



JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Março 2026
Ano XIV • Número 144 • 3 euros

Publicação Periódica

**"Foi médico
a médico que
consequimos ir
'reconstruindo'
a equipa de Obstetrícia
e Ginecologia no
Hospital de Santa
Maria", conta Diogo
Ayes de Campos, em
entrevista à Just News**

P. 10/11



PUB



VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026
19 a 21 de março
PORTO



**A obesidade
tem que ser
encarada
como qualquer
outra doença
crónica**



A endocrinologista
Selma Souto e o
médico de família
Luís Filipe Gonçalves
abordam uma
patologia que é fator
de risco para mais
de duas centenas de
outras.

P. 8

Insuficiência Cardíaca com *VIA RÁPIDA*

P. 12/13



Implementada na Urgência do Hospital da Luz Lisboa, tem associada uma ferramenta de assistência à decisão clínica. O internista Pedro Moraes Sarmiento (na foto com a médica Cândida Fonseca) explica como funciona

USF São João do Porto

Coordenada por Rodrigo Pinto Costa (na foto), esta Unidade da ULS de Santo António apresenta uma **equipa rejuvenescida** e é **pioneira na formação em Geriatria** nos CSP.



P. 14/21

**José Barbosa Lima
em entrevista:**



**"As UCC são
instrumentos
estratégicos de saúde
pública local"**

P. 6

ESPECIAL

3.º Allergy
& Respiratory
Summit

P. 22/27

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

Enfermeiros do setor social: uma dualidade sem critérios



Luís Filipe Barreira
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

Estas discrepâncias entre setores acarretam consequências óbvias, desde logo a perda de atratividade do setor social e a dificuldade de retenção de enfermeiros. Menores perspetivas de progressão na carreira, fraco reconhecimento profissional e salarial, carreiras estagnadas e um volume elevado de trabalho constituem fatores decisivos para que os enfermeiros optem por abandonar o setor social.

As condições laborais dos enfermeiros do setor social colocam-nos em clara desvantagem face aos seus pares que trabalham nos setores público e privado.

Paradoxalmente, trata-se de um setor onde a necessidade de cuidados de enfermagem é cada vez maior, em consequência do envelhecimento da população e do aumento da prevalência de doença crónica.

Movida pelo objetivo de conhecer a realidade atual da enfermagem no setor social, a Ordem dos Enfermeiros decidiu promover, ao longo do mês de março, o Fórum de Enfermeiros do Setor Social.

Este ciclo nacional de encontros presenciais dirige-se aos enfermeiros que exercem neste setor, nomeadamente em ERPI, unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e serviços de apoio domiciliário, entre outras respostas sociais.

A iniciativa, que irá decorrer em Lisboa, Porto, Coimbra, Funchal e Ponta Delgada, pretende identificar constrangimentos estruturais, recolher contributos diretamente dos profissionais e mapear necessidades concretas que condicionam o exercício da enfermagem nestes contextos. Os contributos recolhidos servirão de base à formulação de propostas concretas e sustentadas para o

desenvolvimento da enfermagem no setor social.

Garantir condições equitativas para profissionais com iguais competências não é apenas uma questão laboral; é uma condição essencial para assegurar a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados às populações mais frágeis.

Ignorar esta dualidade é comprometer a capacidade de resposta do sistema no seu todo. Reconhecê-la e corrigi-la é um passo necessário para um setor social mais justo, mais robusto e mais preparado para os desafios demográficos e de saúde que o país enfrenta.



Nomeações no SNS: exigência e transparência



Xavier Barreto
Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)

A qualidade, a experiência e a capacidade de quem é nomeado para os conselhos de administração são um dos fatores mais importantes para o sucesso da gestão hospitalar. No contexto do SNS, esta questão tem impacto direto na capacidade de resposta das instituições, na estabilidade das equipas e na continuidade dos projetos.

Os acontecimentos recentes voltaram a mostrar a importância deste tema. A substituição de vários conselhos de administração de ULS, incluindo casos em que existiam resultados francamente positivos, sem uma explicação pública clara sobre os motivos da mudança,

gerou perplexidade e reforçou a ideia de que é necessário melhorar o modelo de nomeação.

Ao mesmo tempo, a Assembleia da República discutiu várias propostas legislativas, apresentadas por diferentes partidos, com o objetivo de definir requisitos de experiência, formação e perfil para estas funções. Apesar das diferenças entre propostas, todas partiam de um diagnóstico semelhante: a necessidade de tornar este processo mais exigente e mais transparente. Infelizmente, as propostas foram todas chumbadas.

A questão central não é retirar ao Governo a competência para nomear. O que se exige

é que essa decisão seja enquadrada por critérios objetivos, claros e verificáveis, como acontece noutras áreas de gestão pública. Quando estão em causa organizações altamente complexas, com grande responsabilidade assistencial, financeira e social, não é suficiente invocar apenas a confiança política como fundamento para a escolha.

Faz sentido, por isso, estabelecer requisitos mínimos para os nomeados, incluindo experiência de gestão relevante, formação adequada, competências de liderança demonstradas e regras de idoneidade e independência. Também seria importante que as nomeações e substituições fossem sempre

acompanhadas de fundamentação pública clara, especialmente quando há mudanças em equipas em funções. Isso não elimina a decisão política, mas melhora a sua qualidade e reforça a confiança no processo.

A gestão hospitalar exige continuidade, previsibilidade e capacidade de execução. Quando as nomeações são percecionadas como pouco transparentes ou excessivamente dependentes de ciclos políticos, as organizações tomam-se mais frágeis, os projetos perdem ritmo e a responsabilização fica comprometida. Por isso, rever este modelo de nomeação é hoje uma questão de boa governação e de maturidade institucional do SNS.

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.

Prémio de Boas Práticas em Medicina Interna

O Prémio de Boas Práticas em Medicina Interna (BPMI2026) tem como principal objetivo dar a conhecer as boas práticas no âmbito do exercício da especialidade a nível nacional, visando exemplos de qualidade e inovação que pela sua importância possam ser replicados ou contribuam para o prestígio da

Medicina Interna dentro do Sistema de Saúde.

Esta iniciativa integra-se na comemoração dos 75 anos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e estará em destaque no programa científico do 32.º Congresso Nacional de MI.

A atribuição do Prémio BPMI visa

distinguir e premiar o projeto em nome individual ou de equipas, em representação de um Serviço de Medicina Interna. O projeto candidato deverá ter sido implementado recentemente (menos de 5 anos), mas já com evidência de resultados que permitam medir o impacto do mesmo e que sejam suscetíveis de apresentação.

O prazo para apresentação de candidatura decorre até 15 de abril de 2026, devendo a mesma ser submetida *on-line*, em formulário disponível para o efeito no *site* do 32.º CNMI e no *site* da SPMI.

Das candidaturas submetidas, serão selecionados pelo Júri do BPMI2026 os 5 projetos que mais

se destaquem, para apresentação no 32.º CNMI, em mesa-redonda a realizar no dia 22 de maio. O nome do projeto vencedor será anunciado na Sessão de Encerramento do Congresso.

Consulte [aqui](#) o Regulamento do Prémio BPMI2026.



Publicações
justNews
www.justnews.pt

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS



JORNAL MÉDICO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES



JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VIII JORNADAS
19-21 MARÇO 2026
SHERATON PORTO HOTEL

EXERCÍCIO NA DIABETES *MELLITUS*

Da evidência científica à prática clínica na ULS de Leiria



Cláudia Antunes
Assist. hospitalar de MI, ULS da Região de Leiria

A inatividade física é hoje reconhecida como um dos principais fatores de risco modificáveis para múltiplas doenças crónicas, incluindo a diabetes *mellitus*. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a falta de atividade física contribui para mais de três milhões de mortes anuais e representa cerca de 9% da mortalidade prematura global. Estes números traduzem uma realidade preocupante, o que classifica

o sedentarismo como uma verdadeira pandemia silenciosa.

No contexto da diabetes *mellitus*, o exercício físico constitui uma das pedras basulares do tratamento, a par da alimentação equilibrada e da terapêutica farmacológica. A prática regular de atividade física melhora o controlo glicémico, aumenta a sensibilidade à insulina, reduz o risco cardiovascular e favorece a manutenção da massa muscular. Este aspeto é particularmente relevante em pessoas com diabetes tipo 2, sobretudo perante as novas terapêuticas, que conduzem a uma rápida perda de peso, aumentando a suscetibilidade à sarcopenia.

Um fator essencial para o sucesso na gestão destes doentes é a integração de equipas multidisciplinares no acompanhamento das pessoas com diabetes, incluindo fisiologistas do exercício e profissionais capacitados para adaptar programas de atividade física às necessidades individuais. A evidência é clara: o exercício, quando devidamente prescrito e monitorizado, é uma ferramenta terapêutica com impacto comprovado na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade de vida.

Contudo, há ainda um longo caminho a percorrer. O Plano de Ação Global sobre Atividade Física 2018-2030, da OMS, definiu metas ambiciosas: reduzir em 10% a inatividade física até 2025 e em 15% até 2030, face a 2010. No entanto, em 2022, cerca de 31% dos adultos em todo

No contexto da diabetes *mellitus*, o exercício físico constitui uma das pedras basulares do tratamento, a par da alimentação equilibrada e da terapêutica farmacológica.

o mundo continuavam a não cumprir as recomendações mínimas. Este desfasamento entre a evidência e a prática reforça a necessidade de intervenções estruturadas, sustentadas por políticas de saúde e projetos clínicos inovadores.

Desde sempre tive um gosto pessoal pelo exercício físico, o que me levou a aprofundar esta área através de formação em Medicina Desportiva e em Fisiologia e Exercício Clínico. Foi essa motivação, aliada à vontade de integrar o exercício como ferramenta terapêutica na prática médica, que esteve na origem da Consulta de Prescrição de Exercício Clínico da ULS de Leiria – um projeto de parceria entre a Medicina Interna e o Instituto Politécnico de Leiria, desenvolvido em colaboração com os Professores Ricardo Rebelo e Rogério Salvador, e com o apoio da Dr.ª Adélia Miragaia, assistente hospitalar graduada de Medicina Interna do nosso hospital.

Esta Consulta integra o exercício como componente terapêutica formal, através de planos de treino individualizados, ajustados à aptidão física, disponibilidade e objetivos de cada doente. O modelo adotado privilegia a segurança, a eficácia e a personalização, permitindo uma prática orientada, com menor risco de lesões e maior adesão a longo prazo. Além de promover a autonomia e o empoderamento do doente, esta abordagem contribui para reduzir o impacto clínico e económico da

Esta abordagem contribui para reduzir o impacto clínico e económico da diabetes, alinhando-se com as metas de sustentabilidade do SNS.

diabetes, alinhando-se com as metas de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

Como recordava Hipócrates, “a falta de atividade física destrói a boa condição de qualquer ser humano, enquanto o movimento e o exercício físico metódico o salva e o preserva”. Na ULS de Leiria, esta máxima antiga ganha hoje expressão contemporânea: o exercício clínico é, mais do que nunca, uma forma de medicina.

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

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Poder ser ou Ser Poder?



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

A sede de Poder acompanha a história da Humanidade como uma sombra persistente. Mesmo quando afirmamos rejeitá-lo, o Poder infiltra-se nos nossos gestos, nas nossas tradições, nos nossos rituais e até nas nossas relações quotidianas. Está tão enraizado na cultura que muitas vezes deixamos de o reconhecer como tal. Confundimolo com identidade, com pertença, com tradição. Mas, no fundo, trata-se de uma força que molda comportamentos, legítima desigualdades e perpetua violências – explícitas ou subtilmente normalizadas.

Basta observarmos alguns fenómenos sociais que, sob o manto da “cultura”, escondem dinâmicas de dominação. As touradas, por exemplo, são frequentemente defendidas como expressão artística ou património cultural. No entanto, no seu cerne, representam o exercício de Poder sobre um animal, a celebração da capacidade humana de controlar, ferir e subjugar outro ser vivo. A estética e a tradição servem, aqui, como véu para uma relação profundamente assimétrica.

O mesmo acontece nas praxes académicas. Sob o argumento da integração, perpetuamse práticas em que os “doutores” exercem poder sobre os caloiros, muitas vezes replicando humilhações que eles próprios sofreram. A cultura tornase, assim, um álbi

para a manutenção de hierarquias artificiais, onde o valor da pessoa é temporariamente reduzido à sua posição num ritual social.

Estas manifestações não são inocentes. Alimentam e reforçam uma lógica de “Ser Poder” – uma forma de estar no mundo que se constrói sobre a superioridade, a imposição e a desigualdade. E essa lógica infiltra-se em esferas muito mais profundas e estruturais da sociedade. É ela que sustenta o racismo, tão visível no discurso mediático, sobretudo no contexto desportivo, onde insultos e discriminações continuam a ser normalizados. É ela que mantém vivas as desigualdades de género, ainda tão presentes mesmo quando falamos apenas do binarismo Homem/Mulher. Quantas vezes a cultura não é usada para justificar a inferiorização da Mulher, a sua desvalorização simbólica ou material, a sua exclusão de espaços de decisão?

É também essa mesma lógica que se manifesta nas idades mais jovens, através de fenómenos como o *bullying*. A necessidade de dominar, de controlar, de impor medo ou silêncio, surge como reflexo de um modelo social que ensina – direta ou indiretamente – que ter Poder é mais importante do que ser Pessoa Humana.

Globalmente, esta sede de Poder alimenta guerras, destrói comunidades, ceifa vidas inocentes e acelera a devastação do planeta. A História repetese porque as crenças culturais que sustentam o “Ser Poder” continuam intactas, transmitidas de geração em geração, muitas vezes sem questionamento.

Por isso, tornase urgente reorganizar e reestruturar essas crenças. E essa transformação não começa nas instituições, nem nas políticas, nem nos grandes discursos – começa em cada pessoa. Nas crenças individuais, nos gestos quotidianos, na forma como nos relacionamos com as outras pessoas e com o mundo.

É aqui que a Enfermagem tem um papel profundamente transformador.

As Pessoas Enfermeiras, pela natureza da sua prática, ocupam um espaço privilegiado de relação, cuidado e influência. São testemunhas e agentes de mudança em todos os momentos da Vida Humana, nos de maior firmeza e nos mais vulneráveis. Podem, de forma intencionalmente terapêutica, ajudar a desconstruir a lógica do “Ser Poder” e a promover a lógica do “Poder ser”.

Como? Através da aplicação da sua decisão clínica no sentido de:

- **Modelar relações horizontais**, onde o cuidado não é exercício de autoridade, mas encontro entre pessoas.
- **Promover a autonomia**, ajudando cada pessoa a reconhecer a sua capacidade de decisão e autodeterminação.
- **Cultivar a empatia**, que é o antídoto mais poderoso contra a desumanização.
- **Promover o questionamento de práticas culturais que ferem**, mesmo quando são socialmente aceites.
- **Criar ambientes de Educação para a Humanidade**, lembrando que o valor de cada pessoa não depende da sua posição social, do seu género, da sua idade ou da sua origem.
- **Intervir nos contextos de violência**, seja ela física, psicológica, simbólica ou estrutural.

A Enfermagem tem, assim, a capacidade de ser uma força cultural regeneradora. Não apenas porque cuida de uma forma diferenciada e única das Pessoas Humanas, mas porque inspira, transforma e humaniza. Porque pode ajudar cada pessoa a escolher entre duas formas de estar no mundo: “**Poder ser**” – ser melhor para si, para as outras pessoas e para o Mundo – ou “**Ser Poder**”, perpetuando uma vontade histórica disfarçada de cultura e tradição, que tantas vezes nos afasta da essência da Humanidade.

