



Luís Nogueira Silva
Ao fim de um ano, só 50% dos hipertensos mantêm a terapêutica prescrita
■ P. 12

INFORMAÇÃO
Declaração de Consenso
A importância de vacinar as crianças contra a gripe
■ P. 11

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Dezembro 2025
Ano XIII • Número 141 • 3 euros
Publicação Periódica

“O SNS necessita agora de execução, planeamento e responsabilidade” – foi este o apelo deixado pelo médico de família Bruno Moreno, que subiu ao palco do 16.º Encontro Nacional das USF para discursar na qualidade de vice-presidente da USF-AN



■ P. 16



VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026
19 a 21 de março
PORTO



USF Alpha, ULS de Entre Douro e Vouga

Rigor Acesso Organização

■ P. 18/26

São apenas três das palavras que podem ser usadas para caracterizar a forma como funciona esta Unidade do concelho de Ovar, sob a coordenação de Rafael Gonçalves (na foto, com Marisa Carvalho, diretora clínica da Área dos CSP da ULSEDV)

OPINIÃO

Silvana Ferreira Marques

Unidade Integrada de Cuidados na Comunidade - um novo modelo organizacional

■ P. 6

Catarina Lobão

A necessidade de formação específica em Enfermagem Forense

■ P. 4

ESPECIAL

■ P. 30/35

11^{as} Jornadas
GRES P



A intervenção psicoterapêutica permanece uma miragem para muitas pessoas

■ P. 14

Francisco Sampaio diz que os enfermeiros especialistas em Saúde Mental estão subaproveitados

MÁRIO MORAIS DE ALMEIDA

Rinite alérgica continua a ser frequentemente subdiagnosticada e subtratada



■ P. 8

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 nº 1A. **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/13 **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "Informação".

Publicações



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

Reforma dos CSP: entre a consolidação e a necessidade de uma nova missão



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



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

O estudo “O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2024/25”, censo promovido pela USF-AN e respondido por 538 coordenadores de USF (77,6% do total), revela um sistema mais consolidado, mas ainda marcado por fragilidades estruturais e desafios de integração no novo modelo das Unidades Locais de Saúde (ULS).

Mais USF, mais cobertura, mais desafios

Portugal tem hoje 703 USF a funcionar, com 8 milhões de utentes e mais de 14.600 profissionais. É o número mais

elevado de sempre e reflete o impacto da eliminação das quotas de passagem para o modelo B, concretizada em 2024. Apesar do crescimento, o estudo alerta que o processo ocorreu de forma desigual, sem o tempo de maturação e formação necessários. A consolidação organizacional e o apoio técnico ainda não acompanharam o ritmo da expansão.

Satisfação em alta, mas persistem fragilidades

A satisfação global das equipas aumentou – 80,6% estão satisfeitas ou muito satisfeitas

Virgínia Lynch, que percebeu que, durante a prestação de cuidados, os profissionais de saúde frequentemente destruíam evidências essenciais, comprometendo a justiça e a resolução de crimes.

A Enfermagem Forense integra conhecimentos de saúde com as ciências forenses, aplicando-os na assistência a vítimas e agressores, na preservação de evidências e na colaboração com sistemas de Justiça e de Medicina Legal. O seu foco inclui o atendimento clínico, o apoio biopsicossocial e espiritual, a investigação e documentação em situações de violência, os acidentes graves, as mortes súbitas ou os desastres em massa.

Mais do que nos identificarmos como “enfermeiros forenses”, é essencial reconhecer que somos, antes de tudo, enfermeiros. A competência não reside num rótulo, mas nos conhecimentos, habilidades e valores que nos permitem detetar sinais de trauma, avaliar adequadamente, preservar vestígios e responder de forma abrangente às necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas afetadas.

As intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação constante de defender a liberdade e a dignidade da pessoa, assegurando igualdade, verdade, justiça, altruísmo, respeito pelos direitos humanos e pelo bem da comunidade. É fundamental proteger as pessoas (os nossos utentes, doentes, clientes) de práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum.

O conceito de Enfermagem Forense foi introduzido pela enfermeira norte-americana

O termo “forense” pode, por vezes, ser limitador ou induzir perceções erróneas sobre a prática. É, assim, essencial que todos os enfermeiros desenvolvam uma base sólida de competências e princípios éticos que lhes permitam atuar com segurança, eficácia e integridade, mesmo em situações complexas e desafiadoras.

Grande parte da formação em Enfermagem Forense, no contexto nacional, abrange áreas como Toxicologia, Genética, Antropologia, Criminalista, Psicologia e Psiquiatria Forense, entre outras. Mas será que faz sentido que o enfermeiro aprofunde conhecimentos em disciplinas nas quais a sua intervenção prática é mínima ou mesmo inexistente? Sem dúvida que o conhecimento enriquece a formação, mas não seria mais sensato concentrar a aprendizagem no desenvolvimento de competências de enfermagem e na construção de sinergias eficazes com as demais ciências forenses, de modo a aplicar o conhecimento científico de forma integrada e colaborativa, sem dispersão ou sobreposição de funções?

Estudos demonstram que preconceitos, mitos e estereótipos podem comprometer a deteção e o encaminhamento adequado de casos de violência. Por isso, a formação deve capacitar os enfermeiros a integrar cuidados clínicos especializados, a preservação e documentação rigorosa de vestígios, o apoio biopsicossocial e a coordenação com outras entidades, garantindo a proteção às vítimas e a integridade ao processo investigativo.

Sobressai, assim, a necessidade de formação específica, com planos de estudos estruturados e alinhados com a prática real da Enfermagem Forense, que priorizem a função autónoma do enfermeiro e promovam sinergias com outras ciências forenses. Avaliar uma vítima vai muito para além da identificação de lesões físicas: exige compreender os aspetos psicológicos, sociais e contextuais nos quais os maus-tratos ocorrem.

Uma formação adequadamente orientada para a Enfermagem permite que os enfermeiros atuem de forma ética, segura e eficaz, sem dispersão de funções ou sobreposição de competências, contribuindo decisivamente para a proteção das vítimas e para a qualidade do processo investigativo.

Em última análise, a função do enfermeiro em contextos de violência e de trauma demonstra a complexidade e amplitude do conhecimento da enfermagem, que ultrapassa a esfera clínica tradicional. Desde a prestação de cuidados até à preservação de evidências e o apoio integral às vítimas, a enfermagem evidencia a sua autonomia profissional e científica, consolidando-se como pilar essencial para a excelência do cuidado em situações complexas e desafiadoras, onde o respeito pela dignidade, pela justiça e pelos direitos humanos é tão relevante quanto a competência técnica.

entre níveis assistenciais. Ainda assim, os diretores clínicos para os CSP e os seus adjuntos são amplamente valorizados – “quanto mais próxima é a liderança maior é a satisfação”, conclui o relatório.

Profissionais no centro das preocupações

A carência de recursos humanos mantém-se crítica: 58% das USF tiveram ausências prolongadas sem substituição. Há consenso quase total sobre a necessidade de criar uma carreira de secretariado clínico (93%), abrir vagas para enfermeiros especialistas e melhorar a progressão das carreiras médicas e de enfermagem. A conciliação entre vida profissional e pessoal e a simplificação administrativa surgem como prioridades urgentes.

Contratualização e autonomia

Apesar do recorde de USF (88%) que discutiram o plano de ação com a ULS, quase metade das equipas sente limitações à sua autonomia. Persistem atrasos no pagamento de incentivos institucionais e um défice de transparência na contratualização. O estudo recomenda contratualização plurianual, maior autonomia financeira e gestão orientada para resultados.

Um futuro menos burocrático e mais próximo

Os coordenadores das USF definem com clareza o rumo desejado: menos burocracia (99%), mais digitalização (77%), melhor conciliação familiar (99,6%), flexibilidade de horários (97%) e maior envolvimento dos utentes (73%). Apenas 14% apoiam a criação de USF de gestão privada (modelo C), confirmando a preferência por um SNS público, eficiente e com autonomia local.

Conclusão

O estudo da USF-AN mostra que as USF são uma das reformas mais bem-sucedidas do setor público português. Contudo, os autores alertam que o sucesso só será sustentável se houver liderança próxima, investimento consistente e políticas baseadas em evidência. Duas décadas depois, Portugal precisa de uma nova Missão para os Cuidados de Saúde Primários – capaz de consolidar o que foi conquistado, devolver autonomia às equipas e recentrar o SNS naquilo que sempre o distinguiu: a proximidade e a confiança entre profissionais e cidadãos.

Fonte: Estudo “O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2024/25”, USF-AN, outubro de 2025.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Saúde mental dos jovens: uma infirmeza contemporânea



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

Nos últimos meses, multiplicam-se os relatórios e notícias que apontam para uma realidade inquietante: a saúde mental dos jovens está em crise. A Organização Mundial da Saúde alerta que um em cada sete europeus com menos de 20 anos apresenta uma perturbação de saúde mental, sendo que uma em cada quatro raparigas entre os 15 e os 19 anos relata problemas significativos. Em Portugal, os números não são menos alarmantes: quase metade dos jovens adultos refere sintomas de ansiedade, *burnout* ou mesmo depressão.

Este cenário não pode ser lido apenas como uma estatística ausente de análise com as lentes da Enfermagem. Ele traduz uma infirmeza coletiva, que emerge dos processos intencionais e não intencionais da vida contemporânea: isolamento social, pressão académica e laboral, dependência digital, instabilidade económica e geopolítica. A Enfermagem, definida por mim, numa das minhas obas, como a Ciência e Profissão que estuda, diagnostica, prescreve e intervém nas firmezas e infirmezias das Pessoas Humanas, encontra aqui um campo de ação urgente e transformador.

A sociedade tende a reduzir a saúde mental a “doença”, remetendo-a para diagnósticos médicos e tratamentos farmacológicos. Mas a Enfermagem olha para além disso. O enfermeiro não trata doenças, mas acompanha pessoas em processos de infirmeza, ajudando-as a reencontrar firmezas.

No caso dos jovens, a infirmeza manifesta-se em múltiplas dimensões: **Intencional:** escolhas de vida marcadas por expectativas irreais, iliteracia na gestão das emoções ou crenças potenciadoras de alterações negativas no autoconceito, repercutindo-se em baixa autoestima, autoimagem negativa ou baixa perceção de autoeficácia em vários domínios da vida. **Não intencional:** manifestações psicossomáticas como impacto da pandemia, da crise económica ou da hiperconectividade digital (a tal ansiedade, exaustão ou mesmo depressão); **Interação com o ambiente:** redes sociais que amplificam comparações, ambientes escolares competitivos ou emocionalmente agressivos (com o aumento do *bullying*, por exemplo), mercados de trabalho precários e contextos familiares instáveis, entre outros.

Os Diagnósticos de Enfermagem, neste contexto, procuram identificar, explicar e compreender como estas infirmezias se entrelaçam com os projetos de vida dos jovens e como podem ser transformadas em firmezas através de intervenções individuais (em sede de consulta de enfermagem, por exemplo), ou coletivas (em grupos – como turmas em escolas; em comunidades – por exemplo, nas comunidades escolares como um todo; em populações – através de uma abordagem em Saúde Pública orientada para a Saúde Mental dos Jovens.

A recente aprovação de um “cheque de saúde mental” para utentes sem resposta atempada no SNS mostra que o sistema procura soluções paliativas. Mas a Enfermagem pode ir mais longe:

– Através de consultas de enfermagem em Saúde Mental, que promovem estratégias de *coping*, gestão de stress e literacia emocional, otimizando os recursos comunitários de Enfermeiros e enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

– Através de consultas de Enfermagem de Saúde Familiar, orientadas para a Saúde Juvenil enquadrada na sua Família como unidade de cuidados, otimizando os recursos em especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar nas USF;

– Através da abordagem clínica em Saúde Escolar, otimizando os recursos em especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, mas também de Saúde Infantil e Pediátrica, e porque não de Saúde Mental e Psiquiátrica, onde se permita, em colaboração, desenvolver projetos alicerçados no Planeamento em Saúde e Empoderamento Comunitário (com os primeiros especialistas), na abordagem de planos de saúde individuais (com os segundos e terceiros especialistas) e na ação coletiva em contexto escolar, com uma ação interdisciplinar, potenciadora da saúde mental.

O diagnóstico de enfermagem sobre a saúde mental dos jovens não é apenas uma constatação de fragilidade. É um convite à ação: transformar a infirmeza do isolamento em firmeza de pertença; a infirmeza da ansiedade em firmeza de autocuidado; a infirmeza da dependência digital em firmeza de uso consiente da tecnologia.

Num tempo em que metade dos jovens portugueses vive sob o peso da ansiedade ou do *burnout*, a enfermagem afirma-se como ciência e profissão capaz de devolver firmeza às trajetórias humanas. Não se trata de curar doenças, mas de restituir possibilidades de vida plena, e isso, mais do que prevenção de doenças, é promoção da saúde (tantas vezes diluída e confundida com a anterior).

Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

3.^{as} Jornadas do Internato Médico de Gondomar



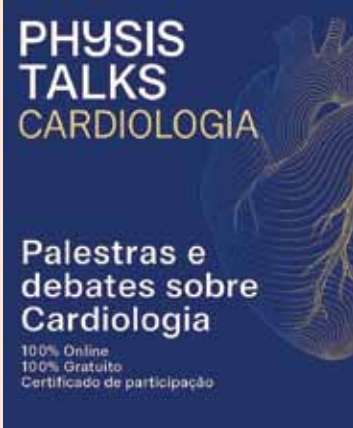
Pavilhão Multiusos de Gondomar
4 e 5 de dezembro
Organização: Internos e orientadores de formação de MGF da ULS Santo António

Jornadas MGF conVIDA 2025



Online
5 de dezembro
Organização: Internos de seis USF da ULS Coimbra

Webinar Physis talks - Cardiologia



Online
12 de dezembro
Organização: Internos da USF Physis

Allergy & Respiratory Summit 2026



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

VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF



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

6.^{as} Jornadas MGF Além Fronteiras



Centro de Congressos de Aveiro e online
29 e 30 de maio
Organização: Associação MGF Além Fronteiras

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT

UM NOVO MODELO ORGANIZACIONAL DE PROXIMIDADE. E PORQUE NÃO?

Unidade Integrada de Cuidados na Comunidade (UICC)



Silvana Ferreira Marques
Enfermeira gestora, ULS da Região de Aveiro

A criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) constituiu um marco decisivo na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), iniciada em 2005, em Portugal. Inseridas num modelo orientado para a proximidade,

a multidisciplinaridade e a intervenção comunitária, as UCC foram formalmente regulamentadas pelo Despacho n.º 10143/2009, assumindo a missão de prestar cuidados de saúde e apoio social centrados na família, na comunidade e nos grupos vulneráveis.

A reforma dos CSP, estruturada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, estabeleceu os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e abriu caminho a novas unidades funcionais, incluindo as UCC, reforçando a autonomia, a eficiência e a intervenção comunitária.

O despacho de 2009 definiu funções essenciais das UCC: cuidados domiciliários, promoção da saúde, vigilância de grupos vulneráveis, articulação com entidades sociais, prevenção da doença e participação na formação de profissionais. Introduziu ainda elementos estruturantes como a autonomia organizativa, a carta de compromisso anual, as equipas multiprofissionais e a avaliação por indicadores.

Entre 2009 e 2025, o desenvolvimento das UCC foi gradual e marcado por assimetrias territoriais, dependência da iniciativa local, escassez de recursos humanos e capacidade organizacional variável entre ACES e, mais tarde, ULS. Exemplos como a UCC Anadia, criada em 2013, ilustram esta diversidade.

As UCC consolidaram-se como unidades essenciais em áreas como a saúde escolar, a saúde mental comunitária, a intervenção precoce, o apoio a famílias vulneráveis, os cuidados continuados integrados (ECCI), a gestão da doença crónica e a reabilitação.

A contratualização tornou-se instrumento-chave de governação, reforçado com o BI-CSP, permitindo definir indicadores específicos, monitorizar desempenho, articular com outras unidades (USE, UCSP, USP) e potenciar o trabalho com autarquias e parceiros sociais.

A literatura científica recente confirma o papel das UCC como pilar do modelo

comunitário, integrando promoção, prevenção, vigilância, reabilitação e intervenção social. A transição para as ULS reforça esta lógica de integração, alinhada com tendências internacionais, promovendo cuidados centrados no cidadão, reduzindo contactos evitáveis e valorizando a prevenção, o diagnóstico precoce e os cuidados domiciliários.

Persistem, contudo, desafios estruturais. As desigualdades territoriais permanecem evidentes ao nível dos recursos humanos, da capacidade de resposta domiciliária e da articulação local. A Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade defende a elevação do Despacho a Decreto-Lei, garantindo estabilidade jurídica e uniformidade nacional. A integração com a RNCCI tem evoluído, especialmente através das ECCI, reforçadas pela Portaria n.º 156/2025.

A escassez de profissionais (médicos, enfermeiros especialistas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e assistentes técnicos) limita a capacidade assistencial e exige revisão urgente das dotações mínimas. No contexto das ULS, importa ainda repensar a manutenção de microequipas que reforçam as desigualdades estruturais e de acesso destas equipas.

Face ao envelhecimento populacional, a dependência funcional crescente e a pressão hospitalar, as UCC assumem-se como estruturas fundamentais para garantir cuidados de proximidade, equidade, integração entre saúde e apoio social e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

O futuro dependerá da consolidação jurídica, do reforço da contratualização inteligente, do investimento em equipas especializadas, da integração de dados e de tecnologia, e do fortalecimento das redes locais com autarquias e instituições da comunidade. Países como os Países Baixos, a Suécia e a Dinamarca constituem referências internacionais em cuidados domiciliários, prevenção, equidade e resultados em saúde, oferecendo modelos inspiradores para Portugal.

Propõe-se a evolução para Unidades Integradas de Cuidados na Comunidade (UICC) – um novo modelo organizacional de proximidade, com equipas multidisciplinares completas, rácios mínimos, autonomia e forte articulação com a educação, o setor social e a governação local.

Neste contexto, propõe-se a evolução para Unidades Integradas de Cuidados na Comunidade (UICC) – um novo modelo organizacional de proximidade, com equipas multidisciplinares completas, rácios mínimos, autonomia e forte articulação com a educação, o setor social e a governação local.

As UICC enfatizam a promoção da saúde, a prevenção da doença, a literacia, a saúde mental, o financiamento baseado em resultados, a avaliação transparente e o uso intensivo de tecnologias (registo clínico interoperável, telemonitorização, *dashboards* populacionais). Este modelo reforça a capacidade das ULS para reduzir urgências evitáveis, melhorar indicadores populacionais, integrar respostas sociais e educativas e potenciar o capital comunitário.

O avanço para as UICC poderá representar a consolidação definitiva de um modelo integrado, territorial e sustentável.

Pilares e ações prioritárias

1) Modelo de cuidados – equipa multidisciplinar com rácios mínimos por regiões;

Ação-chave: estruturar com equipas completas multiprofissionais.

