de uma mensagem a avisar para o agendamento da consulta”, refere a responsável.



CRISTINA BOCANCEA, COORDENADORA DA USF CYNTHIA:

“Escolhi Medicina porque não me via a fazer outra coisa!”

Natural da Moldávia, Cristina Bocancea, 42 anos, do signo Caranguejo e a mais velha de quatro irmãos, não hesita na resposta quando afirma: “Escolhi Medicina simplesmente porque não me via a fazer outra coisa!” Fez o curso entre 2001 e 2007, na Universidade Estatal de Medicina e Farmácia Nicolae Testemitanu State, em Quixinau, a capital moldava.

O seu desejo era ser pediatra e ainda fez dois anos de formação nessa especialidade, mas acabou por ceder à insistência dos pais e dos irmãos em que viesse conhecer Portugal, onde a família se encontrava desde 2001. “Vim então em 2010 e gostei muito do país. Adorei!”, exclama.

Está convencida de que foram fundamentalmente as aulas de francês que teve na faculdade que contribuíram para que aprendesse com tanta facilidade a falar português, que considera “uma Língua maravilhosa” e que, diga-se de passagem, domina na perfeição.

Realizou, entretanto, a Prova Nacional de Acesso, que lhe permitiu aceder ao internato do Ano Comum, que fez no então CH Universitário de Lisboa Central. Optou por Medicina Geral e Familiar, iniciando em janeiro de 2014 o respetivo internato na USF



de Lavrado, uma Unidade modelo B e creditada. Faz questão de recordar o “excelente orientador” que teve, “o Dr. Miguel Santos, que me ajudou durante aqueles anos”.

É nesse período que nasce a sua segunda filha, hoje com 10 anos, que não se sabe ainda se virá no futuro a tomar a mesma decisão da irmã, que está prestes a fazer 19 anos e frequenta o 1.º ano da Facul-

dade de Medicina de Lisboa.

O convite a Cristina Bocancea para integrar a equipa da USF Cynthia coincidiu com o final do seu internato, tendo a sua entrada nesta Unidade acontecido em fevereiro de 2019, uns quatro meses antes da mudança para o novo edifício. O cargo de coordenadora foi assumido em abril de 2025, sucedendo ao seu colega João Nuno Rossa.

res melhores e estamos a trabalhar imenso para conseguirmos estabilizar a esse nível, desde logo por sabermos todos que a parte remuneratória também é muito importante. Convém sublinhar que quando nos referimos a indicadores estamos a falar de pessoas, de doentes e de patologias bem controladas para estarmos em condi-

ções de dar resposta a novos utentes. É um exercício muito exigente quando se cria, de repente, uma lista com 1700 ou 1800 nomes...”

“Comparando com o que já vivemos no passado, posso dizer que, neste momento, estamos numa rampa

(Continua na pág. 20)

PODERÁ SER ATTR-CM?

JOÃO NUNO ROSSA, MÉDICO DE FAMÍLIA:

“A minha população de utentes mantém-se jovem até mais tarde!”

Com os pais emigrados na Alemanha, João Nuno Rossa veio nascer a Lisboa – ali pelo final de setembro de 1978 – e voltou de imediato para Hamburgo, onde viveu até chegar o momento de vir para Portugal, sozinho, para estudar Medicina.

A vontade de ser médico já a tinha tido quando era mais novo, mas acabou por ser um estágio profissional realizado na Urgência de um hospital alemão, quando frequentava o 11.º ano, que o ajudou a definir o seu futuro.

“Nós vemos em ti o que gostaríamos de ver num médico!”, disseram-lhe, na altura, duas enfermeiras. “Aquelas palavras marcaram-me, e foi a partir daí que comecei a pensar seriamente em Medicina”, confessa, abandonando assim a ideia de ser diplomata.

Iniciou o curso na Faculdade de Ciências Médicas em 1996 e logo no 2.º ano João Nuno Rossa – que havia praticado andebol e futebol na Alemanha e já tinha algum interesse pela área da Medicina Desportiva – começou a dar apoio na Escola de Futebol do Benfica. Mais tarde, no 4.º e 5.º anos, incentivado pelo professor de Bioquímica, que era ortopedista e fazia urgências no Curry Cabral, passou a acompanhá-lo duas tardes por mês.

Podia ter vindo a optar pela especialidade de Ortopedia, mas não foi isso que aconteceu. “Comecei a olhar mais para o doente como um todo e percebi que como médico de família poderia fazer um pouco de tudo”, refere. Depois da experiência “muito enriquecedora” que foi o internato do Ano Comum feito em Setúbal, seguiu-se a formação em MGF, primeiro na UCSP Barreiro e depois na USF Eça, acompanhando o seu orientador, o médico Costa Ferreira. Tornou-se especialista em 2012.

Esteve um ano na USF Chamusca, mais propriamente na extensão da Carregueira, mas continuando a viver em Lisboa, fazendo diariamente “131 Km para cada lado”. Pouco antes do nascimento do seu filho, conseguiu aproximar-se da capital, iniciando funções na UCSP Salvaterra de Magos, em junho de 2013, e tornando-se coordenador dessa Unidade em 2014, cargo que manteve até à sua entrada na USF Cynthia, em dezembro de 2016.

João Nuno Rossa assumiria a coordenação da USF no final de janeiro de 2017, depois de a Unidade ter sobrevivido àquilo que denomina de “saída massiva” de médicos ocorrida em 2015. “Foram a Dr.ª Vera

Afonso e a Dr.ª Helena Fonseca, que se reformou há 2 anos, que aguentaram esta USF”, comenta.

Note-se que, nessa altura, ainda funcionava nas anteriores instalações que, entre outros problemas, “não tinha acessibilidade alguma”, sublinha o ex-coordenador. Em que, por exemplo, “alguém em cadeira de rodas não conseguia aceder ao piso onde se localizava a sala de tratamentos”, até porque não havia elevador...



Testemunhou, entretanto, o lançamento da “1.ª pedra” do atual edifício e foi acompanhando, de alguma forma, as obras que iam decorrendo, até que pelas 8 horas da manhã do dia 27 de junho de 2019 as portas se abriram para receber os primeiros utentes.

O médico explica que resolveu deixar a coordenação da USF Cynthia em abril deste ano por ter achado que “já estava há demasiado tempo no cargo”. E por estar consciente de que “a Unidade precisava de uma outra mão, de um pensamento diferente, de um outro rumo”.

Com diferenciação em Medicina Desportiva, particularmente dedica-

João Nuno Rossa tem diferenciação em Medicina Desportiva, dedicando-se em particular à patologia músculo-esquelética.

do à patologia músculo-esquelética – e com a experiência acumulada de vários anos a acompanhar equipas profissionais de futebol –, João Nuno Rossa é muitas vezes solicitado por colegas de outras unidades mais próximas a dar a sua opinião em casos deste foro que se afiguram mais problemáticos.

“É preferível eu até observar alguns utentes e ver os respetivos exames do que, eventualmente, referenciar logo essas situações para o hospital”, afirma, esclarecendo que as patologias mais frequentes são as do ombro e da coluna cervical, “estando estas muitas vezes interligadas”.

E acrescenta: “Regra geral, essas situações resultam do efeito de sobrecarga, seja por movimentos repetitivos, esforço físico excessivo ou má postura. As quedas e os traumas são responsáveis por apenas 5 a 10% dos casos.”

João Nuno Rossa diz que será, provavelmente, um dos poucos médicos de família na zona a continuar a fazer infiltrações, visando sobretudo o tratamento da tendinite no ombro. Partilhando idêntico interesse pela área da Medicina Desportiva, tem a seu lado na USF Cynthia o interno do 1.º ano Francisco Belo, atleta olímpico do lançamento do peso e seu orientando de formação, que se tornará, certamente, mais um médico de família especialista em infiltrações...

Responsável por uma lista com 1900 nomes, diz que, “felizmente, é bem equilibrada, tendo um pouco de



tudo”, de crianças a idosos, como a senhora holandesa de 99 anos que compareceu na Unidade para uma consulta de rotina no dia da reportagem e que é “completamente saudável”.

“A minha população de utentes mantém-se jovem até mais tarde!”, remata.

(Continuação da pág. 19)

ascendente”, considera Cristina Bocancea, que vê como positiva a integração da estrutura que coordena na Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra:

“Como médica e, neste momento, como coordenadora, penso que foi uma mudança positiva. Por exemplo, em termos de decisões que precise-

Cristina Bocancea: “Comparando com o que já vivemos no passado, posso dizer que, neste momento, estamos numa rampa ascendente.”



Temporário Novo Mundo, que dá abrigo a crianças em risco, e a Obra Padre Gregório, que acolhe crianças e jovens em regime de internato.

“Estas entidades podem recorrer a nós em qualquer altura que necessitem da nossa intervenção, até porque estamos a falar de faixas etárias das mais sensíveis e que realmente precisam de uma atenção acrescida da nossa parte. A equipa está comprometida em acompanhar estas crianças e jovens”, garante Cristina Bocancea.

Carlos Eduardo Baptista, médico de família: “Enriquece-me muito não ser apenas um mero referenciador para o especialista hospitalar”

“Acompanho aqui uma população com a qual me identifico muito”, reconhece Carlos Eduardo Baptista, desde logo por ser natural de Pêro Pinheiro, uma freguesia do concelho de Sintra, vila onde fez toda a sua escolaridade, até ir para a faculdade. A sua família é toda dali e é bem possível que volte a habitar em permanência a casa que mantém na localidade, situada a apenas dois minutos a pé da USF Cynthia. “Considero-me sintrense!”, remata.

Profissionalmente, não se pode dizer que tenha feito um percurso muito normal. Primeiro, inscreveu-se em Veterinária, simplesmente porque não teve nota para entrar em Medicina. No entanto, acabou o curso e nunca mais parou de exercer, sendo que durante algum tempo o fez a tempo inteiro e “dedicado à causa”. Entrou depois em Medicina, chegando a dizer para si próprio que Medicina Geral e Familiar era uma especialidade que nunca haveria de tirar.

Afinal, é hoje, aos 39 anos, um médico de família convicto, não dei-

xando de manter a atividade de veterinário, que, no seu entender, lhe forneceu “ferramentas” muito úteis para o ajudar com determinados utentes, como mais adiante se verá.

“Na altura em que entrei em Veterinária, que era a minha segunda escolha, achei que seria uma situação provisoría, mas a verdade é que gostei muito do curso, que terminei em 2010, trabalhando a tempo inteiro durante alguns anos”, conta Carlos Eduardo Baptista.