No final, a escolha é sempre individual. Mas a Enfermagem pode contribuir para que essa escolha seja consciente, ética e profundamente humana. Porque, no fundo, tudo se resume a esta premissa: **decidimos se queremos Poder ser ou Ser Poder.**

Fundação Bial premeia investigação sobre relevância do microbioma intestinal na eficácia da imunoterapia contra o cancro

Um consórcio internacional de 48 investigadores, ligados a instituições de França, Suécia e Estados Unidos, venceu a edição de 2025 do Bial Award in Biomedicine, um prémio promovido pela Fundação Bial, no valor de 350 mil euros, que pretende distinguir um trabalho publicado na área da biomedicina de excecional qualidade e relevância científica.

O estudo vencedor, intitulado *Gut microbiome influences efficacy of PD-1-based immunotherapy against epithelial tumors*, é liderado pelo casal de investigadores Laurence Zitvogel e Guido Kroemer, académicos franceses reconhecidos internacionalmente.



Guido Kroemer e Laurence Zitvogel

A investigação premiada documenta um dos maiores avanços recentes no tratamento de vários tipos de cancro, uma vez que estabelece que o microbioma intestinal – o conjunto de bactérias que habitam o nosso intestino – tem um efeito determi-

nante na eficácia da imunoterapia.

A imunoterapia revolucionou a oncologia, ao permitir que o sistema imunitário volte a reconhecer e atacar as células tumorais, salvando a vida de muitos doentes que anteriormente não tinham alternativas terapêuticas eficazes. No entanto, mais de metade dos doentes desenvolvem resistência a estas terapias, com recorrência da doença por razões até então pouco compreendidas. O estudo agora distinguido demonstra que o microbioma intestinal desempenha um papel central nessa resistência e que a sua modulação pode melhorar significativamente a resposta aos tratamentos e a sobrevivência dos doentes.



da a melhores resultados clínicos. O estudo identificou ainda espécies específicas de bactérias intestinais consistentemente associadas a uma resposta mais favorável ao tratamento, estabelecendo ligações causais através de experiências em modelos animais.

O estudo foi publicado na revista *Science* em janeiro de 2018 e conta já com mais de 5800 citações científicas, refletindo o seu impacto profundo e duradouro na investigação biomédica.

Para Ralph Adolphs, presidente do júri do Bial Award in Biomedicine, “ao revelar o papel central do microbioma intestinal na resposta à imunoterapia, este estudo redefine a forma

como pensamos os mecanismos de resistência ao tratamento do cancro. Trata-se de um avanço científico notável, que abre novas vias terapêuticas e ilustra de forma exemplar o poder transformador da investigação biomédica de excelência”.

A edição de 2025 do Bial Award in Biomedicine contou com 58 trabalhos nomeados, provenientes de 18 países, abrangendo áreas como o cancro, as doenças infecciosas e as doenças neurodegenerativas. As edições anteriores distinguiram investigações que viriam a ser reconhecidas com alguns dos mais prestigiados prémios científicos internacionais. De salientar que dois dos cientistas vencedores da edição do Bial Award

in Biomedicine 2021, Katalin Karikó e Drew Weissman, foram distinguidos com o Prémio Nobel da Fisiologia ou Medicina 2023, pelas suas descobertas e ilustra de forma exemplar o desenvolvimento de vacinas eficazes baseadas na tecnologia de mRNA para prevenir a COVID-19.

Com esta distinção, o Bial Award in Biomedicine volta a sublinhar a importância central da investigação em cancro e imunologia, reconhecendo simultaneamente a complexidade dos mecanismos biológicos envolvidos e a confiança de que a biomedicina moderna é capaz de os desvendar, contribuindo de forma decisiva para a melhoria da saúde e do bem-estar humanos.

Dia Mundial das Doenças Raras

O Dia Mundial das Doenças Raras, celebrado no último dia do mês de fevereiro, foi criado pela European Organisation for Rare Diseases (EURORDIS) e por mais 65 associações nacionais de doentes parceiras da aliança.

Este movimento internacional, criado em 2008, tem como objetivo aumentar a consciência sobre as doenças raras e pretende conseguir a equidade nas oportunidades sociais, nos cuidados de saúde, no acesso ao diagnóstico e às terapias para as pessoas que vivem com uma doença rara.

Na União Europeia, consideram-se doenças raras, também designadas por doenças órfãs, as que têm uma prevalência inferior a 5 em

10.000 pessoas (Decisão 1295/1999/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 29-04-1999), considerando o total da população da União. A definição da UE difere da utilizada nos EUA e em outros países.

Estima-se que existam entre 5000 a 8000 doenças raras diferentes, que afetam cerca de 6% da população, o que significa existirem aproximadamente 600.000 pessoas com estas patologias em Portugal. A maior parte delas sofre de doenças em que a prevalência é inferior a 1 em 100.000 pessoas, afetam menos de 100 doentes em Portugal. No entanto, o peso das doenças raras atinge, para além dos doentes, os seus familiares e outros conviventes, especialmente quando

sofrem de doenças mais graves, incapacitantes ou difíceis de controlar.

Conjugam-se diversos fatores desfavoráveis, como a raridade, a gravidade, a diversidade das doenças raras, que com frequência complexificam e atrasam o seu diagnóstico e tratamento, algumas delas não têm ainda tratamentos eficazes para a sua cura e várias destas doenças podem manifestar-se com sintomas graves.

Pelo que é sempre importante aumentar a literacia e o conhecimento sobre estas doenças.



Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF



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

IX START MGF



Convento de São Francisco, Coimbra
19 a 21 de março
Organização: Internos de MGF da Zona Centro

MGF Summit 2026



Online
29 e 30 de abril
Organização: Grupo de médicos internos da ULS de Coimbra

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT

6.ªs Jornadas MGF Além Fronteiras



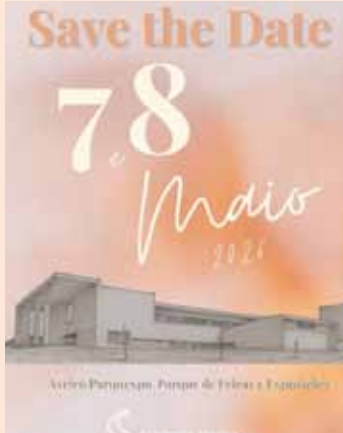
Hotel Solverde Spa & Wellness Center e online
29 e 30 de abril
Organização: Associação MGF Além Fronteiras

5.ªs Jornadas dos Internos em Reunião do Arco Ribeirinho (JIRAR)



Online e presencial - Fórum Cultural de Alcochete
4 a 6 de maio
Organização: Internos de MGF da ULS do Arco Ribeirinho

12.ª Academia Médica



Aveiro Parque Expo
7 e 8 de maio
Organização: Internos de MGF

JOSÉ BARBOSA LIMA, PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (AUCC):

“As UCC são instrumentos estratégicos de saúde pública local”

A SOBRECARGA DE TRABALHO, O ENVELHECIMENTO PROFISSIONAL E A DIFICULDADE EM SUBSTITUIR ELEMENTOS ESTÃO A COMPLICAR A TAREFA DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE. SEGUNDO O PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO QUE AS REPRESENTA, O ENFERMEIRO JOSÉ BARBOSA LIMA, “A SUA EXISTÊNCIA É ESSENCIAL”, SENDO “DECISIVO O SEU FORTALECIMENTO”. AS EQUIPAS MULTIPROFISSIONAIS QUE INTEGRAM AS TRÊS CENTENAS DE UCC EM ATIVIDADE NO PAÍS AGREGAM TRÊS MILHARES E MEIO DE PROFISSIONAIS. O VII CONGRESSO NACIONAL DA AUCC ACONTECE JÁ NO FINAL DESTES MÊS DE MARÇO.



“Em muitas regiões, as equipas enfrentam a sobrecarga de trabalho, o envelhecimento profissional e a dificuldade em substituir elementos”, alerta o presidente da AUCC

Especialista em Enfermagem Comunitária pela Ordem dos Enfermeiros, José Barbosa Lima considera que as UCC “representam uma das evoluções mais significativas na organização dos cuidados de saúde primários”. Tendo surgido no âmbito da reconfiguração dos CSP, processo iniciado em 2008, “respondem a uma necessidade histórica, que é assegurar uma intervenção estruturada, contínua e próxima das populações, sobretudo das mais vulneráveis”.

“Antes da sua criação, muitas respostas eram fragmentadas, dependentes de iniciativas locais e sem enquadramento organizacional estável. A prestação de cuidados domiciliários, a intervenção em saúde escolar, o acompanhamento de grupos em risco ou a articulação com expostas sociais eram frequentemente realizadas de forma dispersa e sem equipas dedicadas”, sublinha o presidente da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC). Afirma mesmo que elas “vieram conferir coerência, identidade e estabilidade a este trabalho”.

Feitas as contas, há atualmente 298 UCC, com equipas multiprofissionais que mobilizam 2611 elementos de diversas áreas, nomeadamente: 2611 enfermeiros, 262 assistentes técnicos, 205 técnicos superiores, 178 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 87 médicos, 87 técnicos superiores de saúde e 67 assistentes operacionais.

“Esta diversidade demonstra que não são estruturas exclusivamente de enfermagem, ainda que os enfermeiros desempenhem um papel central na sua coordenação e operacionalização”, refere o nosso entrevistado, salientando, contudo, que a insuficiência de recursos humanos é uma realidade:

“Em muitas regiões, as equipas enfrentam a sobrecarga de trabalho,

o envelhecimento profissional e a dificuldade em substituir elementos, o que limita a capacidade de resposta e de inovação. Também a sua distribuição desigual entre territórios é outro fator crítico, refletindo assimetrias desiguais no Sistema de Saúde.”

Mas José Barbosa Lima reconhece haver aspetos que funcionam bem, destacando a proximidade com as comunidades, a capacidade de intervenção domiciliária e a articulação com autarquias, escolas e instituições sociais. E frisa: “Este modelo facilita a identificação precoce de problemas, previne o agravamento das situações e reduz a utilização inadequada dos serviços hospitalares.”

José Barbosa Lima:
“Impõe-se reforçar a autonomia organizativa das equipas e garantir maior estabilidade nos modelos de financiamento.”

VII Congresso Nacional da AUCC a 26-27 de março, em Gondomar

Agendado para os dias 26 e 27 de março, o próximo Congresso da AUCC vai realizar-se em Gondomar, particularmente dedicado à investigação em contexto comunitário. Entre os temas centrais, destacam-se a prática baseada na evidência, a diabetes, o valor acrescentado das UCC na in-

vestigação, o controlo da dor e as tíficas por pressão, e ainda os desafios do envelhecimento demográfico.

Haverá também sessões dedicadas à promoção da saúde mental, à avaliação do impacto das intervenções comunitárias e à articulação entre respostas sociais e de saúde. De referir

de, para a redução das desigualdades e para a melhoria da qualidade de vida das populações”.

José Barbosa Lima chama a atenção para o trabalho que as UCC têm desenvolvido, implementando programas de prevenção da solidão do isolamento, modelos de vigilância de doentes crónicos complexos, intervenções comunitárias em saúde mental, estratégias locais de promoção da literacia em saúde e projetos intersectoriais com impacto mensurável.

“Mais do que estruturas assistenciais, as UCC são instrumentos estratégicos de saúde pública local. O seu fortalecimento é, por isso, decisivo para assegurar um Sistema de Saúde mais equitativo, sustentável e verdadeiramente centrado nas pessoas e nas comunidades”, afirma, concluindo:

“É urgente consolidar a estrutura orgânica e a carteira de serviços das UCC, reforçar a multidisciplinaridade das equipas e garantir equidade no acesso a utentes, famílias e comunidades. Para tal, é necessária a revisão do Despacho 10143/2009 e a transição para o regime de Decreto-Lei, de forma a consolidar o modelo organizativo e substantivo legal das UCC.”

o debate sobre a qualidade, o desenvolvimento profissional e o futuro das UCC no ecossistema integrado de cuidados. Vão ser ainda apresentados os resultados de projetos implementados no terreno, permitindo conhecer soluções concretas para problemas reais enfrentados pelas equipas.

Coordenador da UCC Inovar

Natural do Rio de Janeiro, onde nasceu a 5 de janeiro de 1967, José Barbosa Lima chegou a Portugal com 2 anos de idade. Tendo desenvolvido desde cedo “uma forte sensibilidade para as questões sociais e a proximidade com as pessoas”, não admira que tenha acabado por licenciar-se, em 1994, pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto.

Iniciou funções no IPO Porto, mas após ter concluído a especialidade de Enfermagem Comunitária mudou-se para os CSP. É desde novembro de 2019 coordenador da UCC Inovar, que tem sede em Rio Tinto e integra a ULS de Santo António.

Já tinha sido presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (2007-2009) quando em 2018 entrou para a Direção da Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade. Cumpre agora o 2.º mandato (2024-2026) como seu presidente.

Com pós-graduação em Administração e Gestão da Saúde e também em Bioética, tem a Competência Acrescida Avançada em Gestão atribuída pela Ordem dos Enfermeiros. É ainda professor convidado na Escola Superior de Saúde de Santa Maria e na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra.

15th SYMPOSIUM OF BIAL FOUNDATION

BEHIND AND BEYOND THE BRAIN

Aquém e Além do Cérebro
End-of-life experiences

Casa do Médico - Porto
April 8 to 11, 2026

Organizing Committee:

President

AXEL CLEEREMANS (Brussels)

ETZEL CARDEÑA (Lund)

MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)

RUI COSTA (Seattle, WA)

RAINER GOEBEL (Maastricht)

VEENA KUMARI (London)

CHRIS ROE (Northampton)

STEFAN SCHMIDT (Freiburg)

HELANÉ WAHBEH (Novato, CA)

Participants:

ETZEL CARDEÑA (Lund)

MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)

FANNY CHARRASSE (Brussels)

AXEL CLEEREMANS (Brussels)

RUI COSTA (Seattle, WA)

RAINER GOEBEL (Maastricht)

BÁRBARA GOMES (Coimbra)

JANICE HOLDEN (Denton, TX)

ALLAN KELLEHEAR (Newcastle upon Tyne)

CHRISTOF KOCH (Seattle, WA)

DANIEL KONDZIELLA (Copenhagen)

VEENA KUMARI (London)

CHARLOTTE MARTIAL (Liège)

MIRA MENZFELD (Zurich)

MICHAEL NAHM (Freiburg)

MARIETA PEHLIVANOVA (Charlottesville, VA)

YESCHE REGEL (Bonn)

MICHAEL RERA (Paris)

CHRIS ROE (Northampton)

STEFAN SCHMIDT (Freiburg)

MÁRIO SIMÕES (Lisbon)

JIM TUCKER (Charlottesville, VA)

JULIA VERNE (London)

HELANÉ WAHBEH (Novato, CA)

MARJORIE WOOLLACOTT (Eugene, OR)



Bial
FOUNDATION

www.bialfoundation.com
info@bialfoundation.com



OS ESPECIALISTAS SELMA SOUTO E LUÍS FILIPE GONÇALVES ALERTAM PARA A CRONICIDADE DO TRATAMENTO

A obesidade tem que ser encarada como qualquer outra doença crónica

“É UMA DOENÇA CRÓNICA, COMPLEXA E MULTIFATORIAL”, LEMBRA SELMA SOUTO. “CONTINUA A SER, DEMASIADAS VEZES, REDUZIDA A UM NÚMERO NA BALANÇA”, LAMENTA LUÍS FILIPE GONÇALVES. COM UMA ATIVIDADE CLÍNICA MUITO DEDICADA À OBESIDADE, OS DOIS ESPECIALISTAS FALARAM COM A *JUST NEWS* A PROPÓSITO DO CURSO QUE SE VAI REALIZAR NO ÂMBITO DAS VIII JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF.

“A obesidade é uma doença crónica, complexa e multifatorial, com uma prevalência crescente em Portugal e no mundo, e em todas as faixas etárias”, começa por salientar Selma Souto, assistente graduada de Endocrinologia e Nutrição, chamando a atenção para o facto de ser um fator de risco para mais de duas centenas de outras patologias.