2) Integração da saúde com a Educação, serviços social e governação local;

Ação-chave: instrumentos legais/contratuais para integração – mapear responsabilidades, recursos e fluxos de financiamento entre Saúde, Educação e Serviços Sociais e Autarquias.

3) Capital humano – formação contínua e transversal das equipas a nível nacional;

Ação-chave: programas com impacto em equidade, na eficiência, no acesso e na qualidade.

4) Financiamento, incentivos e avaliação.

Ação-chave: financiamento com base na cobertura, incentivos pelo desempenho, governação baseada em resultados.

5) Digital *health* & dados

Ação-chave: registo clínico interoperável (padrões nacionais), telemonitorização para doentes crónicos, triagem digital para priorização de visitas, *dashboards* para gestores locais.

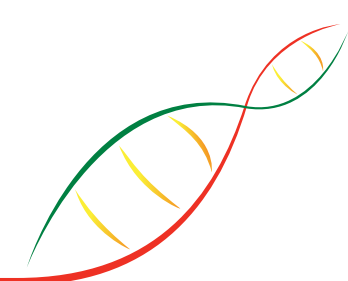
A história das UCC revela uma evolução significativa mas marcada por limitações estruturais persistentes. Apesar dos 16 anos decorridos desde o despacho fundador, a ausência de enquadramento jurídico mais robusto, a insuficiência de dotações e a falta de financiamento adequado continuam a condicionar o seu impacto. Ainda assim, as UCC afirmaram-se como pilares da saúde comunitária, promovendo a proximidade, a continuidade e a equidade.

O avanço para as UICC poderá representar a consolidação definitiva de um modelo integrado, territorial e sustentável para o futuro dos cuidados de proximidade em Portugal, envolvendo de forma clara as ULS e as autarquias na responsabilidade pela saúde das populações.



PRÉMIO Bial

DE MEDICINA CLÍNICA 2026



Regulamento disponível em:
www.bialfoundation.com

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

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

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

Menções Honrosas (máximo duas) | € 10.000

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

Presidente do Júri | Jaime Branco

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELÊNCIA


O Presidente da República


CONSELHO DE
RETORES DAS
UNIVERSIDADES
PORTUGUESAS


ORDEM
DOS MÉDICOS

FUNDAÇÃO
Bial
Instituição de utilidade pública

www.bialfoundation.com • info@bialfoundation.com

9º PRÉMIO
AIDFM-CETERA

MELHOR ARTIGO
CIENTÍFICO 2025

ÁREA CARDIOVASCULAR

Candidaturas:

03/11/2025 a 04/01/2026

Prémio de 3.500 €

20 de janeiro de 2026:

Serão divulgados os três melhores artigos.

20 a 22 de fevereiro 2026:

Os prémios serão entregues durante o XVI Congresso de Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular.



CETERA:
ACADEMIA CONSULTING-RESEARCH ORGANIZATIONS

PUB



MÁRIO MORAIS DE ALMEIDA, IMUNOALERGOLOGISTA, COORDENADOR DO ALLERGY & RESPIRATORY SUMMIT:

“A rinite alérgica continua a ser subdiagnosticada e subtratada”

O DIAGNÓSTICO CORRETO E O TRATAMENTO ORIENTADO POR BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS SÃO, PARA MÁRIO MORAIS DE ALMEIDA, FUNDAMENTAIS PARA ENFRENTAR UMA DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS MAIS PREVALENTES: A RINITE ALÉRGICA.

Apesar de a rinite alérgica afetar cerca de 25% da população, com um impacto significativo na qualidade de vida, no desempenho escolar e laboral, bem como nos custos em saúde, o facto é que “continua a ser frequentemente subdiagnosticada e subtratada”, adverte o imunologista Mário Morais de Almeida.

No entender deste especialista, atual presidente da World Allergy Organization (WAO), “a desvalorização dos sintomas nasais, tanto por parte dos doentes como de alguns profissionais de saúde, contribui para atrasos no diagnóstico, escolhas terapêuticas inadequadas e um controlo insuficiente da doença”.

“O primeiro passo crítico a dar na abordagem da rinite é proceder a um diagnóstico rigoroso”, avisa, esclarecendo que ela deve ser classificada em rinite alérgica (mediada por IgE), rinite não alérgica (vasomotora, induzida por fármacos, infecciosa, ocupacional, etc.) ou forma mista. E esta distinção “não é meramente académica”, pois, “tem implicações diretas na estratégia terapêutica e no prognóstico”.

A rinite alérgica acaba por ser, com frequência, confundida com uma “constipação prolongada” ou com sintomas sazonais banais, enquanto a não alérgica é muitas vezes considerada inevitável, sobretudo em contextos de poluição ou de irritação ambiental.

Mário Morais de Almeida lembra

que as recomendações ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) “sublinham o conceito de via aérea única, reforçando a ligação estreita entre rinite e asma”. Com efeito, cerca de 20 a 30% dos doentes com rinite alérgica têm asma e até 80% dos asmáticos apresentam rinite associada, sabendo-se que a presença de rinite não controlada agrava o controlo da asma e aumenta o risco de agudizações.

20 a 30% dos doentes com rinite alérgica têm asma e até 80% dos asmáticos apresentam rinite associada.

“É por isso que todo o doente com rinite alérgica deve ser sistematicamente avaliado quanto à presença de sintomas respiratórios inferiores, devendo aquela ser tratada como parte integrante do controlo global da doença respiratória”, aconselha o imunologista.

A avaliação da gravidade e do impacto dos sintomas pode ser simples mas reproduzível. A escala visual analógica (VAS), de 0 a 10, é uma



Mário Morais de Almeida: “O médico de família tem um papel central na revalorização clínica da rinite”

ferramenta validada e prática para quantificar sintomas e monitorizar a resposta terapêutica ao longo do tempo. Valores iguais ou superiores a 5 indicam geralmente doença não controlada e necessidade de otimização terapêutica.

“No tratamento farmacológico, as evidências atuais são claras. Os corticosteroides intranasais e os anti-histamínicos não sedativos constituem a terapêutica de 1.ª linha na rinite, sendo que na presença de obstrução nasal os primeiros são claramente superiores. Nos doentes com sintomas mais intensos, a associação fixa de um corticosteroide intranasal com um anti-histamínico intranasal oferece maior eficácia e rapidez de ação”, esclarece Mário Morais de Almeida, acrescentando:

“Os antagonistas dos recetores dos leucotrienos não devem ser utilizados como terapêutica inicial da rinite devido à sua menor eficácia e a preocupações de segurança, devendo ser reservados para situações específicas, nomeadamente, quando existe asma concomitante.”

Vale a pena insistir naquilo que já se sabe: a não aplicação da técnica correta na utilização do inalador compromete significativamente a sua eficácia terapêutica e faz aumentar a ocorrência de efeitos secundários. E mais: “A educação do doente deve incluir esclarecimentos sobre a segurança dos corticosteroides intranasais e alertar para os riscos da utilização prolongada de descongestionantes tópicos associados à rinite medicamentosa.”

Entretanto, as medidas não farmacológicas complementam a abordagem terapêutica: higiene nasal com soluções salinas suaves, identificação e redução de exposição a alérgenos e irritantes, melhoria da qualidade do ar e utilização de estratégias simples, como filtros, máscaras ou informação sobre níveis de pólenes.

Mário Morais de Almeida deixa ainda a indicação sobre o que fazer nos casos de rinite alérgica moderada a grave não controlada, apesar do uso de terapêutica otimizada: “A imunoterapia específica com alérgenos deve ser considerada, após confirmação diagnóstica adequada, sabendo-se que esta opção pode modificar a história natural da doença e reduzir o impacto a longo prazo.”

Há uma conclusão óbvia a retirar: “A rinite não é uma condição trivial!” Para além de que “o diagnóstico correto, a avaliação estruturada da gravidade e o tratamento alinhado com as melhores práticas permitem melhorar significativamente o controlo dos sintomas, a qualidade de vida dos doentes e os resultados em saúde respiratória global”.

E o nosso entrevistado tem uma certeza: “O papel do médico de família é central na revalorização clínica da rinite como uma doença crónica tratável e controlável.”

Allergy and Respiratory League - 2026 Edition

No Allergy & Respiratory Summit de 2026 regressa uma das iniciativas mais dinâmicas e participativas do evento: uma nova edição da *Allergy and Respiratory League*. Muito mais do que um jogo, a *League* é um espaço de aprendizagem ativa, espírito competitivo saudável e partilha de conhecimento científico, pensado para todos os profissionais interessados nas doenças alérgicas e respiratórias.

À semelhança das edições anteriores, os participantes serão desafiados através de questões de escolha múltipla, cuidadosamente elaboradas, cobrindo áreas-chave como asma, rinite, DPOC, bronquite aguda, infeções respiratórias, urticária, imunização e temas atuais da prática clínica. O formato inclui o jogo em sala e a modalidade *online*, permitindo uma participação alargada e inclusiva. A rapidez e a precisão

das respostas contam, tornando cada ronda estimulante e imprevisível.

Em 2026, a *League* aposta novamente numa abordagem interativa e pedagógica, promovendo não só a atualização científica como também o envolvimento dos participantes no evento. Os melhores desempenhos serão reconhecidos e premiados, valorizando o mérito, o conhecimento e o entusiasmo dos participantes.

Mário Morais de Almeida, res-

ponsável pela coordenação do evento juntamente com o médico de família Rui Costa, deixa o convite: Se procura aprender de forma diferente, testar os seus conhecimentos, interagir com colegas e viver o Summit de forma mais envolvente, a *Allergy and Respiratory League 2026* é para si. Prepare-se para participar e celebrar o conhecimento em doenças respiratórias e alérgicas num ambiente estimulante e inovador.”

Entre músculos e neurónios – a neurobiologia do exercício físico

O exercício físico é uma das intervenções biocomportamentais com maior evidência científica em psiquiatria, apresentando impacto significativo em múltiplos níveis do funcionamento cerebral. Longe de ser apenas um comportamento saudável, o exercício é uma poderosa ferramenta neuromoduladora, capaz de alterar mecanismos moleculares, sinápticos e de conecti-

vidade funcional. O simpósio “*Mind to move*” o impacto mental do exercício físico” explora de forma integrada os principais processos neurobiológicos que explicam os benefícios clínicos do exercício em vários transtornos mentais. Um dos mecanismos centrais é o aumento dos fatores neurotróficos, especialmente o BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*). O

exercício, sobretudo o aeróbico, aumenta a expressão e libertação deste fator, promovendo a sobrevivência neuronal, o crescimento axonal e a formação de novas sinapses. Outros fatores, como GDNF, IGF-1 e VEGF, também contribuem, respetivamente, para a proteção dopaminérgica, neurogénese e vascularização cerebral. Estes processos sustentam a melhoria da plasticidade cerebral e

fomentam a neurogénese no giro dentado do hipocampo, um dos pilares da adaptação ao stress, da aprendizagem e da regulação emocional. A nível funcional, o exercício modula vários neurotransmissores. O aumento de dopamina melhora motivação e recompensa, a serotonina regula o humor e a noradrenalina contribui para con-



Miguel Bajouco
Psiquiatra. Coord. da Unidade de Psicose do CRI de Psiquiatria e SM da ULS de Coimbra. Prof. convidado da FMUC e FNUC. Investigador do Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research (CIBIT)

centração e alerta. Esta regulação explica parte do efeito antidepressivo, ansiolítico e pró-cognitivo associado ao exercício. Paralelamente, há uma modulação importante do eixo HPA, com redução crónica do cortisol e diminuição da reatividade ao stress.

O exercício reduz também a neuroinflamação ao diminuir citocinas pró-inflamatórias e reduzir a ativação microglial. Este ambiente neuroquímico mais “limpo” favorece plasticidade sináptica, resiliência emocional e proteção neuronal. Ao nível da conectividade cerebral, observa-se aumento da comunicação entre córtex pré-frontal e hipocampo, reforço das redes executivas e regulação da *default mode network*, alterações consistentes com melhor controlo emocional, atenção e processamento cognitivo.

Estes mecanismos traduzem-se em benefícios para várias situações clínicas. Na depressão, o exercício aumenta BDNF, normaliza circuitos límbicos e melhora os sintomas. Na ansiedade, melhora a variabilidade da frequência cardíaca e reduz hipervigilância. No PHDA, potencia circuitos dopaminérgicos, que aumentam foco e inibição comportamental. Na demência, preserva volume do hipocampo e prolonga a autonomia cognitiva. Na esquizofrenia, reduz sintomas negativos através da diminuição da inflamação, do aumento da dopamina mesocortical e da estabilização da conectividade funcional.

Mecanismos epigenéticos começam também a ser reconhecidos, incluindo o papel do β-hidroxibutirato na modulação da acetilação de histonas e aumento da expressão de BDNF.

O conjunto destas evidências demonstra que o exercício atua simultaneamente ao nível molecular, estrutural e funcional, configurando uma intervenção neuromoduladora robusta, acessível e eficaz. A prescrição sistemática e estruturada de exercício deve integrar a prática psiquiátrica moderna, funcionando como complemento terapêutico com impacto mensurável na saúde mental.

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do XIX Congresso Nacional de Psiquiatria (novembro 2025).

DECLARAÇÃO DE CONSENSO

A importância de vacinar as crianças contra a gripe

Quatro sociedades científicas redigiram um consenso em que apelam à vacinação universal das crianças, reforçando a nova estratégia de vacinação contra a gripe da Direção-Geral da Saúde.

A gripe sazonal, uma doença respiratória comum causada pelo vírus do género influenza, é amplamente prevenível e tem um impacto significativo na saúde das crianças. Em Portugal, entre as épocas de 2008/09 e de 2017/18, 17% dos internamentos por influenza foram registados em crianças até aos 17 anos⁽¹⁾, sendo que, nas épocas entre 2015 e 2018, 88% destes internamentos ocorreram em crianças sem fatores de risco⁽¹⁾. Estes valores refletem a necessidade de intervenções adicionais às medidas fundamentais de etiqueta respiratória.

Para além das hospitalizações, sabe-se que a gripe e outras infeções respiratórias são responsáveis por um elevado número de consultas não programadas e episódios de urgência hospitalar. No início do pico gripal, cerca de 70% das idas à urgência dizem respeito a crianças, de acordo com o mais recente relatório da Direção-Geral da Saúde⁽²⁾.

As crianças têm um papel fundamental na transmissão da gripe. Podem contagiar antes de serem sintomáticas, apresentando um período de transmissibilidade mais longo do que os adultos⁽³⁾. Apresentam elevada probabilidade de contrair gripe fora do agregado familiar e são os principais vetores da transmissão secundária dentro dos agregados familiares⁽⁴⁾.

Reforçar os programas nacionais de imunização

O impacto da gripe sazonal pode ser atenuado através da implementação das medidas de etiqueta respiratória e da vacinação contra a gripe, incluindo em idade pediátrica, proporcionando proteção direta contra a doença grave e a redução da transmissão comunitária⁽⁵⁾. Em Espanha, durante a época 2023/2024, após a introdução da vacinação no programa de imunização pediátrica para crianças entre os 6 e os 59 meses, observou-se uma redução de 70% na procura de cuidados



Recomenda-se:

- Vacinação universal das crianças dos 6 aos 59 meses contra a gripe
- Reforço da comunicação a mulheres grávidas e coabitantes de crianças com menos de 6 meses
- Alargamento da campanha de vacinação a todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos

de saúde primários e de 77% nas hospitalizações por doença respiratória aguda nesta faixa etária⁽⁶⁾. A vacinação pediátrica também aumenta a proteção aos grupos de risco⁽⁷⁾.

Para garantir uma melhor proteção da faixa etária entre os 6 e os 59 meses, bem como dos grupos mais vulneráveis, recomenda-se a vacinação universal das crianças contra a gripe, em conformidade com as orientações da Organização Mundial de Saúde sobre vacinação contra a gripe em crianças⁽⁸⁾.

Adicionalmente, caso haja disponibilidade de vacinas e sem comprometer a vacinação dos restantes grupos prioritários, recomenda-se que a Direção-Geral da Saúde considere o alargamento desta campanha a todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos.

Embora a campanha já inclua mulheres grávidas e coabitantes de crianças com menos de 6 meses⁽⁸⁾, recomenda-se um reforço da comunicação direcionada a estes grupos, visando a proteção dos bebés que não podem ser vacinados.

A adesão aos programas de vacinação pediátrica contra a gripe pode ser aumentada através de campanhas de comunicação e sensibilização claras e eficazes, do investimento na literacia em saúde e pela implementação da vacinação em ambientes comunitários, facilitando o acesso de forma mais conveniente e familiar.^(3,5)

Referências bibliográficas:

1. Caldas Afonso, A., Gouveia, C., Janeiro, G. et al. BMC Infect Dis 24, 100 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08685-z>
2. Direção-Geral da Saúde (DGS). Relatório n.º 111. Semana 03/2025. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/01/20250123_Relatorio-111-Inverno-44_Semana-03_25-Resposta_Sazonal_em_Saude_Vigilancia_e_Monitorizacao.pdf
3. World Health Organization. Vaccines against influenza WHO position paper – May 2022. Weekly Epidemiological Record. 2022 May 13; 97(19):185-208. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9719-185-208>
4. Endo A, Uchida M, Kucharski AJ, Funk S (2019) PLoS Comput Biol 15(12): e1007589. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1007589>
5. Comissão de Vacinas da Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica e Sociedade Portuguesa de Pediatria. Recomendações sobre Vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação Disponível em <https://www.sip-spp.pt/vacinas/comissao-de-vacinas/>
6. Pérez-Gimeno G, SIVIRA group, et al; Euro Surveill. 2024 Oct;29(40):2400618. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.40.2400618.
7. Hill EM, House TA, Lewer D, Baguelin M, Scholey J, Mossong J. The Lancet Regional Health – Europe. 2024;37:100769. doi:10.1016/j.lanepe.2024.100769.
8. Norma da DGS: Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe: Outono-Inverno 2024-2025, emitida a 04/09/2024, disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/vacinas/vacinacao-gripe-e-covid-19/>

Este documento foi redigido na sequência de uma reunião realizada com o apoio da AstraZeneca, em que estiveram presentes peritos de várias áreas, nomeadamente, Pediatria, Saúde Pública, Medicina Geral e Familiar, Imunoalergologia e Enfermagem.