Carlos Eduardo Baptista

Com efeito, apesar de, em 2012, ter entrado em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas, tornando-se trabalhador estudante, só no final do 3.º ano passou a exercer veterinária apenas a tempo parcial. “Foi um período muito exigente!”, afirma.

Quando concluiu o curso já tinha mudado de ideias em relação à MGF: “Eu acredito que nós, no nosso percurso, precisamos sempre de pessoas que nos inspirem. E, realmente, fui tendo algumas conversas com colegas que

me deram uma perspetiva diferente. Apesar de, como médicos de família, ser frequente referenciar-mos para as especialidades hospitalares, tratamos o doente enquanto acharmos que ele tem benefício em ser acompanhado por nós no seu centro de saúde.”

E prossegue: “Muitas vezes, na conjuntura atual, com os atrasos observados na resposta atempada às referências, em grande medida devido à falta de colegas em determinadas especialidades, acabamos por ser o único recurso que o doente tem. Enquanto médico de família, enriquece-me muito não ser apenas um mero referenciador, mas sim uma peça relevante nesta engrenagem. Dando uma orientação terapêutica, apesar de poder não ser o último elemento nesta cadeia, acabo por ser uma peça fundamental. E cada vez mais, porque o Sistema nos obriga a isso!”

Depois do internato do Ano Comum cumprido no então CH de Lisboa Ocidental, com passagem pela USF Alcáçis, em Alcáçis, Carlos Eduardo Baptista chega à USF Cynthia em janeiro de 2020, para fazer o internato que lhe permitiu obter a especialidade de MGF na primavera de 2024.

Acabou por “herdar” uma lista de utentes que estavam há alguns meses sem médico de família atribuído, após a saída da Unidade da colega que a tinha a seu cargo. Alguns desses utentes já eram seus conhecidos, sendo importante referir que a enfermeira Susana Martins se manteve ligada a este ficheiro, fazendo agora equipa com Carlos Eduardo Baptista.

O médico descreve a sua lista como “equilibrada”, incluindo muitos jovens e bastantes imigrantes, nomeadamente chineses, que mostram ser “extremamente respeitadores, embo-



“Eu gosto muito de semiologia e aquilo que se colhe no exame físico feito a um ser que não fala tem uma importância muito grande.”

nos desafiarmos, até porque a MGF tem a particularidade de não sermos muito avaliados pelos nossos pares. Na urgência, temos que passar doentes e essa é uma forma de nos sujeitarmos ao julgamento do colega acerca das nossas atitudes terapêuticas e dos nossos diagnósticos. Portanto, penso que também é uma maneira de nos obrigar a sermos melhores.”

Beatriz Costa, interna de MGF: “O utente idoso valoriza muito o médico de família”

Natural de Guimarães, onde nasceu há 32 anos, Beatriz Costa diz que sempre foi alimentando a ideia de que um dia viria a ser médica... como o pai (pediatra), a mãe (ginecologista-obstetra) e a tia (internista). Embora tivesse preferido fazer o curso “mais perto de casa”, confessa que “acabou por ser uma boa experiência” a sua passagem pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, entre 2013 e 2019.

Ainda esteve durante três meses no Hospital Padre Américo, em Penafiel, mas interrompeu o internato de Formação Geral para repetir o exame, em busca de uma nota que lhe permitisse vir depois a optar pela especialização em Pediatria. Novamente interna, já em 2021, agora no Hospital Distrital de Santarém, gostou tanto dos meses que passou em contacto com a MGF que concluiu poder vir a sentir-se realizada como



Beatriz Costa

médica de família, onde não faltaria a componente da saúde infantil.

Tendo recolhido boas referências junto de antigos internos que tinham passado pela USF Cynthia, acabou por mudar-se para a vila de Sintra, terminando agora em dezembro os 4 anos de internato de MGF, tendo como orientador de formação o médico João Rossa.

“Fui muito bem acolhida nesta USF e senti-me logo desde o início parte integrante da equipa, tendo sido sempre bastante apoiada”, garante Beatriz Costa.

“Fui muito bem acolhida e senti-me logo desde o início parte integrante da equipa, tendo sido sempre bastante apoiada”, garante. Tanto que Beatriz Costa equaciona seriamente a possibilidade de permanecer na Unidade, se isso se proporcionar, depois de obter o título de especialista em MGF.

Entretanto, acabou por ganhar simpatia por outras áreas: “Gosto muito de acompanhar o doente idoso, apesar da sua complexidade, por ser necessário ter em atenção diversos aspetos. Verifico que esse utente valoriza muito o papel do médico de família, o que considero ser bastante gratificante.”

“Não estou nada arrependida de ter optado por MGF, tanto pela variedade de patologias que vamos vendo como pela diversidade de faixas etárias com que lidamos. E o facto é que nunca temos dois dias iguais! E outra conclusão a que cheguei é que se torna realmente interessante ir acompanhando o utente ao longo do tempo”, sublinha Beatriz Costa.

Este último ano, também por estar no final do seu internato, a médica tem o seu próprio gabinete, o que acaba por ser “muito bom”. Até porque, salienta, “no 4.º ano temos que fazer pelo menos 1500 consultas”. Tem esperança que possa atingir esse número, uma vez que, refere, em meados de agosto já tinha ultrapassado as 1100 consultas.

Na USF Cynthia fazem a sua formação outros dois internos, ambos do 1.º ano, Francisco Belo e Bárbara Barreno.

Isabel Bento, enfermeira de família: “É uma mais-valia para os nossos utentes fazermos podologia e terapia compressiva”

Isabel Bento, 56 anos, é uma das oito enfermeiras da USF Cynthia.

(Continua na pág. 22)



Esta ECO pode ser um alerta para algo mais



Considere a possibilidade de Miocardiopatia Amiloide por Transtirretina (ATTR-CM), quando^{1,2}:

 Insuficiência cardíaca

+

 Aumento da espessura da parede do VE ≥ 12 mm

+

 Idade ≥ 65 anos*

(Continuação da pág. 21)

Nasceu em Lisboa, mas há muitos anos que vive em Sintra. Confessa que foi “crescendo com o bichinho de ser enfermeira”, tendo feito o curso na então Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, que concluiu em 1993. A ligação da mesma ao IPO de Lisboa contribuiu bastante para que o seu primeiro local de tra-

balho fosse essa instituição.

Ali ficou, na Pediatria, durante 3 anos, até ter seguido, no regime de aquisição de serviço, para o Hospital Fernando Fonseca, mais concretamente para a Urgência Pediátrica, onde se manteve mais 7 anos. Ainda trabalhou outros dois anos no Bloco Operatório antes de resolver transferir-se para os Cuidados de Saúde Primários, em 2005.

Integrou o então Centro de Saúde de Pêro Pinheiro, mudando da sede para o polo de Negrais ao final de um ano. Em 2010, já como especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, é convidada para a Unidade de Saúde Pública de Sintra, onde fica até 2015, ano em inicia funções na USF Cynthia.

Isabel Bento: “Eram muitas vezes os seguranças que agarravam nas cadeiras de rodas e andavam com os utentes para cima e para baixo!”

“As anteriores instalações da Unidade eram terríveis, desde o barulho e a confusão originados pelos turistas que se passeiam por aquela zona da vila às escadas pequenas e perigosas para profissionais e utentes de um prédio antigo sem elevador... Aliás, eram muitas vezes os seguranças que agarravam nas cadeiras de rodas e andavam com os utentes para cima e para baixo”, recorda Isabel Bento.

A enfermeira faz equipa com a coordenadora, Cristina Bocancea, e conhece bem os utentes da sua lista: “É uma população idosa, muito idosa mesmo. Temos algumas crianças, mas até há bem pouco tempo não tínhamos qualquer grávida, agora são três. Mas é uma lista predominantemente constituída por pessoas com mais idade.” Como enfermeira de família, “faço vigilância e consultas de saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, diabetes, saúde do adulto/idoso, sala de tratamentos, vacinação...”

E há ainda as deslocações aos domicílios, que são realizadas às terças e sextas, de manhã ou de tarde, explica Isabel Bento, que garante ser dada a mesma resposta tanto a quem possui médico de família como aos cerca de mil utentes que não o têm.

Das duas dúzias de gabinetes que



Isabel Bento

a Unidade possui, há quatro que estão permanentemente destinados à Saúde Infantil e à Saúde da Mulher. A enfermeira valoriza esse facto: “É ótimo porque a criança é observada primeiro pela enfermeira, sendo verificados os parâmetros antropométricos, feita a avaliação global e também os ensinamentos de educação para a saúde, bem como a sua vacinação. Passa depois, logo a seguir, para o gabinete ao lado para observação médica, sem ter que andar a vestir-se e a despir-se para poder circular pelos corredores. O mesmo sucede relativamente à Saúde da Mulher e Planeamento Familiar, em que os gabinetes da enfermeira e do médico são contíguos, facilitando muito a deslocação da utente de um para o outro.”

Isabel Bento e a sua colega Carla Polido fizeram formação que lhes permite oferecer aos utentes da USF Cynthia uma resposta ao nível da Consulta de Pé nível I (podologia) e tratamento com terapia compressiva, o que não é muito comum em CSP. “É realmente uma mais-valia, por exemplo, para os nossos utentes diabéticos, principalmente os que têm mais idade, por vezes, com grande dificuldade em andar, que não têm como realizar tratamento às onicomicoses, às unhas que encravam ou até, simplesmente, como cortar as unhas”, comenta.

A oferta diferenciada da terapia compressiva para tratamento das úlceras de perna, sejam elas de etiologia venosa ou arterial, é algo de que a enfermeira fala com evidente entusiasmo, reconhecendo que fo-



Carla Nunes

integrar o Serviço de Pediatria, área pela qual se sentia atraída. Durante os 15 anos em que ali se manteve, foi dando pontualmente apoio a um ou outro Serviço e, sempre que foi preciso, fazendo turnos na Urgência Pediátrica ou na de Obstetria.

Dois anos antes de deixar aquela unidade hospitalar iniciou a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e foi já com o título de especialista na área que desde sempre a atraiu que Carla Nunes iniciou atividade nos Cuidados de Saúde Primários, precisamente no dia 1 de junho de 2015. Esteve três meses numa UCC em Massamá, desempenhou funções numa UCSP em Negrais e foi mãe pela segunda vez em maio de 2016.