A lista é realmente enorme, mas talvez valha a pena destacar algumas doenças: cardiovasculares (diabetes, HTA, dislipidemia), respiratórias (asma, apneia do sono), genitourinárias (incontinência urinária, infertilidade), gastrointestinais (litíase biliar, refluxo gastroesofágico, esteatohepatite não alcoólica), músculo-esqueléticas (osteoartrite, gota) e vários tipos de cancro.

Selma Souto: “É muito importante a capacitação dos MF na abordagem à pessoa que vive com obesidade.”



Selma Souto

“O seu tratamento também é crónico e exige o recurso a uma equipa multidisciplinar”, afirma a médica, que é vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo e está especialmente envolvida no tratamento da obesidade tanto no Hospital Lusíadas Porto como na Trofa Saúde – Hospital da Trofa.

Salienta, contudo, como “particularmente relevante”, a intervenção, nesta matéria, dos cuidados de saúde primários, por serem a “porta de en-

trada” do doente no SNS. Daí considerar “muito importante a capacitação dos médicos de família na abordagem à pessoa que vive com obesidade”.

Luís Filipe Gonçalves, especialista em Medicina Geral e Familiar e responsável pela Consulta Multidisciplinar de Obesidade na Clínica de Gondomar, critica o facto de esta doença “continuar a ser, demasiadas vezes, reduzida a um número na balança”. E qual é o problema de isso acontecer?

“Esta visão simplista não só falha em captar a sua complexidade como contribui para abordagens ineficazes, estigmatizantes e frustrantes, tanto para os doentes como para os próprios profissionais de saúde”. Aliás, continua, “nos CSP, onde a obesidade é presença diária, é urgente tirar peso ao peso e recentrar a abordagem na pessoa, estando o médico de família numa posição única para o fazer”.

Luís Filipe Gonçalves: “É urgente tirar peso ao peso e recentrar a abordagem na pessoa.”

E justifica: “A obesidade raramente surge isolada, acompanhando-se de diabetes, hipertensão, dislipidemia, dor crónica e sofrimento psicológico, com condicionantes sociais bem conhecidas de quem acompanha os doentes ao longo dos anos. Reduzir esta realidade a um objetivo ponderal ignora aquilo que verdadeiramente importa, que é diminuir o risco, melhorar a funcionalidade e aumentar a qualidade de vida.”

Para Luís Filipe Gonçalves, “a circunstância de dispormos, atualmente, de opções terapêuticas eficazes,



Luís Filipe Gonçalves

que permitem encarar a obesidade de forma estruturada, continuada e baseada na evidência, obriga a uma mudança clara de perspetiva”. E em que é que isso se traduz?

“Deve ser tratada como qualquer outra doença crónica, com planos individualizados, monitorização regular e objetivos clínicos bem definidos, e não como um mero problema de força de vontade!”

Relativamente ao tratamento farmacológico da obesidade, Selma Souto enumera os cinco fármacos que estão aprovados pela Agência Europeia do Medicamento e disponíveis em Portugal: o orlistato, a associação de naltrexona e bupropiona de libertação prolongada, o liraglutido 3,0 mg, o semaglutido 2,4 mg e a tirzepatida, sendo os primeiros dois de administração oral e os restantes injetáveis.

A endocrinologista deixa expresso o seguinte: “A decisão sobre qual o fármaco a utilizar deve ser sempre individualizada, tendo em conta os objetivos do tratamento, as comorbilidades associadas, os efeitos secundários, as contraindicações e as vias de administração, entre outros aspetos. O que resulta para um doente pode não ser o melhor para outro.”

E mais: “Realço ainda a importância da cronicidade do tratamento, independentemente de qual for o fármaco escolhido. Suspendendo a intervenção terapêutica, a doença recidiva!”

No entender de Luís Filipe Gonçalves, a questão da personalização do tratamento ganha ainda maior relevância nos CSP, pois, “o médico de família não trata apenas indivíduos, mas pessoas inseridas em famílias”. E acrescenta: “A obesidade, tal como os comportamentos que a influenciam, é frequentemente partilhada no contexto familiar, seja por hábitos alimentares, padrões de atividade física ou fatores socioeconómicos. Ter a possibilidade de englobar a família na intervenção representa uma oportunidade única para promover mudanças sustentadas e com impacto real.”

Cirurgia metabólica e estilo de vida...

Para além dos aspetos já referidos nesta página pelos dois especialistas que vão conduzir o Curso de Obesidade que surge integrado na edição deste ano das Jornadas Multidisciplinares de MGF, importa dizer que será igualmente abordada a articulação com outras especialidades, nomeadamente no contexto da cirurgia metabólica, reforçando o papel do médico de família na referência adequada e no acompanhamento longitudinal do doente.

Quanto à intervenção no estilo de vida da pessoa com obesidade, serão discutidas estratégias de aconselhamento nutricional, promoção de atividade física sustentável e técnicas de mudança comportamental aplicáveis no tempo limitado da consulta.

LANÇAMENTO DO LIVRO

PATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA

5º vol.

PORTO
16 Maio

LISBOA
30 Maio



Novo



REGISTE-SE

Para acompanhar novidades exclusivas



VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES
DE MEDICINA GERAL
E FAMILIAR

CURSO PRÉ JORNADAS
Obesidade

Selma Souto | Luís Filipe Gonçalves

Centro de Congressos
Sheraton Porto

18
de março

14:30 - 16:45
Sala de
Conferências

Apoio



Reuxen®

artrozen

maxnésio
cardio

DIOGO AYRES DE CAMPOS, DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E MEDICINA DA REPRODUÇÃO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA, ULS DE SANTA MARIA:

“Foi médico a médico que nós conseguimos ir ‘reconstruindo’ a equipa de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria”

TENDO DEIXADO A DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E MEDICINA DA REPRODUÇÃO DO ENTÃO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE UM ANO E MEIO ANTES, DIOGO AYRES DE CAMPOS RETOMOU O CARGO EXATAMENTE A 1 DE NOVEMBRO DE 2024, JÁ NO CONTEXTO DE ULS DE SANTA MARIA. EM ENTREVISTA À *JUST NEWS*, RECORDA OS “TEMPOS DIFÍCEIS” QUE SE VIVERAM NESSA ALTURA E NOS MESES SEGUINTE, PERANTE A REALIDADE DE UMA EQUIPA MÉDICA PROFUNDAMENTE DEPAUPERADA, SOBRETUDO NO QUE DIZIA RESPEITO AO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA. MEMBRO DA COMISSÃO NACIONAL DA SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, CRIADA EM JULHO DE 2024, O MÉDICO DESTACA TAMBÉM UMA SÉRIE DE MEDIDAS QUE TÊM VINDO A SER TOMADAS E QUE PODERÃO CONTRIBUIR, NA SUA OPINIÃO, PARA QUE “A OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA NACIONAL RETOME RAPIDAMENTE OS NÍVEIS DE EXCELÊNCIA QUE JÁ ALCANÇOU NO PASSADO”.

A “reconstrução” da equipa de médicos do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, agora novamente dirigido por Diogo Ayres de Campos, prolongou-se por 2025

pouco antes do início das obras que, até ao final do verão do ano seguinte, condicionaram uma redução drástica da atividade obstétrica no Departamento, onde praticamente só se fizeram cesarianas programadas.

A realidade que Diogo Ayres de Campos encontrou em novembro de 2024 era dramática. Embora houvesse alguns médicos prestadores de serviços a quem se podia recorrer, a Ginecologia tinha pouco mais de uma dúzia de médicos no quadro e a Obstetrícia estava bem pior, reduzida a somente quatro especialistas do quadro hospitalar.

“Só obstetras haviam saído nove e vários outros elementos já tinham anunciado que iam também deixar o Santa Maria. Foi necessário proceder à ‘reconstrução’ da equipa, sobretudo da área da Obstetrícia. No total, incluindo os diversos tipos de colaboração, recrutámos 16 pessoas, algumas das quais fomos buscar fora do país”, conta Diogo Ayres de Campos, exemplificando:

“Contratámos uma médica portuguesa que tinha feito a especialidade em Inglaterra, onde estava a trabalhar, um colega também português que fez o curso na Alemanha e se encontrava na Suíça, um médico brasileiro, uma especialista italiana, que fez toda a sua formação na Argentina... Entretanto, boa parte dos profissionais que tinham ido embora voltou e fomos também buscar alguns colegas a outros hospitais ou à medicina privada. Foi desta forma, médico a médico, que conseguimos ir ‘reconstruindo’ a equipa, recuperando a quase totalidade da resposta assistencial que tínhamos tido no passado.”

Clarifica que a primeira prioridade do Departamento é que a Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e o Bloco de Partos estejam sempre abertos, de forma a dar segurança às grávidas e mulheres com doenças ginecológicas da nossa área de influência. Afirma que foi isso que sucedeu a partir de novembro de 2024, embora tivesse havido diversos períodos de contingência no Bloco de Partos. O que só deixou de acontecer a partir de julho de 2025,



“A ‘reconstrução’ da equipa não está de forma alguma terminada”, sublinha Diogo Ayres de Campos

com a Urgência e o Bloco de Partos “a funcionarem a 100%”.

“No ano passado registámos 16.553 atendimentos na Urgência. Não atingimos os 17.468 de 2022, o último ano completo de atividade, porque na Região de Lisboa e Vale do Tejo se implementou a pré-triagem telefónica no acesso à Urgência de Obstetrícia e Ginecologia”, refere Diogo Ayres de Campos.

Recorde de 2699 partos em 2025

Já relativamente aos partos, tendo em conta o encerramento do Bloco de Partos na 2.ª metade de 2023 e em grande parte de 2024, passou-se de 579 partos, em 2024, para 2699 partos, em 2025. Ora, este número traduz um aumento recorde, tendo em consideração que desde o início do presente século oscilou sempre entre os 2100 e os 2500.

“Embora a nossa enfermaria do pós-parto não seja, do ponto de vista hoteleiro, muito atrativa, o facto é que as novas instalações do Bloco de Partos fizeram com que houvesse maior vontade da população em ter os seus filhos aqui em Santa Maria. Mas tivemos igualmente muitos partos de utentes que não eram da nos-

Medidas para voltar a proporcionar cuidados de excelência às grávidas

A atualização da rede de referência hospitalar em Obstetrícia e Ginecologia, que não acontecia há 24 anos, está agora concluída.

Diogo Ayres Campos considera que a imposição da pré-triagem telefónica no acesso à Urgência de Obstetrícia e Ginecologia “foi a medida recente mais importante para fazer face às dificuldades de resposta das urgências obstétricas e ginecológicas, que afetam sobretudo a região de Lisboa e Vale do Tejo”.

Referindo que “os atendimentos desnecessários na Urgência desgastam muito as equipas médicas e condicionam um número elevado de clínicos em presença física”, recorda que, tendo sido implementada inicialmente na região de Lisboa e Vale do Tejo, a medida está agora a generalizar-se a todo o país. Estima-se que cerca de um terço das situações sejam, assim, encaminhadas para consultas abertas nos CSP e nos hospitais.

Membro da Comissão Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, órgão consultivo criado pela ministra da Saúde em 2024, o médico afirma ter estado a trabalhar na revisão do algoritmo da linha SNS24, “tornando ainda mais discri-

minativo o acesso à Urgência, depois de numa fase inicial termos sido mais cautelosos”. Esse novo algoritmo entrou agora mesmo em funcionamento, dia 23 de fevereiro.

A atualização da rede de referência hospitalar em Obstetrícia e Ginecologia, que não acontecia há 24 anos e que está agora concluída, à espera de publicação, define as situações

obstétricas e ginecológicas a serem tratadas em cada um dos três níveis em que os hospitais estão classificados.

“É um aspeto crucial para a organização dos cuidados de saúde hospitalares não-agudos em qualquer país”, refere Diogo Ayres de Campos. “Há certas patologias que são raras e cujo tratamento é complexo e, como tal, necessitam de ser concentradas nalguns hospitais, criando aí a experiência e as condições técnicas necessárias para que se ofereçam as melhores soluções terapêuticas”, sublinha.

O especialista aplaude igualmente a decisão de criar, em regime experimental, a figura dos Centros de Elevado Desempenho, que diz respeito a unidades onde a produtividade e o atingimento de metas nos indicadores de qualidade se traduzem em incentivos financeiros para todos os elementos da equipa.

“Acho que têm potencial para melhorar os cuidados de saúde prestados e promover a fixação de profissionais no SNS, desde que sejam

implementadas de uma forma cuidadosa e equilibrada”, afirma.

“Esperando sinceramente que seja

Diogo Ayres de Campos: “A concentração de urgências de Obstetrícia e Ginecologia entre duas ULS é, neste momento, uma medida imprescindível para garantir previsibilidade no atendimento urgente.”

da Reprodução faz questão de referir que há outros motivos para que as grávidas procurem o Hospital de Santa Maria: “Nós somos centro de referência para várias doenças da gravidez, o que faz com que grávidas de outros locais do sul do país sejam encaminhadas para aqui. Um exemplo são as situações de acretismo placentário, em que a placenta invade anormalmente a parede do útero materno, que nos chegam de toda a região sul.”

Embora os inquéritos de satisfação realizados diariamente às grávidas e puérperas assistidas em Santa Maria tenham permitido concluir que valorizam mais a empatia, a qualidade da comunicação e o empenho dos profissionais de saúde, Diogo Ayres de Campos é claro: “Nós precisamos de melhorar as nossas instalações ao nível dos internamentos e das consultas, e temos o compromisso do Conselho de Administração de que isso irá acontecer brevemente.”

O médico considera que “deve haver condições para que a mãe, no pós-parto, possa ter um acompanhante junto de si todo o tempo”.

“O parto é um momento importante para a família e para o ciclo de amigos e tem de haver condições, por exemplo, para que a mãe, no pós-parto, possa ter um acompanhante junto de si o tempo todo. Queremos que haja quartos individuais com casa de banho para receber as grávidas com situações que necessitam de internamento e as mesmas condições devem estar disponíveis após o parto, para receber as mães e os recém-nascidos. A nova planta do espaço já está aprovada, mas é necessário ainda garantir a totalidade do financiamento para avançar com a obra. Relativamente à área das consultas, precisamos também de uma renovação, para proporcionar maior conforto às utentes”, afirma.

Embora a contratação de novos especialistas tenha permitido estabilizar o funcionamento da Urgência, “este ainda implica um grande número de horas extraordinárias para alguns médicos e a disponibilidade de outros que, por terem mais de 55 anos, a isso já não eram obrigados”. Aliás, Diogo Ayres de Campos faz questão de sublinhar que “a ‘reconstrução’ da equipa não está de forma alguma terminada”. E avança esperar conseguir contratar em abril três recém-especialistas que concluem agora o internato.

“De qualquer forma, conquistámos novamente uma certa estabilidade, que nos permite voltar a dedicar-nos mais a atividades que são essenciais para os desígnios de um hospital universitário, como os cursos pós-graduados, a investigação científica e as atividades de divulgação do conhecimento... Durante o ano passado, a prioridade era outra”, observa.

que voltem a existir gestações não vigiadas no nosso país, com todos os riscos materno-fetais que isso comporta. A vigilância da gravidez de baixo risco por enfermeiros especialistas, de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde, é uma solução necessária e que já deu provas de segurança e satisfação em muitos outros países europeus”, sublinha Diogo Ayres de Campos.

Por fim, realça “a necessidade de regularização das condições contratuais dos médicos prestadores de serviços, com uma revisão estratégica cuidadosa e equilibrada, feita de forma a motivar o regresso no Serviço Nacional de Saúde, mas sem pôr em causa esta solução, que se tornou numa ‘tábua de salvação’ para muitos serviços de Obstetrícia e de Ginecologia”.

“É importante que a Obstetrícia e Ginecologia nacional retome rapidamente os níveis de excelência que já alcançou no passado e que tornou Portugal num modelo organizativo de referência para vários outros países europeus”, conclui.