Entidades signatárias do Consenso:

**ANMSP**
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS DE SAÚDE PÚBLICA

ANMSP – Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

**GRESPP**
Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF

GRESPP – Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

**SPAIC**
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ALERGIOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

**APECSP**
Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

APECSP – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários



XVI CONGRESSO Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular

*XVI Congress New Frontiers
in Cardiovascular Medicine*

SAVE THE DATE
20-22
Fev / 2026

Hotel Praia D’El Rey Marriott – Óbidos

Presidente de Honra/Honorary President: António Nunes Diogo

Presidente/President: Fausto J. Pinto

Directores/Directors: Ângelo Nobre/Luís Mendes Pedro

Comissão Científica/Scientific Committee: Ana Abreu, Ana G. Almeida, Ana Margarida Pinto, Arminda Veiga, Augusto Ministro, Catarina Sousa, Daniel Caldeira, Dulce Brito, Fernando Ribeiro, Francisca Patuleia Figueiras, Gustavo Silva, Hélder Pereira, Hugo Corte-Real, Inês Cabrita, Isabel Rocha, Joana Rigueira, João Agostinho, João de Sousa, Luís Parente Martins, Luís do Rosário, Manuela Fiúza, Maria Rita Pinto, Miguel Menezes, Mónica Mendes Pedro, Nuno Cortez Dias, Nuno Louzada, Pedro Cardoso, Roberto Palma dos Reis, Ricardo Arruda Pereira, Ricardo Ferreira, Rui Plácido, Sara Correia, Sérgio Baptista, Susana Constantino, Tiago Velho

Secretariado/Secretarial Support: GetDone, Luísa Buscardini, Carla Rodrigues, Fátima Casaca, Andreia Rã

Contacto PCO/PCO contact: meetings@getdone.pt



Organização
/Organization



Patrocínio Científico
/Scientific Support



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA



Unidade
Pública/Veloz



DEPARTAMENTO
CORACÃO e VASOS



PCO
GET
DONE
EVENTS

LUÍS NOGUEIRA SILVA, ESPECIALISTA DE MEDICINA INTERNA E MEMBRO DA DIREÇÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO:

“Apenas 50% dos hipertensos mantêm a terapêutica prescrita após um ano”

A FALTA DE ADEÇÃO AO ESQUEMA TERAPÊUTICO DEFINIDO É “UMA DAS PRINCIPAIS BARREIRAS AO CONTROLO DA HIPERTENSÃO”, ALERTA O INTERNISTA LUÍS NOGUEIRA SILVA, QUE REALÇA O “GRANDE IMPACTO” QUE TEM NO DOENTE MAS TAMBÉM NO PRÓPRIO SISTEMA DE SAÚDE.

A proporção de pessoas cuja hipertensão arterial (HTA) está controlada tem vindo a melhorar em Portugal. Seria de 10%, em 2004, de acordo com o estudo PAP, e terá subido para 40%, em 2014, segundo o estudo PHYSA. “É provável que essa percentagem tenha continuado a aumentar desde então, mas ainda é, com certeza, claramente insatisfatória”, garante Luís Nogueira Silva, 42 anos, que integra o Grupo de HTA do Serviço de Medicina Interna da ULS de São João e é secretário-adjunto do Norte da Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

Tendo em conta que cerca de 40% da nossa população adulta tem HTA, o cenário é deveras preocupante. Segundo o nosso entrevistado, que é especialista em Hipertensão Clínica pela Sociedade Europeia de Hipertensão e docente e investigador na FMUP, "existem várias explicações para este fenómeno, sendo que em apenas uma pequena parte dos casos se trata de uma doença biologicamente difícil de controlar".

“Frequentemente, a falta de controle está relacionada com o próprio doente, por má adesão à terapêutica, consumo excessivo de sal, uso de fármacos ou substâncias que elevam a pressão arterial, mas também com o médico, devido a inércia terapêutica ou a má escolha de fármacos”, refere Luís Nogueira Silva, fazendo questão de lembrar que quando se fala em tratamento este inclui, para além da componente farmacológica, as medidas associadas à prática de um estilo de vida mais saudável.

“Vários estudos mostram que, ao fim de um ano, apenas cerca de 50% dos doentes mantêm o esquema terapêutico conforme prescrito”, sublinha, deixando explícito o seguinte: “O conceito de adesão distancia-se da visão paternalista de cumprimento de um plano de tratamento, na medida em que pressupõe uma abordagem assente na educação para a saúde e partilhada entre o profissional e o doente. Este tem que compreender a doença e a pertinência das inter-

venções, que devem ter em conta, na medida do possível, as suas preferências e valores.”

“Para além de valorizar o papel do doente, a discussão de um plano de tratamento possibilita identificar barreiras, receios e crenças. Esta discussão aberta permite criar uma parceria terapêutica, contribui para a adesão e facilita a abordagem da questão em momentos subsequentes”, esclarece Luís Nogueira Silva.

A importância da capacitação do doente para compreender o tratamento e para a automonitorização

É um facto que a falta de adesão ao tratamento é um fenómeno comum a todas as doenças crónicas, possivelmente mais evidente em patologias assintomáticas como a HTA, em que o doente tem menos percepção do benefício dele decorrente, sendo que no caso da hipertenensão afeta todas as classes farmacológicas de forma semelhante.

“Compreensivelmente, a falta de adesão ao tratamento tem um grande impacto, tanto a nível individual como no respeitante ao Sistema de Saúde. No caso do doente, torna difícil tratar a HTA, aumentando o risco de ocorrência de eventos cardiovasculares. Além disso, pode levar o médico a acreditar que houve falência do esquema terapêutico e a optar por alternativas farmacológicas que podem ter menos benefícios e mais efeitos laterais. Do ponto de vista do Sistema de Saúde, a falta de adesão aumenta os gastos, seja pelo tratamento de eventos cardiovasculares evitáveis como pelo consumo desnecessário de recursos em diagnóstico/investigação”, afirma Luis Nogueira Silva.

Um dos principais obstáculos na prática clínica quando se lida com a HTA é a dificuldade em medir a adesão à terapêutica, desde logo porque, “para além da entrevista clínica, os únicos instrumentos disponíveis na maior parte dos enqua-



Luís Nogueira Silva: “A percentagem de doentes com a sua hipertensão controlada é claramente insatisfatória”

"Um dos principais obstáculos na prática clínica quando se lida com a HTA é a dificuldade em medir a adesão à terapêutica", reconhece o especialista.

dramentos são os questionários". Estes "têm várias limitações metodológicas no seu desenvolvimento, acabando muitas vezes por sobrestimar a adesão. Isto porque a maioria dos doentes tende a enviar as suas respostas no sentido do que é entendido como sendo socialmente desejável".

Para além disso, acrescenta ainda o internista, os referidos questionários "tendem a considerar a adesão como um fenómeno estático e, por isso, são pouco sensíveis a padrões de não adesão intermitente, nomeadamente omissões ocasionais, ou a adesão a alguns fármacos e não a outros".

Luís Nogueira Silva explica que os restantes instrumentos que permitem a medição objetiva da adesão estão, na generalidade, restritos à investigação. Incluem a contagem de comprimidos, aparelhos como os *medication event monitoring systems* (MEMS), a toma observada e a determinação da presença de metabolitos dos fármacos prescritos no sangue ou na urina.

O especialista de Medicina Interna diz serem indispensáveis estratégias que contribuam para aumentar a adesão, insistindo na importância da comunicação assente na educação do doente e no seu envolvimento na definição do plano terapêutico:

Os três componentes da adesão

Luís Nogueira Silva descreve os três componentes essenciais da adesão terapêutica:

Iniciação — A ausência de iniciação corresponde frequentemente a descrença no benefício do tratamento ou ao receio do aparecimento de efeitos laterais, embora eventuais dificuldades econômicas possam ter influência.

Implementação – Uma implementação é boa quando o tratamento que é feito corresponde ao que foi sugerido. Depende de uma boa comunicação no momento da prescrição e é mais fácil

“Está demonstrado que a capacitação do doente para compreender o tratamento mas também para a auto-monitorização conduz a um melhor controle da HTA, em grande parte por contribuir para a adesão à terapêutica que lhe foi prescrita.”

“As tecnologias *mobile*, assentes no uso generalizado de *smartwatches*, e os *wearables* poderão corresponder a oportunidades de se encontrar novas formas de capacitar e envolver os doentes na gestão das suas patologias crônicas, possivelmente com melhor adesão ao tratamento e, assim, um mais eficaz controlo das mesmas”, pensa Luís Nogueira Silva.

Persistência – A persistência corresponde à manutenção do esquema terapêutico a longo prazo. Pode falhar tanto por uma boa resposta ao tratamento (e uma falsa percepção de “cura”) como por má resposta ao mesmo (e sensação de futilidade). Naturalmente, a ocorrência de efeitos adversos (principalmente se imprevistos) e as dificuldades econômicas prejudicam a persistência. É necessário encontrar estratégias para ter o doente motivado (*engaged*) a manter o esquema terapêutico.



FRANCISCO SAMPAIO DEIXOU O ALERTA NO XVI CONGRESSO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL:

“A intervenção psicoterapêutica é uma miragem para muitas pessoas”

AO INTERVIR NA SESSÃO DE ABERTURA, O PRESIDENTE DO XVI CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASPESM, FRANCISCO SAMPAIO, CHAMOU A ATENÇÃO PARA O “SUBAPROVEITAMENTO” DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SM E PSIQUIÁTRICA NA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS, APESAR DE TEREM COMPETÊNCIA PARA TAL.

Francisco Sampaio fez questão de sublinhar, logo nas primeiras palavras que proferiu, o facto de o Congresso ter tido, para além do patrocínio científico da Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing – Europe Region, o apoio institucional da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental e do próprio Ministério da Saúde, afirmando que tal “deve ser lido como um sinal”.

“É um sinal de que a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Portugal está viva, ativa, cientificamente comprometida e politicamente reconhecida”, frisou o especialista, que é professor na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto (ESEP) e investigador doutorado integrado no RISE-Health.

Participaram igualmente na cerimónia de abertura Carlos Sequeira (presid. da ASPESM), João Moutão (presid. do IP de Santarém), Pedro Marques (presid. do CA da ULS da Lezíria), Hélia Dias (presid. da ESS de Santarém) e Teresa Maia (coord. Regional de SM de LVT).

O presidente do XVI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental referiu-se ao tema do encontro – “Intervenções Psicoterapêuticas” – como sendo, “provavelmente, um dos mais relevantes e desafiantes do nosso tempo”. E justificou:

“Vivemos num país onde o sofrimento psíquico é uma realidade quotidiana, onde a solidão, a ansiedade, a depressão e a desesperança tocam milhares de vidas. E, no entanto, o acesso a intervenção psicoterapêutica conti-



Francisco Sampaio: “Vivemos num país onde o sofrimento psíquico é uma realidade quotidiana.”



nua a ser, para muitos, uma miragem!”

“É neste contexto que a competência específica dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de SM e Psiquiátrica assume uma importância crucial, sendo que há mais de uma década que o seu exercício profissional integra a realização de intervenções psicoterapêuticas”, afirmou, acrescentando:

“Ainda assim, essa competência tem sido subaproveitada. Não por falta de evidência, porque a evidência científica está do nosso lado. Não por falta de reconhecimento político, porque esse reconhecimento está hoje bem patente no apoio que este Congresso recebe.”

Francisco Sampaio não deixaria de vincar que “todas as profissões da área da Saúde estão vinculadas a um Código Deontológico que coloca o bem da pessoa no centro da ação e é essa fidelidade ao princípio ético que deve orientar as nossas escolhas, as nossas reivindicações e o nosso exercício profissional”.

E insistiu: “Negar o exercício des-

ENTREGA DE PRÉMIOS



Paula Carneiro



José João Silva



Lucília Nunes

rior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, o presidente da ASPESM, Carlos Sequeira, que também é professor da ESEP, faria questão de deixar claro o seguinte:

“Os enfermeiros, e em particular os que são especialistas em SM, em parceria com outros profissionais, são um recurso inestimável que importa ser potenciado nesta área, pelo que devem ser alocados à promoção, prevenção e tratamento das pessoas com problemas de saúde mental.”



Francisco Sampaio e Carlos Sequeira

sa competência é, no fundo, impedir o direito de acesso dos cidadãos a cuidados de qualidade. É perpetuar as desigualdades num país onde o sofrimento psíquico já é, em si mesmo, uma forma de exclusão.”

Entretanto, referindo o facto de a realização do Congresso ter contado com a colaboração da Escola Supe-

Registrando mais de 400 participantes nacionais e estrangeiros e mais de 1500 profissionais envolvidos nos trabalhos apresentados, esta reunião decorreu em Santarém, mas em formato *b-learning*, entre 15 e 17 de outubro. De referir que foi retomada este ano a entrega de prémios de reconhecimento em Enfermagem de SM.



BRUNO MORENO, VICE-PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR, NO 16.º ENCONTRO NACIONAL DAS USF:

“O SNS necessita agora de execução, de planeamento e de responsabilidade”

COUBE AO MÉDICO DE FAMÍLIA BRUNO MORENO, NA SUA QUALIDADE DE VICE-PRESIDENTE DA USF-AN, REPRESENTAR A DIREÇÃO NA SESSÃO DE ABERTURA DO 16.º ENCONTRO NACIONAL DAS USF, QUE SE REALIZOU NOS DIAS 17 E 18 DE OUTUBRO, EM SANTARÉM.

Começando por fazer um balanço do último ano, Bruno Moreno alertou para medidas que foram anunciadas e que a Associação até encarou “com entusiasmo”, mas que “tardam em sair do papel”, não se traduzindo, pelo menos até ao momento, “em mudanças concretas no terreno”.

“Continuámos a assistir a políticas centradas quase exclusivamente na doença aguda – no Hospital, no Serviço de Atendimento Complementar, no Centro de Atendimento Clínico, no SNS 24 e na Urgência –, em vez de se fazer uma aposta clara na prevenção e na saúde ao longo da vida”, referiu, concluindo:

“Isso significa que o sistema continua a reagir, em vez de antecipar o problema; que os cidadãos e os pro-



“Continuámos a assistir a políticas centradas quase exclusivamente na doença aguda”, afirmou Bruno Moreno

fissionais não são ouvidos, que continuamos a apagar incêndios em vez de construir soluções duradouras.”

Reconhecendo que até surgiram novas estruturas e equipas, Bruno Moreno lançou o apelo para que, por exemplo, a recém-criada Equipa Nacional de Apoio à Implementação e Desenvolvimento das USF B, “há muito esperada, faça agora sentir a sua presença no terreno de forma efetiva”.

“Precisamos que avance, que visite as unidades, que ajude as equipas a crescer e a criar cultura organizacional de USF, que enquadre as ULS na sua ação nos CSP, que ajude na desburocratização, que motive e

apoie para que apareçam mais USF”, afirmou, frisando: “O que o SNS necessita agora é de execução, de planeamento e de responsabilidade.”

Referindo-se ao estudo “O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal 2024/25”, promovido pela USF-AN, confirmou concordar a



Comissão Organizadora

LÍVIA GALÃO, PRESIDENTE DA CO DO 16.º ENCONTRO: “Somos uma classe profissional absolutamente indispensável”

Lívia Galão, secretária clínica na USF Vale do Sorraia (ULS da Lezíria), presidiu à CO do 16.º Encontro Nacional das USF e aproveitou a cerimónia de abertura do evento para partilhar o orgulho que estava a sentir em “poder representar neste palco uma classe profissional que é tantas vezes invisível, mas absolutamente indispensável”.

“Somos a porta de entrada nas USF, somos a voz que atende, o sorriso que acolhe, a escuta que tranquiliza, a ponte entre utentes e profissionais, entre o caos e a organização, entre a dúvida e a resposta”, afirmou, em jeito de justificação do que dissera antes. E ainda acrescentou:

“Fazemos parte do cuidar, par-

tecipando no processo de acesso, de humanização e de proximidade. E sabemos que quando o utente é bem recebido, quando se sente respeitado e compreendido, metade do caminho para a saúde já está feito.”

“Por isso, este Encontro é também um tributo a todos os secretários clínicos e a todas as equipas que trabalham em conjunto”, concluiu.

Bruno Moreno: “São as pessoas que fazem o modelo funcionar.”



profissional e pessoal, políticas que priorizem os CSP, interoperabilidade entre sistemas informáticos, melhoria da referência hospitalar, incentivos institucionais eficazes, redução do tamanho das listas de utentes.

Bruno Moreno sublinhou que “se há tema transversal a todos os outros é o das pessoas, porque são elas que fazem o modelo funcionar”. E enumerou os utentes, os médicos, os enfermeiros, os secretários clínicos e as outras profissões “que mantêm viva a missão dos CSP”. No entanto, recordou:

“As carreiras continuam estagnadas, os incentivos são insuficientes e as condições são muitas vezes desiguais. Muitos de nós continuamos a dar o máximo... com o mínimo! Os concursos não são preenchidos na totalidade, as necessidades reais não são públicas e as mobilidades são dificultadas até dentro da mesma ULS. É preciso que o sistema reconheça o valor, a dedicação e o impacto real das equipas no terreno.”

Admitindo que as ULS “trouxeram novas oportunidades”, o

E embora a realidade diária seja “a dos sistemas informáticos que falham, a das plataformas que bloqueiam e a das aplicações que não comunicam entre si”, garantiu que “as USF trabalham muito” e desejam

“continuar a fazê-lo de forma organizada”. Como?

“Querem vigiar as grávidas em equipa de saúde familiar atribuída”, querem fazer as consultas de doença aguda de forma organizada, querem

vigiar a doença crónica e participar nos percursos integrados das pessoas que vivem com doença no SNS, querem vacinar os seus utentes...”

Bruno Moreno, que é médico de família na ULS Coimbra Sul, deixou

um apelo final: “Não desistam. Não deixem que o cansaço ou a falta de reconhecimento nos afastem do propósito que nos trouxe até aqui. Não deixem violar a vossa autonomia responsável.”



NÃO DEIXE A GRIPE ESTRAGAR A FESTA.

SABIA QUE?

Estima-se que a gripe atinja **20 a 30% da população infantil mundial** todos os anos.¹

As **crianças** apresentam maior probabilidade de contrair gripe (5x maior) e de a **transmitir ao agregado familiar** (2x maior).²⁻⁴

Apesar da evolução da gripe ser normalmente favorável, as **crianças** estão em **risco de desenvolver complicações bacterianas como otite média aguda, sinusite e pneumonia**, levando a um aumento na prescrição de antibióticos.^{5,6}

Há formas de proteger as suas crianças.

Uma campanha:



1. Influenza in Humans. European Center for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/influenza-humans>. Consultado em novembro de 2025. 2. Endo A, et al. Fine-scale family structure shapes influenza transmission risk in households: insights from primary schools in Matsumoto city, 2014/15. PLoS Comput Biol. 2019;15(12):e1007589. doi:10.1371/journal.pcbi.1007589. 3. Noyak J, et al. Influenza in children. Cold Spring Harb Perspect Med. 2021;11(1):a038430. doi:10.1101/cshperspect.a038430. 4. Tsang TK, et al. Influenza A virus shedding and infectivity in households. J Infect Dis. 2015;212(9):1420-1428. doi:10.1093/infdis/jiv225. 5. Recomendações sobre Vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação. Comissão de Vacinas da Sociedade Portuguesa de Infectologia Pediátrica e Sociedade Portuguesa de Pediatria. Disponível em: https://www.sip-spp.pt/media/jan4cv/recomendao-o-es_vacinas_extra_pnv_sip_28setembro2020.pdf. Consultado em novembro de 2025. 6. Hekkimen T, et al. Burden of influenza in children in the community. J Infect Dis. 2004; Oct 15;190(8):1369-73. doi:10.1086/424527.