Chegaria à USF Cynthia quase no fim do outono. O seu primeiro dia de trabalho, lembra-se bem, foi no dia 31 de outubro, obviamente, ainda nas antigas instalações. Que conhecia perfeitamente, porque era ali que funcionava o centro de saúde que começou a frequentar enquanto utente pediátrica e depois como mãe de uma criança que tem hoje 23 anos!

Carla Nunes valoriza muito o facto de se procurar que o utente seja,



Carla Nunes: “Torna-se tudo mais fácil quando já há um vínculo criado com o utente.”

sempre que possível, atendido pelo seu enfermeiro de família: “Eu diria que, hoje em dia, pelo menos comigo, isso sucede em 99,5% das consultas, o que é muito bom, porque permite-nos ter um conhecimento pleno de toda a sua situação, perceber as suas necessidades e criar uma relação empática e de maior proximidade. Se já houver esse vínculo criado, torna-se tudo mais fácil, por exemplo, numa eventual necessidade de nos deslocarmos ao seu domicílio.”

As vantagens são claras em vários aspetos: “Existindo essa relação entre o profissional e o seu utente, a adesão à terapêutica prescrita será, sem dúvida, muito superior, bem como o cumprimento de determinadas recomendações, como a prática de exercício físico ou a adoção de um regime alimentar mais saudável.”

Com a sua especialização em Saúde Infantil e Pediátrica e o seu gosto pela área materna, Carla Nunes diz sentir-se “muito mais confortável e satisfeita” por poder fazer o seguimento de uma criança ou de uma mãe conhecendo as particularidades das respetivas famílias.

Fazendo equipa com a médica Tânia Mendes, que chegou à USF Cynthia, como recém-especialista, em outubro de 2024, a enfermeira esclarece que conhecia 40% dos utentes da lista que se veio a formar porque já os partilhava com uma médica que deixou a Unidade.

“A nossa lista acaba por ter um pouco de tudo, apresentando-se

Nome: Os Celtas, em devoção à Lua, chamavam Cynthia à Serra de Sintra, e os romanos Mons Lunae, ou Monte da Lua. Vários escritores clássicos, gregos e latinos, apelidavam-na de Mons Sacer, ou Monte Sagrado. O nome Cynthia manteve-se durante o domínio romano, chegando até à época dos mouros.

A denominação alterou-se então para Zintira, Chinra e Xintra, até chegar a Xentra. O geógrafo árabe de nome Edrisi referia Sintra nos seus escritos como Xentra, ou Sentra. Os portugueses, ao ocuparem a região, ignoraram estas denominações mouriscas e passaram a chamar-lhe Sintra.

Outros autores defendem que Sintra advirá de “sin”, que para os babilónios significaria montanha ou monte, e “tra” teria sido adicionado ao “sin” pelos Lusitanos, representando três faces de deusa: Lua no céu, Diana na terra e Hécate no inferno, não se percebendo, contudo, como é que o “tra” conteria em si essas três faces de deusa.

Aquando da reconquista de Sintra aos mouros, é utilizada a designação Sintria, em 1147. De Sintria a Sintra, ainda foi corrompida como Cintra, pelas mudanças de ortografia e adequação às diferentes épocas, ao longo dos séculos. Surge então o nome Cynthia para denominar esta USF.



Logótipo: A imagem que criámos como representação gráfica da USF Cynthia conjuga a Lua, anteriormente mencionada na origem do nome, as chaminés cónicas do Palácio Nacional de Sintra, que são imagem característica da região, e a Serra de Sintra, também denominada Monte da Lua.

como uma pirâmide etária clássica. Temos uma franja de população entre os 30 e os 50 anos bastante expressiva, sendo que a base está a ficar mais larga, pois, contabilizamos neste momento oito grávidas em seguimento e quase todos os meses surge mais uma utente nessa situação, devido à quantidade de mulheres em idade fértil que temos”, descreve Carla Nunes, acrescentando que a pessoa mais velha da lista tem 108 anos e a mais nova “entre dois e três meses”.

Entretanto, desde o dia em que a *Just News* visitou a USF Cynthia, em meados de setembro, até ao final de outubro, mais alguns nomes de

utesentes recém-nascidos terão sido acrescentados no ficheiro desta enfermeira. O que só pode deixar mais feliz esta profissional, pois, como faz questão em clarificar, “gosto imenso de trabalhar com crianças, em especial até aos 5 anos de idade”.

FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (SETEMBRO DE 2025)

Utentes: 14.476 (19.214,5 UP)
Idosos: 3473 (Índice de dependência: 38,16%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1901 (Índice de dependência: 20,89%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 3675

ATIVIDADE (2024)

Consultas médicas
Contactos diretos: 29.525
Contactos indiretos: 9757
Domicílios médicos: 104

Enfermagem
Contactos diretos: 12.134
Contactos indiretos: 2304
Domicílios de enfermagem: 336

PROFISSIONAIS (SETEMBRO DE 2025)

Médicos: 7
Enfermeiras: 8
Secretárias clínicas: 6
Internas: 3

*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. García-Pavía 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

Unidade de Dor Crónica da ULS de Braga realizou 4195 consultas médicas e de enfermagem em 2024

A dor é uma das principais causas de procura de cuidados de saúde e, quando se torna persistente, representa um verdadeiro desafio clínico e humano. A ULS de Braga resolveu assinalar o Dia Nacional da Luta Contra a Dor (17 de outubro) destacando o trabalho desenvolvido na Consulta de Dor Crónica, uma estrutura que, desde 2007, presta apoio diferenciado às pessoas que vivem com dor persistente e que necessitam de acompanhamento especializado.

Filipe Antunes: “A dor crónica é hoje reconhecida como uma doença e, como tal, necessita de cuidados de saúde mais direcionados.”

Em 2024, esta unidade realizou 4195 consultas médicas e de enfermagem, presenciais e não presenciais. Só no primeiro semestre de 2025 já foram concretizadas 2048 consultas, o que reflete a dimensão e a importância crescente desta resposta assistencial. No que diz respeito às sessões de Hospital de Dia, foram acompanhados, em 2024, 226 utentes em 350 sessões. No primeiro semestre deste ano, realizaram-se cerca de 180 sessões a 165 utentes.

“A dor crónica é hoje reconhecida como uma doença e, como tal, necessita de cuidados de saúde mais direcionados”, afirma Filipe Antunes, coordenador da Unidade Funcional de Dor Crónica da ULS de Braga. “O nosso objetivo é reduzir o sofrimento e promover a maior autonomia funcional possível, utilizando todos os meios terapêuticos disponíveis – desde técnicas farmacológicas a abordagens físicas e psicológicas”, acrescenta.

A consulta, de funcionamento diário, integra uma equipa multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros e psicólogos com



Filipe Antunes com os enfermeiros Ana Rita Oliveira, Filipa Moreira e Ivo Ribeiro

experiência no tratamento da dor, oferecendo técnicas diferenciadas de avaliação e tratamento que permitem apoiar tanto utentes referenciados pelos CSP como aqueles que necessitam de intervenção hospitalar.

A equipa de enfermagem assume um papel central neste acompanha-

mento. O seu trabalho combina conhecimento técnico e sensibilidade humana, assegurando uma avaliação sistemática e personalizada da dor, numa abordagem que considera as dimensões física, emocional, social e espiritual da pessoa.

“O enfermeiro com experiência em dor crónica alia o conhecimento

clínico ao cuidado empático, promovendo a literacia em saúde e a auto-gestão eficaz da dor”, sublinha Ivo Ribeiro, em representação da equipa de enfermagem da Consulta de Dor Crónica da ULS de Braga.

A avaliação é realizada com recurso a escalas e questionários clínicos, que permitem identificar a evolução, intensidade, duração e impacto da dor nas atividades de vida diária, desde o sono e o apetite, até à mobilidade e bem-estar emocional.

Em contexto de internamento, “os enfermeiros de dor crónica trabalham em estreita articulação com outros profissionais de saúde, delineando estratégias de controlo da dor farmacológicas e não farmacológicas, monitorizando diariamente os utentes e prestando consultoria às equipas envolvidas nos cuidados diretos”, explicam Ana Rita Oliveira e Filipa Moreira.

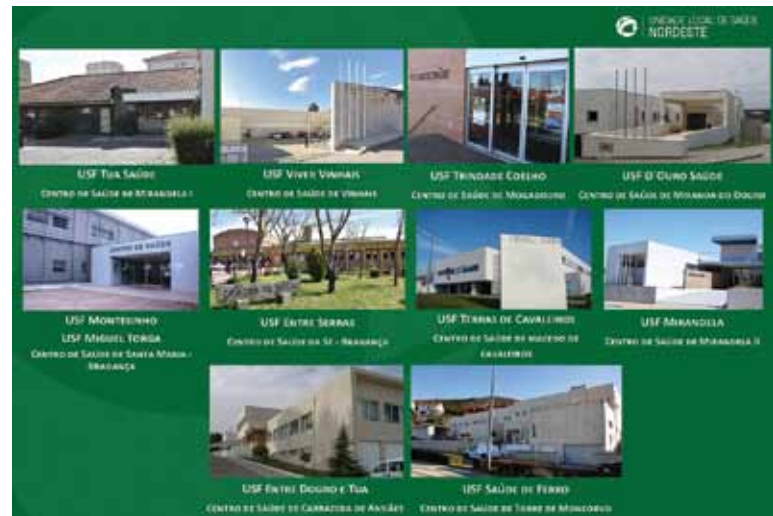
“Combater a dor é devolver qualidade de vida às pessoas”, conclui Filipe Antunes, sublinhando que a luta contra a dor é também “um compromisso com a dignidade, o conforto e a esperança de cada pessoa que sofre”.

ULS do Nordeste com novas USF e mais utentes com médico de família

A ULS do Nordeste está a impulsionar a abertura de novas USF no distrito de Bragança, o que tem permitido aumentar o número de utentes com médico de família atribuído, possuindo agora 11 unidades de saúde familiar.

em Bragança (USF Miguel Torga), Macedo de Cavaleiros (USF Terras de Cavaleiros), Mirandela (USF Mirandela), Carraceda de Ansiães (USF Entre Douro e Tua) e Torres de Moncorvo (USF Saúde de Ferro).

Com a abertura destas unidades, foi



A primeira abriu em dezembro de 2023, em Mirandela (USF Tua Saúde), tendo em 2024 entrado em funcionamento outras cinco, em Vinhais (USF Viver Vinhais), Mogadouro (USF Trindade Coelho), Bragança (USF Entre Serras e USF Montesinho) e Miranda do Douro (USF D' Ouro Saúde).