Diogo Ayres de Campos e Luísa Pinto

e “não foi uma tarefa fácil”, reconhece aquele responsável. Até porque, “como se sabe, as condições financeiras que o SNS oferece não são famosas para atrair profissionais”. No entanto, uma das especialistas que regressou a Santa Maria, logo em novembro de 2024, foi Luísa Pinto, que viria a reassumir formalmente a direção do Serviço de Obstetrícia.

Importa recordar que não foi por vontade própria que o médico e professor catedrático, que manteve a ligação à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa durante esse período, deixou de ser diretor do Departamento que agrega os Serviços de Ginecologia e de Obstetrícia. Saiu da que aconteceu em junho de 2023,

“Só obstetras haviam saído nove e vários outros elementos já tinham anunciado que iam também deixar o Santa Maria”, recorda Diogo Ayres de Campos.

IMPLEMENTADA PELO HOSPITAL DA LUZ LISBOA NO ATENDIMENTO URGENTE DE ADULTOS, TEM ASSOCIADA UMA FERRAMENTA DE ASSISTÊNCIA À DECISÃO CLÍNICA

Criada Via Rápida de IC inédita para uma intervenção mais precoce no doente com insuficiência cardíaca

O PROJETO DE CRIAÇÃO DA VIA RÁPIDA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA FOI DESENHADO E APRESENTADO À DIREÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL DA LUZ LISBOA (HLL) PELA EQUIPA COORDENADA POR CÂNDIDA FONSECA, QUE ASSEGURA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS DOENTES COM IC NAQUELA INSTITUIÇÃO. TENDO COMO PALCO O ATENDIMENTO URGENTE DE ADULTOS (AUA), COORDENADO POR SOFIA CORREDOURA, O PROPÓSITO É CLARO: APLICAR UM PROTOCOLO NA TRIAGEM QUE PERMITA IDENTIFICAR O MAIS PRECOCAMENTE POSSÍVEL E DE FORMA CORRETA QUEM RECORRA ÀQUELE SERVIÇO POR UMA SUSPEITA DE IC DESCOMPENSADA. O OBJETIVO É COMBATER AS SUCESSIVAS IDAS À URGÊNCIA E A MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR QUE CARACTERIZAM ESTES DOENTES. O INTERNISTA PEDRO MORAES SARMENTO, COORDENADOR ADJUNTO DO HOSPITAL DE DIA DO HLL, EXPLICA COMO FUNCIONA ESTA VIA RÁPIDA.



Pedro Moraes Sarmento: "Estamos a promover uma autonomização de quem está na Urgência, para tomar, de forma mais célere, a decisão que a situação exigir"

não estava até agora disponível um protocolo que sinalizasse um doente com suspeita de IC descompensada logo na triagem, à semelhança do que já acontece para o EAM ou para o AVC."

"Para a IC, não dispúnhamos, até ao momento, de qualquer instrumento do género. Acreditamos que esta medida possa vir a ser muito relevante no futuro, quando a sua implementação for generalizada, pois, permitirá reduzir o elevado número de idas à Urgência que um doente com IC tem durante um episódio de descompensação", assegura.

Com efeito, este doente é referido normalmente como *frequent flyer* de um Serviço de Urgência. E porquê? "Até o episódio de descompensação ser corretamente diagnosticado e resolvido de forma eficaz, o que na maioria dos casos significa o seu internamento, aplica-se aquela imagem da porta rotativa de um hotel, em que a pessoa sai por um lado e, imediatamente, volta a entrar pelo outro...", exemplifica Pedro Moraes Sarmento, prosseguindo:

"Não é raro um doente internado por IC descompensada referir que nas semanas que antecederam a hospitalização recorreu por duas ou três vezes à Urgência. Isto sucede porque as queixas que apresenta são frequentemente inespecíficas, não parecem ser graves e, portanto, há um desvalorizar da situação por parte do médico que o atende."

No entender do nosso entrevistado, "há uma manifesta inércia e lentidão na resposta que se dá ao doente

com IC descompensada na Urgência, que é resultado de não se considerar um caso de IC uma situação com suficiente gravidade para a priorizar no atendimento".

A necessidade de confirmar ou despistar a suspeita de uma IC descompensada

Pedro Moraes Sarmento sublinha que a IC é a primeira causa médica de internamento hospitalar após os 65 anos e que apresenta, como já se referiu atrás, uma mortalidade intra-hospitalar superior à do EAM e do AVC, "patologias que são prioritárias em termos de política de saúde". E frisa: "Penso que está na altura de colocarmos a IC nesse mesmo patamar de gravidade e de lembrar que a mortalidade anual ronda os 20%, aproximando-se dos 50% aos 5 anos, e que o reinternamento é de 30% aos 30 dias."

"Sem dúvida que são números que devem preocupar as entidades reguladoras da Saúde, mas cabe aos hospitais reestruturar-se para darem resposta a uma realidade com que são confrontados todos os dias. O doente chega à Urgência com um quadro de suspeita de IC descompensada, mas é necessário identificá-lo para que possa ser confirmado e adequadamente abordado", refere, prosseguindo:

"O facto de termos uma Via Rápida de IC no AUA do Hospital da Luz Lisboa permite-nos desencadear um conjunto de procedimentos que ajudam o médico a identificar rapidamente uma eventual situação de descompensação de IC e a orientar

o doente para a necessidade de ser internado ou não. Tal permite iniciar precocemente a administração de terapêutica diurética endovenosa, bem como tratamento modificador de

"A congestão é a principal forma de apresentação de um doente com IC descompensada", sublinha o internista.

prognóstico, ainda no decorrer do episódio de urgência."

"A congestão é a principal forma de apresentação de um doente com IC descompensada e constitui igualmente um marcador de prognóstico para a mortalidade intra-hospitalar. Assim, quanto mais cedo iniciarmos a descongestão mais rápida será a sua recuperação", esclarece Pedro Moraes Sarmento.

Ora, a ativação da Via Rápida de IC alerta o médico que vai atender o doente para que solicite os exames necessários à confirmação do diagnóstico de IC descompensada, em particular a determinação do NT-proBNP. Tal permitirá que, precocemente, seja iniciada a terapêutica diurética enquanto aquele ainda está na Urgência a aguardar os resultados dos exames pedidos.

"O recurso à avaliação do biomarcador NT-proBNP, atualmente já participada em ambulatório no SNS, é determinante para excluir ou reforçar o diagnóstico de um quadro de IC descompensada. Isto à semelhança do que acontece para as síndromes coronárias agudas, com a determinação da troponina de alta sensibilidade, ou, mais recentemente, para a estratificação de risco de uma embolia pulmonar aguda, com o recurso a ambos os marcadores, troponina de alta sensibilidade e NT-proBNP", acrescenta o internista do HLL.

Projeto inclui uma ferramenta de assistência à decisão clínica

Mas o projeto de otimização da abordagem do doente com IC na Urgência não se esgota com a Via Rápida. Com efeito, adicionalmente, foi criada "uma ferramenta digital de assistência à decisão clínica".

Trata-se de uma aplicação informática que permite ao médico ter uma orientação relativamente aos exames a pedir, à terapêutica a iniciar ainda durante o período de permanência do doente na Urgência e ao seu posterior encaminhamento. Ou seja, com indicação para ser internado ou então encaminhado para o Hospital de Dia de IC, permitindo, neste caso, a sua reavaliação no espaço de 48 horas, 7 dias ou 14 dias, consoante a gravidade do caso.

"Uma das grandes mais-valias que esperamos que a implementação desta ferramenta nos traga é garantir que o doente não é enviado para casa quando deve ficar internado. Não tem sido raro observarmos no nosso Hospital de Dia de IC alguém que já veio anteriormente duas ou três vezes à Urgência e concluímos que, efetivamente, deveria ter sido internado", diz Pedro Moraes Sarmento, prosseguindo:

"Esta aplicação informática dá aos nossos colegas da Urgência não só a capacidade para identificar um caso suspeito de IC como também lhes permite, de uma forma estruturada, seguir um fluxograma que os ajuda a tomar a decisão mais adequada para a orientação diagnóstica e terapêutica do doente. No fundo, estamos desta forma a promover uma autonomização de quem está no balcão da Urgência para tomar, de forma mais célere, a decisão que a situação exige, de acordo com as recomendações e consensos internacionais de diagnóstico e tratamento da IC."

O que acrescenta a triagem de Manchester a esta Via Rápida?

O internista lembra que a triagem de Manchester não está concebida para triar patologias ou síndromes, mas sim para diferenciar doentes com maior ou menor gravidade em

termos de instabilidade clínica, como um quadro de perda de consciência, de dor ou de dificuldade respiratória, por exemplo. "Não está desenhada para identificar enfartes nem AVC, por isso é que se criaram as vias verdes", afirma.

"Uma pessoa com mais de 65 anos que chega à Urgência e se queixa de um maior cansaço ou de ter as pernas mais edemaciadas do que habitualmente é considerado um caso sem gravidade, de acordo com a triagem de Manchester. Mas, integrando todos estes dados, pode tratar-se de um quadro de IC descompensada a instalar-se, com uma progressão passível de culminar num internamento grave para o doente", alerta.

A identificação de uma situação de provável IC descompensada acontece agora com mais facilidade logo no momento da triagem efetuada no AUA do Hospital da Luz Lisboa. Se o doente tiver mais de 65 anos, se se queixar de maior cansaço ou de dispnéia ao esforço e, adicionalmente, se referir que lhe surgiram ou se agravaram edemas nos membros inferiores, estarão assim reunidos os três critérios para que o enfermeiro o sinalize como uma Via Rápida de IC.

"Nós sabemos que um doente com estas características terá entre 40 a 60% de probabilidade de ter uma IC descompensada. Quando, ao ser observado pelo médico, entretanto já alertado para esse facto, for acrescentada a determinação do NT-proBNP, alcançamos uma acuidade diagnóstica entre 75 a 95%", refere Pedro Moraes Sarmento.

"Achamos que conseguimos diagnosticar uma descompensação de IC apenas pela clínica é algo romântico!", afirma o internista.

Ora, essa é uma percentagem significativa, senão veja-se: "Achamos que conseguimos diagnosticar uma descompensação de IC apenas pela clínica é algo romântico! Os dados existentes na literatura indicam que, mesmo entre especialistas experimentados em IC, a acuidade diagnóstica ronda os 50%. Com efeito, estes doentes apresentam quadros, por vezes, frustes ou pouco específicos, que dificultam esse diagnóstico."

"Consideramos que a identificação precoce do doente destes, a sua orientação adequada e a introdução, o mais rapidamente possível, de terapêutica que modifique o prognóstico e que o ajude a descongestionar são os passos certos a dar. A avaliação que viemos a fazer no futuro permitirá verificar se esta medida de implementação da Via Rápida de IC teve, entretanto, o impacto que acreditamos que seguramente irá ter", conclui o coordenador adjunto do Hospital de Dia de IC do HLL.

"A IC ainda não é adequadamente valorizada"

Pedro Moraes Sarmento lamenta o facto de a IC "ainda não ser adequadamente valorizada", fazendo questão de destacar o "esforço permanente" da Associação de Apoio aos Doentes com IC (AADIC), nomeadamente, na sensibilização dos decisores políticos para a sua importância. Tal como faz questão de sublinhar o papel que têm tido o Grupo de Estudo de IC da Sociedade Portuguesa de Cardiologia e o Núcleo de Estudos de IC da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, de que é, aliás, coordenador adjunto.

"A IC não tem, aos olhos da população em geral, a relevância, por exemplo, de uma doença oncológica. Mas nós sabemos que a IC apresenta uma mortalidade superior à larga maioria dos cânceres. E em termos de custos associados eles são muito mais significativos do que se possa pensar. A verdade é que a IC não é encarada como um problema grave de saúde pública, seja em Portugal ou noutros países europeus", critica.

O internista confirma que a criação da Via Rápida de IC no Hospital da Luz Lisboa pretende dar resposta a uma questão que há muito é debatida em eventos internacionais dedicados a esta área: "A necessidade de encontrarmos soluções para quebrar este autêntico 'ciclo vicioso' de o doente ir à Urgência, ter alta, regressar à Urgência, ter alta, regressar à Urgência, e assim sucessivamente. Temos que conseguir prestar os cuidados centrados no doente com IC, mantê-lo o mais possível no seu local de conforto, em casa, acompanhando-o em ambulatório, interrompendo as idas recorrentes ao Serviço de Urgência e os reinternamentos frequentes."

No seu entender, a implementação de uma Via Rápida de IC, em associação com o Hospital de Dia de IC, apostando na avaliação do doente logo que ele dá os primeiros alertas de descompensação, será a estratégia a seguir. Pedro Moraes Sarmento garante que o investimento que nesta área tem sido feito na instituição a que está ligado apresenta um balanço positivo:

"Temos ganho progressivamente a confiança dos colegas que seguem doentes com IC, que reconhecem como muito positiva a possibilidade de os referenciarem para o Hospital de Dia de IC. Desde logo pelo papel fundamental desempenhado pela equipa de enfermagem, seja no que respeita ao ensino desses doentes a lidarem com a sua condição como pela resposta que dão aos telefonemas diários daqueles que, por várias razões, sentem necessidade de estabelecer esse contacto. Afinal, o objetivo primeiro é combater as descompensações graves, que originam idas à Urgência e internamentos."

cia mais uma e outra vez, ser internado, ir para casa, voltar à Urgência, e assim sucessivamente. Temos que conseguir prestar os cuidados centrados no doente com IC, mantê-lo o mais possível no seu local de conforto, em casa, acompanhando-o em ambulatório, interrompendo as idas recorrentes ao Serviço de Urgência e os reinternamentos frequentes."

No seu entender, a implementação de uma Via Rápida de IC, em associação com o Hospital de Dia de IC, apostando na avaliação do doente logo que ele dá os primeiros alertas de descompensação, será a estratégia a seguir. Pedro Moraes Sarmento garante que o investimento que nesta área tem sido feito na instituição a que está ligado apresenta um balanço positivo:

"Temos ganho progressivamente a confiança dos colegas que seguem doentes com IC, que reconhecem como muito positiva a possibilidade de os referenciarem para o Hospital de Dia de IC. Desde logo pelo papel fundamental desempenhado pela equipa de enfermagem, seja no que respeita ao ensino desses doentes a lidarem com a sua condição como pela resposta que dão aos telefonemas diários daqueles que, por várias razões, sentem necessidade de estabelecer esse contacto. Afinal, o objetivo primeiro é combater as descompensações graves, que originam idas à Urgência e internamentos."

Hospital de Dia de IC atingiu, no início de 2026, o milésimo doente a ser ali seguido

Acompanhando 200 a 300 novos doentes com insuficiência cardíaca em cada ano, e tendo realizado cerca de 1700 sessões em 2025, o Hospital de Dia de IC do Hospital da Luz Lisboa acabou de receber, agora no início de 2026, o seu utente número 1000. É na ala dedicada aos exames de Cardiologia que se encontra a funcionar, desde dezembro de 2021, coordenado por Cândida Fonseca, internista e cardiologista de formação com grande diferenciação na área de IC.

Diretora do Serviço de Medicina Interna da ULS de Lisboa Ocidental, que integra uma Clínica de IC criada há quase duas décadas no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), aquela médica admite que no HLL "já estavam reunidas várias condições facilitadoras" da concretização do projeto do Hospital de Dia.

Refere-se, em particular, à existência de um grupo de internos e



especialistas de MI com interesse na área e que tinham feito estágios ou o internato no HSFX, mas também de um Serviço de MI e de um Serviço de Cardiologia "disponíveis para colaborarem", bem como de um conjunto de valências importantes, nomeadamente, em torno da Cardiologia, da Cirurgia Cardíaca e da Imagiologia Avançada.

O Hospital de Dia de IC do HLL assenta numa lógica de parceria entre as especialidades de Cardiologia e de MI. Organicamente, pertence ao primeiro daqueles serviços, já em termos funcionais e de execução diária é da responsabilidade da MI. No fundo, foi a chegada de Pedro Moraes Sarmento à instituição, em 2007, com a experiência adquirida no HSFX, que fez com que começasse a germinar a ideia da sua criação, que acabou por se concretizar anos mais tarde.