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

COM SEDE EM VÁLEGA E COM UM POLO NA FREGUESIA VIZINHA DE SÃO VICENTE DE PEREIRA JUSÃ, ESTA UNIDADE DO CONCELHO DE OVAR INTEGRA A ULS DE ENTRE DOURO E VOUGA

USF Alpha aposta em inovação organizacional e em cuidados de saúde de qualidade e de proximidade, priorizando o acesso aos mesmos

LOCALIZADA EM VÁLEGA, NO CONCELHO DE OVAR, E COM QUASE 16 ANOS DE ATIVIDADE, A USF ALPHA PASSOU MAIS DE METADE DESSE TEMPO INSTALADA NUM EDIFÍCIO ANTIGO E EXÍGUO, A QUE FOI NECESSÁRIO ANEXAR VÁRIOS CONTENTORES PARA SE CONSEGUIR ACOMODAR TODA A EQUIPA. AINDA ASSIM, COMO RECORDA O SEU COORDENADOR, O MÉDICO DE FAMÍLIA E ANTIGO ATLETA DE ALTA COMPETIÇÃO RAFAEL GONÇALVES, “ISSO TAMBÉM SERVIU PARA MOSTRARMOS QUE NÃO SÃO AS PAREDES QUE FAZEM UMA USF”. QUANDO, EM 2018, FORAM INAUGURADAS AS ATUAIS INSTALAÇÕES – SITUADAS A APENAS 200 METROS DAS ANTERIORES –, A USF ALPHA JÁ FUNCIONAVA EM MODELO B E ERA AMPLAMENTE RECONHECIDA PELA POPULAÇÃO PELA QUALIDADE DA SUA ORGANIZAÇÃO, FACTO QUE SEMPRE SE REFLETIU NA FORMA COMO OS CUIDADOS ERAM PRESTADOS. ATUALMENTE, A UNIDADE TEM CERCA DE 11.400 UTENTES INSCRITOS E CONTA COM UM GRUPO DE PROFISSIONAIS CONSTITUÍDO POR 7 MÉDICOS, 7 ENFERMEIROS E 5 SECRETÁRIAS CLÍNICAS. DISPÕE AINDA DE UM POLO EM SÃO VICENTE DE PEREIRA JUSÃ, A 6 KM DE VÁLEGA, E INTEGRA, DESDE HÁ POUCO MAIS DE UM ANO, A ULS DE ENTRE DOURO E VOUGA.

Rafael Gonçalves é coordenador da USF Alpha desde setembro de 2020, mas a sua ligação à Unidade começou bem antes. Chegou como médico de família em março de 2010, apenas algumas semanas após o arranque oficial da USF, a 29 de dezembro de 2009, um atraso explicado, como refere, por questões administrativas ligadas à mobilidade. “Na verdade, já há algum tempo que estava a trabalhar para o projeto”, sublinha.

O convite surgiu através de Alcino Sousa Santos, o primeiro coordenador da Unidade, que conheceu Rafael Gonçalves quando este ainda era interno de MGF e participava nas reuniões da Associação Portuguesa dos Grupos de Balint. A proposta de fazer parte da equipa fundadora da USF Alpha foi, como refere, “irrecusável”.

“Revi-me nas ideias que me foram transmitidas e era uma oportunidade única para ajudar a construir algo de raiz, contribuindo com sugestões para criar uma USF bem organizada”, afirma.

Mesmo nos tempos em que funcionava entre paredes antigas e contentores, a USF Alpha já se destacava pela forma como o trabalho era estruturado. “Ainda nas instala-



Principais marcos na vida da USF Alpha

O coordenador diz que são “momentos de crescimento, desafios superados, mudanças de paradigma...”

- | | |
|------------------------|---|
| 29 dez. 2009 | Início de atividade. |
| 1 janeiro 2015 | Transição para modelo B. |
| 25 julho 2018 | Inauguração das novas instalações. |
| 22 maio 2020 | Visita da ministra da Saúde, Marta Temido. |
| 13 janeiro 2021 | Acreditação, com certificação de “nível bom”. |
| 1 janeiro 2024 | Integração na ULS da Região de Aveiro. |
| 1 outubro 2024 | Transição para a ULS de Entre Douro e Vouga. |



ções antigas, os utentes elogiavam a nossa organização”, sublinha Rafael Gonçalves, acrescentando: “Conseguimos implementar várias práticas interessantes, como acabar com o hábito de as pessoas quererem ‘dar uma palavrinha’ ao médico, criando regras claras para que esse contacto pudesse acontecer sem interromper uma consulta.”

Hoje, sempre que um utente necessita de esclarecer uma dúvida com o seu médico ou enfermeiro de família, é agendado um contacto telefónico breve, “evitando-se deslocções desnecessárias e preservando-se a privacidade e a continuidade dos cuidados”.

Apontando para o corredor que se estende ao longo da Unidade, o coordenador comenta: “Veja que não há pessoas à espera aqui fora. Havia hábitos antigos que eram prejudiciais para a confidencialidade, a privacidade e até a qualidade da prestação de cuidados. Quando tenho um utente à minha frente, preciso de estar concentrado nele e não ser constantemente interrompido.”

Rafael Gonçalves: “Havendo rigor, há uma maior probabilidade de as coisas funcionarem bem!”

“Havendo rigor, há uma maior probabilidade de as coisas funcionarem bem!”, sublinha Rafael Gonçalves, acrescentando que, por exemplo, “se um utente não chega a horas a uma consulta, isso interfere com a seguinte, pelo que tivemos de estabelecer regras claras nesse sentido”.

Admitindo ter transferido para a sua vida profissional muito do rigor exigido enquanto atleta de alta competição, o médico ressalta, no entanto, que o anterior coordenador da Unidade “já tinha essa mesma forma de estar”.

No seu entender, “um dos melhores reconhecimentos de que realmente trabalhamos para a população” foi a Medalha de Mérito entregue à USF Alpha pela Junta de Freguesia de Valega.

A preocupação constante com o acesso da população aos cuidados de saúde

Rafael Gonçalves afirma, com convicção, que existe “uma preo-

cupação constante com o acesso da população aos cuidados de saúde prestados pela USF Alpha, refletida numa organização assistencial orientada para respostas rápidas e eficientes às necessidades dos utentes, destacando-se a elevada capacidade de atender aos pedidos de consulta no próprio dia”.

De facto, entre as 8h e as 20h, foram definidos vários períodos de atendimento para situações agudas, com capacidade para receber 70 a 80

utentes por dia, sendo, aliás, muito raras as ocasiões em que esse limite é atingido.

Apesar da transferência da gestão dos pedidos de consulta por doença aguda para a Linha de Saúde 24, a USF Alpha mantém vagas para utentes com mais de 70 anos ou com dificuldades de acesso, permitindo a marcação direta com a Unidade. De referir que está disponível uma cen-

(Continua na pág. 20)

RAFAEL GONÇALVES, COORDENADOR DA USF ALPHA: “No caminho para a qualidade não existe meta!”



“Os 15 anos de alta competição ensinaram-me que é possível ultrapassar limites quando temos um plano, definimos uma estratégia e há dedicação. E eu acho que transferi essas competências que adquiri na atividade desportiva para a minha carreira enquanto médico”, afirma Rafael Gonçalves, quase como justificação para o facto de, por vezes, usar a frase “No caminho para a qualidade não existe meta!”.

No seu entender, “é sempre possível melhorar mais, mas, para isso, é preciso dedicação, profissionalismo e capacidade de trabalho”.

E está convicto de que “o único fator que nos leva a ultrapassar limites, barreiras e dificuldades é o trabalho.” Reconhece mesmo que, quando iniciou o seu percurso de saltador em altura, nunca se imaginou a participar em campeonatos

européus, a ser campeão nacional ou a bater um recorde.

Rafael Gonçalves, que fez 48 anos a 12 de maio passado, reside em Ovar, a mesma cidade do distrito de Aveiro de onde é natural, distante uns meros 6 Km da USF Alpha. Jogar à bola, correr, saltar, andar de bicicleta – era o que fazia em miúdo. Frequentava o Secundário quando um professor lhe disse que poderia dar um excelente saltador em altura. Veio-se a provar que tinha razão!

Tinha acabado de ser pela primeira vez campeão nacional absoluto de salto em altura em pista ao ar livre, representando a Associação Desportiva Ovarense, ao iniciar o curso na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em 1996.

(Continua na pág. 20)



PODERÁ SER ATTR-CM?

(Continuação da pág. 19)

tral telefónica que regista os pedidos de contacto, garantindo-se uma resposta célere do secretariado clínico, inclusive no caso de consulta para o próprio dia.

“Esta é uma USF com espírito crítico e cultura de melhoria contínua,

que analisa de forma sistemática a sua prática, identifica oportunidades de aperfeiçoamento e procura, colaborativamente, soluções que promovam um serviço cada vez mais acessível, seguro e de qualidade”, garante Rafael Gonçalves.

A monitorização do desempenho constitui, segundo o coordenador,

o estágio no Centro de Saúde de Ovar.

Já tinha uma pós-graduação em Medicina Desportiva quando começou o Internato Complementar de MGF no Centro de Saúde de Espinho, de que tinha as melhores referências “e que apresentava algumas inovações para a época”. Conseguindo o grau de assistente de MGF, iniciou funções na extensão de Paramos do CS de Espinho, onde fica até ao último dia de fevereiro de 2010, quando transitou para a USF Alpha.

Eleito pelo seu Conselho Geral em 2020, assume o cargo de coordenador desta Unidade no dia 10 de setembro, sucedendo a Alcino Sousa Santos quando este saiu para ir presidir ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES do Baixo Vouga, sendo hoje o diretor clínico para a Área dos CSP da ULS da Região de Aveiro.

Percorrendo o currículo profissional de Rafael Gonçalves, fica-se a saber, por exemplo, que foi médico da Federação Portuguesa de Atletismo (2006-2013), responsável por controlos antidopagem na Autoridade Antidopagem de Portugal (2004-2015) e docente na FMUP e na Escola Superior de Saúde do Porto. É especialista em Medicina Desportiva desde 2015.

Entre outras tarefas que desempenhou envolvendo diferentes entidades do Ministério da Saúde, talvez seja de destacar a de membro da Equipa Regional de Apoio (ERA) da ARS Centro (2014-2023). E porquê? “Deu-me um *know-how* de excelência, possibilitando o contacto com diversas realidades e permitindo-me transpor para a minha USF ideias muito interessantes com que me fui deparando.”

Rafael Gonçalves considera que o facto de ter sido atleta de alta competição foi determinante para a aquisição de hábitos de vida saudável, permitiu-lhe aprender a organizar o tempo, a cumprir horários e a fazer opções, tendo contribuído igualmente para fortalecer a sua autoestima e confiança. “Olho para a medicina com a mesma determinação e com um grande sentido de responsabilidade e profissionalismo”.

Para que fique registado, o Internato Geral de Rafael Gonçalves foi repartido entre os hospitais de São João da Madeira e de Oliveira de Azeméis, tendo incluído ainda

A monitorização do desempenho como “um eixo fundamental na gestão e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados”.

“um eixo fundamental na gestão e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados”. Com o objetivo de promover uma cultura de transparência, responsabilização e eficiência, foi desenvolvida internamente uma ferramenta em Excel que permite acompanhar de forma sistemática o trabalho das várias microequipas.

Disponibilizando a análise dos indicadores assistenciais e do Índice de Desempenho (IDE) em formato gráfico e interativo, a ferramenta possibilita uma leitura imediata e comparativa dos resultados alcançados por cada microequipa. “Desta forma, torna-se possível identificar tendências, pontos fortes e áreas de melhoria, promovendo uma abordagem colaborativa e orientada para a excelência”, explica.

A informação é atualizada regularmente, permitindo à equipa médica e à coordenação acompanhar a evolução dos resultados e ajustar estratégias sempre que necessário. “Esta metodologia contribui para uma maior consciência do desempenho individual e coletivo, reforçando o compromisso de todos com os objetivos contratualizados e com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados”, acrescenta Rafael Gonçalves.

Frisa, no entanto, que “a equipa mantém um foco constante em áreas clínicas e preventivas que não estão refletidas nesses indicadores, mas que são fundamentais para a saúde e o bem-estar da população”. Um exemplo é o plano interno de rastreio do autismo, desenvolvido para identificar precocemente sinais de perturbação do espectro do autismo e orientar adequadamente famílias e crianças.

“Este trabalho é realizado de forma integrada entre médicos, enfermeiros e secretários clínicos, garantindo uma abordagem multidisciplinar e humanizada”, sublinha, evidenciando “o compromisso da USF Alpha com uma prática clínica abrangente e centrada no doente, que valoriza tanto os resultados mensuráveis como as dimensões humanas e sociais do cuidar”. E conclui:

“A Unidade reforça a sua missão de promover a saúde de forma proativa, preventiva e personalizada.”

A relevância da qualificação da referenciação

Rafael Gonçalves considera a qualificação da referenciação um indicador relevante da qualidade do trabalho clínico desenvolvido numa USF, pois, “reflete a adequação, a pertinência e a eficiência do encaminhamento dos utentes para os cuidados de saúde hospitalares ou especializados”.

“Na USF Alpha, a equipa médica reúne-se semanalmente para discutir casos clínicos e analisar, de forma sistemática, as referenciações efetuadas, bem como as devolvidas ou recusadas pelos serviços hospitalares. Este momento de partilha e de reflexão permite identificar oportunidades de melhoria, uniformizar critérios de referenciação e reforçar a articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários”, afirma o coordenador.

E explica que, durante estas reuniões, são revistos os motivos clínicos que justificaram cada encaminhamento, avaliando-se a conformidade com as normas e orientações da Di-



“As referenciações devolvidas ou recusadas pelo hospital são analisadas em detalhe, procurando-se compreender as razões subjacentes”, esclarece o coordenador.

reção-Geral da Saúde, assim como a adequação da informação clínica enviada, garantindo uma referenciação cada vez mais criteriosa e eficiente.

“As referenciações devolvidas ou recusadas são analisadas em detalhe, procurando compreender as razões subjacentes e promover a correção de eventuais falhas de comunicação, insuficiências na documentação ou inadequação do pedido”, esclarece Rafael Gonçalves, acrescentando:

“Através desta metodologia sistemática de análise e discussão, asseguramos uma referenciação mais qualificada, centrada nas necessidades reais dos utentes, contribuindo para uma maior eficiência do Sistema de Saúde e para uma resposta mais célere e adequada por parte dos serviços hospitalares.”



Destaca ainda a criação, na ULS de Entre Douro e Vouga, da Unidade de Ambulatório de Medicina Interna (UAMI), que “representa um marco diferenciador da ULS, ao reforçar a integração entre os dois níveis de cuidados”.

A transformação digital

É com manifesto orgulho que Rafael Gonçalves se refere à transformação digital da Unidade, da qual tem sido, reconhecidamente, o grande impulsionador. “Temos vindo a investir de forma consistente na digitalização dos processos e procurando ferramentas tecnológicas aplicadas à gestão clínica e organizacional”, afirma.

Entre os exemplos apresentados estão o “Diário de Bordo” e o registo de incidentes críticos, que “permitem uma monitorização contínua das práticas e a identificação de oportunidades de melhoria”. O inquérito de satisfação digital também é destacável, por “simplificar a recolha de

de saúde primários e garantindo um acompanhamento mais eficaz”.

(Continua na pág. 22)

MARISA CARVALHO, DIRETORA CLÍNICA PARA A ÁREA DOS CSP DA ULSEDV: “Só monitorizando a nossa atividade conseguimos perceber se estamos a fazer um bom trabalho”

Quando, em fevereiro de 2024, Marisa Carvalho iniciou funções na ULS de Entre Douro e Vouga, que tinha acabado de ser criada, já conhecia muito bem a realidade dos cuidados de saúde primários nos concelhos de Santa Maria da Feira e de Arouca, mas ficou com outros três igualmente sob a sua responsabilidade: Oliveira de Azeméis, São João da Madeira e Vale de Cambra.

Alguns meses depois, em outubro, também as unidades de CSP do concelho de Ovar foram integradas na ULSEDV. No seu entender, essa decisão faz todo o sentido, “até por uma questão de proximidade geográfica, sendo uma mais-valia para os utentes em termos de referenciação hospitalar, pois, estão muito mais perto de Santa Maria da Feira, ou até do Porto, do que de Aveiro, ou de Coimbra”.

A diretora clínica para a área dos CSP da ULSEDV recorda que o cenário em Ovar “era preocupante” porque uma das USF tinha duas listas de utentes sem médico de família atribuído. E, logo a seguir, a saída de uma médica numa outra USF fez subir para três o número de listas completas nessa situação, a que se adicionava ainda uma “meia lista” com idêntico problema.

“Conseguiu-se que 100% dos utentes do concelho de Ovar tenham médico de família atribuído.”

“Para nós, era uma realidade a que não estávamos habituados, pelo que fizemos um esforço grande no sentido de contratar os três profissionais em falta. Entretanto, em articulação com o Dr. Rafael Gonçalves, decidiu-se que a USF Alpha absorveria essa ‘meia lista’. As pessoas estão neste momento a ser contactadas para se inscreverem nesta Unidade, conseguindo-se assim que 100% dos utentes do concelho de Ovar tenham médico de família atribuído”, anuncia a responsável.

Marisa Carvalho, 54 anos, tinha o sonho de ser médica e concreti-

zou-o! Fez o curso no ICBAS, que terminou em 1996, o Internato Geral de dois anos no CH de Vila Nova de Gaia e a especialização em MGF na extensão de Argoncilhe do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira. No verão de 2001 já era médica de família.



Exerceu na unidade de São João de Ver pouco mais de ano e meio, esteve dois anos no CS de Castelo de Paiva e regressou depois a Argoncilhe, onde ficou até outubro de 2006. Fez parte da equipa que formou a USF Famílias e que começou a funcionar nessa data. Em agosto de 2015, já com uma pós-graduação em Gestão da Qualidade em Saúde, assumiu então a presidência do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Feira/Arouca, cargo que manteve até à extinção dos agrupamentos de centros de saúde.

A adaptação à nova realidade organizacional, na sequência do desaparecimento das administrações regionais de saúde – neste caso, a ARS Norte –, nomeadamente no que aos aspetos logísticos dizia respeito (informática, recursos humanos, formação, etc.), “tem exigido algum trabalho”, que ainda não terminou!

Por exemplo, no próprio dia em que esta reportagem foi realizada, a diretora clínica ia ter uma reunião com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Direção Executiva do SNS centrada na reorganização dos rastreios. Um processo mais exigente no caso das unidades de Ovar, pois, dependiam da ARS Centro e, posteriormente, durante largos meses, fizeram parte da ULS da Região de Aveiro. Isto enquanto todos os outros concelhos

da ULSEDV estavam integrados na ARS Norte.

Marisa Carvalho não tem dúvidas de que “este modelo de gestão traz grandes vantagens pela proximidade com as equipas, por exemplo, em termos de recursos humanos. Por um lado, estamos muito mais próximos das unidades e, por outro, temos condições para dar uma resposta mais rápida quando há necessidade de substituir um profissional ou de repor material em falta”.