Em 2025, abriram mais cinco,

possível conseguir um aumento significativo da taxa de cobertura de utentes com médico de família, que se situa atualmente nos 98,4%. A integração nas USF tem-se realizado de forma natural para os utentes, que mantêm todo o acompanhamento no mesmo CS. No distrito de Bragança, as USF representam já 65% das unidades funcionais.

UCC Cartaxo obtém Certificação de Qualidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Cartaxo, integrada na ULS da Lezíria, foi distinguida com a Certificação de Qualidade Nível Bom pela Direção-Geral da Saúde, no âmbito do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde. A cerimónia simbólica de colocação da placa decorreu dia 20 de outubro.

A coordenadora da UCC Cartaxo, a enfermeira Corina Freire, expressou o seu orgulho neste reconhecimento, sublinhando o papel fundamental de toda a equipa e da comunidade: “Quero agradecer a todos, porque todos na comunidade foram importantes. O mais importante é ver que os nossos utentes estão bem connosco. É para eles que trabalhamos e é neles



Pedro Marques, Corina Freire e João Heitor



que se reflete a qualidade dos cuidados que prestamos.”

O presidente do CA da ULS da Lezíria, Pedro Marques, destacou a relevância deste processo no contexto da instituição e do Sistema Nacional

de Saúde: “Foi há um ano que a Unidade recebeu esta certificação; hoje é apenas um ato simbólico de colocar a placa, que tem uma validade de cinco anos e que reforça o nosso compromisso com o sistema da qualidade e

da melhoria contínua. Esta é a segunda UCC da nossa ULS a ser certificada. A primeira foi em Santarém, que foi também a primeira no país, o que reforça o nosso compromisso com as políticas da qualidade.”

Também o presidente da CM do Cartaxo, João Heitor, felicitou a equipa: “Esta certificação confirma a qualidade do vosso trabalho diário.”

Recorde-se que o modelo ACSA (Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía), adotado pela DGS para a acreditação das unidades de saúde, visa reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde, através de um processo conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS.

ULS do Médio Tejo reforça cuidados de saúde em Torres Novas e Vila Nova da Barquinha

A ULS do Médio Tejo reabriu no final de setembro o polo de saúde da Brogueira, concelho de Torres Novas (na foto), ao mesmo tempo que entra em funcionamento o modelo de teleconsulta médica no polo de Praia do Ribatejo, em Vila Nova da Barquinha.

A teleconsulta é um modelo inovador que permite ao médico estar em acesso remoto, enquanto o utente é acompanhado na unidade por um enfermeiro e um secretário clínico. Este modelo possibilita ao médico realizar todos os atos clínicos

que não exigem exame físico direto, incluindo a prescrição eletrónica de receitas, exames e análises.

A teleconsulta é sempre precedida de uma consulta de enfermagem e o apoio administrativo assegura a emissão de documentos e demais formali-



dades, garantindo-se a equivalência a uma consulta em moldes presenciais. É uma resposta que não substitui a presença física, mas garante que os utentes mantêm o acesso regular a consultas, exames e prescrições no seu centro de saúde de proximidade.

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

Considere a possibilidade de ser
Miocardiopatia Amiloide por
Transtirretina (ATTR-CM), quando^{1,2}:



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



Hospital Distrital de Santarém inaugura “Mural da Gratidão”

Foi inaugurado no átrio principal do Hospital Distrital de Santarém o “Mural da Gratidão”, uma obra artística concebida no âmbito das comemorações do 40.º aniversário da instituição. O projeto nasceu de uma iniciativa da Comissão de Humanização e foi desenvolvido pela artista plástica Sofia Branquinho, em colaboração com a oficina da Associação R.INSerir — Oficinas para todos e para cada um.



Mais do que um elemento decorativo, o mural assume-se como um espaço de encontro, partilha e memória. “Este mural é muito mais do que uma obra artística: é um convite à partilha, à presença, à gratidão. É o testemunho real e verdadeiro de um trabalho de cooperação”, destacou Carla Ferreira, enfermeira gestora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Lezíria e representante da Associação R.INSerir.

A artista Sofia Branquinho realçou a importância do processo criativo conjunto: “Foi um privilégio trabalhar com os utentes da oficina, vê-los experimentar materiais novos, sorrir e descobrir formas diferen-

tes de se expressarem. Este mural é fruto dessa partilha e espero que seja também um convite para todos deixarem a sua marca de gratidão”, afirmou.

Na sua intervenção, o presidente do CA da ULS da Lezíria, Pedro Marques, realçou a ligação entre a arte, a humanização e o propósito do mural: “É um espaço que queremos que seja dos profissionais e dos utentes, porque é precisamente

este o propósito: que seja um espaço em que cada um possa deixar o seu marco, o seu testemunho de gratidão.”

Sublinhou ainda que, num tempo marcado pelos avanços tecnológicos, é essencial preservar a dimensão humana no cuidado: “Numa era paradoxal, em que falamos de fusão da inteligência artificial com o Ser Humano, o desafio que fica é como mantemos a humanização dos cuidados”. Este mural é um espaço de partilha e de tradução de valores como a gratidão e o cuidado, mas sobretudo o respeito pela vida das pessoas que são tocadas pelos profissionais nesta casa”, concluiu.

A cerimónia foi encerrada pela diretora clínica dos CSP e presidente da Comissão de Humanização, Ana Alexandre Calado, que reforçou o simbolismo da obra: “Este mural é mais do que arte: é um espaço de encontro, de memória e de ligação. A gratidão é uma força transformadora. Quando é expressa, cria laços, quando é partilhada, inspira. E quando é reconhecida, dá sentido àquilo que fazemos”.

A responsável deixou ainda um apelo: “Convido-vos também a deixar a vossa própria mensagem de gratidão neste mural, uma vez que a gratidão só ganha sentido quando é partilhada.”

O “Mural da Gratidão” passa assim a integrar o átrio principal do Hospital Distrital de Santarém, convidando utentes, profissionais e visitantes a inscreverem a sua mensagem, tornando-o num testemunho vivo de partilha e de comunidade. No ano em que a instituição celebra quatro décadas de existência, esta obra coletiva realinha o compromisso com a humanização dos cuidados e com a valorização das pessoas que diariamente dão vida ao hospital.

Pedro Marques:
“Numa era paradoxal, em que falamos de fusão da IA com o Ser Humano, o desafio que fica é como mantemos a humanização dos cuidados.”

Novo equipamento de TAC com tecnologia espectral no Hospital de Santo André

Entrou recentemente em funcionamento o novo equipamento de tomografia axial computadorizada (TAC) com tecnologia espectral, instalado no Serviço de Imagiologia do Hospital de Santo André (HSA), em Leiria.

A aquisição deste equipamento de última geração representou um investimento de 1.085.200 euros (acrescido de IVA), financiado no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), marcando um passo importante na modernização dos meios complementares de diagnóstico da ULS da Região de Leiria.

O novo TAC substitui o equipamento anteriormente em uso e permite uma melhoria significativa na qualidade e precisão das imagens obtidas. Com tecnologia espectral, este sistema possibilita diagnósticos mais rápidos, com menor exposição à radiação e maior conforto para os utentes. Graças à sua capacidade de captar mais informação em menos tempo, os exames são mais eficientes e seguros.



PAULO ANDRÉ LOPES, SECRETÁRIO-GERAL:

“Restart MGF está direcionado para o que o MF precisa no dia-a-dia”

O EVENTO, CUJA 2.ª EDIÇÃO DECORRE JÁ NOS DIAS 6 A 8 DE NOVEMBRO, NA MAIA, “TEM SESSÕES MUITO PRÁTICAS E INTERATIVAS”, GARANTE O MÉDICO DE FAMÍLIA PAULO ANDRÉ LOPES, SECRETÁRIO-GERAL DO RESTART MGF.



O carácter prático e interativo das sessões foi precisamente um dos aspetos mais valorizados por quem esteve presente no primeiro Restart MGF, que se realizou em novembro de 2024 e registou perto de duas centenas de participantes. A semelhança do que sucedeu o ano passado, o Instituto Politécnico da Maia acolhe novamente esta iniciativa.

Foi em 2019 que Paulo André Lopes, então interno de MGF na USF Condeixa, apresentou aos colegas que com ele tinham acabado de organizar a 2.ª edição do Start MGF — um encontro direcionado para internos do 1.º ano — a ideia de avançar para uma reunião dirigida já a médicos de família.

“Entretanto, passaram-se uns anos, nós terminámos os nossos internatos, estivemos ocupados com outros projetos, cada um teve o seu trajeto, e no início de 2024 recuperámos essa ideia”, explica.

É assim que surge o Restart MGF, com Alexandre Rebelo Marques (presidente), Bruno Valentim (vice-presidente) e Paulo André Lopes (secretário-geral) a liderar uma

Comissão Organizadora que integra outros nomes anteriormente ligados ao Start MGF.



Paulo André Lopes

“Acabámos por juntar um grupo de colegas, de várias zonas do país, decididos a organizar um evento que procurasse corresponder exatamente àquilo que o médico de família precisa para o seu dia-a-dia. O que se pretende é recordar



Comissão Organizadora do Restart MGF: (atrás) Marta Cardoso, Ana Sofia Aveiro, Leonor Pinto Serra, Cláudia Melo e Rita Mendes; (à frente) Paulo Lopes, Alexandre Rebelo Marques, Ângelo Costa, João Rossa e Bruno Valentim

e refrescar conhecimentos de quem já tem alguns anos de experiência”, refere.

Paulo André Lopes:
“O que se pretende é recordar e refrescar conhecimentos de quem já tem alguns anos de experiência.”

Depois de ter passado pela UCSP Mortágua e pela extensão de Cernache da USF Rainha Santa Isabel, Paulo André Lopes é atualmente diretor clínico da Santa Casa de Arganil. Tem uma pós-graduação em Geriatria e competência em Nutrição Clínica pela Ordem dos Médicos.

Considerando que o Restart MGF “tem uma Comissão Organizadora robusta” e acreditando que “o projeto irá perdurar no tempo”, sublinha: “O nosso objetivo era promover algo prático, que tivesse um cariz clínico mas também uma componente de gestão, abordando temáticas como os indicadores de saúde ou o processo de contratualização, e penso que conseguimos atingi-lo.”