A NOVA APP para Gestão da Diabetes



Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ





Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR
com as
MESMAS TIRAS





A.MENARINI diagnostics
Viva uma Vida Nova

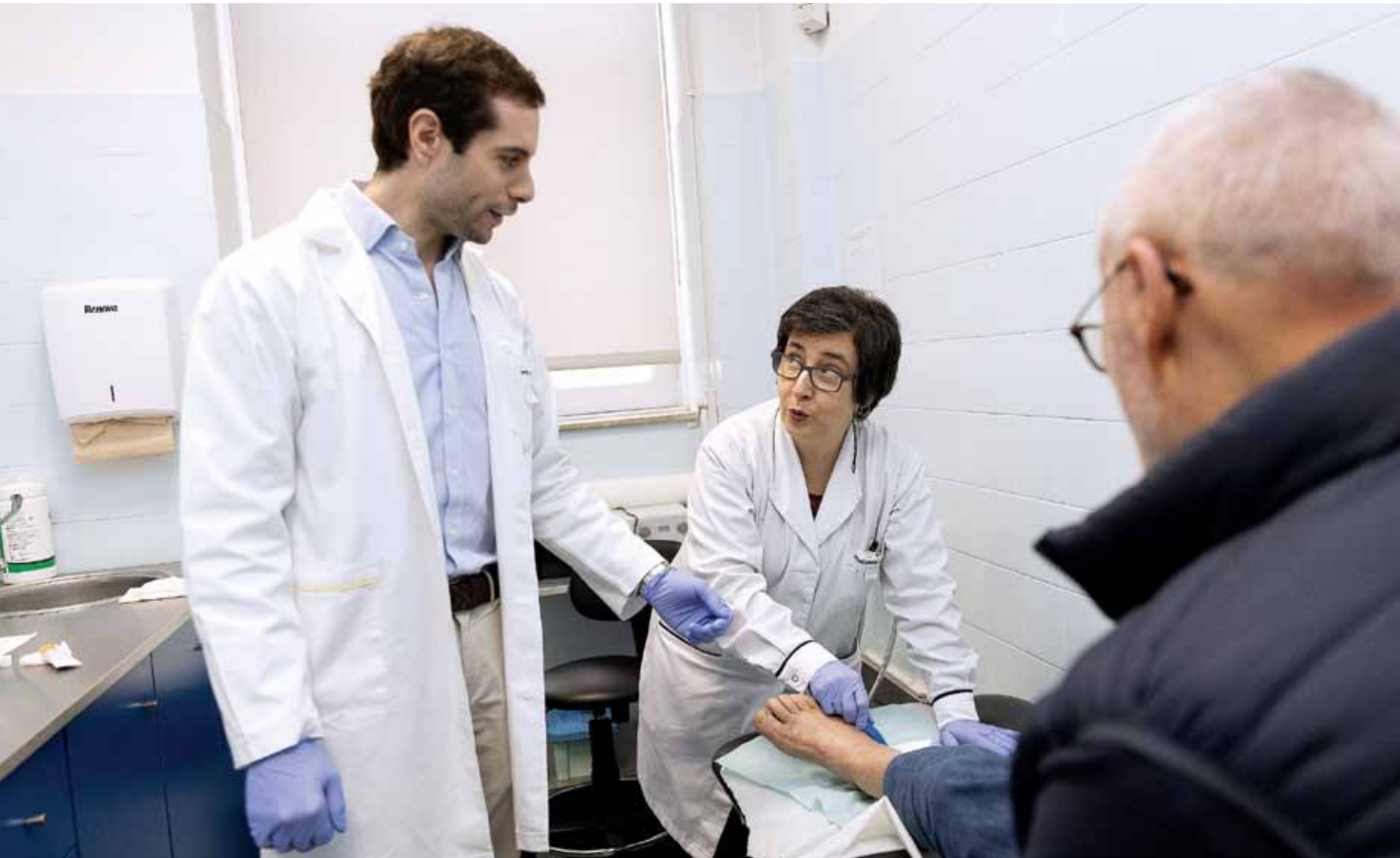
MAIS DE METADE DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA DESTA UNIDADE DA ULS DE SANTO ANTÓNIO INTEGRA A COMISSÃO ORGANIZADORA DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR DESDE A PRIMEIRA EDIÇÃO, EM MARÇO DE 2019

Sucedânea do inédito projeto “Tubo de Ensaio”, USF São João do Porto tem equipa rejuvenescida e é pioneira na formação em Geriatria nos CSP

QUASE SE PODERIA CONSIDERAR QUE A USF SÃO JOÃO DO PORTO, ASSIM BATIZADA COM ESTE NOME EM 2011, NASCEU AFINAL EM 1999, COMO CENTRO DE SAÚDE S. JOÃO. PROVAVELMENTE, AO PROJETO “TUBO DE ENSAIO” SÓ NÃO LHE CHAMARAM LOGO UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SIMPLEMENTE PORQUE ESSA DESIGNAÇÃO AINDA NÃO TINHA SIDO INVENTADA! POR ALGUMA RAZÃO, ALIÁS, LHE FOI LOGO ATRIBUÍDO, DESDE O DIA 1 DA SUA EXISTÊNCIA, O ESTATUTO DE USF MODELO B. AVANÇANDO NO TEMPO ATÉ AOS DIAS DE HOJE, 9 MÉDICOS, 9 ENFERMEIROS E 7 SECRETÁRIOS CLÍNICOS TRATAM DA SAÚDE A UNS 16.300 UTENTES, A QUE SE DEVEM ADICIONAR 3 MÉDICOS INTERNOS DE MGF E AINDA – ACRESCENTA O COORDENADOR, RODRIGO PINTO COSTA – 3 PROFISSIONAIS DE LIMPEZA E 2 SEGURANÇAS, ALI COLOCADOS PELA AUTARQUIA. UMA NOTA RELEVANTE: A USF SÃO JOÃO DO PORTO É A PRIMEIRA UNIDADE DE CSP A PROPORCIONAR FORMAÇÃO PRÁTICA PARA A OBTENÇÃO DA COMPETÊNCIA DE GERIATRIA PELA OM. E UMA CURIOSIDADE: MAIS DE METADE DOS SEUS MÉDICOS DE FAMÍLIA INTEGRAM, DESDE 2018, A CO DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF, UM PROJETO DE EDUCAÇÃO MÉDICA IDEALIZADO POR TRÊS CONHECIDOS ESPECIALISTAS NESTA ÁREA: PAULO PESSANHA, MANUEL VIANA E RUI COSTA.

Depois de Abílio Malheiro, já aposentado, e de Maria João Esteves, ainda ao serviço, Rodrigo Pinto Costa ficará na história da USF São João do Porto como o seu terceiro coordenador. Tendo chegado à Unidade há cerca de dois anos, assumiu o cargo em dezembro de 2024, numa fase de renovação geracional da equipa médica, renovação essa que já tinha começado antes e que ainda não terminou. É fácil perceber porquê. Os

médicos que iniciaram esta USF, há 15 anos, tinham idades relativamente próximas, com a data da reforma a aproximá-los. O que não tem sucedido com o corpo de enfermagem e com o secretariado clínico, que, apesar de uma substituição ou outra, formam equipas relativamente estáveis há muito tempo. É o coordenador que, servindo de cicerone, vai apresentando as instalações desta USF, que se distribuem por quatro pisos, servidos



por um elevador “que até se porta bem” e que não tem, claramente, a idade do edifício, que é centenário. O que realmente se adivinha quando ao chegar junto do n.º 234 da Rua de Miguel Bombarda, na zona antiga do Porto.

Ao nível do rés-do-chão encontra-se o secretariado clínico e ainda três salas de tratamentos. Por ali se acede igualmente a uma área anexa, onde se encontra uma sala de reuniões e se mantém a funcionar os serviços disponibilizados pela Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) da ULS de Santo António.

Num piso inferior situam-se o armazém, a copa e os balneários. Os gabinetes médicos e de enfermagem distribuem-se pelos três pisos superiores, sendo que cada um dos 9 médicos tem o seu próprio gabinete, enquanto cada dois enfermeiros partilham um mesmo espaço. Os médicos internos dispõem de duas salas, existindo, ainda, um gabinete dedicado à saúde da mulher.



“Temos assistido, nos últimos anos, a um aumento consistente de pedidos de inscrição na unidade, o que reflete a confiança da população no trabalho da equipa, mas também

a dinâmica demográfica do centro do Porto”, refere Rodrigo Pinto Costa. Quanto a profissionais interessados em integrar esta USF – sejam médicos, enfermeiros ou secretários clíni-

“A nossa USF é, dentro da ULS de Santo António, uma das que tem maior número de unidades ponderadas por lista, refletindo a carga assistencial”, informa o coordenador.

cos –, pode-se dizer que há sempre vários candidatos a um lugar que fica vago, como muito recentemente aconteceu quando foi necessário substituir um elemento da enferma-

gem, que decidiu mudar para muito mais perto de casa.

Servindo uma população de 16.300 utentes, “a nossa USF é, dentro da ULS de Santo António, das que tem mais unidades ponderadas por lista”, informa o coordenador, que assumiu a lista de utentes que era do médico Paulo Pessanha, referindo, a esse propósito:

“A maioria dos utentes já o acompanhava há muitos anos, e muitos até o tinham seguido quando deixou a unidade onde trabalhava anteriormente, na Maia, há mais de 20 anos. Por isso, quando se sentam à minha frente pela primeira vez, é natural que queiram perceber quem é o seu novo médico de família. E isso nota-se claramente.”

Numa altura em que já terá recebido no seu gabinete mais de dois terços dos cerca de 1800 utentes da sua lista, Rodrigo Pinto Costa salienta que a mudança de médico levou muitos doentes a agendarem consulta apenas para o conhecer e “perceber

com quem podem contar do lado de cá”, afirma.

Deve-se acrescentar que de Paulo Pessanha assumiu não só a lista de utentes como também manteve a enfermeira Madalena Rocha, que fazia equipa com ele desde a criação da USF. Por isso, “muitos doentes já a conhecem bastante bem e têm com ela uma relação de grande confiança”.

“O verdadeiro motor da USF é a equipa multiprofissional”

Um dos ajustes que Rodrigo Pinto Costa fez enquanto coordenador da USF São João do Porto foi reduzir a frequência e a duração das reuniões internas. E porquê? “Gosto de manter as reuniões objetivas e orientadas para a resolução dos problemas”, responde, esclarecendo que em 2025 se realizaram 27 reuniões. E é fácil gerir quase 30 pessoas?

“São 28! E depois temos também profissionais que, não estando formalmente integrados na equipa,



O fascínio pelo raciocínio lógico e pela sua prática na arte médica

Rodrigo Pinto Costa nasceu no Porto, tendo desenvolvido desde cedo interesse pelas áreas da Biologia e da Química, mas também “pelo funcionamento do corpo humano”. Para além disso, fascinava-o “o raciocínio lógico e a sua prática na arte médica, através da capacidade de reunir informação e integrá-la, a fim de retirar conclusões”.

quatro anos seguintes, com início em janeiro de 2019, passou-os na USF Garcia de Orta, localizada no Porto.

A sua escolha baseou-se essencialmente num critério: o nome do orientador de formação que o iria receber e com quem teria necessariamente de estabelecer uma relação muito próxima”, neste



Acabou a estudar Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – que foi uma escolha sua – e a optar pela especialidade de MGF, reconhecendo ter existido “uma influência familiar imensamente positiva” a contribuir para tal escolha. Fez o internato de Formação Geral no então CHUPorto e os

caso, a médica Ana Calafate. Aliás, na sua opinião, essa proximidade resulta em grande medida do facto de “orientador e interno terem primariamente o mesmo objeto de trabalho – uma lista de utentes”.

Rodrigo Pinto Costa integra a CO das Jornadas Multidisciplinares de MGF desde o primeiro dia.

estão connosco, ao nosso lado, dia após dia – são 3 profissionais de limpeza e 2 seguranças, que aqui trabalham diariamente, sob a chancela da Câmara Municipal do Porto. Contamos ainda regularmente com médicos internos de Pediatria, de Medicina do Trabalho e de Formação Geral, bem como com alunos de Medicina e de Enfermagem.”

Então e a gestão da equipa? “É algo que não se aprende na faculdade, não temos formação para isso, e que acabamos por aprender sobretudo no terreno, no dia-a-dia, a trabalhar com pessoas. Mas é preciso ter a noção de que o verdadeiro motor da USF é a equipa multiprofissional, cujos elementos têm de trabalhar em conjunto, com base na

Rodrigo Pinto Costa: “A comunicação aberta e transparente é essencial.”

cooperação. Muitas vezes, o desafio na gestão da equipa é encontrar o equilíbrio entre as necessidades individuais e aquilo que é melhor para o

(Continua na pág. 16)

(Continuação da pág. 15)

grupo. E é este equilíbrio que é preciso. Para isso, a comunicação aberta e transparente é essencial.”

E o que pensa o nosso entrevistado do modelo ULS, que desde há pouco mais de dois anos abrange todo o país, incluindo a cidade do Porto?

“Sem dúvida que cria oportunidades para melhorar a integração de cuidados, simplificando o percurso do doente, seja na referência dos cuidados de saúde primários para o hospital, seja no sentido inverso, colocando-o no centro da decisão. No entanto, é necessário preservar a identidade e a autonomia funcional das USF e continuar a investir numa verdadeira cooperação entre os dois níveis de cuidados.”

Admitindo ter “uma memória muito viva” de todo o seu trajeto como interno da especialidade, Rodrigo Pinto Costa tem agora sob a sua orientação a médica Mercedes Alves, que iniciou em janeiro a formação em MGF.

Rita Costa, médica de família:
“A área de que gosto mais é mesmo a da Saúde da Mulher”

Rita Costa, 33 anos, destaca a área da Saúde da Mulher como uma das suas favoritas, salientando dois momentos de grande significado na vida de uma mulher, a gravidez e a transição para a menopausa, “nos quais o papel do médico de família se torna particularmente importante, assegurando acompanhamento contínuo, prevenção e orientação personalizada nestes momentos-chave, promovendo bem-estar e qualidade de vida”.



Rita Costa

Dá-se a circunstância de o seu ficheiro não ser particularmente envelhecido: “É uma lista relativamente diversa, com representatividade das diferentes faixas etárias, nomeadamente muitas crianças e grávidas.” Para além de que, no contexto da imigração que se tem verificado, “há novas utentes que não eram seguidas nesta USF e que, entretanto, engravidaram e procuraram-nos porque precisam de um médico de família, algumas das quais estou a acompanhar”.

Quanto à questão da menopausa, “deve ser nossa preocupação procurar eliminar qualquer constrangimento que a mulher possa sentir em abordar o assunto na consulta”. Até porque “o impacto pode ser grande na sua vida, tanto a curto como a longo prazo”. Para Rita Costa, “é essencial que a mulher na menopausa sinta confiança para falar connosco e perceba que queremos ajudá-la a



lidar com os novos desafios que muitas vezes surgem nessa fase da sua vida”.

Não admira que este ano as Jornadas Multidisciplinares de MGF incluam no seu programa mais uma sessão dedicada à menopausa, em que a médica participa como moderadora, ela que integra a Comissão Organizadora do evento desde a primeira edição, quando se encontrava no 1.º ano de internato.

Obedecendo ao princípio de que o especialista em MGF lida com vários campos da saúde, a médica decidiu fazer uma pós-graduação em Geriatria durante o internato. E porque? “Por ser uma área de conhecimento muito vasta, sendo portanto fácil termos algumas lacunas, e também porque na faculdade não existe uma cadeira de Geriatria, e mesmo o internato não inclui qualquer estágio com especificidade nesta área.”