De referir que a ULSEDV integra atualmente nos CSP 30 unidades de Saúde Familiar (USF) modelo B (das quais 13 acreditadas), 7 unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 7 unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e 1 unidade de Saúde Pública (USP), distribuídas pelos 6 concelhos que fazem parte da sua área de influência, servindo cerca de 335.000 utentes.

“Gostaria de realçar o esforço, empenho e dedicação de todas estas unidades, pela forma como têm trabalhado e procurado dar resposta aos utentes, prestando cuidados de saúde com grande qualidade, no meio de um processo particularmente difícil e exigente, num contexto organizacional completamente diferente”, sublinha.

“O grande desafio prende-se com a criação de protocolos de referenciação internos que permitam promover processos assistenciais integrados.”

A diretora clínica avança que, para si, “o grande desafio prende-se com a criação de protocolos de referenciação internos que permitam promover processos assistenciais integrados que facilitem

(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)

o percurso do utente em toda a estrutura da instituição”. Esse trabalho “está a ser feito especialmente a especialidade, com prioridade para aquelas que, como a Cardiologia, têm uma grande taxa de referenciação”.

“O objetivo é facilitar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, mas essencialmente, dar a melhor resposta possível aos nossos utentes, alcançando assim o melhor nível possível de satisfação destes relativamente aos cuidados que prestamos”, realça.

“Ainda temos muito trabalho pela frente, mas acho que podemos melhorar a nossa comunicação e qualificar a nossa referenciação”, afirma Marisa Carvalho, exemplificando com a pressão a que está sujeito, nomeadamente, o Serviço de Ortopedia: “Nós notamos o peso que têm as patologias degenerativas e, por isso, temos que perceber de que forma se podem usar os recursos da comunidade com vista a promover um envelhecimento mais saudável, para tentar que a procura destes cuidados de saúde apenas aconteça quando não houver outra forma de tratar os nossos doentes.”

Neste sentido, e com o objetivo de incentivar e dinamizar a promoção da saúde e a prevenção da doença, está em curso um projeto que visa precisamente a prescrição por parte dos médicos de família de atividades inseridas em projetos municipais de promoção da saúde e bem-estar, como parte do plano de tratamento dos utentes.

A reorganização da resposta e do atendimento da doença aguda a nível dos CSP feita no âmbito do Projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, com a marcação de consultas diretamente a partir da linha SNS 24 e do Serviço de Urgência, “levou a uma alteração significativa dos agendamentos desta tipologia e foi feita graças a uma enorme colaboração de todas as equipas”.

Neste seguimento, a criação a nível hospitalar de soluções para quem não necessita de avaliação na Urgência, como é o caso da Unidade de Ambulatório de Medicina Interna da ULSEDV, é para si “um bom exemplo de melhoria da articulação e da resposta à doença aguda e subaguda”.

“Oferece uma resposta mais eficaz a quem dela precisa e, ao mesmo tempo, apoia os médicos de família no encaminhando mais adequado de determinadas situa-

ções, fazendo diminuir a tradicional pressão sobre o Serviço de Urgência”, sublinha.

Marisa Carvalho realça “a dedicação, o rigor e a qualidade” do trabalho desenvolvido pelos profissionais da USF Alpha e o seu Índice de Desempenho, que classifica de “excelente”. E refere ser muito importante que o trabalho desenvolvido pelas equipas possa ser monitorizado, aproveitando para deixar claro que, na sua opinião, “não podemos avaliar de forma adequada o nosso desempenho continuando a usar expressões do género ‘Eu acho que...’, ou ‘Parece-me que...’”

“A grande virtude dos indicadores é alertarem-nos para aquilo que, eventualmente, nos possa estar a escapar.”

“Os números ajudam-nos a ver o que precisamos de melhorar. A grande virtude dos indicadores é alertarem-nos para aquilo que, eventualmente, nos possa estar a escapar. Não podemos correr o risco de não ter a melhor perceção em relação, por exemplo, ao número de consultas que são efetuadas ou ao seguimento que está a ser feito de um determinado utente. Se monitorizarmos a nossa atividade conseguimos perceber se estamos a fazer um bom trabalho e se chegamos, de facto, a todos os nossos utentes”, afirma, frisando: “Por vezes, são aqueles que não vêm ter connosco que nós temos que ir buscar!”

Aliás, Marisa Carvalho refere, a esse propósito, que, no âmbito da estratificação pelo risco, está em curso na ULSEDV o denominado Projeto do Baixo Risco. Este consiste na convocatória e avaliação em consulta pela equipa de saúde familiar de todos os utentes com idade compreendida entre os 50 e os 59 anos considerados de baixo risco ou sem informação clínica, e sem registo de consulta desde 2024.

“Queremos que eles também saibam que podem contar connosco e que não estão esquecidos no sistema só porque não costumam procurar esses cuidados de saúde”, esclarece.

(Continuação da pág. 21)

dback de utentes e profissionais, garantindo uma avaliação mais ágil da qualidade dos serviços prestados”.

No dia-a-dia da USF Alpha, o *Microsoft Teams*, utilizado há vários anos, constitui a principal plataforma para partilha de documentação e comunicação entre os profissionais. “Reduz-se o uso de papel e fortalece-se o trabalho colaborativo”, sublinha Rafael Gonçalves, assegurando que “esta aposta no digital se traduz numa maior eficiência, numa gestão mais sustentável e numa resposta mais rápida e coordenada às necessidades de profissionais e utentes”.

Carla Bastos, médica de família: “Por vezes, temos que procurar e questionar ativamente, para perceber que suporte familiar têm certos utentes”

“O que queres ser quando fores grande?”. A esta pergunta, Carla Bastos deu sempre a mesma resposta: “Médica!” Ainda esteve um ano em Veterinária, no ICBAS, mas não desistiu de concretizar o seu grande desejo e em 2002 iniciava o curso de Medicina em Coimbra, que terminou seis anos depois.

Fez o internato do Ano Comum no Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, aproximando-se assim da sua terra natal, Oliveira de Azeméis. Foi só nesta altura, mais concretamente durante o período de estágio nos cuidados de saúde primários, que ficou a perceber o que era mesmo a Medicina Geral e Familiar. Isto porque o contacto próximo que teve com esta especialidade durante o curso “não correu lá muito bem”.



Carla Bastos

“Eu penso que tive a sorte de ficar a estagiar com uma colega que realmente trabalhava a verdadeira MGF. E depois de ver, na prática, o que significava, percebi que era o que queria fazer, o que me ajudou a tomar a decisão”, explica Carla Bastos, 42 anos, acrescentando: “Pelo menos, na altura do meu curso, não era dada à MGF a impor-



tância que ela tem, sendo uma especialidade mesmo desvalorizada! Penso que, hoje em dia, as coisas estão diferentes, pois, é cada vez mais reconhecido o papel do médico de família.”

Foi perfeitamente consciente da opção que tomara que iniciou a sua formação em MGF na USF Santa Joana, também em Aveiro, “que tinha igualmente um bom nível de organização”, sublinha, esclarecendo:

“Comecei a trabalhar aqui na USF Alpha no dia 1 de maio de 2014, ainda como interna, ou seja, antes de oficializar o contrato como especialista, isto porque havia a carência de dois médicos que tinham saído.”

Como é fácil de perceber, Carla Bastos ainda apanhou a fase dos contentores, embora estivesse parte da semana (dois dias) no polo de São Vicente de Pereira Jusã. “Portanto, eu tinha meio ficheiro lá e meio ficheiro aqui. Até que em fevereiro de 2020, com a reforma da Dr.ª Fátima Veiga, houve a possibilidade de ficar com a sua lista de utentes e a tempo inteiro na sede, em Válega”.

Como o colega que “herdou” os dois meios ficheiros só chegou à USF Alpha em julho, Carla Bastos assegurou durante esse tempo o acompanhamento dos seus novos utentes mas também dos antigos. Em todo o caso, lembra que, com as limitações que havia, em consequência da pandemia que grassava, “tentávamos sempre ir atendendo as necessidades dos utentes pelo telefone”.

“Por vezes, temos que procurar e questionar ativamente, para perceber que suporte familiar e social têm determinados utentes”, frisa.

“Antes de referenciar ao hospital um caso difícil, seja porque o doente não responde à terapêutica, ou

porque apresenta determinadas alterações analíticas, discutimo-lo em reunião do corpo médico, de forma a procurarmos encontrar aquela que achamos ser a melhor resposta, ou então no sentido de referenciarmos o mais corretamente possível”, refere a médica de família.

A relativamente recente integração na ULS de Entre Douro e Vouga – que inclui o Hospital de São Sebastião, a unidade de Santa Maria da Feira a que já recorria boa parte dos utentes da USF Alpha – “veio-nos permitir ter uma ponte de ligação com a chamada consulta de agudização hospitalar, que evita muitos encaminhamentos diretamente para o Serviço de Urgência”, observa Carla Bastos, salientando:



reiro próximo –, mas a verdade é que exerce enfermagem nos cuidados de saúde primários desde o verão de 2008, sempre no concelho de Ovar, praticamente todo este tempo em Válega.

“Há crianças que eu vi nascer e que agora já estão quase a atingir a maioridade!”, exclama, enquanto vai dizendo que, apesar de gostar de tudo o que faz como enfermeira, “tenho, se calhar, uma aptidão maior para lidar com crianças, porque também sou mãe e tenho 3 filhos”. E com que idade? “O mais velho tem 14, o do meio 8 e a menina 4.”

“Agrada-me muito acompanhar as crianças desde a gravidez das mães, depois do nascimento e à medida

rido, que ali foi estudar Engenharia Informática.

“Acabei o curso numa 6.ª-feira, inscrevi-me na Ordem dos Enfermeiros na 2.ª e comecei a trabalhar no hospital na 3.ª-feira, na Ortopedia”, resume. Quatro anos depois mudava para os cuidados de saúde primários, acabando integrada na equipa do Centro de Saúde de Ovar, embora o concurso a tivesse colocado em Estarreja.

Convidada a fazer parte do grupo de profissionais que iriam formar a USF Alpha, chegou a Válega uns três meses antes da sua criação formal. Ela e a sua colega Diana Silva, também entrevistada no âmbito desta reportagem.

Uma das diferenças com que Fernanda Cruz se deparou no novo modelo de unidade prende-se com as suas deslocações aos domicílios, que agora se focam nos utentes da sua lista, aplicando-se, assim, o conceito de enfermeiro de família, a que aqueles, aliás, “se adaptaram muito facilmente”.



Fernanda Cruz

“Agrada-me muito acompanhar as crianças desde a gravidez das mães, mas também gosto de fazer domicílios, de atender os idosos e da parte curativa”, refere Fernanda Cruz.

que vão crescendo. Mas também gosto de fazer domicílios, de atender os idosos e da parte curativa, de pegar numa ferida muito má e de a ver cicatrizar”, refere.

Natural de Salreu, no concelho de Estarreja, Fernanda Cruz conta que sempre teve uma “veia curativa”. É prossegue: “A minha irmã magoava-se e eu cuidava dela. Fazia os penos aos gatos, aos cães, ou quando era preciso lá em casa...” É assim que justifica o facto de ter decidido ser enfermeira, tendo feito o curso no pouco longe de casa, na Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias, em Castelo Branco porque acompanhava aquele que viria a ser o seu ma-

Dispondo de uma viatura cedida pela Câmara Municipal de Ovar, “o que é uma grande mais-valia, porque anteriormente deslocávamo-nos de táxi”, as visitas domiciliárias são feitas, normalmente, por volta da hora do almoço. E explica porquê: “Há muitos casos em que os idosos estão sozinhos em casa e não têm condições para nos abrir a porta, mas, como os filhos vão lá dar-lhes de comer, nós aparecemos nessa altura.”

Apesar de habitualmente fazer estas deslocações sozinha, ou então com a médica Carla Bastos, que consigo faz equipa, no dia em que a *Just News* visitou a USF Alpha Fernanda Cruz haveria de fazer os cinco domicílios que tinha programados acompanhada de outra enfermeira, “para aproveitar a viagem, já que alguns eram próximos uns dos outros”.

A lista incluía: um utente com mais de 90 anos e acamado, para ser vacinado contra a gripe, e, “para facilitar”, também se daria a vacina à própria nora, senhora com mais de

60 anos e alguma dificuldade em deslocar-se à Unidade; outros dois utentes com feridas para tratar; e um caso de referenciação para a UCC por necessitar de fisioterapia.

Com uma lista de quase 1900 utentes que acompanha desde o início, Fernanda Cruz diz que fala por si e pelos seus colegas quando afirma não ser raro que durante o fim de semana respondam, por exemplo, a um email de uma mãe aflita que está com dúvidas relativamente à dosagem de uma medicação a dar a uma criança.

Inês Figueiredo, médica de família: “Quem tinha 60 anos tem agora 70, quem era adolescente está neste momento a ter filhos...”

Natural de Espinho, onde nasceu há 41 anos, Inês Figueiredo tem ali residido a vida toda, com exceção dos 6 anos dedicados ao curso de Medicina, que fez em Espanha, mais precisamente em Santiago de Compostela, entre 2002 e 2008. Não hesita em admitir que, embora a escolha da profissão que tem e da própria especialidade tenha resultado de uma decisão sua, foi influenciada pelo facto de a mãe, que faleceu prematuramente, ter sido também médica de família.

Aliás, refere que em pequena a acompanhava muitas vezes à unidade de saúde onde trabalhava, na zona de Santa Maria da Feira, e por lá ficava durante o dia, num ambiente que rapidamente se tornou familiar para si.



Inês Figueiredo

Uma vez terminado o curso, o internato do Ano Comum foi cumprido no então CH do Médio Tejo, em Tomar, e a especialização em MGF no Centro de Saúde de Ilhavo, em cujo edifício surgiram poucos meses depois de ali chegar duas unidades de cuidados de saúde personalizadas, tendo Inês Figueiredo integrado a equipa da UCSP Costa de Prata.

Fez o exame da especialidade no final de abril de 2014 e logo no

(Continua na pág. 24)

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

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



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

(Continuação da pág. 23)

primeiro dia útil de maio começou a exercer na USF Alpha. Há 11 anos que tem a mesma lista de utentes, sendo que muitos deles se mantêm desde essa altura, contribuindo para o natural envelhecimento da mesma.

“Quem tinha 60 anos tem agora 70, quem era adolescente está neste momento a ter filhos”, comenta, acrescentando que, afinal, “até é por isso que nós gostamos de MGF”. No entanto, quando a Unidade passou a modelo B, em 2016, foi aceite um volume razoável de inscrições de gente jovem residente nas freguesias da região, rejuvenescen-

“É, efetivamente, uma mais-valia termos à nossa disposição esta facilidade de articulação com os colegas hospitalares”, considera Inês Figueiredo.

do, de certa forma, o ficheiro.

Com um interesse especial pela Saúde Materna que já vinha de trás, o mesmo foi reforçado aquando do seu internato, em que teve como orientadora a médica de família Elsa Pereira, que era a coordenadora do Programa de Saúde Materna na Região Centro.

“Isso permitiu-me reforçar ainda mais o meu gosto por esta área. Para além de que, durante o internato,



consciente das lacunas que tinha, fiz uma pós-graduação em sexologia clínica e terapia de casal que ainda hoje me continua a ser muito útil”, conta Inês Figueiredo, esclarecendo que o grupo tinha apenas dois médicos de família!

“A formação pós-graduada na área da sexualidade permitiu-me adquirir ferramentas essenciais para abordar, com maior segurança e sensibilidade, os problemas dos utentes nesta vertente. A sexualidade continua a ser um tema envolto em tabus, tanto para quem procura ajuda como para muitos profissionais de saúde, o que frequentemente leva ao adiamento de diagnósticos e à subvalorização de queixas que têm grande impacto

na qualidade de vida”, afirma, considerando que, “num contexto onde a oferta de cuidados especializados é ainda escassa e onde a formação dos médicos permanece limitada, esta capacitação tornou-se fundamental”.

De qualquer maneira, a médica faz questão de salientar que lhe agrada a forma como a interação entre os dois níveis de cuidados funciona na ULS de Entre Douro e Vouga, destacando a importância da denominada Unidade de Ambulatório de Medicina Interna:

“Perante uma insuficiência cardíaca descompensada, por exemplo, ou outra situação problemática que tenhamos entre mãos, rapidamente con-

seguimos contactar um colega da MI e perceber se o doente pode esperar três meses por uma consulta hospitalar, se é conveniente ser observado nessa Unidade no espaço de 24 ou 48 horas, ou se deve ser encaminhado imediatamente para a urgência. É, efetivamente, uma mais-valia termos à nossa disposição esta facilidade de articulação.”

Tiago Duarte, interno de MGF: “Esta Unidade é realmente muito organizada”

O interno do 4.º ano de MGF Tiago Duarte mostra-se visivelmente satisfeito com a forma de funcionamento da USF Alpha e, portanto, garante

não estar nada arrependido com a decisão que tomou em 2021 de fazer a sua especialização em Válega. Na altura, ouviu a opinião de vários colegas que também tinham feito a formação nesta Unidade e, perante os elogios que ouviu, “foi a opção que me pareceu mais adequada”.

“Vim encontrar uma equipa jovem, com orientadores capacitados e cientificamente atualizados. Esta Unidade é realmente muito organizada, com elementos dispostos a lutar pelo que acreditam ser o melhor para os seus utentes, por vezes, até com sacrifício pessoal”, afirma.



Tiago Duarte

E destaca, por exemplo, a metodologia usada na Consulta de Agudos, “implementando um sistema organizacional envolvendo os médicos e a equipa de enfermagem que garante o atendimento ao longo de todo o dia”. Adianta ainda: “Aqui trabalha-se mesmo até às oito da noite, com a última consulta a realizar-se às 19h50, ou às 19h40, se for programada!”

(Continua na pág. 26)

DIANA SILVA, ENFERMEIRA DE FAMÍLIA:

“Éramos todos muito jovens, não tínhamos ainda filhos, havia bastante disponibilidade...”

É com muita facilidade e até com alguma saudade que Diana Silva, 42 anos completados agora em setembro, recorda 2009 e todos aqueles meses que antecederam a abertura oficial da USF Alpha, já depois do dia de Natal. “Foram muitos meses a preparar tudo, a tratar da documentação, a definir o nosso modo de funcionamento, a elaborar o Regulamento Interno”, conta, acrescentando:

“Éramos todos muito jovens, não tínhamos ainda filhos, havia bastante disponibilidade. Reunimo-nos frequentemente ao fim de semana, umas vezes ao sábado, quase até de madrugada, noutras ocasiões aos domingos de manhã. Foram tempos realmente muito interessantes!”

Para reforçar o espaço disponível no velho edifício onde funcionava a extensão do Centro de Saúde de Ovar — e como já se escreveu mais atrás nesta reportagem —, foram instalados junto ao mesmo vários contentores. Diana Silva não sabe dizer ao certo quantos eram, mas refere que foi neles que se criou a sala de espera e a secretaria, assim como três gabinetes médicos e outros tantos de enfermagem.