Um Programa otimizado

A base do Programa do 2.º Restart MGF segue a mesma lógica do que foi desenhado para a edição de 2024, “procurando corresponder às necessidades dos colegas especialistas, mas com temas que interessam igualmente aos internos dos últimos anos, que já têm uma noção de como são os Cuidados de Saúde Primários ao nível organizacional”.



Bruno Valentim

Quem o afirma é Bruno Valentim, vice-presidente do Restart MGF, que foi colega de internato de Paulo André Lopes na USF Condeixa antes de exercer como especialista em unidades de Viana do Castelo e de Vila Real, fazendo agora parte da equipa da USF Santo Amaro, em Vila do Conde. Detentor do mestrado em Medicina Desportiva, tem uma graduação em Medicina do Futebol.

“A reunião deste ano prolonga-se por dois dias e meio, como sucedeu

o ano passado, mas procurámos fazer uma otimização do Programa, abordando menos assuntos, mas em sessões um pouco mais prolongadas, até para permitir mais tempo de discussão”, esclarece.

As áreas cardiovascular, respiratória e músculo-esquelética, por exemplo, estão novamente em foco, tal como em 2024, “mas os temas específicos são diferentes”, refere Bruno Valentim, destacando a mesa

intitulada “Cronograma de gestão de uma USF: PAUF, RAUF e outros”.

Cardiologia, Endocrinologia, Pediatria, Neurologia e Medicina Interna são exemplos de especialidades representadas no Programa do 2.º Restart MGF,

para além da própria MGF. Mas também assistentes sociais da Segurança Social da Póvoa de Varzim participarão na abordagem ao tema “Certificados de incapacidade temporária em MGF — Casos práticos e questões frequentes”.



ATENÇÃO!



Procuram-se Médicos de família

📍 Freguesias de Marinhas, Muge, Glória do Ribatejo e Granho do Concelho de Salvaterra de Magos - ULS Lezíria.

4 VAGAS:

O QUE NOS DISTINGUE

- 🕒 Horário fixo: 8h30 – 17h30 → previsível e justo.
- 📋 Listas ≤ 1750 utentes, já com enfermeiro + secretário clínico. Só falta o médico (missing value)!
- 🗓️ Fins de semana opcionais
- 📊 Variável binária: descanso ou 🏠 extra.
- 🏠 Apoio da Câmara Municipal em alojamento e despesas.
- 📍 Localização estratégica: 50 km de Lisboa, 30 km de Santarém.
- 🏡 Novo edifício de raiz para a sede! Inauguração prevista para 2026.
- 👥 Podem vir em grupo (amigos incluídos!)
- 📱 Inovação em preparação: adesão de plataforma de IA de apoio aos registos clínicos.

O QUE NÃO CABE NUMA TABELA

- 🤝 Uma equipa que trabalha a sério mas sabe rir.
- 🌱 Jovialidade que não se mede em Unidades Ponderadas (UP).
- 🌊 Ambiente leve, com correlação positiva entre trabalho e boa disposição.

$$\text{Falcão Real} = \frac{(\text{Equipa} + \text{Humor}^2)}{\text{Burnout}}$$

“NA FALCÃO REAL, A SIGNIFICÂNCIA É GARANTIDA: $P < 0,05!$ E A BOA DISPOSIÇÃO TAMBÉM!”

O CONVITE

📞 Contacta-nos → respondemos rápido!
📧 goncalo.melo@ulsleiria.min-saude.pt

👁️ Visita-nos → abre-se a porta e mostra-se a casa.

🍷 Janta connosco em convívio de equipa porque ser bem recebido também se celebra fora do local de trabalho.



ESPECIAL **25º CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA**

ESPECIAL

Este Especial inclui artigos originalmente publicados no *Jornal do 25.º Congresso Nacional de Pediatria*, distribuído aos participantes no evento, que decorreu na Alfândega do Porto, entre 29 e 31 de outubro, promovido pela Sociedade Portuguesa de Pediatria.



Helicobacter pylori em Pediatria: uma infeção em mudança

**Marta Tavares**

Gastroenterologista pediátrica, CNMI, ULS de Santo António. Coord. do Gabinete de Literacia em Saúde da OM

A infeção por *Helicobacter pylori* continua a ser uma das mais comuns no mundo, mas a sua epidemiologia pediátrica tem vindo a mudar, com diminuição da prevalência de forma consistente em

países desenvolvidos. Em Portugal, no entanto, os dados mostram valores ainda elevados, com prevalência superior a 60% em adolescentes.

O contágio acontece precocemente na vida, geralmente por via oral e por via materna. Uma vez colonizada, a bactéria tende a permanecer durante anos, mesmo que em alguns casos desapareça espontaneamente. Embora a Organização Mundial de Saúde a classifique como carcinógeno, em idade pediátrica, a preocupação centra-se sobretudo nos quadros de gastrite crónica e de úlcera péptica.

Nos últimos anos, também se levantou a hipótese de risco de doenças extra-digestivas, como a anemia refratária ou doenças autoimunes. No entanto, essas associações são controversas e continuam a ser alvo de debate e de investigação.

As recomendações médicas mais recentes, publicadas em 2023 pelas sociedades europeia e norte-americana de Gastroenterologia Pediátrica

(ESPGHAN/NASPGHAN), trouxeram mudanças importantes: deixou de ser aconselhada a pesquisa de *Helicobacter pylori* nos casos de dor abdominal inespecífica, halitose, trombocitopenia imune ou baixa estatura.

Hoje, o rastreio e tratamento estão indicados em situações bem definidas, como seja a úlcera péptica ou a história de cancro gástrico em familiares de primeiro grau, embora a epidemiologia local possa sugerir adaptações, como acontece nos países de elevada incidência. Aqui, o rastreio da infeção é muitas vezes desafiante para o pediatra geral, que é confrontado com uma miríade de queixas digestivas de difícil controlo.

O diagnóstico deve basear-se em métodos invasivos, ou seja, a endoscopia com biópsia. Os testes serológicos simples, apesar de práticos, não são fiáveis em idade pediátrica e estão reservados a rastreios epidemiológicos. Os testes respiratórios são de difícil execução em crianças

pequenas e os testes monoclonais fecais exigem uma técnica laboratorial apurada, embora sejam dotados de elevada sensibilidade e sejam uma excelente opção para monitorizar a resposta ao tratamento em Pediatria.

O tratamento deve incluir a combinação de um inibidor da bomba de prótons e dois antibióticos durante 14 dias, assegurando taxas de sucesso acima de 90%. Mas existe um desafio crescente: a resistência aos antibióticos, em particular à claritromicina, que já ultrapassa os 30% no nosso país, e que obriga a uma escolha mais criteriosa da terapêutica.

A abordagem à infeção por *Helicobacter pylori* em idade pediátrica está cada vez mais focada na evidência científica e na personalização dos cuidados. O futuro passa por novos testes de determinação de suscetibilidade antibiótica e novas opções terapêuticas, que permitirão otimizar os resultados e oferecer respostas mais eficazes a crianças e famílias.

HERCÍLIA GUIMARÃES, PRÉMIO CARREIRA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA 2025:

“Os miúdos são mesmo os melhores doentes que poderíamos desejar ter”

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA ATRIBUIU A HERCÍLIA GUIMARÃES O PRÉMIO CARREIRA SPP 2025, NUMA HOMENAGEM QUE LHE FOI PRESTADA NO 25.º CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA. A *JUST NEWS* ENTREVISTOU ESTA PEDIATRA E NEONATOLOGISTA.



“Eu gosto de qualquer área da Pediatria, mas foi a Neonatologia que sempre me fez sentir realizada”, afirma Hercília Guimarães

Casada com um gastroenterologista, é avó a tempo inteiro

Maria Hercília Ferreira Guimarães Pereira Areias é casada com o gastroenterologista Jorge Areias, que fez toda a sua carreira no Hospital de Santo António e no ICBAS. Tem duas filhas. A mais velha é médica dentista e professora na Faculdade de Medicina Dentária, enquanto a mais nova é farmacêutica, sendo a responsável pela Farmácia da Casa de Saúde de Santa Catarina, no Porto.

Embora continue a exercer alguma atividade privada como pediatra, reconhece que dedica agora a maior parte do seu tempo

a desempenhar o papel de avó, articulando-se com o avô seu marido para acompanhar os três netos em tudo o que for necessário, mas “com todo o gosto”, sublinha. Estamos a falar de uma menina com 14 anos, de outra apenas com 5 e de um menino com 11.

Conta que, embora estivesse oficialmente aposentada desde dezembro de 2019, o seu último dia de trabalho no São João foi a 11 de março de 2020, altura em que a pandemia de covid-19 foi declarada pela OMS.

até 2020. Para que não haja dúvidas, estamos sempre a falar do São João, hospital universitário que passou a ser a sua “2.ª casa” durante o curso de Medicina e que nunca abandonou durante a sua carreira profissional.

“Foi ali que estive a minha vida toda, com exceção dos tempos do Serviço Médico à Periferia e do meu estágio em Paris”, reforça Hercília Guimarães, que ainda no início deste mês de outubro regressou à instituição para fazer as fotos que ilustram esta entrevista.

“Quase parece que estiveram à espera que eu saísse para agora terem estas instalações espetaculares”, comenta, meio a brincar, olhando para a fachada da nova Ala Pediátrica.

Importa referir que a nossa entrevistada sempre se mostrou muito atraída pela carreira académica. Logo no 1.º ano como interna pediu ao diretor do então Serviço de Pediatria, Norberto Teixeira-Santos, que lhe permitisse começar a dar aulas, mas não teve sorte.

“Ele disse-me logo que não podia ser. E foi muito claro: ‘Aqui isso só é possível a partir do 3.º ano do internato’. Esperei e, nessa altura, lá fiz novamente o pedido, apresentei o requerimento e comecei a dar aulas”, recorda.

a possibilidade em se diferenciarem numa das várias subespecialidades disponíveis. Isto apesar de ser importante a figura do pediatra geral, por constituir uma mais-valia para a criança o ser vista por nós como um todo”.

A vencedora do Prémio Carreira 2025 da Sociedade Portuguesa de Pediatria vai mais longe ainda: “Uma

Hercília Guimarães: “É muito importante a atenção que se dá aos pais, ir respondendo a todas as suas dúvidas de uma maneira agradável, para que fiquem mais confiantes e emocionalmente tranquilos.”

coisa que fui sempre sentindo ao longo da minha vida profissional é que quando estamos a observar uma criança também temos à nossa frente os pais, mais ou menos emocionados, com maior ou menor preocupação, porque têm ali o seu bem mais precioso e, portanto, eles também estão doentes. Aliás, quando um filho não está bem toda a família fica doente!”