Rita Costa: “Lidar com a população geriátrica constitui um desafio clínico complexo, exigindo uma abordagem integrada.”

“Eu quis adquirir algumas ferramentas e ouvir profissionais com a competência de Geriatria que me permitissem lidar melhor com a população geriátrica, nomeadamente com a população idosa frágil, que normalmente não é abrangida pelas *guidelines*”, justifica. O que “constitui um desafio clínico complexo, exigindo uma abordagem integrada que considere a multimorbilidade, a polimedicação, a vulnerabilidade funcional e o contexto social do doente”.



Admitindo ter sido influenciada pelo facto de o seu pai, Manuel Viana, ser médico de família, Rita Costa não só se licenciou em Medicina – terminando em 2016 o curso que fez na FMUP – como optou pela mesma especialidade, depois de cumprir o internato do Ano Comum no Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães.

A formação em MGF foi feita na USF Anibal Cunha, que fica a apenas 10 minutos a pé da USF São João do Porto. No entanto, depois de obter o título de especialista, em março de 2022, demoraria ainda um ano a chegar à Unidade onde agora trabalha. Isto porque, entretanto, esteve cinco meses na USF Cedofeita, que também pertence à atual ULS de Santo António, e depois mais sete numa UCSP, em Mirandela.

Neste último local, teve oportunidade de contactar, em termos de população de utentes e de recursos disponíveis, com uma realidade “dramaticamente diferente” da do Porto, enquanto a passagem pelas duas USF anteriores lhe permitiu ficar a conhecer o tipo de utentes que habita nesta zona da cidade.

Carla Dias, enfermeira de família:
“O envolvimento com o utente e a sua família é, para mim, algo de que gosto realmente”

Natural de Arouca, no distrito de Aveiro, Carla Dias, 44 anos, tinha apenas alguns meses de vida quando partiu para França com os pais e o irmão. Regressaria a Portugal em julho de 1991, uns dois meses antes de



Carla Dias

fazer 10 anos. Avançando um pedaço no tempo, formou-se na então Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, em Coimbra. Diz que foi por acaso que se tornou enfermeira, mas logo acrescenta que não se imagina a fazer outra coisa.

Mal acabou o curso, no verão de 2004, ingressou imediatamente no Serviço de Hematologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, mas não ficou por lá muito tempo.

víssima USF São João do Porto a 25 de julho, portanto, uns dois meses após a data oficial da sua criação. “Foi quando consegui sair da minha unidade e vir para cá, porque tive que acompanhar o processo de integração do elemento que me foi substituir”, justifica. Apesar de que, frisa, “eu fazia parte do rol inicial que vinha às reuniões com o Prof. Alberto Hespanhol, o Dr. Abílio Malheiro e outros colegas”.

Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, título que obteve pouco antes de começar a trabalhar na USF São João do Porto – “o que foi ótimo, para poder pôr em prática os meus conhecimentos” –, Carla Dias confessa: “O envolvimento com o utente e a sua família é, para mim, algo que me apaixonou, de que eu gosto realmente!”

Assumidamente “bastante metódica e organizada”, algo que

até os seus próprios utentes reconhecem, para além dos colegas da Unidade, a enfermeira assumiu, de forma muito natural, a liderança do processo que conduziu à acreditação da USF. Em resposta ao espírito algo reticente que alastrava entre os elementos da equipa perante o desafio (“Será que conseguimos?”), Carla Dias foi firme: “Se é para fazer, então vamos para a frente!”.

Afinal, como diz, “a acreditação acaba por ser a verificação do trabalho interno que já fazemos, é o nosso certificado”. Esse reconhecimento seria obtido em março de 2023 e renovado em outubro de 2025. “O objetivo é sempre o mesmo: prestar os melhores cuidados de saúde aos nossos utentes”, remata.

Fazendo uma espécie de balanço destes 15 anos de vida da USF São João do Porto, Carla Dias releva a importância de haver, na altura do arranque do projeto, “uma equipa médica bastante cimentada, com muitos anos de experiência”. Considera ter sido fundamental para permitir a adaptação dos elementos de enfermagem ao novo modelo de prestação de cuidados, bem como para a renovação que tem vindo a ocorrer na componente médica, uma transição que, no seu entender, “tem sido tranquila e agradável, mantendo-se o espírito de sempre, tão necessário para o bem-estar dos nossos utentes”.

Tendo integrado, até muito recentemente, o Conselho Técnico da Unidade, a enfermeira abraçou agora outra pasta, a da Gestão do Risco, que considera “envolver uma dinâmica muito grande”. E acrescenta:

Carla Dias: “Nos CSP temos que ser um pouco camaleões, porque todos os dias há algo diferente que nos aparece.”

“É uma área que inclui uma série de itens. Importa dar continuidade ao trabalho já desenvolvido pelos colegas que tiveram anteriormente esta responsabilidade, e com o intuito de melhorar, que é o que todos nós procuramos sempre fazer.”

E aproxima-se o momento de Carla Dias ir realizar uma visita domiciliária agendada, transportada numa viatura da autarquia, com o respetivo motorista. Por norma, cada enfermeiro presta assistência domiciliária aos utentes da sua lista, mas neste caso até se trata de alguém que, embora resida na área de influência da USF São João do Porto, está inscrito numa unidade de outra ULS, tendo esta solicitado colaboração na assistência a prestar.

“Nos CSP temos que ser um pouco camaleões, porque todos os dias há algo diferente que nos aparece”, conclui a enfermeira, que é casada e mãe de dois rapazes. E afirma: “É um desafio diário, mas também tem sido o que me tem feito viver ao longo destas duas décadas. Passamos aqui mais tempo do que com a nossa própria família. No fundo, acaba por ser o meu terceiro filho.”

Rita Videira, enfermeira de família:
“Do que eu mais gosto é do contacto com os utentes. Eles falam e eu também! E saem daqui bem-dispostos”

O verão de 2012 representa um verdadeiro marco no percurso profissional de Rita Videira. Há um antes e um depois! Com efeito, após ter permanecido um pouco mais de 20 anos no Hospital de São João, praticamente todo esse tempo dedicando-se ao tratamento das

(Continua na pág. 18)

MANUEL VIANA, MÉDICO DE FAMÍLIA:

“Espero que haja cada vez mais MF com a competência de Geriatria, para bem dos nossos utentes mais velhos”

Há vários anos que Manuel Viana, 67 anos, especialista em MGF com a competência de Geriatria da Ordem dos Médicos, tem vindo a insistir na “necessidade de se incluir no sistema de informação eletrónico SClínico, para além dos já existentes, um novo grupo considerado vulnerável ou de risco, o dos idosos frágeis, pois, o recente e progressivo envelhecimento da população a isso obriga”.

Em alternativa, acrescenta, “sugiro que em cada USF haja pelo menos um ou dois médicos de família com a competência de Geriatria, que poderiam ter uma carteira adicional de serviços, modalidade já prevista e fácil de implementar. E para fazer o quê? “Avaliaríamos os doentes frágeis, dependentes ou com multimorbilidades referenciados pelos restantes colegas, com os quais seria discutido o plano individual de cuidados, que resultaria da Avaliação Geriátrica Global.”

A Geriatria é a área de eleição de Manuel Viana, que, aliás, integra a atual Direção do respetivo Colégio de Competência. A esse propósito, destaca o facto de já ser agora possível realizar nos CSP a formação prática exigida para preencher os critérios de obtenção desse título, o que veio a acontecer, pela primeira vez no nosso país, precisamente na USF São João do Porto.

Durante todo o passado mês de setembro, o especialista, que é copresidente das Jornadas Multi-



disciplinares de MGF, acompanhou, como orientador de formação em Geriatria, a médica do 3.º ano do internato de MGF da USF Valongo Sofia Tavares Almeida. Posteriormente, já recebeu outra interna, Ana Rita Queirós, da USF Garcia de Orta, para um estágio prático de uma semana. E os pedidos sucedem-se...

“O meu desejo é que estes estágios práticos de Geriatria se estendam

a outras USF, sob a orientação de médicos de família com a competência de Geriatria, que espero sejam cada vez em maior número, para bem dos nossos utentes mais velhos”, afirma.

Natural do Porto, Manuel Viana terminou o curso de Medicina em 1982, tendo começado a exercer como médico de família no Centro de Saúde da Carvalhosa, em janeiro de 1986. Depois de ter sido, durante 8 anos, assistente de Bioquímica na FMUP, torna-se assistente convidado de Medicina Comunitária, uma das duas disciplinas do Departamento de Clínica Geral, dirigido por Alexandre de Sousa Pinto.

“Em 1999, o Prof. Sousa Pinto quis juntar os médicos de família que eram assistentes na Faculdade num centro de saúde escolar, com um projeto inovador de fazer clínica, ensino e investigação, e é assim que surge o CS S. João, no âmbito de um protocolo de acordo de cooperação entre a ARS Norte e a FMUP”, recorda, prosseguindo:

“Tinha como objetivos, entre outros, a prestação de cuidados a uma população de até 25.000 utentes e ser inovador em várias áreas, implementando e testando novos modelos de organização, de gestão e de financiamento. Promovendo uma articulação

“O CS S. João surge no âmbito de um protocolo de cooperação entre a ARS Norte e a FMUP.”

interinstitucional, os profissionais eram pagos por objetivos, para além de possuir sistemas de informação e monitorização de qualidade.”

Manuel Viana conta que eram também administradas aulas práticas aos alunos da FMUP que frequentavam as disciplinas do Departamento de Clínica Geral, que viria depois a ser dirigido por Alberto Pinto Hespanhol.

E esclarece: “Gozávamos de uma grande autonomia, o que nos permitiu, por exemplo, adquirir aparelhos de monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) e fazer vários trabalhos de investigação, com reconhecido mérito, na área da hipertensão arterial e do risco cardiovascular.”

(Continuação da pág. 17)

feridas cirúrgicas, já está há década e meia assumindo o papel de enfermeira de família na USF com o mesmo nome.

Vai celebrar-se no próximo dia 26 de maio o 60.º aniversário do seu nascimento, que aconteceu em Miranda do Douro porque o pai, alentejano como a mãe, foi trabalhar para a barragem existente no local, na sua qualidade de funcionário da atualmente designada EDP. A escola primária já foi feita na localidade de Carrapateiro, que dá o nome a mais uma barragem e que fica perto de Marco de Canaveses. Mas desde os 13 anos que a enfermeira vive no Porto porque, entretanto, o seu irmão,



Rita Videira

mais velho, iniciava a formação em Engenharia.

Rita Videira ainda pensou em ser professora primária, “como uma tia que admirava muito”, também passou um ano da sua vida no Ins-

Rita Videira: “A enfermagem cresceu, mas sem a preponderância que devia ter, não se fazendo sentir a importância que realmente possui.”

tituto Superior de Engenharia do Porto, “para fazer a vontade ao pai”, mas acabou por formar-se na atual Escola Superior de Enfermagem do Porto.

“Eu acho, claramente, que tenho perfil de enfermeira”, afirma,



embora manifeste a sua tristeza pelo facto de constatar, após estes anos todos de percurso profissional, que “a enfermagem cresceu, mas sem a preponderância que devia ter, não se fazendo sentir a importância que realmente possui no quotidiano das pessoas”.

E, no seu entender, “de há 30 anos para cá, terá sido muito provavelmente, pelo menos na área da Saúde, a profissão que mais progrediu. Nós temos, hoje em dia, cada vez mais colegas com doutoramento e um grande nível de formação, embora isso não se faça sentir em termos de reconhecimento social”.

Entre 1991 e 2012, Rita Videira somou 21 anos de permanência no Hospital de São João, quase todo esse tempo num dos quatro serviços de Cirurgia Geral que havia quando chegou à instituição. Afirma mesmo que



sempre achou que nunca abandonaria a carreira hospitalar e também foi por isso que resolveu especializar-se em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Isso e não só...

Com efeito, esteve muito ligada à criação da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, que aconte-

ceu no final de 1998 e de que é, aliás, a sócia n.º 10. Conscientes da “pouca visibilidade” que os profissionais de Enfermagem tinham na altura, foi por isso que o grupo que esteve na origem da APTFeridas resolveu convidar para presidir à mesma o cirurgião Aníbal Justiniano, do Serviço onde

Rita Videira trabalhava.

Com uma pós-graduação em Feridas e Variabilidade Tecidual, entretanto criada na Universidade Católica do Porto, a enfermeira integrou durante vários anos a Direção da Associação, tendo sido igualmente membro do *Ewma Council* e do *Ewma*

Journal Scientific Review Panel, da Associação Europeia de Tratamento de Feridas.

Por razões que não interessa escarpelizar, e em circunstâncias que a vida por vezes proporciona, num ápice, Rita Videira deixa para trás o Hospital de São João e inicia funções na USF São João do Porto, em julho de 2012. Assume então as funções de enfermeira de família, fazendo equipa com o coordenador, Abílio Malheiro, que entretanto se aposentou, tendo a médica de família Maria Inês Silva ficado com o seu ficheiro.

organizamos”, conta Ana Iva Santos.

Fruto do rejuvenescimento do corpo clínico que se tem verificado na USF São João do Porto, a médica tem consciência de que já é, neste momento, a 3.ª mais sénior: “O Dr. Manuel Viana reforma-se este ano e, portanto, vou ser rapidamente a 2.ª mais velha. E, depois, a curto prazo, serei a 1.ª, quando a Dr.ª Maria João Esteves se retirar...”

Entretanto, o seu primeiro internato, André Mações, faz agora o exame final, ficando Ana Iva Santos apenas como orientadora de formação de Catarina Pego, que está no 3.º ano do internato e também surge entrevistada nesta reportagem.

Resta acrescentar que, na sequência da pós-graduação que fez em Gestão da Qualidade em Saúde, em 2015, tem dado aulas de Melhoria Contínua da Qualidade a internos do 2.º ano da Coordenação do Internato de MGF da Zona Norte, para além de ser assistente convidada da FMUP.

Quando, em 2018, Paulo Pessanha a convidou para integrar a Comissão Organizadora das Jornadas Multidisciplinares de MGF, ficou logo “muito entusiasmada” com a ideia, embora estivesse longe de imaginar o êxito em que o evento acabou por se tornar.

com os utentes, como correu essa parte?

“Do que eu mais gosto é precisamente do contacto com os utentes. Eles falam e eu também! E saem daqui bem-dispostos. Eu acho muito engraçado porque, no fundo, eles ‘confessam-se’ aqui comigo, e eu até costumeiro dizer: ‘Olhe, agora vá ali à Dr.ª, que ela faz a prescrição!’ E acontece muitas vezes ela comentar depois: ‘Pronto, já sei que tenho a consulta resolvida!’”, conta, referindo que nos CSP se faz “muito trabalho de formiga!”. E exemplifica:

“Por vezes, tenho aqui no meu gabinete pessoas obesas a quem andamos há anos a transmitir as mesmas recomendações e acabo por lhes dizer: ‘Olhe, os meus conselhos são os mesmos de sempre. Agora, daquela porta para fora, é livre-arbítrio, a escolha é sua!’ Mas há sempre um ou outro utente que consegue, de facto, fazer mudanças na sua vida.”

Rita Videira, que é cuidadora da sua mãe, que tem 94 anos, confirma que o tratamento de feridas ocupa muito do tempo da enfermagem. E reconhece que, hoje em dia, “para além dos medicamentos, temos acesso a produtos que nos vão auxiliando nesta área, como pensos especiais, embora, infelizmente, sejam muito caros e não tenham comparticipação, tornando-se de muito difícil acesso, tendo em conta as reformas e os ordenados das pessoas”.