Natural de São Martinho da Gândara, uma freguesia muito próxima de Válega, a enfermeira diz que chegou à profissão que tem hoje “de forma muito natural”. Aliás, sublinha, “ao contrário de colegas minhas da Primária e do Ciclo, o sangue nunca me fez impressão e as feridas também não me causavam qualquer confusão”.

Fez agora, em 2025, vinte anos que terminou o curso na então Escola Superior de Enfermagem de São João, no Porto. Esteve meio ano

no Hospital de São Miguel, em Oliveira de Azeméis, a substituir uma colega que se encontrava de baixa, e depois trabalhou durante dois anos no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, no Serviço de Oncologia.

“Embora a equipa fosse espetacular e eu gostasse do que fazia, nós tínhamos uma ligação muito próxima com os doentes e o facto de eu, em algumas situações, me ter apegado demasiado a eles fez com que se tornasse para mim uma tarefa emocionalmente muito desgastante”, explica. Embora deixe claro que concorreu a um lugar nos cuidados de saúde primários porque aquilo que há muito desejava “era poder acompanhar as famílias em todas as fases da vida, estando presente nos momentos mais importantes para elas”.

Conseguiu, assim, colocação no Centro de Saúde de Ovar, transitando para a extensão de Válega cerca de um ano depois, para reforçar a equipa de enfermagem mas também para fazer a sua integração no grupo de profissionais que viria a abrir a USF Alpha. Como se sabe, foram depois precisos dez anos para acontecer a mudança para

as atuais instalações da Unidade, “muito luminosas, com um espaço bastante adequado, gabinetes amplos e com outras condições para oferecer aos nossos utentes, nomeadamente aos que têm dificuldades motoras”.

A lista de utentes de Diana Silva é a mesma de sempre, tal como o médico com quem forma equipa: Rafael Gonçalves.

A lista de utentes de Diana Silva é, basicamente, a mesma de sempre, com cerca de 1800 nomes, tal como o médico com quem forma equipa, Rafael Gonçalves, se mantém desde o primeiro dia. “Tento organizar-me de maneira a poder apoiá-lo o mais possível, pois, para além da gestão do ficheiro, também coordena a Unidade e é orientador de forma-

ção, tendo habitualmente dois internos sob a sua responsabilidade”, refere, adiantando:

“Nós temos uma dinâmica bastante boa, em que a gestão das consultas e a programação das vigilâncias está bastante dividida. Há coisas que são da minha responsabilidade e com as quais ele não precisa de se preocupar verificar se estão a ser marcadas ou não. Entendemo-nos muito bem! Também já são muitos anos...”

Diana Silva, que integra o Conselho Técnico da USF Alpha e que há quatro anos obteve o título de enfermeira especialista em Saúde Familiar — com um filho pequeno e a pandemia covid-19 associados a esse período —, confirma ter um gosto especial em acompanhar os utentes mais novos, ali até aos 7 ou 8 anos. “São muito cómicos, constituindo um desafio constante”, diz. E porque?

“Porque são muito curiosos e interativos, têm sempre uma resposta para dar e perguntas para fazer. O raciocínio deles é super engraçado e possuem uma alegria de viver e uma vontade de aprender sempre mais, algo que realmente acaba por me agradar muito!”

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



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. Dörbala 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



(Continuação da pág. 24)

Tiago Duarte, 34 anos de idade, natural de Rio Tinto, chegou à USF Alpha no início de 2022 e descreve rapidamente o que vai acontecer nos próximos meses: o exame em janeiro para terminar 4.º ano do internato, lá para março a prova que lhe permitirá vir a obter o título de especialista em MGF e depois decorrerão talvez mais uns três meses para conseguir a homologação do exame.

Mas vale a pena contar qual foi o seu “percurso de vida” desde que, frequentava então a Escola Primária, anunciou a familiares e amigos que queria ser duas coisas: guarda-redes do Futebol Clube do Porto e

médico! O segundo desses desejos começou a ganhar forma em 2016, quando terminou o curso de Medicina na Universidade da Beira Interior, e concretizou-se definitivamente em 2017, uma vez cumprido o internato do Ano Comum, também na Covilhã.

Contudo, antes, já tinha tentado a Academia Militar e até frequentou, durante um ano, o curso de Medicina Dentária, no Porto, esclarece, acrescentando não estar “nada arrependido” de ter escolhido aquele local do país para se formar em Medicina. Até porque, adianta, “com os estágios que fiz, fiquei a conhecer também os três hospitais de toda aquela zona interior do país: Covilhã, Castelo Branco e Guarda”.

Tiago Duarte afirma gostar da área de Cuidados Paliativos, mas também se sente atraído pela Geriatria.

Resolveu ficar a exercer como clínico geral na Covilhã durante um ano e a seguir esteve mais três anos e meio nessa situação em Vila Nova de Gaia.

Reconhece que foi “uma escola muito importante” o ter tido a experiência de trabalhar na urgência hospitalar.

Tiago Duarte, cuja namorada está a terminar o internato de Medicina Física e de Reabilitação na ULS de Coimbra, afirma gostar de Cuidados Paliativos, área em que até fez uma pós-graduação, mas também se sente atraído pela Geriatria. “Até acho que as duas áreas se tocam em alguns pontos, nomeadamente no que se refere à gestão de expectativas e a lidar com sintomas complexos”, conclui.

A USF Alpha acolhe neste momento outros três internos de MGF, em diferentes anos de formação: Ricardo Martins (1.º), Sara Cardoso (2.º) e Cristiana Matos (3.º).

Nome: “Alpha” surgiu de forma espontânea no seio da equipa, refletindo o espírito inovador, pioneiro e transformador que motivou a criação do projeto. A referência à letra grega “α”, a primeira do alfabeto, simboliza liderança, início, vanguarda e relevância – atributos que espelham os valores e os ideais do grupo de trabalho que constitui esta Unidade.



Logótipo: O elemento representativo eleito para o logótipo foi a cruz, pelo facto de esta ser associada à área da Saúde, tendo-se optado, como fator diferenciador, pela elaboração da mesma em três dimensões. As cores escolhidas foram o azul e o branco, pelas suas conotações bastante positivas, pois, transmitem a sensação “clean” e harmoniosa que se pretende associar à USF Alpha.

FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (OUTUBRO DE 2025)

Utentes: 11.392 (14.835 UP)
Idosos: 2501 (Índice depend.: 33,7%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1470 (Índice depend.: 19,81%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 2909

ATIVIDADE (2024)

Consultas médicas
Contactos diretos: 17.193
Contactos indiretos: 14.393
Domicílios médicos: 166
Enfermagem
Contactos diretos: 16.666
Contactos indiretos: 1063
Domicílios de enfermagem: 1484

PROFISSIONAIS (OUTUBRO DE 2025)

Médicos: 7 (corresp. a 6,5 ETC)
Enfermeiras: 7 (corresp. a 6,5 ETC)
Secretárias clínicas: 5
Internas: 4

Vitamina B12 revelou-se um suporte essencial na gestão da dor neuropática

A dor neuropática é uma condição debilitante, que afeta entre 6,9% e 10% da população em geral⁽¹⁾ resultante de lesões ou disfunções no sistema nervoso. Trata-se de um dos maiores desafios clínicos na prática médica, com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. Apesar da sua complexidade, cresce a evidência científica que aponta para o papel fundamental da vitamina B12 no apoio à saúde neurológica e no alívio da dor⁽²⁾. Num contexto clínico cada vez mais atento aos fatores nutricionais como moduladores da dor, a vitamina B12 assume um papel central na abordagem multidisciplinar da dor neuropática.

A vitamina B12 é essencial para funções vitais do organismo, incluindo a produção de glóbulos vermelhos, a síntese de ADN (ácido desoxirribonucleico) e a manutenção da integridade do sistema nervoso⁽³⁾. A sua ligação à dor neuropática deve-se sobretudo ao papel central na produção de mielina – a camada protetora que envolve os nervos e assegura a correta transmissão dos impulsos nervosos. Quando os níveis de vitamina B12 são insuficientes, os nervos ficam mais expostos e vulneráveis a transmitir sinais de dor de forma anómala. Além disso, o défice pode desencadear processos inflamatórios e oxidativos que agravam os sintomas.

A deficiência desta vitamina pode, entre outros, manifestar-se em sinais como fadiga, alterações cognitivas, perturbações do humor e dor persistente. Está também associada ao aumento da homocisteína, um marcador inflamatório associado ao risco cardiovascular e neurológico, e à redução da produção de mielina, o que conduz a disfunções neurológicas, hiperexcitação do sistema nervoso e agravamento da dor. Se não for corrigido, o défice está também frequentemente associado a complicações mais graves, incluindo síndromes demenciais⁽⁴⁾.

Por ser um fator corrigível, a suplementação com vitamina B12 representa uma oportunidade relevante no tratamento da dor neuropática. Estudos clínicos⁽⁵⁾ demonstram que a administração desta vitamina pode regenerar fibras nervosas, reduzir a inflamação e aliviar a dor em diferentes condições, como neuropatia diabética, nevralgia do trigémio e dor lombar crónica. Num ensaio randomizado com doentes com lombalgia, a suplementação intramuscular reduziu em 87% a dor e em 82% a incapacidade funcional⁽⁶⁾. Adicionalmente, a vitamina B12 demonstrou propriedades anti-inflamatórias semelhantes às dos anti-inflamatórios não esteroides (AINE)⁽⁴⁾, promovendo analgesia de forma segura.

Segundo Raul Marques Pereira, coordenador do Grupo de Estudos de Dor da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), “a vitamina B12 é essencial para a síntese de mielina e regeneração

axonal, protegendo os nervos de danos. Atua na redução da homocisteína e modula neurotransmissores, contribuindo para o alívio da dor neuropática. A sua suplementação tem um efeito importante na função nervosa e na redução dos sintomas de neuropatia”.

A literatura científica sugere ainda que a vitamina B12 pode ter um efeito sinérgico quando associada a outras terapêuticas, como antidepressivos ou analgésicos opioides, aumentando a eficácia global do tratamento e permitindo reduzir doses elevadas dessas terapias. Além disso, a administração intramuscular tem-se mostrado segura, com efeitos adversos mínimos (como dor ou hematoma no local da injeção), reforçando a sua utilidade clínica quando bem indicada.⁽⁷⁾.



Raul Marques Pereira

Raul Marques Pereira acrescenta ainda que “a vitamina B12 mostra maior eficácia em neuropatia causada por compressão nervosa, neuropatia diabética, pós-herpética e induzida por quimioterapia, especialmente com suplementação através de formas ativas de B12”.

Embora muitas vezes lembrada apenas pelo seu papel no metabolismo e na energia, a vitamina B12 desempenha um papel decisivo na integridade do sistema nervoso. O reconhecimento da sua importância, aliado a estratégias de diagnóstico precoce e suplementação adequada, pode tornar-se um passo fundamental no combate à dor neuropática e na melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Referências:

1. O van Hecke, Sophie K Austin, Rafi A Khan, B H Smith, N Torrance. *Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies.* Pain. 2014;155(4):654-62.
2. Thomas Julian, Rubiya Syeed, Nicholas Glasgow, Efthalia Angelopoulou and Panagiotis Zis. *B12 as a Treatment for Peripheral Neuropathic Pain: A Systematic Review.* PubMed Central® (PMC), 25 July 2020.
3. *Vitamina B12, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde.*
4. Ummer, K et. al. *revalence of B12 Deficiency in Patients Presenting with Non-Specific Pain and Other Sensory*

Symptoms: A Clinical Observational Study (P3.307). 2015. Neurology, Patient and Palliative: 84; 14.

5. *Vitamin B12 in low back pain: a ran-*

domised, double-blind, placebo-controlled study.

6. Buesing, S. et al. *Vitamin B12 as a Treatment for Pain.* 2019, Pain Physician; 22:E45-E52.

7. Chiu, C.K. et al. *The efficacy and safety of intramuscular injections of methylcobalamin in patients with chronic nonspecific low back pain: a ran-*

domised controlled trial. Singapore Med J 2011, 52(12) 868.

PT-NPS-0125.25

CONCEIÇÃO PINTO, SECRETÁRIA CLÍNICA:

“Toda a gente do grupo inicial contribuiu, de alguma forma, para a criação desta USF”

Conceição Pinto foi escolhida para representar o Secretariado Clínico da USF Alpha nesta reportagem que a *Just News* foi fazer a Válega, tendo começado logo por deixar claro que também as profissionais deste setor (são todas mulheres!) valorizam a organização no local de trabalho: “Tal como acontece com os médicos e os enfermeiros, também nós procuramos ser o mais organizadas possível, porque, se não for assim, acaba por ser um caos, e não é isso que queremos!”

“Temos uma coordenação muito boa entre nós. Aliás, quando alguma falta temos sempre quem, funcionando em espelho, assume as tarefas da colega que não está. De qualquer forma, todas nós sabemos fazer praticamente todo o trabalho”, garante.

Natural de Mirandela, onde nasceu a 29 de outubro de 1963, Conceição Pinto entrou para o CS de Ovar em 2003, através do Centro de Emprego, e em março de 2005 já com

“O nosso logótipo foi criado pelo meu filho. Apresentou uma proposta e ela foi aceite pela equipa.”



vínculo à Função Pública. Trabalhou em várias extensões antes de ser convidada para fazer parte da equipa que viria a dar origem à USF Alpha.

Quando regressou à extensão de Válega, obviamente, já conhecia alguns dos profissionais do grupo e recorda com uma certa emoção as reuniões que foram acontecendo para lançar o projeto da Unidade. “Toda a gente contribuiu, de alguma forma, para o lançamento desta USF. Aliás, até o nosso logótipo foi criado pelo meu filho Pedro Pinto, que tinha feito o curso de Publicidade e Marketing e apresentou uma proposta que foi aceite pela equipa. Ele tem hoje 42 anos, portanto, devia ter uns 27”, recorda.

Conceição Pinto explica que, em termos de Secretariado Clínico,

a colega Fátima Pinto entrou consigo, Conceição Gomes também ali está desde o início, Rita Pereira (membro do Conselho Técnico) chegou pouco depois da abertura e Daniela Mendonça é o elemento mais recente.

“Em relação à nossa disponibilidade, entramos às 8h00 e saímos às 20h00. Fazemos atendimento durante todo esse tempo, incluindo o período do almoço. Quanto às chamadas telefónicas e aos emails que recebemos, procuramos que não haja acumulação e nem pensar em deixarmos trabalho para o dia seguinte! Queremos sempre chegar ao final do dia e estar tudo tratado, com os utentes a ter as respostas que precisam que lhes sejam dadas”, afirma Conceição Pinto.

Entretanto, ainda com a preocupação de que as coisas funcionem da forma mais organizada possível na USF Alpha, os utentes são aconselhados a chegar à Unidade uns 20 minutos antes da hora marcada para a consulta, sendo também alertados para o facto de existir uma tolerância de apenas 10 minutos para que possam ser atendidos. Caso o atraso seja superior, a consulta terá que ser, em princípio, remarcada.

O mesmo rigor, com idêntico tempo de tolerância, existe em relação à Consulta do Dia, sendo que, neste caso, “procura-se reagendar a mesma para uma vaga que haja, para que o utente não fique sem ser observado no próprio dia”.





A NOVA APP para Gestão da Diabetes

 Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ



MEDICINA INTERNA DA ULS DA REGIÃO DE LEIRIA APOSTA NUM ACOMPANHAMENTO GLOBAL DO UTENTE COM DIABETES

Unidade Multidisciplinar do Pé Diabético da ULS-RL disponibiliza Hospital de Dia, sendo complementar às consultas de DM1 e DM2

NÃO É DE ESTRANHAR QUE A 19.ª REUNIÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE DIABETES *MELLITUS* DA SPMI, QUE DECORREU DIAS 24 E 25 DE OUTUBRO, TENHA DEDICADO UMA PARTICULAR ATENÇÃO AO PÉ DIABÉTICO. DÁ-SE A CIRCUNSTÂNCIA DE A SUA COMISSÃO ORGANIZADORA TER SIDO FORMADA PELOS INTERNOS E ESPECIALISTAS DO SERVIÇO DE MI DA ULS-RL, ALGUNS DOS QUAIS PARTICULARMENTE DEDICADOS À UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DO PÉ DIABÉTICO (UMPD), ESTRUTURA CRIADA NO INÍCIO DE 2023 E QUE OCUPA UM ESPAÇO NO HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ AINDA “A CHEIRAR A NOVO”, POIS, SOFREU OBRAS DE ADAPTAÇÃO PARA O EFEITO. COORDENADA POR DIANA FERNANDES, ATUALMENTE EM LICENÇA DE MATERNIDADE, ESSA TAREFA É ASSEGURADA PELO INTERNISTA PEDRO NEVES TAVARES, QUE PRESIDE À EDIÇÃO DE 2025 DO EVENTO ANUAL MAIS IMPORTANTE DO NÚCLEO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA DEDICADO À DIABETES.

Recuando a 2020, ano em que se tornou especialista, Pedro Neves Tavares recorda que, no Hospital de Santo André, a Medicina Interna realizava três diferentes tipos de consultas nesta área: DM1, DM2 e Pé Diabético. A primeira era assegurada por dois especialistas, a segunda estava a cargo de sete internistas e a última, para além de si próprio, mobilizava mais duas colegas do Serviço de MI.

Cinco anos depois, o tratamento do pé diabético permanece sob a exclusiva responsabilidade da MI e os doentes com diabetes tipo 1 e tipo 2 continuam a ser partilhados com a Endocrinologia. “Cabe unicamente ao médico que referencia a decisão de encaminhar o utente para uma ou outra especialidade, sendo certo que os critérios de referenciação são semelhantes”, explica Pedro Neves Tavares.

Como não podia deixar de ser, a atividade relacionada com as consultas de DM-1 e DM-2 “cresceu bastante”, confirma o médico, “muito à custa do aumento exponencial da área de influência da ULS da Região de Leiria”.

Já a Consulta de Pé Diabético teve uma evolução ainda mais visível, dando origem a uma Unidade Multidisciplinar a ele dedicado, que inclui um Hospital de Dia. A funcionar desde 22 de agosto de 2022, a sua criação acabaria por ser oficializada algum tempo depois, a 4 de abril de 2023, com a realização de uma cerimónia de inauguração do espaço.



Diana Fernandes



O tratamento do pé diabético permanece sob a exclusiva responsabilidade da MI na ULS-RL.

O local onde está instalada a Unidade Multidisciplinar de Pé Diabético e o seu Hospital de Dia resulta da adaptação de uma área situada no chamado Setor 1 do Hospital de Santo André, onde funciona a Consulta Externa. Uma sala de espera, uma zona de arrumos, uma casa de banho e um gabinete deram origem – após as indispensáveis obras de adaptação, que obrigaram, nomeadamente, ao derrube de algumas paredes – a um “*open space*” onde nem falta a luz natural.