Confrontada com um comentário que se pode ler algures na internet, eventualmente de uma mãe, que agradece a Hercília Guimarães o “tão grande descanso emocional” que lhe proporcionou durante a consulta com o filho, a médica recorda um episódio que a deixou “sem palavras”:

“Uma mãe apareceu-me na consulta com uma série enorme de problemas apontados numa folha de papel, que eu fui desmistificando um a um, conversando com ela, o que a deixou atónita. E disse-me: ‘Parece impossível como toda a minha lista não faz agora sentido! Como é que conseguiu?’ É muito importante a atenção que se dá aos pais, ir respondendo a todas as suas dúvidas de uma maneira agradável, para que fiquem mais confiantes e emocionalmente tranquilos. Fundamentalmente, fazer com que se sintam apoiados.”

A médica admite que até concorda com quem afirma que ela tem facilidade em criar empatia com as crianças, tendo tido muitas provas disso mesmo ao longo da sua atividade como pediatra. Não resiste, aliás, a contar o episódio que envolveu um menino com 3 ou 4 anos, franzino, que conseguiu

que a mãe o levasse de volta à consulta com Hercília Guimarães muito pouco tempo depois de com ela ter estado, com a queixa de não conseguir andar porque os pés lhe doíam muito:

“Eu senti-o, examinei-o e perguntei-lhe: ‘Em que sítio é que te doem os pés.’ Achando que eu estaria, de certo modo, indecisa para descobrir o que ele tinha, sussurrou-me ao ouvido: ‘Olha, eu vou dizer-te a verdade. Não me doem pés nenhuns, eu queria era vir verte!’ Eu achei este episódio maravilhoso! Realmente, os miúdos são fora de série, mesmo espetaculares. São os melhores doentes que poderíamos desejar ter.”

“Fico muito grata por receber este Prémio, mas devo agradecer também às pessoas com quem trabalhei”

“Valorizo muito a atitude da Sociedade Portuguesa de Pediatria ao atribuir-me o Prémio Carreira, e devo dizer que fiquei mesmo muito contente. Penso que sempre trabalhei toda a vida com gosto e dedicação. Mas também tenho a certeza de haver muitos outros pediatras com mérito e uma carreira preenchida merecedores de idêntica distinção”, afirma Hercília Guimarães, acrescentando:

“Fico muito grata por receber este Prémio, mas devo agradecer também às pessoas com quem trabalhei, porque tive sempre a sorte de ter em meu redor profissionais e equipas espetaculares, que aceitavam os desafios e me apoiavam em termos de suporte científico e de trabalho.”

Vale a pena lembrar que o Prémio Carreira SPP é atribuído anualmente a um pediatra membro da Sociedade, “como reconhecimento pelo elevado mérito das suas atividades”. Os critérios para a proposta de candidatos por parte dos sócios incluem a existência de “um histórico de excelência na prática clínica, no ensino e formação, na investigação, ou em qualquer combinação das mesmas, na área da Pediatria”.

Envolvimento das crianças e famílias nos cuidados de saúde – o mundo real

**Rita Moinho**

Assist. hospitalar graduada, Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Pediátrico da ULS de Coimbra

Os cuidados de saúde centrados na criança/adolescente e família são globalmente vantajosos para todos: o doente, a família e as equipas de saúde, sendo um importante fator na prestação de cuidados de qualidade em Pediatria. É sobejamente aceite e está comprovado que a participação dos pais ou cuidadores contribui para o bem-es

tar físico e emocional das crianças e adolescentes, mas num ambiente não familiar como um hospital isso pode ser um desafio.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na facilitação desse envolvimento. No modelo de cuidados centrado no doente, este e suas famílias poderão envolver-se também no processo de tomada de decisão, mesmo em questões específicas como o tratamento e procedimentos envolvidos.

A existência de um diálogo próximo entre os profissionais e as crianças e famílias permite uma maior aproximação, assumindo um papel fundamental a comunicação e a compreensão mútuas.

O conceito de participação ou envolvimento parental nos cuidados de saúde é vago e pode ser percebido de forma diferente entre famílias e profissionais, nem sempre estando claramente definido.

Os benefícios do envolvimento das famílias nos cuidados de saúde, sob uma comunicação eficaz, passam pela continuidade do papel parental, da família como uma unidade funcio

nal; reduzem a ansiedade da criança e família; promovem maior adesão ao tratamento, bem como contribuem para a aquisição ou reforço de competências em tratar de uma criança doente.

A base desta participação deve ser sempre fundamentada nos melhores interesses para aquela criança ou adolescente doente, sendo que muitas vezes se poderá levantar a questão de qual o nível de participação mais apropriado em cada diade doente-cuidador e que se pode, naturalmente, modificar em diferentes fases da doença.

Em crianças hospitalizadas, estas questões são ainda mais relevantes do que em ambulatório, particularmente em ambiente de cuidados a doentes críticos. Nestes casos, o nível de ansiedade parental é elevado, dada a complexidade patológica e muitas vezes o risco de vida envolvido. Se, por um lado, os cuidadores mostram necessidade de informação e de participação, por outro, é muitas vezes notório o seu receio na aproximação e quanto à perceção da realidade em que se encontra o/a seu/sua filho/a.

Neste contexto crítico, o envolvimento dos mesmos é particularmente desafiante. A incerteza da evolução clínica pode criar uma maior barreira no diálogo entre ambas as partes e dificultar esta interação, cabendo aos profissionais de saúde adquirir estratégias para reduzir essas dificuldades e manter o envolvimento dos cuidadores.

São frequentes os relatos traumáticos dos cuidadores de crianças em estado crítico, mas são também recompensadores quando a humanidade e os cuidados de qualidade são relatados pelos mesmos e quando sentem que são igualmente ouvidos e envolvidos. Na palestra com este tema, pretende-se fazer uma revisão teórica, expor diferentes realidades retratadas na literatura e apresentar os resultados da aplicação de um questionário de satisfação parental a acompanhantes de crianças e adolescentes hospitalizados num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos de um hospital terciário, nomeadamente o impacto de sugestões parentais na dinâmica do Serviço.



Hipertensão arterial em idade pediátrica



Liliana Rocha
Nefrologista pediátrica no CMIN, ULS de Santo António. Coord. Grupo de Trabalho da Hipertensão Arterial em Idade Pediátrica da SPP

A hipertensão arterial está claramente associada a um risco cardiovascular e a uma doença renal crónica, doenças que estão entre as principais causas de mortalidade nos países desenvolvidos.

Quando surge em idade pediátrica, a hipertensão arterial apresenta uma elevada probabilidade de tran-

sitar para a idade adulta. Além das consequências já referidas, foi também associada a lesão cardiovascular objetivável e progressiva com início na infância.

A prevalência da hipertensão arterial em idade pediátrica tem vindo a aumentar significativamente, associada a uma mudança drástica do estilo de vida das populações e ao aumento da obesidade infantil e juvenil.

Por estes motivos, o rastreio, que permite o diagnóstico da hipertensão arterial, tem sido motivo de preocupação crescente entre os profissionais de saúde que lidam com esta população. O rastreio deve ser realizado universalmente a partir dos 3 anos de idade, exceto quando existem patologias com risco aumentado, nas quais deve ser iniciado mais precocemente.

É necessário conhecer bem os critérios de diagnóstico, o qual é baseado em percentis populacionais de acordo com a idade e a estatura, cujas tabelas de referência se encontram publicadas e disponíveis para consulta. As principais sociedades internacionais têm publicado regularmente orientações

As crianças e os adolescentes saudáveis devem ter a sua pressão arterial avaliada anualmente.

para o diagnóstico: a Sociedade Europeia de Hipertensão em 2016 e a Academia Americana de Pediatria em 2017. Estas *guidelines* apresentam pequenas diferenças entre elas, relacionadas com a variabilidade dos contextos, mas ambas válidas para o estabelecimento de um correto diagnóstico.

As crianças e os adolescentes saudáveis devem ter a sua pressão arterial avaliada anualmente, prestando especial atenção à técnica aplicada, com utilização de material adaptado a cada criança/adolescente. Para além da avaliação em con-

sultório, a possibilidade da avaliação de 24h em ambulatório pode fornecer informações adicionais importantes, sendo especialmente relevante em doentes selecionados (*2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents*).

Pode contribuir para a confirmação do diagnóstico, para a identificação e classificação de tipos de hipertensão menos comuns, como é o caso da hipertensão mascarada e da hipertensão da bata branca, e para a caracterização do perfil de pressão arterial de cada doente.

Do ponto de vista da etiopatogenia, a hipertensão arterial em idade pediátrica tem sido classicamente atribuída a causas secundárias e,

apesar da etiologia primária ter vindo a aumentar significativamente neste escalão etário, a hipertensão secundária deve ser excluída através da realização de história clínica completa, de um exame físico exaustivo e da realização de um número restrito de exames complementares orientados.

Após o estabelecimento do diagnóstico de hipertensão arterial todos os doentes devem iniciar tratamento não farmacológico, que se traduz na adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo medidas dietéticas, prática desportiva, evicção de drogas e tabaco e hábitos adequados de sono.

A introdução de terapêutica farmacológica deve ser decidida individualmente tendo em conta diversos fatores: presença de doença subjacente (algumas doenças como, por exemplo, a diabetes *mellitus* e a doença renal crónica são indicação para pressão arterial alvo mais baixa), presença de lesão de órgãos-alvo, doentes sintomáticos, gravidade dos valores de pressão arterial, resposta às medidas gerais já instituídas, entre outros.

Mais que tratar, será importante investir na prevenção, através da promoção amplamente difundida de estilos de vida saudáveis, incluindo alimentação e prática de desporto, evitando a obesidade infantil e o *clustering* de fatores de risco cardiovascular, o que se traduzirá num impacto altamente positivo na morbilidade e mortalidade a longo prazo.

Imunizações na doença respiratória crónica: a prevenção para além do VSR



Inês Azevedo
Professora catedrática de Pediatria, FMUP

As crianças com doença respiratória crónica (CDRC) têm um risco elevado de infeções respiratórias graves e de deterioração da doença base. O uso de nirsevimab reduziu os internamentos pediátricos e a carga da doença pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em ambulatório. Os dados nacionais da rede VigirSV apontam para efetividade próxima

dos valores estimados noutros países, mas é fundamental monitorizar a cobertura e variações de efetividade a longo prazo e avaliar esta estratégia comparativamente a outras, como o clesrovimab, ou a vacinação materna.