Maria Inês Silva, médica de família: “Fiquei com uma lista de utentes bastante cumpridores, com uma rotina muito bem definida”

Maria Inês Silva, 35 anos, natural de Baltar, no concelho de Paredes, ainda chegou mesmo a convencer-se de que iria gostar de Engenharia Biomédica, em alternativa a Medicina – que era uma ideia já antiga que tinha, ser médica! –, mas rapidamente percebeu, com o início das



“Demorei algum tempo a perceber como era a dinâmica aqui, porque não tinha nada a ver com a realidade do hospital”, recorda a enfermeira, a quem a componente informática originou mesmo algumas dores de cabeça. Então a relação

PAULO SANTOS, SECRETÁRIO CLÍNICO:

“Eu continuo a dizer que o Secretariado Clínico é um recurso subaproveitado”

Embora anteriormente tenha chegado a aproveitar as férias de verão, enquanto jovem estudante universitário, para ganhar algum dinheiro, dando apoio nas Consultas Externas do Hospital de São João, Paulo Santos trabalhou toda a vida no n.º 234 da Rua Dr. Miguel Bombarda. É este o local onde abriu portas o Centro de Saúde S. João, ali se mantendo a funcionar a estrutura que lhe sucedeu, a USF alvo desta reportagem.



Nunca se poderá saber qual teria sido o percurso profissional de Paulo Santos, 50 anos feitos a 30 de janeiro, se não tivesse decidido interromper, mais ou menos a meio, o curso de Direito em que estava inscrito na Universidade Católica do Porto. Ou se não tivesse aceite o desafio de embarcar no projeto batizado de “Tubo de Ensaio”, ligação que se iniciou em abril de 1999, tinha então 23 anos praticamente acabados de fazer.

Paulo Santos: “Dava-me muito prazer gerir a equipa e sentir que os resultados da nossa atuação tinham impacto na população.”

É com evidente nostalgia que recorda esses tempos iniciais e aqueles que se seguiram, destacando a autonomia com que o CS funcionava, nos mais variados aspetos, e que se estendia ao próprio setor administrativo, pelo qual Paulo Santos foi sempre o responsável:

“Nós tínhamos muita autonomia na forma como trabalhávamos, inclusive, por exemplo, para comprar computadores. É óbvio que eu tinha uma responsabilidade acrescida, mas dava-me muito prazer gerir a equipa e sentir que os resultados da nossa atuação tinham impacto

na população. Os inquéritos de que realizávamos não deixavam margem para dúvidas relativamente ao elevado grau de satisfação dos nossos utentes.”

Na sua opinião, o facto de a equipa do CS S. João ter sido “criada de raiz”, referindo-se a quem tinha contrato com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ou seja, os secretários clínicos e os elementos médicos, uma vez que os enfermeiros não eram fixos, terá sido um aspeto muito positivo. E exemplifica com o que se passava no seu setor:

“No nosso caso, nenhum de nós tinha grande experiência em saúde, o que contribuiu para que houvesse uma visão das coisas completamente desimpedida. Não havia ideias cristalizadas, mas sim um objetivo muito grande de fazer algo diferente, com um grande foco no utente.”

E prossegue: “Veja-se o caso da consulta aberta, cujo conceito foi implementado logo em 1999, pois, considerávamos que um doente em situação aguda tinha que ser atendido no próprio dia. Devo dizer que nós funcionámos sempre muito bem na parte administrativa como gestores das expectativas dos utentes. Foram anos muito prazerosos, da mesma forma que agora em USF também o têm sido, apesar de serem modelos de gestão completamente diferentes, uma vez que antes havia uma autonomia de 100%, ou perto disso.”

A questão do financiamento do projeto, que era assegurado pelo Ministério da Saúde, baseado na retribuição por capitação, acabou por ser o grande “calcanhar de Aquiles” do projeto, originando uma grande instabilidade logo numa fase inicial e mantendo-se sempre, com o passar do tempo, a incerteza quanto ao futuro, como explica Paulo Santos:

“Criava-se todos os anos entre nós uma ansiedade muito grande sobre se o acordo entre o Ministério da Saúde e a FMUP seria renovado ou não, pelo que os elementos médicos e do secretariado clínico, já com uma maturidade grande, decidimos que o mais acertado seria propor a transição para USF modelo B, o que veio a concretizar-se.”

Recuperando o percurso do nosso entrevistado, importa deixar registado que em 2002 haveria de regressar no Ensino Superior, acabando por ser licenciado em Psicologia Social, em 2006, a que somou, logo no ano seguinte, uma pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde. Abra-se aqui um parêntesis para informar que, curiosamente, o seu filho mais velho está prestes a terminar a licenciatura em Direito, o mesmo curso que a filha deverá iniciar já no próximo ano!

(Continua na pág. 20)

ANA IVA SANTOS, MÉDICA DE FAMÍLIA:

“Funcionávamos muito bem como ACeS, mas temos que aproveitar o que de melhor existe no modelo ULS”

Para além de fazer parte da equipa de adjuntos do diretor clínico do denominado Centro de Cuidados de Saúde Primários de Santo António, Rui Medon, Ana Iva Santos também coordena a Comissão Clínica e de Saúde daquela entidade. Trata-se de um modelo organizacional que o Conselho de Administração da ULS de Santo António, que aquele responsável integra como vogal executivo, achou por bem implementar e que, de certa forma, se inspira no modelo dos extintos Agrupamentos de Centros de Saúde.

Aliás, no caso da ULSSA, essa designação (e até o respetivo logótipo!) continua a ser usada, pois, a USF São João do Porto é apresentada como uma das unidades do ACeS Porto Ocidental, sendo que este e o ACeS Gondomar congregam toda a estrutura física dos CSP.

E, como Ana Iva Santos, faz questão de sublinhar, pretende-se que ambos os ACeS estejam equitativamente representados nesta Comissão Clínica e de Saúde conjunta, que tem oito elementos a contar consigo: dois médicos de família, outros dois de Saúde Pública, mais duas enfermeiras gestoras e ainda uma higienista oral (do Porto Ocidental) e uma assistente social (de Gondomar).

“A Direção Clínica quis manter algumas das coisas que funcionavam bem nos ACeS, sendo que uma das

grandes mais-valias eram precisamente os Conselhos Clínicos e de Saúde. A Comissão tem como missão promover a qualidade, a segurança e a integração dos cuidados de saúde, garantindo as decisões clínicas e organizacionais, centradas nas necessidades dos utentes e sustentadas na evidência clínica”, esclarece a sua coordenadora.

“Queremos garantir a continuidade na prestação dos cuidados e a referenciação adequada dos utentes.”

“Pretende-se promover uma cultura e práticas de governação clínica e de saúde, fomentando a articulação e a participação entre todas as nossas unidades funcionais e entre estas e os restantes serviços da ULSSA, garantindo a continuidade na prestação dos cuidados e a referenciação adequada dos utentes”, afirma Ana Iva Santos, salientando ainda:



“A missão e os valores que orientam as suas práticas são fundamentais para a criação de contextos e de oportunidades de melhoria contínua, sempre com o foco no benefício dos utentes, das famílias e da comunidade em geral. Através de uma abordagem integrada e colaborativa, o objetivo é garantir serviços de saúde de elevada qualidade, acessíveis e eficientes.”

Com uma reunião mensal, geralmente *online*, “por uma questão de facilidade”, a Comissão Clínica e de Saúde organiza duas reuniões anuais presenciais, cujo número de profissionais mobilizados pode atingir quase a centena e meia, obrigando

a recorrer ao auditório do Hospital Magalhães Lemos, no Porto, ou ao Multiusos de Gondomar para a sua realização.

A propósito da criação da ULS de Santo António, Ana Iva Santos não hesita em considerar que, “embora tenha representado uma mudança muito grande, gradualmente, vai-se conseguindo que haja uma cada vez maior integração de cuidados”. E ainda: “Eu acho que nós funcionávamos muito bem como ACeS. No entanto, a partir do momento em que nos constituímos como ULS, temos é que aproveitar o que de melhor existe neste modelo.”

“Tu tens cara de médica!”

Apesar do tempo que a coordenação da Comissão Clínica e de Saúde da ULSSA lhe toma – a maior parte “tempo pessoal”, frisa –, a semana de Ana Iva Santos, 42 anos, é claramente dominada pela profissão que decidiu vir a ter depois de, no 9.º ano de escolaridade, o professor de Moral lhe ter dito, pelos vistos com grande convicção: “Tu tens cara de médica!”

Quando iniciou o curso de Medicina, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, ainda “estava dividida entre MGF e Psiquiatria”, mas essa dúvida haveria de desaparecer. O internato de formação geral

“Vou ser rapidamente a 2.ª mais velha nesta USF. E, depois, a curto prazo, serei a 1.ª!”



(Continuação da pág. 19)

De referir que Paulo Santos haveria de aplicar o conhecimento adquirido na área da Psicologia Social principalmente no âmbito do Gabinete do Utente, que, aliás, até estava sob a sua responsabilidade nos tempos do CS S. João. “Eu vejo sempre a reclamação como uma oportunidade de melhoria. Muitas vezes, quando não há comunicação, o utente sente-se, obviamente, perdido, acabando por exteriorizar esse desconforto através de uma reclamação”, considera.

“Eu vejo sempre a reclamação como uma oportunidade de melhoria”, diz Paulo Santos.

Atual vice-presidente da Assembleia-Geral da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar, Paulo Santos integrou a Direção Nacional da USF-AN durante dois mandatos (entre 2015 e 2021), primeiro como secretário e depois como vice-presidente. “O meu objetivo foi sempre tentar fazer ver à tutela a mais-valia que representa o secretariado clínico”, sublinha.

“Eu continuo a dizer que é um recurso subaproveitado, porque temos gente com muito valor, independentemente de quais sejam as habilitações literárias, cujas competências podiam ser aproveitadas e não são. O nosso objetivo é termos um mapa formativo, em várias dimensões e campos do saber, que sirva transversalmente todos os colegas”, afirma Paulo Santos, concluindo:

“É fundamental numa equipa haver bons profissionais em todas as áreas e se nós não tivermos excelentes secretários clínicos, se não lhes proporcionarmos as oportunidades para evoluírem e aportarem mais valor ao trabalho que desenvolvem mais difícil fica para toda a gente.”

Nelson Magalhães, secretário clínico: “Como se costuma dizer, a manta é a mesma, para cobrirmos os pés, destapa-se a cabeça!”

Tal como o seu colega Paulo Santos, Nelson Magalhães, 46 anos, também integra os Órgãos Sociais da USF-AN. E, desde 2021, um dos vice-presidentes da Associação, estando a cumprir um segundo mandato, sob a presidência do médico de família André Biscaia. Lembra-se perfeitamente que chegou à USF São João do Porto no Dia de Santo António, a 13 de junho de 2011.

Nascido e criado no Porto, ainda começou por estudar Gestão e Engenharia Industrial em Bragança, mas diz que não se adaptou. O primeiro trabalho que teve na área da Saúde, em 2004, foi na extensão do Carvalhido do CS de Aldoar, que considera ter sido “uma excelente escola para os CSP” e com uma dimensão nada pequena, “com 13 a 14 médicos e servindo cerca de 25.000 utentes”.

A precaridade dos contratos de 3 meses ainda o fez ir exercer funções, durante uns tempos, no CS de Vila do Conde, primeiro na Unidade de Saúde Pública e depois no secretariado da Direção. Haveria de regressar à extensão do Carvalhido, onde



ficou mais uns 2 anos, antes de, em 2009, aceitar o convite para fazer parte da equipa da USF Nova Era, localizada no concelho de Paredes, onde permaneceu até se apresentar na USF São João do Porto uma dúzia de dias depois da data oficial da sua criação, 1 de junho de 2011.

“Já tinha vivido a experiência da transição de um centro de saúde tradicional para o modelo USF, na Nova Era, e ainda vim apanhar também aqui essa mudança, que não se faz da noite para o dia”, recorda, destacando, por exemplo, toda a alteração a que foi necessário proceder ao nível informático.

“Conseguimos, com uma certa facilidade, atrair profissionais para virem trabalhar connosco”, reconhece Nelson Magalhães.

Confirma que, ao contrário do que sucede, de forma mais acentuada, noutras zonas do país, como na região de Lisboa e Vale do Tejo, no Alentejo e no Algarve, “pelo menos nós aqui, nesta USF, não sofremos com o problema da falta de recursos humanos, nomeadamente em termos de secretariado clínico. Quando há saídas da equipa, conseguimos, com uma certa facilidade, atrair profissionais para virem trabalhar connosco”.

No entanto, Nelson Magalhães chama a atenção para os mais de 300 secretários clínicos em falta nas USF a nível nacional: “As ULS vão ter necessariamente de abrir concursos para contratar mais secretários clínicos, porque há muitos colegas a atingir a idade da reforma. Por outro lado, devido à enorme heterogeneidade que caracteriza o secretariado clínico, há sempre saídas de quem procura, como se compreende, dedicarse à sua área de formação, até porque há bastantes licenciados a trabalhar em USF.”

O nosso entrevistado esclarece que o último elemento convidado para fazer parte do secretariado até veio de uma estrutura que foi extinta, a ARS do Norte. Mas, regra geral, “o que acontece é que, como se costuma dizer, a manta é a mesma, para cobrirmos os pés, destapa-se a cabeça”, isto é, “se alguém tem interesse em vir trabalhar connosco, por exemplo, por gostar do nosso projeto, vai deixar, no local onde estava antes, um lugar em aberto, que tem que ser preenchido”.

(Continuação da pág. 19)

achando, na altura, que viria a ser pediatra.

Os contactos que entretanto teve com a MGF ajudaram-na a sentir-se atraída pelos CSP e até “a perceber que era uma especialidade em mudança e que se podiam fazer coisas incríveis”. Nem os estágios opcionais que durante o Ano Comum fez em Otorrino e Anestesiologia, no Hospital Padre Américo, em Penafiel, a demoveram.

“O facto é que a MGF foi, durante muito tempo, o parente pobre da Medicina, mas as coisas mudaram e até o meu médico de família me ajudou a ver a importância que esta especialidade pode mesmo ter na vida das pessoas”, refere, acabando por fazer uma escolha criteriosa da USF onde queria fazer a sua formação.



Maria Inês Silva

Maria Inês Silva: “O meu orientador de internato teve uma grande influência na forma como eu procuro estar próxima dos utentes.”



E é assim que Maria Inês Silva chega, em 2017, à USF São João do Porto e conhece o seu orientador de internato, Manuel Viana. “Uma pessoa extraordinária, que me ensinou muito e que teve uma grande influência na forma como eu sou atualmente médica de família, procurando estar próxima dos utentes”, sublinha.

É fácil entender como, um ano depois, o seu nome surge associado às primeiras Jornadas Multidisciplinares de MGF, como elemento da



Comissão Organizadora. A mesma influência não terá tido Manuel Viana em conquistar a sua internata para a área que domina, a Geriatria.

Aliás, Maria Inês Silva admite que não tem uma área preferencial, apesar de gostar bastante da saúde infantil, do planeamento familiar e da saúde materna. No entanto, dá-se a circunstância de a sua lista de utentes ser caracterizada por ter essencialmente pessoas mais idosas.

Quando terminou o internato, escolheu em concurso a USF Citânia, em Paços de Ferreira, onde esteve durante um ano, regressando então à USF São João do Porto no verão de 2021, para tomar conta da lista do ex-coordenador, Abílio Malheiro, que acabara de se aposentar.

“Há um desafio nesta lista que é ter alguns utentes de longe, que preferem manter-se inscritos aqui. Tal como há outras pessoas que já habitaram no Porto, mas que, entretanto, regressaram às suas aldeias,

mas que continuam a vir cá às consultas”. Contudo, acrescenta de imediato:

“No geral, são utentes bastante cumpridores. Tinham uma rotina muito bem definida com o Dr. Abílio e que eu tento manter. Particularmente nos grupos de risco, noto que valorizam muito a previsibilidade e organização, portanto tento que saiam sempre da consulta com marcação subsequente, medicação crónica e os exames complementares necessários.”