“Dispomos de um espaço que possui três cadeiras de podologia, permitindo que uma podologista, contratada especificamente para integrar a Unidade, e duas enfermeiras trabalhem em simultâneo, e ainda uma sala de reuniões e outra de pequena cirurgia. Para além disso, ocupamos, em simultâneo, mais quatro gabinetes de enfermagem que, para além de servirem para o pé diabético, também



“O nosso objetivo é precisamente apanhar os doentes mais cedo, evitando o aparecimento de úlceras, e, quando ocorrem, abordando-as o mais precocemente possível”, afirma Pedro Neves Tavares

dão apoio à Consulta de Diabetes. Aliás, o mesmo sucede com as próprias enfermeiras que temos no Hospital de Dia”, esclarece o nosso entrevistado.

Evitar as amputações e reduzir o número e a duração dos internamentos por causa do pé diabético

A juntar às seis profissionais de Enfermagem, à podologista e à assistente operacional, a Unidade

Multidisciplinar de Pé Diabético tem alocados, para além de Diana Fernandes e de Pedro Neves Tavares, a internista Rita Grácio e ainda os respetivos internos de MI por cuja orientação são responsáveis, respetivamente, Soraia Duarte (4.º ano), Mauro Marques (4.º ano) e Joana Moniz (3.º ano).

Atualmente, a UMPD dá apoio a mais de 700 doentes da ULS da Região de Leiria, tendo até ao final do mês do Setembro deste ano re-

GlucMen areo

Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR
com as MESMAS TIRAS





Viva uma Vida Nova



Pedro Neves Tavares com Rita Grácio e Adriana Bandeira

ca e de Reabilitação e até o Serviço Social, para além de envolvermos, sempre que necessário, a Unidade de Hospitalização Domiciliária.”

De referir que, historicamente, a Medicina Interna já era responsável, no Hospital de Santo André, pela Consulta de Diabetes quando a médica Conceição Neves fez formação na área e fundou uma Consulta de Pé Diabético. Sendo orientadora de formação de Diana Fernandes, fez com que esta última passasse a dar-lhe apoio na Consulta, acabando Pedro Neves Tavares por se lhes juntar posteriormente. Rita Grácio entraria na equipa para substituir Conceição Neves, na sequência da sua aposentação.

Classificando a atividade da Unidade Multidisciplinar de Pé Diabético como complementar à da Consulta de Diabetes, o médico justifica: “Se houver um doente que é seguido na Consulta de Diabetes

e necessitar de cuidados específicos do Pé Diabético, obviamente que o integramos na UMPD, e vice-versa, havendo utentes que são seguidos em simultâneo em consulta de Diabetes e na unidade.”

Nota: Reportagem originalmente publicada no Jornal da 19.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Diabetes Mellitus (outubro 2025).



MÓNICA REIS, COORDENADORA DO NEDM-SPMI: “O pé diabético é muito negligenciado, até pelo próprio doente”

A internista Mónica Reis considera muito importante sensibilizar as equipas médicas que tratam a diabetes para algo que, apesar de ter “implicações enormes” de vária ordem, “não é devidamente valorizado”: o pé diabético.

“É necessário chamar a atenção para um problema que não é abordado adequadamente no âmbito do tratamento da diabetes, mas que pode ter implicações significativas na vida do doente, a nível pessoal

mas também profissional”, alerta a coordenadora do Núcleo de Estudos de Diabetes *Mellitus* da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (NEDM-SPMI).

Mónica Reis lembra que “há quem deixe mesmo de trabalhar quando uma situação de pé diabético culmina em amputação, afetando profundamente a capacidade laboral dessa pessoa e, naturalmente, a sua qualidade de vida, e com custos óbvios para a sociedade em geral”. E fri-

sa: “É muito negligenciado, até pelo próprio doente!”

A médica, que coordena, no Hospital de Vila Franca de Xira, a Unidade Integrada de Diabetes da ULS do Estuário do Tejo, salienta que o pé diabético “pode ter um impacto bastante negativo, inclusive, representando um peso económico muito elevado. Conduz, por exemplo, a internamentos hospitalares prolongados para tratamento de feridas”.

ESPECIAL

Este Especial inclui artigos originalmente publicados no *Jornal das 11.^{as} Jornadas GRESP*, distribuído aos participantes no evento, que decorreu no Centro de Congressos Sheraton Porto Hotel, nos dias 9 e 10 de outubro, promovido pelo Grupo de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Os artigos selecionados, transcritos na íntegra, podem incluir ligeiras adaptações.

11^{as} Jornadas GRESP

Inspirar o Presente, Construir o Futuro

"Um percurso de construção e multidisciplinaridade"

Cláudia Vicente, que se encontra na fase final do seu mandato como coordenadora do GRESP, preparando-se para assumir, em maio próximo, a presidência do IPCRG – Primary Care e Respiratory Group, lembrou que em 2005 “houve um grupo pioneiro que percebeu a importância das doenças respiratórias e o papel fundamental dos médicos de família” relativamente às mesmas, fundando o GRESP. E acrescentou que foi “procurando simbolizar o percurso de construção e de multidisciplinaridade” feito durante estes 20 anos que surgiu o convite a Mário Morais de Almeida para proferir a Conferência de Abertura destas 11.^{as} Jornadas GRESP. “Um médico incontornável no panorama nacional e que, não sendo MF, tem colaborado sempre connosco, contribuindo para o crescimento do Grupo”, salientou Cláudia Vicente. O conhecido imunológico, que preside neste momento à WAO – World Allergy Organization, dissertou sobre “O impacto ambiental na saúde respiratória”.



Reabilitação respiratória: quando a multidisciplinaridade dá a mão à MGF



Carla Gomes
MF na USF Levante, ULS do Algarve. Assist. convidada na Univ. do Algarve. Diretora do Internato de MGF do Algarve. Coord. GT Reabilitação Respiratória do GRESP-APMGF

A reabilitação respiratória (RR) é hoje reconhecida como intervenção essencial no tratamento das doenças respiratórias crónicas. Nas 11.^{as} Jornadas GRESP, a mesa dedicada a esta temática quis demonstrar que os ganhos clínicos são maiores quando trabalhamos em equipa e em proximidade com a comunidade. O debate juntou um pneumologista, uma enfermeira e uma fisioterapeuta, lado a lado com a MGF. Mais do que apresentar perspetivas distintas, procurou-se construir um discurso comum sobre referência, desenho de programas e integração de cuidados entre hospital e CSP.

Complementaridade em ação

- Diagnóstico e estratificação corretos, orientados pela Pneumologia, evitam atrasos e sobretratamentos.

- Educação terapêutica e autocuidados, liderados pela Enfermagem, asseguram adesão e segurança.
- Treino físico e recondicionamento funcional, orientados pela Fisioterapia, convertem limitações em capacidade.
- Seguimento longitudinal e visão comunitária, próprios da MGF, garantem continuidade e equidade de acesso.

Esta articulação multiprofissional torna a RR mais acessível, custo-efetiva e centrada na pessoa, melhorando dispneia, capacidade de exercício e qualidade de vida, e reduzindo agudizações e internamentos.

A força das parcerias

Para que a RR chegue “onde as pessoas vivem”, são necessárias

parcerias formais entre hospitais/ULS, USF, autarquias e rede social local. Só assim se assegura:

- Protocolos simples de referênciação bidirecional.
- Partilha de recursos (salas, ginásios comunitários, telemonitorização).
- Formação prática para equipas de MGF.
- Indicadores comuns de resultado (capacidade funcional, CAT/ACT, internamentos evitados, satisfação).

Com estes alicerces, os médicos de família ficam capacitados para liderar programas comunitários de RR, sempre apoiados por equipas hospitalares quando necessário.

O caminho a seguir

1. Mapear recursos locais e identificar parceiros.
2. Definir percursos assistenciais

curtos (entrada → avaliação → programa → manutenção).

3. Nomear um coordenador em MGF e um responsável hospitalar por programa.
4. Medir resultados.

Mais do que um painel, esta mesa foi um compromisso de ação: colocar as pessoas certas no momento certo, no local certo.

A reabilitação respiratória só terá impacto real se for multidisciplinar, colaborativa e comunitária. É neste modelo que a MGF deve assumir a liderança, aproximando ciência e proximidade, técnica e humanidade.

Que esta mesa das 11.^{as} Jornadas GRESP seja lembrada pelo seu lema inspirador: “Converter em protagonista a linha tímida do plano de tratamento das doenças respiratórias.”



Novidades na asma e na DPOC em 2025



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



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

A atualização de 2025 da Global Initiative for Asthma (GINA) apresenta uma atenção especial na abordagem ao diagnóstico e tratamento da asma, reforçando a personalização terapêutica e a segurança.

Um dos destaques é o novo fluxograma diagnóstico, que valoriza os biomarcadores do tipo 2 (eosinófilos e FeNO), agora reconhecidos como ferramentas cruciais para orientar decisões clínicas e que devem ser interpretados considerando o ritmo circadiano e outras condições que alteram os seus limiares de normalidade.

Outro destaque importante prende-se com o reconhecimento do “fluxo expiratório variável” e cuja limitação pode não estar presente no momento do diagnóstico. Em relação ao diagnóstico de asma em crianças com menos de 5 anos, procura-se agora evitar a sobreutilização do termo de “sibilância recorrente” e estabelecer um diagnóstico mais precoce, de modo a intervir mais eficazmente.

Nos percursos terapêuticos, o ICS-formoterol mantém-se como escolha do percurso preferencial, por combinar eficácia clínica e evitar o uso de múltiplos inaladores diferentes. A dose média de ICS-LABA no degraú 4 substitui as doses elevadas, minimizando efeitos adversos. O fenoterol foi desaconselhado devido ao risco cardiovascular e o magnésio nebulizado deixou de ser recomendado. Foi reforçada a necessidade de avaliação especializada em casos suspeitos de asma grave.

Já no que diz respeito à doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a atualização GOLD 2025 consolida uma abordagem cada vez mais integradora e longitudinal, salientando a importância de reconhecer múltiplas trajetórias de função pulmonar e fatores de risco para além do tabagismo. As novas recomendações retomam a definição alargada da doença, enquan-

to processo dinâmico e cumulativo ao longo da vida, e reforçam a utilidade do conceito GETomics para ilustrar a interação entre genética, exposições ambientais e envelhecimento.

Uma novidade é a introdução do conceito de disbiose respiratória como elemento transversal na fisiopatologia da DPOC. Reconhece-se o papel do microbioma na modulação inflamatória e reforça-se a relevância do eixo

intestino-pulmão. Apesar de ainda não ter aplicações terapêuticas diretas, esta perspetiva pode vir a abrir caminho a intervenções inovadoras.

A prática clínica beneficia também de novas orientações sobre espirometria pré-broncodilatador em contextos de acesso limitado e de uma secção dedicada ao risco cardiovascular, com destaque para a necessidade de diferenciação entre exacerbações da DPOC

e eventos cardíacos agudos e com implicações na avaliação e monitorização integradas da pessoa com DPOC.

No tratamento, surgem novas opções, como a ensifentrina e o dupilumab, dirigidas a subgrupos específicos, assim como uma maior orientação sobre quando desprezever corticosteroides inalados, com base em perfis de risco e resposta inflamatória (eosinofilia).

Estas atualizações, tanto em asma como em DPOC, reforçam o papel dos CSP na gestão das doenças respiratórias crónicas, através de uma vigilância ativa e de uma abordagem personalizada, baseada na evidência e centrada na pessoa. Para os profissionais de saúde representam a necessidade de atualização contínua, enquanto para os doentes permitem uma gestão mais eficaz da sua condição crónica.

Tabagismo – novas relações numa dependência antiga



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



Dyna Torrado
MF na USF Ria Formosa, ULS
do Algarve. Membro do GRESP.
Especialista em Tabagismo pela Univ.
de Sevilha

têm vindo a ganhar popularidade, sobretudo entre os mais jovens, tornando-se um desafio crescente para a saúde pública. Em Portugal, dados de 2020 indicam que 38,4% dos jovens com idades entre os 13 e 18 anos já experimentaram cigarros tradicionais ou eletrónicos. Os cigarros eletrónicos representam um desafio global crescente.

Em 2021, a OMS estimou que existiam 82 milhões de utilizadores no Mundo, sendo o seu uso mais frequente em jovens com idades entre os 13 e 15 anos, evidenciando o impacto precoce e o potencial de dependência nesta faixa etária.

Os novos produtos de tabaco, como os cigarros eletrónicos e o tabaco aquecido, representam uma transformação na forma de consumo da nicotina, sendo frequentemente promovidos como opções menos prejudiciais. No entanto, a evidência mostra que continuam a expor os utilizadores a substâncias nocivas e podem potenciar uma dependência de nicotina mais célere.

A dependência da nicotina é um fenómeno complexo que pode ser dividido em três dimensões: física, psicológica e comportamental. Nesse contexto, as intervenções não farmacológicas, complementadas, quando indicado,

A evidência mostra que os novos produtos de tabaco continuam a expor os utilizadores a substâncias nocivas e podem potenciar uma dependência de nicotina mais célere.

pelo tratamento farmacológico, desempenham um papel central no processo de cessação tabágica. As opções farmacológicas incluem a terapia de substituição de nicotina, o bupropiom, a vareniclina e a citisiniclina, estas duas últimas comparticipadas em Portugal desde 2024. O acompanhamento médico e tratamento farmacológico aumentam as hipóteses de sucesso, permitindo alcançar taxas de cessação tabágica entre 20% e 43%. Estes dados sublinham a importância da aquisição e atualização de conhecimentos e competências nesta área, evidenciando a necessidade de o GRESP continuar a investir na formação dos Médicos de Família. No âmbito das 11.ª Jornadas do GRESP, o Grupo de Trabalho do Tabagismo propôs-se a realizar uma sessão dedicada a estas novas relações numa dependência antiga, onde foram abordados os novos produtos de tabaco, as consequências do seu uso e as opções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis no processo de cessação tabágica.

É possível manter os ganhos com programas domiciliários de RR? O contributo do Rehab2Life



Liliana Silva
Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação. Investigadora clínica na ULS de Matosinhos. Doutorada em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde

e a qualidade de vida. Contudo, sabe-se que os benefícios tendem a desaparecer poucos meses após o programa, se não forem mantidos com estratégias específicas de acompanhamento.

Foi neste contexto que nasceu o Rehab2Life, desenvolvido na ULS de Matosinhos. O programa tem duas fases distintas: uma primeira de 8 semanas de reabilitação respiratória domiciliária, seguida de uma segunda fase de manutenção, até aos 12 meses. Nesta fase, o acompanhamento é feito através de planos de exercício adaptados, educação para a autogestão da DPOC e estratégias de mudança comportamental, sempre com suporte próximo de profissionais de saúde, em particular da enfermagem de reabilitação.

No ensaio clínico realizado, após completarem o programa inicial de 8 semanas, os participantes foram aleatoriamente distribuídos por dois grupos: um grupo de intervenção, que integrou a fase de manutenção domiciliária do Rehab2Life, e um grupo de controlo, acompanhado segundo os cuidados habituais. O objetivo foi

avaliar se o programa domiciliário permitiria manter os níveis de atividade física, medidos através do número de passos diários, assim como a capacidade funcional, a controlo de sintomas e a qualidade de vida.

Os resultados mostraram que, embora ambos os grupos tenham beneficiado da primeira fase de reabilitação, ao fim de 12 meses, observou-se uma diminuição da atividade física em geral. Ainda assim, no grupo de intervenção alguns doentes

Um contributo adicional desta investigação foi a criação de um novo índice de severidade, que combina capacidade funcional e atividade física.

conseguiram manter ou até aumentar os níveis de passos diários, sinalizando que este modelo pode ser especialmente útil em determinados perfis de doentes.

Um contributo adicional desta investigação foi a criação de um novo índice de severidade, que combina capacidade funcional e atividade física. Este índice revelou potencial para identificar quais os doentes mais propensos a beneficiar de programas domiciliários, indo além das classificações tradicionais baseadas apenas na função pulmonar.

Estes achados reforçam a importância de apostar em programas de manutenção adaptados ao domicílio. A sua implementação pode aumentar o acesso à reabilitação respiratória em regiões onde a oferta de centros especializados é limitada, ao mesmo tempo que permite uma abordagem mais personalizada, ajustada às necessidades reais das pessoas com DPOC. Apesar de a dimensão amostral ter sido uma limitação, a experiência mostra que é possível inovar na forma como se organizam os cuidados e que a manutenção dos ganhos

depende não apenas do doente mas também da forma como os serviços de saúde estruturam o apoio continuado.

O Rehab2Life não pretende substituir os programas convencionais, mas antes complementá-los, assegurando que o investimento feito na primeira fase não se perde ao longo do tempo. O futuro passará certamente por programas híbridos, que combinem presencial e remoto, com recurso a tecnologias digitais, acompanhamento próximo por equipas multiprofissionais e forte envolvimento da comunidade.

Enquanto investigadora clínica e enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, acredito que a aposta em modelos domiciliários representa um caminho inevitável para aumentar a equidade no acesso e a sustentabilidade dos ganhos. A experiência de vida com DPOC exige respostas consistentes e cabenos a nós, profissionais de saúde e investigadores, encontrar soluções inovadoras e viáveis. O Rehab2Life é um exemplo de como a investigação pode inspirar práticas que mudam a forma de cuidar.



Prevenir e gerir infeções respiratórias em idade pediátrica: o que podemos fazer nos CSP?



Ângela Santos Neves
MF na USF Araceti, ULS do Baixo Mondego

As infeções respiratórias agudas (IRA) representam a principal causa de morbilidade em idade pediátrica, com impacto significativo na procura de cuidados em saúde em CSP e também hospitalares. Dados recentes indicam que até 50% das consultas pediátricas em CSP se devem a uma IRA, com um número médio de 8 a 12 episódios por criança por ano.

Nos CSP da ULS do Baixo Mondego cerca de 32% dos diagnós-

ticos das consultas de doença aguda corresponderam, em 2024, a infeções respiratórias, percentagem coincidente com a literatura internacional (29 a 50%, Rehman, 2019). Neste estudo, verificou-se que, abaixo dos 2 anos, 75% das crianças tiveram necessidade de uma consulta de doença aguda por IRA em 2024. A faixa etária dos 0 aos 6 anos é particularmente vulnerável, devido à imaturidade do sistema imunitário, à anatomia das vias aéreas superiores e aos fatores ambientais, nomeadamente a frequência de creches e jardins-de-infância.

As IRA distribuem-se entre infeções do trato respiratório superior (rinofaringite, otite média, sinusite, laringite) e inferior (bronquiolite, pneumonia, bronquite aguda). A etiologia é predominantemente viral (80-90%), sendo os principais agentes o rinovírus, o vírus sincial respiratório (VSR), o vírus influenza, o adenovírus e o metapneumovírus humano. A infeção viral é frequente, sobretudo em crianças até aos 6 anos, com taxas de até 51%, com maior incidência de combinações

como adenovírus + rinovírus e VSR + rinovírus.