É ainda necessário vigiar possíveis alterações da circulação de outros vírus, em particular do rinovírus e do metapneumovírus humano (hMPV), um vírus da família Pneumoviridae, próximo do VSR. A aposta em vacinas polivalentes, nomeadamente na vacina mRNA combinada VSR/hMPV, já estudada em idosos, abriu a esperança do seu uso em crianças pequenas, mas o primeiro ensaio clínico com a vacina mRNA-1365 em crianças < 2 anos foi interrompido, pelo maior risco de doença grave em crianças dos 5-7 meses sem infeção VSR prévia.

A prevenção do VSR poderá vir a reduzir o peso das infeções pneumocócicas nas crianças mais jovens, pois, estudos epidemiológicos apontam para a relevância do VSR na passagem de estado de portador na nasofaringe a doença invasiva, so-

A vacina intranasal com vírus vivo atenuado, em crianças ≥ 2 anos, pode constituir uma alternativa melhor aceite para ultrapassar a adesão subótima.

bretudo para serotipos com menor potencial invasivo. Contudo, a vacinação contra *S. pneumoniae* continua a ser crucial, apesar da reduzida eficácia na prevenção de doença invasiva pelo serótipo 3. Na era da vacina conjugada 20-valente, serão necessários estudos para entender os ganhos

económicos e em saúde da vacina polissacarídica 23 valente na CDRC.

A vacinação anual contra a gripe em todas as crianças ≥ 6 meses permite reduzir a carga da doença na população e é aconselhada ainda mais nos grupos de risco. A confirmem-se dados preliminares na criança, a vacina inativada produzida em cultura de células poderá ter maior efetividade do que as produzidas em ovo. A vacina intranasal com vírus vivo atenuado, em crianças ≥ 2 anos, pode constituir uma alternativa melhor aceite para ultrapassar a adesão subótima. A hesitação em vacinar acentuou-se durante a pandemia COVID-19 e constitui um entrave ainda maior à vacinação contra o vírus SARS-CoV-2 em crianças de risco.

A alteração da epidemiologia de outras infeções, como o aumento de doença respiratória na infeção estreptocócica invasiva do grupo A, torna urgente o desenvolvimento de vacinas eficazes e seguras, mas as candidatas estão ainda em fase pré-clínica. Até lá, é importante continu-

ar a advogar para a vacinação universal contra a varicela, tal como a gripe favorecedora de doença grave.

O uso da vacina acelular para *Bordetella pertussis* na primovacinação das crianças, menos eficaz na prevenção da infeção e da sua transmissão, o subdiagnóstico da coqueluche em adolescentes e adultos e a transmissão por indivíduos assintomáticos são fatores apontados como favorecedores do ressurgimento recente da doença. O desenvolvimento de novas vacinas como a BPZE1, indutora de resposta imune também a nível das mucosas, poderá vir a ser o meio de reduzir a colonização.

A imunização dirigida a outros agentes respiratórios para além do VSR constitui, assim, um pilar fundamental na prevenção e agravamento da doença respiratória. O calendário vacinal deve ser atualizado e revisto em cada consulta, sem esquecer as vacinações do PNV, sobretudo nas CDRC que tiveram hospitalizações prolongadas ou cirurgias cardíacas complexas precoces.

Dengue – até quando vamos resistir?



Luís Varandas
Diretor do Serviço de Pediatria da ULS de São José. Prof. catedrático conv., Inst. Higiene e Med. Tropical, UNL

A dengue é uma infeção viral, transmitida por mosquitos, de crescente importância global. Atualmente, é endémica em mais de 100 países das regiões tropicais e subtropicais, sendo esporádica em algumas regiões temperadas, como no sul da Europa. A dengue é a arbovirose mais comum em viajantes, estando a aumentar nos últimos anos. Acredita-se que as alterações climáticas, o crescimento populacional, a mobilidade humana, a urbanização e a expansão dos vetores contribuam para o contínuo aumento de casos nos próximos anos. A OMS estima que ocorram, atualmente, mais de 300 milhões de casos assintomáticos, mais de 100 milhões sintomáticos e mais de 10.000 mortes.

Os vírus dengue (VD-1, 2, 3 e 4) são vírus de RNA de cadeia simples, pertencem ao género Flavivirus, família Flaviviridae e partilham, aproximadamente, dois terços do genoma. O vetor mais importante é o mosquito *Aedes aegypti*, embora outras espécies, como *Aedes albopictus*, seja vetores importantes em algumas áreas.

A dengue é uma doença febril aguda autolimitada com manifestações inespecíficas. O período de incubação é tipicamente de quatro a 10 dias e cerca de 60 a 80% são assintomáticos. O risco de doença grave aumenta nas segundas infeções, particularmente entre aquelas com intervalos mais longos desde a infeção anterior.

A OMS classifica a dengue como dengue sem sinais de alerta e dengue com sinais de alerta, com cerca de 2 a 5% dos doentes a evoluírem para a forma grave de doença. A dengue sintomática segue geralmente o curso clínico das fases febril, crítica e de recuperação. A fase febril, dura dois a sete dias, caracteriza-se por febre, cefaleias, náuseas, vômitos, exantema, dor retroauricular, mialgias e artralgias. Na dengue não complicada a febre resolve, seguindo-se a fase de recuperação.

A fase crítica, geralmente, ocorre entre o quarto e o sexto dias da doença, sendo a característica marcante o extravasamento de plasma, que pode levar ao choque. Os sinais de alerta para o estabelecimento de uma forma grave de dengue incluem dor abdominal, vômitos persistentes, hemorragia das mucosas, hepatomegalia, letargia, aumento do hematócrito e descida rápida das plaquetas. A taxa de mortalidade, na maioria dos países endémicos, é inferior a 1%.

O tratamento é essencialmente de suporte com reposição de fluidos, que devem ser administrados criteriosamente e interrompida quando o extravasamento de plasma diminui, para evitar sobrecarga iatrogénica. Em pa-

cientes com trombocitopenia, a transfusão profilática de plaquetas não previne o sangramento e pode contribuir para a sobrecarga de fluidos. O uso de corticosteroides não é recomendado.

O diagnóstico diferencial inclui outras infeções virais (sarampo, rubéola, enterovírus, adenovírus, outros arbovírus),

doenças bacterianas (leptospirose, febre tifóide) e parasitárias (malária). O diagnóstico da dengue durante a fase aguda pode ser feito através da deteção do RNA viral por meio de testes de amplificação de ácido nucleico (NAAT), deteção de antígenos virais, como a proteína não estrutural 1 da dengue (NS1) e dete-

ção de anticorpos IgG e IgM (ELISA).

Existem três vacinas vivas, atenuadas, com quatro diferentes vírus vacinais direcionados a cada um dos serótipos. A Dengvaxia® (Sanofi Pasteur) foi a primeira vacina contra a dengue a ser licenciada, mas irá ser descontinuada em 2026. A Qdenga® (Takeda), aprova-

da pela Comissão Europeia em dezembro de 2020, é a única licenciada em Portugal. A Butantan-DV®, ainda sem autorização pela EMA e pela FDA, deverá ser utilizada no Brasil já em 2026. A nível individual, o uso de repelentes e roupas protetoras é recomendado para evitar picadas do mosquito vetor.



A doença alérgica na Urgência



Libério Ribeiro
Pediatria e Imunoalergologista.
Presidente da Sociedade Portuguesa de Alergologia Pediátrica

Nas últimas décadas, assistimos ao aumento das doenças alérgicas em geral e também ao aumento da sua severidade, particularmente na alergia alimentar, o que implica uma maior afluência aos serviços de Urgência.

A procura dos serviços de Urgência é feita por expressões alérgicas sem

grande importância até às verdadeiramente urgentes, que podem colocar a vida em risco e que necessitam de uma avaliação rápida da sua gravidade, procurando sinais de alarme e o estabelecimento de tratamento adequado.

Pais angustiados consideram como urgências muitas situações benignas, cabendo ao pediatra, e aproveitando essa oportunidade, o esclarecimento e a educação para sinais ou sintomas de alarme em cada patologia.

As patologias alérgicas observadas por ordem de frequência no Serviço de Urgência são a asma, a urticária e a anafilaxia, pela sua expressão clínica mais ou menos alarmante ou incomodativa para a criança e seus familiares. Analisaremos sumariamente cada uma delas, pela ordem potencial de gravidade e necessidade de rápida intervenção.

A anafilaxia é a verdadeira causa de emergência médica. É uma reação de hipersensibilidade sistêmica generalizada, geralmente de início súbito, grave e potencialmente fatal, com manifestações multisistêmicas, que requer uma intervenção rápida, sendo a adrenalina

o medicamento de primeira linha, o que, infelizmente, nem sempre acontece, mesmo nos serviços de Urgência.

A anafilaxia apresenta geralmente afecção da pele e/ou mucosas, como urticária e/ou angioedema, compromisso respiratório, diminuição da pressão arterial sistólica e sintomas associados de hipoperfusão. Pode acompanhar-se de sintomas gastrointestinais como dor abdominal e vômitos.

Na anafilaxia, além das manifestações clínicas, importa saber a sua cronologia e identificar o contexto em que surgiram os sintomas, não esquecendo os possíveis cofatores, como o exercício físico, a toma de anti-inflamatórios não esteróides, a febre, o álcool e outros.

Saber o alérgeno responsável pela anafilaxia, identificar e confirmar através de provas cutâneas e laboratoriais é mandatório, procurando evitar ou diminuir o risco de futuras anafilaxias.

Um plano de ação e de autotratamento deve ser indicado e feita a prescrição de autoinjetores de adrenalina, ensinando e demonstrando a

sua forma de utilização.

A asma é a doença alérgica mais prevalente em idade pediátrica e pode manifestar-se com diferentes graus de gravidade, o que implica um diagnóstico correto e terapêutica adequada. Quando diagnosticada e bem controlada com medicação preventiva, de manutenção, raramente existem agudizações que impliquem idas ao Serviço de Urgência.

Do número total de idas ao Serviço de Urgência por agudização de asma, só 1/4 dos doentes estavam a ser seguidos em Consulta de Alergologia e alguns destes não tinham plano escrito da sua terapêutica e indicação dos sintomas perante os quais deveriam procurar o Serviço de Urgência.

A asma severa, que poderá, mesmo com a medicação de manutenção adequada, ter exacerbações que necessitem de cuidados especiais, é pouco frequente em idade pediátrica, não ultrapassando os 3 a 5%.

A urticária, que, por vezes, se acompanha de angioedema, é relativamente frequente na criança, cerca

de 7%, e a sua etiologia é muito variada, sendo as causas físicas, como o dermatografismo, o frio, a pressão, o contato com a água e as infeções, os principais fatores desencadeantes.

As urticárias alérgicas, mediadas por IgE, são habitualmente originadas por alimentos e mais raramente por medicamentos e picadas de insetos.

A urticária é a manifestação mais constante na anafilaxia. Na criança, 85% das urticárias são agudas e a maioria sofre um único episódio, que não se repete.

A urticária crônica, rara na criança, implica o seguimento numa Consulta de Alergologia Pediátrica para esclarecimento da causa, que pode ser múltipla, desde fatores físicos a hormonais e parasitários.

É urgente separar a urgência da pseudo-urgência, permitindo aos médicos maior disponibilidade física e psicológica para o atendimento das reais urgências, com múltiplos e, por vezes, complexos problemas de diagnóstico e tratamento e que requerem intervenção rápida e eficaz.

OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A inteligência artificial nas perturbações do neurodesenvolvimento



Daniel Gonçalves
Pediatria do Neurodesenvolvimento,
ULS de São João

As perturbações do neurodesenvolvimento representam um conjunto heterogêneo de patologias que beneficiam de diagnóstico precoce, avaliação contínua e in-

tervenção especializada. Nos últimos anos, o avanço da inteligência artificial (IA) tem aberto novas possibilidades para melhorar cada uma destas etapas.

Relativamente ao diagnóstico, existem vários modelos de IA baseados em *machine learning* que conseguem analisar grandes volumes de dados clínicos, escalas de rastreio, padrões de linguagem, voz, expressões faciais e movimentos, sendo que vários estudos recentes demonstram que algoritmos de IA podem identificar sinais precoces de perturbação do espetro do autismo (PEA) a partir de vídeos curtos.

Algumas ferramentas de processamento de linguagem natural conseguem analisar padrões de linguagem e, embora não substituam a avaliação clínica, podem servir como pré-rastreio para o diagnóstico de patologias como a perturbação do

desenvolvimento da linguagem, auxiliando na priorização de casos para avaliação especializada.

Aplicações móveis e *wearables* com IA permitem monitorizar variáveis comportamentais e cognitivas de forma contínua, detetando alterações subtis no padrão de sono, nível de atividade ou desempenho em tarefas de jogo. Estes dados podem complementar a observação clínica, fornecer métricas objetivas e apoiar decisões sobre ajustes terapêuticos.

A IA pode ajudar na adaptação de planos terapêuticos, sugerindo atividades de terapia da fala, terapia ocupacional ou terapia cognitivo-comportamental com base em dados do progresso da criança. Plataformas educativas com algoritmos adaptativos ajustam a dificuldade das tarefas conforme a resposta, promovendo o en-

volvimento e uma maior motivação da criança.

Por outro lado, *chatbots* e assistentes virtuais podem fornecer informação validada e adaptada ao nível de literacia da família, apoiar na gestão de rotinas e medicação e facilitar a comunicação entre pais, terapeutas e professores. Na Consulta de Neurodesenvolvimento a IA pode ainda ter um papel fundamental na integração de vários dados clínicos e na redução da burocracia associada à Consulta.

Contudo, apesar de todo este potencial, o uso da IA nas perturbações do neurodesenvolvimento levanta questões importantes, como a validação científica (muitos algoritmos foram treinados com amostras limitadas, não necessariamente representativas da nossa população), assim como é crucial garantir conformidade

com normas como o RGPD, sendo fundamental a privacidade e segurança dos dados das “nossas crianças”. Existe ainda o risco de sobredependência tecnológica: a IA deve apoiar e não substituir o nosso juízo clínico.

A IA constitui, portanto, uma ferramenta promissora para otimizar o rastreio, a monitorização e a personalização do cuidado em crianças com perturbações do neurodesenvolvimento. A integração bem-sucedida dependerá da sua validação robusta, da adequada formação dos profissionais e de um enquadramento ético claro.

Para os pediatras do Neurodesenvolvimento é importante conhecer estas ferramentas, criticar ativamente a sua utilidade e saber incorporá-las de forma segura na sua prática clínica, mantendo o foco no cuidado centrado na criança/adolescente e na família.

Periviabilidade – a procura do equilíbrio entre ciência, ética e prática clínica



Ana Cristina Freitas
Pediatria neonatologista, ULS de Santo António. Coautora do Consenso sobre Periviabilidade

Os avanços da Neonatologia têm redefinido os limites da prematuridade. Recém-nascidos outrora considerados sem viabilidade pela sua extrema prematuridade têm hoje possibilidade de sobreviver graças ao progresso tecnológico e à especialização dos cuidados perinatais. No entanto, os princípios éticos que orientam a prática clínica recordam-nos que o melhor interesse do feto/

/recém-nascido vai muito além de uma hipótese imediata de sobrevivência.

A qualidade devida e o potencial de desenvolvimento com uma vida digna deverão ser os objetivos principais da atuação clínica. Ainda assim, a subjetividade desses conceitos e a dificuldade de os prever no momento do nascimento tornam complexas as decisões no limite da periviabilidade.

Neste contexto, vai-se redefinindo o conceito de periviabilidade, que descreve o intervalo de idade gestacional com potencial de sobrevivência, mas altamente condicionada por múltiplos fatores biológicos, clínicos e organizacionais. A utilização de um ponto de charneira rígido para uma realidade contínua e influenciada por variáveis muitas vezes mutáveis ao longo do período pré-natal e neonatal tem-se revelado insuficiente.

A tentativa racional de transformar a periviabilidade num conceito exato torna a sua aplicabilidade na prática clínica artificial, condiciona as decisões clínicas e dificulta a discussão ética nas situações limítrofes. Assim, recomenda-se que a tomada

de decisão seja baseada em intervalos de viabilidade, estratificados em três categorias: risco muito elevado de mortalidade (> 90%), risco elevado (50–90%) e risco moderado (< 50%).

As taxas de mortalidade entre 22 e 24 semanas variam amplamente na literatura internacional, refletindo diferenças nos sistemas de saúde, bem como nas abordagens éticas e clínicas adotadas diante da prematuridade extrema em cada país. Em Portugal, dados do Registro Nacional do Recém-Nascido de Muito Baixo Peso (2013-2022) evidenciam mortalidade de 100% às 22 semanas, 87% às 23 semanas, 61% às 24 semanas e inferior a 50% a partir das 25 semanas.

A morbilidade entre sobreviventes permanece elevada, destacando-se a displasia broncopulmonar e a retinopatia da prematuridade, ainda que a incidência de lesões cerebrais graves seja inferior a 50%. Importa sublinhar que a morbmortalidade resulta de uma interação dinâmica de múltiplos fatores de risco materno-fetais — como peso ao

nascimento, sexo, gemelaridade, corticoterapia pré-natal, infeção perinatal e malformações congénitas —, bem como das circunstâncias e condições clínicas ao nascimento.

Estes dados reforçam que a periviabilidade não representa um limite absoluto, mas sim um intervalo de incerteza em que a ciência, a ética e a prática clínica se entrelaçam. A chamada “zona cinzenta”, onde o melhor interesse da criança é difícil de determinar, corresponde ao intervalo de risco elevado de mortalidade — atualmente, em Portugal, estimado entre as 23 semanas e 0 dias e 24 semanas e 6 dias.

Nesta circunstância, a decisão de instituir cuidados ativos ou cuidados de conforto deverá ser individualizada, resultado de uma reflexão multidisciplinar que integre a evidência epidemiológica, os fatores prognósticos e os valores e escolhas da família. A periviabilidade afirma-se como um conceito central da Neonatologia contemporânea, recordando-nos que a Medicina deve conjugar a precisão da ciência com a responsabilidade ética e a essência do humanismo.

Hesitação vacinal



José Gonçalo Marques
Coord. Unidade Pediátrica de Infec. e Imunodef. da ULS de Santa Maria. Membro da Comissão Técnica de Vacinação da DGS

Uma vez assegurado o acesso à água potável e ao saneamento básico, a vacinação é a intervenção com mais impacto na saúde de uma população. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) universal, gratuito e dinâmico, adaptando-se à nossa epidemiologia. O seu sucesso traduziu-se já na participação na erradicação da varíola e na eliminação, em Portugal, do sarampo, poliomielite, difteria, rubéola e tétano neonatal.

As vacinas disponíveis são globalmente seguras. As verdadeiras contraindicações são muito poucas:

- Reação alérgica grave a uma dose anterior da vacina ou a algum dos seus constituintes.
- Imunodeficiência grave e gravidez, apenas para as vacinas vivas.
- Vacina da tosse convulsa, se surgiu encefalopatia nos sete dias após toma anterior, sem outro motivo conhecido.

A consciência de que, em Portugal, pode aumentar a hesitação em vacinar, deve-nos fazer focar nas doenças que são preveníveis e nos argumentos científicos que anulam os receios infundados.

Em primeiro lugar, devemos estar bem preparados e, em segundo, evitar o confronto direto.

Uma boa forma de começar é dizer “Numa coisa estamos de acordo, ambos queremos o melhor para o seu filho” e “Não pretendo forçar nada, mas sim informar e tentar esclarecer as dúvidas que possa ter”.

Uma das formas de o fazer é antecipar dúvidas, dando respostas antes de colocadas as questões. Por exemplo, informar que o alumínio na dose utilizada como adjuvante não apresenta risco de toxicidade e que até na água corrente existem pequenas quantidades de alumínio.

Outra informação relevante, face à desconfiança sobre os verdadeiros motivos da vacinação e sobre o desvalorizar de efeitos adversos por parte das autoridades de saúde e sociedades científicas, é lembrar que nenhum país do mundo pretenderia comprometer o seu futuro enquanto comunidade, “envenenando” com vacinas todas as suas crianças. Antes pelo contrário, todos pretendem o melhor para as crianças e para a população.



Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

nal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jorna
OR

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

nal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jorna
OR

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

nal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jorna
OR

Jornal
ORL

Jornal
ORL

Jornal
ORL