A bronquiolite e a pneumonia são as principais causas de internamento hospitalar nos primeiros anos de vida, com o VSR a ser responsável por até 70% das bronquiolites. A pneumonia adquirida na comunidade em idade pediátrica mantém

elevada morbilidade e, embora a mortalidade seja reduzida nos países desenvolvidos, continua a ser a principal causa de morte por doença infecciosa em menores de 5 anos a nível global.

O médico de família, inserido numa equipa multidisciplinar de CSP, desempenha um papel essencial na deteção precoce, monitorização clínica e estratificação do risco. A sua intervenção prolongada ao longo do ciclo de vida da criança permite identificar precocemente sinais de agravamento, otimizar o uso racional de antibióticos e implementar medidas de suporte (hidratação, antipiréticos, lavagem nasal).

A bronquiolite e a pneumonia são as principais causas de internamento hospitalar nos primeiros anos de vida, com o VSR a ser responsável por até 70% das bronquiolites.

Mais do que intervenções reativas, os CSP têm uma função determinante na prevenção: a promoção da vacinação, a educação parental, o seguimento do crescimento e desenvolvimento e a vigilância de fatores de risco (ambiente, nutrição, antecedentes familiares). A promoção da cessação tabágica no ambiente da criança assume um papel importante ao alcance dos CSP. Um estudo realizado em

2017 (Pina, 2017) demonstrou que crianças seguidas em CSP com elevado índice de qualidade (PCATool > 3,41) apresentam risco 43% inferior de hospitalização por pneumonia.

Para este valor contribuem tarefas rotineiras do âmbito dos CSP, nomeadamente a promoção e a garantia do cumprimento do calendário vacinal preconizado, a orientação e a gestão das IRA, a capacitação dos cuidadores e a acessibilidade, permitindo uma intervenção e uma orientação precoces. Adicionalmente, a articulação entre os programas de saúde da criança, da mulher e familiar permite reforçar a continuidade dos cuidados e aumentar a literacia em saúde, impactando positivamente a morbimortalidade respiratória pediátrica.

Em suma, as IRA, apesar de frequentemente autolimitadas, exigem vigilância apertada e atuação estruturada, em que o médico de família assume um papel clínico e preventivo central, essencial para mitigar complicações, evitar hospitalizações e promover a saúde respiratória.

A síndrome de apneia obstrutiva do sono no feminino



Marta Drummond
Assist. hospitalar graduada de Pneumologia. Diretora do CRI de Sono e VNI da ULS de São João. Professora auxiliar da FMUP

A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) nas mulheres é, em muitas vertentes, diferente da apresentada pelos homens.

Em virtude de esta doença ser

maioritariamente uma patologia do género masculino, são usados os mesmos paradigmas de diagnóstico e tratamento para as mulheres, o que, em muitos casos, reduna num total fracasso.

As mulheres têm sintomas diversos dos apresentados pelos homens. Nelas é mais frequente a depressão, a fadiga e as cefaleias matinais, e neles a hipersónia diurna, bem como a diminuição da capacidade de concentração e de atenção. Assim, a comunidade médica tem de ter um limiar de suspeição mais baixo nas mulheres e pesquisar quadros clínicos diversos e específicos de género.

Ademais, as mulheres, também conhecedoras do quadro clínico típico da SAOS (nos homens, claro), desvalorizam os seus sintomas e não os associam à patologia, procurando menos frequentemente ajuda médica.

A idade é, igualmente, um fator que dificulta o diagnóstico atempera-

do nas mulheres, pois, os momentos em que estas estão mais suscetíveis a desenvolver SAOS é diferente do dos homens. Nestes, a meia-idade é o período mais crítico, quer em magnitude de prevalência, quer em gravidade da doença e das suas consequências.

As mulheres, por seu lado, apresentam duas fases da vida em que se encontram particularmente suscetíveis ao aparecimento da SAOS. Uma é a fase pós-menopausa, pois, deixam de se encontrar sob o efeito protetor dos estrogénios e o tônus da musculatura decresce, favorecendo o colapso intermitente da hipofaringe, e também porque após a menopausa o metabolismo se torna mais lento, facilitando a acumulação de tecido adiposo, que poderá reduzir o lúmen da via aérea e a tornar mais suscetível ao colapso.

Os estudos não são totalmente consensuais nos sintomas e nas consequências desta síndrome em ambos os géneros, mas concordam totalmente que aquela se manifesta de maneira diferente e traz consequências diversas em cada um dos géneros.

De tudo o atrás referido se depreende que o diagnóstico de SAOS se faz mais tardiamente nas mulheres, fazendo com que os custos em recursos da saúde sejam mais elevados

quando o aumento de peso é mais evidente e a retenção de líquidos provoca edema das paredes da via aérea superior, reduzindo o seu lúmen.

Acidentes de viação, arritmias e doença coronária são as principais consequências da SAOS nos homens, ao passo que nas mulheres as comorbilidades que lhes estão associadas são mais frequentemente perturbações da ansiedade, depressão e refluxo gastroesofágico.

Os estudos não são totalmente consensuais nos sintomas e nas consequências desta síndrome em ambos os géneros, mas concordam totalmente que aquela se manifesta de maneira diferente e traz consequências diversas em cada um dos géneros.

De tudo o atrás referido se depreende que o diagnóstico de SAOS se faz mais tardiamente nas mulheres, fazendo com que os custos em recursos da saúde sejam mais elevados

nelas, quase duplicando os custos requeridos pelos homens com SAOS na fase pré-diagnóstico.

Após o diagnóstico, esta diferença de género mantém-se, maioritariamente pela maior intolerância das mulheres à pressão positiva na via aérea (PAP), requerendo, frequentemente, tratamentos complementares e/ou alternativos (como dispositivos de avanço mandibular e cirurgias do foro da Otorrinolaringologia ou para tratamento da obesidade) e pelo aumento da mortalidade por todas as causas nas mulheres com SAOS *versus* nos homens com a mesma patologia.

Concluindo, a SAOS nas mulheres é um desafio diagnóstico e terapêutico de que os médicos devem estar cientes e para os quais deverão estar alerta, a fim de ser possível diagnosticar mais cedo a patologia neste género, poupando recursos em saúde e reduzindo a mortalidade.



Uma resposta multidisciplinar



Nuno Cardoso
Farmacêutico comunitário. Docente universitário. Membro dos Corpos Sociais da Associação Nacional das Farmácias

As doenças respiratórias continuam a ser uma das principais razões de procura dos cuidados de saúde primários. Patologias como a

asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica estão entre as mais prevalentes e impactantes a nível global, sendo, nos dias de hoje, responsáveis por uma proporção relevante da morbilidade e mortalidade em Portugal. A sua elevada frequência, o impacto na qualidade de vida e a complexidade de muitas situações clínicas exigem uma resposta integrada, próxima e centrada na pessoa. Médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais desempenham papéis distintos e complementares e é na articulação entre competências que reside a capacidade de melhorar os resultados em saúde.

Ciente dos desafios associados à gestão destas patologias na prática clínica diária, o curso “O essencial das doenças respiratórias”, promovido pelo GRESP com o apoio da Associação Nacional das Farmácias, veio propor um olhar sobre o contributo da farmácia comunitária neste contexto. A

presença de profissionais disponíveis, acessíveis e tecnicamente preparados pode fazer a diferença na deteção precoce de sinais de alerta, no reforço da adesão terapêutica e, sobretudo, na educação para a utilização correta de dispositivos inalatórios. Como sabemos, a má técnica compromete frequentemente o sucesso clínico de terapêuticas potencialmente eficazes.

Num tempo em que se discute intensamente a sustentabilidade do

As farmácias comunitárias são hoje verdadeiros pilares na promoção da saúde pública em Portugal.

Sistema de Saúde, é essencial que os diferentes profissionais conheçam as ferramentas, limites e realidades uns dos outros. Só assim se evita a fragmentação dos cuidados. Muitas vezes, questões simples como a identificação do tipo de dispositivo, a necessidade de recarga ou o código informático associado geram consumos múltiplos de recursos, atrasos ou equívocos desnecessários. O resultado são utentes perdidos entre interlocutores bem-intencionados, mas que não partilham informação de forma eficaz. É preciso criar canais de comunicação claros e bidirecionais.

Ao longo da jornada de saúde da pessoa, da prevenção ao acompanhamento, há oportunidades reais de intervenção que podem ser aproveitadas por quem está mais próximo. Isso inclui esclarecer dúvidas, reforçar mensagens clínicas, corrigir erros de utilização de terapêutica ou acompanhar a evolução de parâmetros relevantes.

A evolução dos cuidados exige também um novo paradigma: o doente deixa de ser um mero recetor de cuidados para passar a ser um agente ativo na gestão da sua saúde. A Organização Mundial da Saúde tem vindo a sublinhar a importância de informar, capacitar e responsabilizar os cidadãos. Neste processo, todos os profissionais têm um papel a desempenhar e quanto mais coordenados estivermos mais impacto conseguiremos gerar.

As farmácias comunitárias, pela sua acessibilidade, capilaridade e proximidade, são hoje verdadeiros pilares na promoção da saúde pública em Portugal. Promover uma colaboração real entre os vários intervenientes no estado de saúde ou de doença da pessoa é garantir uma resposta mais eficiente, humana e sustentável. Trabalhar em conjunto não é apenas desejável: é imprescindível para construirmos um Sistema de Saúde que funcione melhor para todos.



Breaking news na rinite alérgica



Ana Sofia Gonçalves
Médica de família. Assistente convidada na Univ. da Beira Interior

A rinite alérgica é uma doença comum, que afeta 21-24% da população portuguesa. Tem como principais sintomas a rinite nasal e obstrução nasal. Além de

conhecermos os seus sintomas, é também muito importante classificá-los em relação à sua frequência e gravidade. Uma pessoa com rinite alérgica poderá ter um prejuízo significativo no seu dia-a-dia, nomeadamente através de alterações do sono, comprometimento das atividades diárias/desporto/lazer ou diminuição do rendimento escolar/laboral.

Para nos auxiliar nesta classificação, temos a Escala Visual Analógica, que avalia o incómodo sentido pela pessoa devido aos seus sintomas. Esta ferramenta, bem como outras questões acerca da monitorização dos sintomas, estão presentes na aplicação gratuita MASK-air. Esta aplicação foi desenvolvida por uma equipa internacional de alergologistas e liderada pelo Prof. Jean Bousquet. Está disponível em português e tem como objetivo dar a possibili-

dade às pessoas com rinite alérgica de registar os seus sintomas, com o intuito de facilitar a gestão da sua doença e melhorar a sua qualidade de vida.

A asma é uma doença frequentemente associada à rinite alérgica, uma vez que 10-40% das pessoas com rinite alérgica também têm asma e a maioria dos asmáticos tem rinite alérgica. Deste modo, é importante avaliar a presença de asma nas pessoas com rinite alérgica. Assim, outra ferramenta que deve ser utilizada é o CARAT, que está validada para Portugal e permite avaliar o controlo sintomático da asma e da rinite alérgica. Nas pessoas com asma, o tratamento concomitante da rinite alérgica associa-se a reduções significativas no risco de agudações com necessidade de tratamento no serviço de urgência e de hospitalização por asma.

O tratamento da rinite alérgica tem em conta a pontuação obtida na Escala Visual Analógica e na classificação da rinite. O tratamento, dependendo da situação, faz-se com anti-histamínicos H1 não

sedativos orais, anti-histamínicos nasais, corticosteróides nasais, antileucotrienos ou com a associação corticosteróide-azelastina nasal. Uma vez que existem várias opções dentro destas classes farmacológicas, o *Guia Prático da Rinite Alérgica*, elaborado pelo GRESP, tem as várias opções farmacológicas disponíveis em Portugal, organizadas pela idade a partir da qual estão aprovadas. No caso dos corticosteróides nasais, tem, ainda, a indicação da sua posologia.

Para obter um melhor efeito desta medicação é importante ensinar a técnica da utilização da terapêutica nasal, pelo que o *Guia* inclui uma hi-

perligação para uma infografia com a explicação da mesma.

O International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) desenvolveu recentemente dois guias práticos intitulados *Um guia prático para melhorar o diagnóstico da rinite nos cuidados primários* e *Um guia prático para melhorar a gestão da rinite nos cuidados primários*. Estes guias são mais dois recursos disponíveis para ajudar os médicos na abordagem da rinite alérgica.

As novas atualizações da rinite alérgica focam as suas orientações na pessoa com rinite alérgica, incorporando o seu ponto de vista e preferências. Além disso, no seu desenvolvimento, integram ferramentas digitais de saúde, que recolhem e analisam dados, aumentam o envolvimento dos doentes e melhoram a eficácia das orientações.

Gestão da doença respiratória: o papel do enfermeiro em CSP



Sónia Almeida
Enfermeira de família, USF João Semana, ULS de Entre Douro e Vouga

Enquanto enfermeira de família numa Unidade de Saúde Familiar, lido todos os dias com utentes que convivem com doenças respiratórias crónicas como a asma e a DPOC. Apesar da elevada prevalência destas patologias, continuo a observar um padrão preocupante: a sua vigilância ainda é muitas vezes insuficiente, sobretudo fora dos momentos de crise. São doenças que, na ausência de sintomas visíveis, acabam por ser negligenciadas – tanto por quem vive com elas como, por vezes, pelos próprios profissionais de saúde.

Foi essa realidade que me levou a defender e a implementar, em parceria com o médico da microequipa, a Consulta de Enfermagem Estruturada para a Doença Respiratória Crónica, como eixo fundamental da vigilância e do controlo destas condições. Esta consulta permite uma abordagem sistematizada e centrada na pessoa, que não se limita à reavaliação pontual do estado clínico, mas que promove a continuidade dos cuidados e o reforço constante do autocuidado. Através dela, temos a oportunidade de intervir precocemente, ajustar terapêuticas e, sobretudo, de capacitar o utente para gerir a sua condição.

A inaloterapia é fundamental no tratamento, permitindo uma ação rápida e localizada, com menor impacto sistémico. Contudo, a sua eficácia depende da correta utilização dos dispositivos. Cabe ao enfermeiro verificar a técnica inalatória, confirmar a adesão ao tratamento e assegurar a compreensão do regime terapêutico, garantindo uma intervenção segura e eficaz.

Na consulta estruturada, consigo avaliar se o utente está a utilizar a medicação corretamente, se compreende a função de cada fármaco e se o dispositivo inalatório é adequado à sua capacidade técnica e cognitiva.

Muitos dos utentes que acompanho referem que nunca tinham tido uma explicação clara sobre a utilização dos inaladores – o que resulta, inevitavelmente, numa má adesão e numa eficácia comprometida. Ao dedicar tempo a esta componente, noto melhorias evidentes não só nos sintomas mas também na segurança e na confiança do utente em relação à sua doença.

Para além do ensino da técnica inalatória, a consulta estruturada permite monitorizar os sinais precoces de descompensação, reforçar hábitos de vida saudáveis e envolver a família no processo de gestão da doença. Sabemos que muitas destas condições afetam o quotidiano familiar e, por isso, incluir os cuidadores informais na educação terapêutica é um passo importante para garantir a adesão e o apoio contínuo em casa.

Os resultados têm sido encorajadores. Tive utentes que passaram a ter a doença controlada por compreenderem melhor a sua medicação, saberem detetar sinais de alerta e adotarem uma rotina estruturada de vigilância. Isso é o poder da educação, da proximidade e da continuidade que a consulta de enfermagem oferece.

Apesar dos avanços, sinto que esta área continua a necessitar de mais

reconhecimento e investimento. A Consulta de Enfermagem Estruturada para Doença Respiratória deve deixar de ser uma “boa prática isolada” para se tornar uma norma nos Cuidados de Saúde Primários. Precisamos de formação, metodologia e tempo.

Concluo com a certeza de que uma consulta de enfermagem bem

Concluo com a certeza de que uma consulta de enfermagem bem estruturada tem impacto direto na qualidade de vida do utente.

estruturada tem impacto direto na qualidade de vida do utente, na redução de agudizações e na sustentabilidade do Sistema de Saúde. Como enfermeira de família, acredito que temos um papel central e insubstituível nesta missão.

One health e doenças respiratórias



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

Nas 11.ªs Jornadas GRESP, tive a oportunidade de participar numa mesa-redonda dedicada a um tema muito atual e denominada “*One health* e doenças respiratórias”. Esta sessão pretendeu sensibilizar para a importância do conceito de *One Health*, reconhecer o impacto do ambiente e das condições habitacionais na saúde e analisar o panorama epidemiológico das doenças respiratórias, incluindo a tuberculose, em Portugal e na Europa.

O conceito *One Health* parte de uma ideia simples, mas transformadora: a saúde humana, a saú-

de animal e a saúde ambiental estão profundamente interligadas. Não é possível pensar na prevenção e na gestão de doenças sem considerar essas dimensões em conjunto. As migrações, muitas vezes motivadas por conflitos, alterações climáticas, crises económicas ou procura de melhores oportunidades, tornam esta perspetiva ainda mais relevante, já que os movimentos populacionais expõem fragilidades nos sistemas de saúde e revelam a influência das condições de vida sobre a doença.

Na prática, o *One Health* defende que profissionais de diferentes áreas – médicos, veterinários, investigadores ambientais, sociólogos, gestores de políticas públicas – colaborem de forma integrada. Essa colaboração é essencial para o controlo de doenças respiratórias que afetam desproporcionalmente as populações migrantes, como a tuberculose. A análise de fatores ambientais, como a qualidade do ar urbano, ou o impacto das alterações climáticas na dispersão de agentes respiratórios, permite desenhar respostas mais eficazes a estas doenças.

A abordagem *One Health* potencia melhores resultados em várias frentes. Na prevenção, promove campanhas de sensibilização adequadas ao contexto cultural das comunidades migrantes, associadas a medidas de melhoria das condições habitacio-

nais e urbanísticas. No diagnóstico, valoriza a implementação de programas de vigilância capazes de identificar precocemente surtos e cadeias de transmissão de doenças respiratórias. Já na gestão da doença, reforça a importância de uma resposta multidisciplinar, que assegure o acesso a cuidados de saúde, suporte social e condições dignas de alojamento, reduzindo desigualdades.

Em Portugal e na Europa, o panorama epidemiológico das doenças respiratórias em migrantes tem mostrado desafios persistentes, com taxas mais elevadas de tuberculose em certos grupos, barreiras linguísticas e culturais no acesso aos serviços de saúde e impacto acrescido de fatores ambientais. O enfoque *One Health* ajuda a ultrapassar estas barreiras, não só porque alarga a visão do problema, mas também porque estimula soluções integradas e colaborativas, ajustadas à realidade de cada comunidade.

Ao promover a ligação entre saúde humana, animal e ambiental, o conceito *One Health* oferece uma visão mais completa e justa para compreender e enfrentar as doenças respiratórias. Esta mesa-redonda será uma oportunidade para partilhar conhecimento e, sobretudo, para reforçar a necessidade de estratégias inclusivas e multidisciplinares que coloquem a saúde de todos no centro.



 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA

 **LIVE**
MEDICINAINTERNA