“Mas são genericamente pessoas bem controladas e com noção de como é relevante para a sua saúde a prática de exercício físico e o ter cuidado com a alimentação. Aliás, a Enf.ª Rita Videira, com quem considero ter uma ótima articulação, faz, nesse aspeto, um trabalho excelente, pois, eu noto que quando vêm da consulta de enfermagem já abordaram a questão da prevenção”, afirma, sublinhando:

“É, de facto, uma lista envelhecida, mas, ainda assim, com muito poucos utentes dependentes, com alguns bastante ativos, que gostam de viajar, praticam exercício e participam em iniciativas da comunidade.”

Catarina Pego, interna do 3.º ano de MGF: “O momento mais marcante foi quando vi um bebé cuja gravidez da mãe eu já tinha seguido”

Apesar de não ter sido uma escolha sua, Catarina Pego, 28 anos, reconhece que gostou muito de



ter frequentado a Faculdade de Ciências Médicas, o que a obrigou a deixar a sua cidade natal, o Porto, para viver durante esse período em Lisboa. Considerando ser “uma escola muito interessante e diferente das outras”, destaca o facto de os alunos “rodarem por uma série de hospitais, com ambientes profissionais distintos, o que é muito interessante em termos, por exemplo, de ganhar capacidade de adaptação a várias realidades. Gostei e recomendo!”, afirma.

Em 2023, ainda se deslocou mais para sul no país, para ir fazer o internato do Ano Comum em Portimão. Partiu à procura de um hospital periférico, convencida de que “quem não passa por essa experiência não tem mesmo noção das dificuldades que se sentem numa instituição de menor dimensão”.

Catarina Pego tinha apenas a certeza de que haveria de optar por uma especialidade médica, mantendo-se quase até ao fim indecisa entre MGF e Medicina Interna. Isto porque a passagem pela MI da Unidade de Portimão do então CH e Universitário do Algarve deixou marcas, ao conhecer o internista Nuno Bernardino Vie-

Catarina Pego: “Uma pessoa começa a sentir quão gratificante realmente é o papel que nós temos na comunidade.”

seguido toda. E, de repente, pensei, meu Deus, eu nunca faria isto em MI. Nunca viveria a magia deste momento!”

“E foi marcante porque uma pessoa começa a sentir quão gratificante realmente é o papel que nós temos na comunidade”, acrescenta.

Catarina Pego escolheu criteriosamente a USF São João do Porto, com base em toda a informação que recolheu sobre a Unidade, nomeadamente no que respeitante ao seu histórico em termos de formação de internos. Tem como orientadora a médica de família Ana Iva Santos, mostrando-se muito satisfeita e garantindo que “a colaboração com o orientador faz toda a diferença”.

Questionada sobre se tem um interesse especial por alguma área, revela que acabou por decidir fazer uma pós-graduação em Geriatria, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que termina agora em julho. Não tem qualquer dúvida de que vai poder aplicar os conhecimentos adquiridos na sua atividade clínica diária, desde logo devido ao peso que a população geriátrica tem nos CSP.

Como não podia deixar de ser, a sua participação nas Jornadas Multidisciplinares de MGF aconteceu logo após ter chegado à USF São João do Porto, ou seja, na edição de março de 2024. No ano seguinte haveria de assistir *online* às sessões, uma vez que o evento coincidiu com um estágio que estava a fazer. Aliás, as Jornadas deste ano também coincidem com um estágio, que estará nessa altura a cumprir no Hospital de Magalhães Lemos.

Nome: A USF São João do Porto manteve o nome do Centro de Saúde que esteve na sua origem. Contudo, quando iniciou atividade, em 2011, já havia pelo menos outras três unidades chamadas São João, pelo que se adicionou o nome da cidade onde se situa, o Porto.

Logótipo: Pretende significar que a USF São João do Porto é uma casa de prestação de serviços de saúde.



FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (DEZEMBRO DE 2025)

Utentes: 16.177 (21.465 UP)
Idosos (≥ 65 anos): 3907 (Índice de dependência: 37,41%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1827 (Índice de dependência: 17,49%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 4275

ATIVIDADE (2025)

Consultas médicas
Contactos diretos: 35.785
Contactos indiretos: 28.925

Enfermagem
Contactos diretos: 21.740
Contactos indiretos: 2551

PROFISSIONAIS (FEVEREIRO DE 2026)

Médicos: 9
Enfermeiras: 9
Secretários clínicos: 7
Internos: 3

EURICO SILVA, MÉDICO DE FAMÍLIA NA USF JOÃO SEMANA E VOGAL DA COMISSÃO COORDENADORA DO GRUPO DE ESTUDOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DA APMGF:

“Acabei por entrar no GRESP numa fase de formação interna, em que se promoviam muitas sessões para formar formadores”

HÁ 20 ANOS MUITO DEDICADO À FORMAÇÃO, ESPECIALMENTE NA ÁREA DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, POIS, JÁ LEVA MAIS DE DÉCADA E MEIA DE LIGAÇÃO ESTREITA AO GRESP-APMGF, EURICO SILVA É, DESDE 2022, ASSISTENTE GRADUADO DE MGF. MÉDICO DE FAMÍLIA NA USF JOÃO SEMANA, EM OVAR, COMEÇOU A TER RESPONSABILIDADES AO NÍVEL DO INTERNATO MÉDICO EM 2023. E, SE NÃO SABIA, FICA AGORA A SABER QUE TAMBÉM POSSUI UMA LICENCIATURA EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, TENDO MESMO CHEGADO A TRABALHAR EM DUAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO INÍCIO DA SUA VIDA PROFISSIONAL. DEVE-SE AINDA ACRESCENTAR QUE INTEGRA O GRUPO DE FORMADORES FIXOS DO ALLERGY & RESPIRATORY SUMMIT, UM PROJETO EDUCACIONAL DIFERENCIADOR QUE JÁ VAI, COMO SE SABE, NA SUA 3.ª EDIÇÃO.



Eurico Silva é licenciado em Ciências Farmacêuticas, especialista em Medicina Geral e Familiar e ainda... bandolinista

A ligação de Eurico Silva à formação, algo que tanto o atrai, começou por volta de 2006, ou seja, há duas décadas. Tinha-se licenciado em Ciências Farmacêuticas uns 3 anos antes e já havia iniciado o curso de Medicina quando lhe propuseram dar formação a farmacêuticos e técnicos de farmácia, no âmbito de uma série de cursos sobre administração de injetáveis realizados em vários locais do país. Como, entretanto, já tinha trabalhado em ambiente de farmácia – e, reconhece, “sempre gostei de ensinar, ou melhor, de partilhar”, sentiu-se à vontade para cumprir com essa tarefa.

Foi depois de ter dado um curso sobre doenças respiratórias, ainda para técnicos de farmácia – era então interno do 2.º ano de MGF –, que resolveu propor a realização de um *workshop* sobre técnica inalatória num Congresso Nacional da APMGF. “Eu pensava que iria ter umas 20 pessoas a assistir e, a certa altura, a sala encheu-se com 140 médicos a ouvir aquilo que se transformou quase numa palestra!”, recorda.

Foi nessa altura que dois elementos do Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF, Ana Margarida Cruz e Alexandra Pina, se aproximaram de Eurico Silva e lhe disseram que tinha de conhecer Jaime Correia de Sousa, então coordenador do GRESP.

“Foi aí que verdadeiramente tudo começou, porque acabei por entrar no GRESP numa fase de formação interna, em que se promoviam muitas sessões para formar formadores. Foi um grande empurrão para se criar ali um grupo coeso que ainda se mantém”, sublinha.

Ainda durante o internato, envolveu-se em muitas outras áreas para além da respiratória, fazendo formação, por exemplo, sobre terapêutica injetável na diabetes. “Eu sabia bem as dificuldades que tinha tido quando comecei a trabalhar numa farmácia. Aliás, tinha acabado o curso sem nunca termos falado em inaladores. Aprendemos a fazer desde injetáveis a comprimidos, cremes e supositórios, mas nunca mexemos em inaladores ou insulinas”, comenta.

“Lidar com inaladores implica uma aprendizagem que, acima de tudo, exige manuseio, exige capacidade de identificação do erro e saber ensinar”

Em todo o caso, Eurico Silva deixa claro que “lidar com inaladores implica uma aprendizagem que, acima de tudo, exige manuseio, exige capacidade de identificação do erro e saber ensinar”. No seu entender, “entramos em níveis de aprendizagem que não é viável conseguir atingir na faculdade ou numa simples palestra”.

“Para uma correta utilização do inalador por parte do doente é necessária a intervenção de todos os profissionais de saúde envolvidos, não pode ser apenas o médico, ou o enfermeiro ou o farmacêutico. E todos têm que ter a mesma base de conhecimento e saber ensinar de igual forma, com as mesmas técnicas e uma revisão constante, que é o que tende a acontecer igualmente com a administração de insulina e outros análogos”, considera o nosso entrevistado, frisando:

“São medicamentos que, de facto, exigem alguma aprendizagem técnica. Há muitos estudos a mostrar que nos últimos 40 anos os inaladores ficaram mais simples, contudo, a taxa de erros continua elevada. Quando promovemos um *workshop* sobre inaladores é preciso que os profissionais que estejam presentes tenham depois a coragem de dar o salto, que consiste em começar a ensinar, a mexer e a corrigir. E é este aspeto que torna tudo mais difícil.”

Eurico Silva diz que houve uma

“Há muitos estudos a mostrar que nos últimos 40 anos os inaladores ficaram mais simples, contudo, a taxa de erros continua elevada.”

que são propositadamente cometidos erros na utilização dos inaladores, sendo os formandos convidados a identificá-los. Mas, prossegue, “falta ainda uma outra componente que é difícil de fazer num *workshop*, que é como ensinar o doente a usar corretamente o inalador. Agora, propomos que um formando simule o ensino a outro para treinar essa competência”.

Eurico Silva até já foi convidado para fazer formação a internistas e a pediatras, estando mesmo convencido de que “qualquer médico que trabalhe com inaladores pode ser um especialista na matéria”. Os enfermeiros talvez constituam o grupo profissional com que mais contactou: “Procuramos ter enfermeiros capacitados em doenças respiratórias, que saibam, com as componentes básicas, distinguir a DPOC e a asma, perceber a diferença entre um inalador de alívio e um inalador de manutenção, ou, por exemplo, aplicar e interpretar um questionário de controlo de asma ou DPOC.”

Foi então que passou a incluir nas ações de formação vídeos em

que são propositadamente cometidos erros na utilização dos inaladores, sendo os formandos convidados a identificá-los. Mas, prossegue, “falta ainda uma outra componente que é difícil de fazer num *workshop*, que é como ensinar o doente a usar corretamente o inalador. Agora, propomos que um formando simule o ensino a outro para treinar essa competência”.

Eurico Silva até já foi convidado para fazer formação a internistas e a pediatras, estando mesmo convencido de que “qualquer médico que trabalhe com inaladores pode ser um especialista na matéria”. Os enfermeiros talvez constituam o grupo profissional com que mais contactou: “Procuramos ter enfermeiros capacitados em doenças respiratórias, que saibam, com as componentes básicas, distinguir a DPOC e a asma, perceber a diferença entre um inalador de alívio e um inalador de manutenção, ou, por exemplo, aplicar e interpretar um questionário de controlo de asma ou DPOC.”

Foi então que passou a incluir nas ações de formação vídeos em

EURICO SILVA:

“Foi uma boa bofetada, porque pensava mesmo que entrava!”

Eurico Alves Rodrigues da Silva tem 46 anos e é natural de Esmoriz, onde viveu até se mudar para o Porto, em 1997, para estudar Ciências Farmacêuticas na FFUP porque, contra todas as suas expectativas, não entrou na sua 1.ª opção: Medicina. Inesperadamente, a média de acesso ao curso que lhe interessava “subiu um valor e tal”, inviabilizando a sua admissão na FMUP.

“Foi uma boa bofetada, porque pensava mesmo que entrava!”, confessa. Estava tão seguro de que isso ia acontecer que, recorda, “até já tinha contrato para ir tocar bandolim na Tuna da Faculdade de Medicina do Porto”. Afinal, acabou por ser bandolinista na Tuna de Farmácia.

Para além de se ter dedicado à investigação no Departamento de Farmacologia da Faculdade, também integrou a Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia, tornando-se coordenador nacional do Departamento de Ensino e Formação! Antes de terminar o curso, em 2003, ainda foi fazer um estágio a Barcelona. No final do ano já estava na Madeira, a trabalhar numa farmácia de um amigo, onde ficaria 9 meses.

“Gostei de lá estar, mas continuava com aquela ideia da Medicina e voltei a fazer os exames nacionais”,

diz. Acabou por entrar em Lisboa, na Faculdade de Ciências Médicas, concluindo os primeiros três anos num só, com a ajuda das equivalências obtidas com o curso de Ciências Farmacêuticas. Trabalhava dois fins-de-semana por mês numa farmácia em Rio Meão, bem como nos períodos de férias.

“Houve um médico mais novo que chegou para fazer o internato, o Tiago Maricoto, com quem fiz uma dupla espetacular.”

Em 2009 fez o internato do Ano Comum na que é hoje a ULS de Entre Douro e Vouga e já tinha então um filho, hoje com 18 anos, que ganharia uma irmã há 14 anos. Entretanto, a decisão de optar por Medicina Geral e Familiar já fora tomada antes do curso terminar, seguindo-se os 4 anos de formação na UCSP Aveiro,

“com uma orientadora impecável”, Maria José Girão.

“Foi sempre uma orientadora muito presente, mas, ao mesmo tempo, capaz de nos deixar fazer o que pretendíamos. Estive envolvido num programa de literacia em saúde para diabéticos, dediquei-me também às formações que fui fazendo na Unidade e concorri a alguns projetos. E depois houve um médico mais novo que chegou para fazer o internato, o Tiago Maricoto, com quem fiz uma dupla espetacular em muitos trabalhos. E, no entanto, era uma Unidade pequena, com uma única orientadora de formação”, conta.

Que fique registado o facto de Eurico Silva ter terminado o internato obtendo a 2.ª melhor nota a nível nacional no exame final: 19,7. Pouco tempo depois, nesse ano de 2014, ingressava na USF João Semana, em Ovar, onde ainda se mantém.

Muita coisa aconteceu durante estes mais de 11 anos, incluindo o facto de ter havido muitos períodos de carência de profissionais, mas há dois apontamentos que vale a pena anotar, um dos quais o facto de Eurico Silva ser atualmente o médico mais velho da sua USF. Outro, bem mais importante, prende-se com a circunstância de a enfermeira de família com quem

faz equipa ser a mesma desde 2014: Sónia Almeida. A lista de utentes é a que ela já tinha.

Entretanto, como seria de esperar, Eurico Silva soube cativá-la para a área das doenças respiratórias, não admirando que surja também envolvida em ações de formação especialmente dirigidas a enfermeiros e que seja presença regular nas Jornadas anuais do GRESP.

Mudando de assunto, para além de assinar regularmente artigos sobre temas de saúde num jornal de Ovar, o médico é o criador do bandopipo, <https://obesmoriz.wordpress.com/bandopipo/>, “um cordofone com afinação igual a uma bandola, com um timbre muito próprio, boa projeção de som por dois orifícios no corpo do pipo e que ainda consegue conter mais de 2 litros de líquido no interior”. Resumindo, “o bandopipo é o resultado da fusão da tanoaria de Esmoriz com um bandolim, ideia que se concretizou em 2024, constituindo uma verdadeira homenagem às pessoas e ao ofício”.

A este respeito, convém dizer que Eurico Silva presidiu, durante 14 anos, à Direção do Grupo de Bandolins de Esmoriz, a que continua ligado, o que o obriga a não faltar aos ensaios, como bandolinista que é.

A PROPÓSITO DO ALLERGY & RESPIRATORY SUMMIT:

“Há uma cumplicidade muito grande entre os formadores”

Eurico Silva integra a equipa fixa de formadores do Allergy & Respiratory Summit, juntamente com os especialistas em MGF Jaime Correia de Sousa e Cláudia Vicente e a imunoalergologista Helena Pité. É claro que os próprios presidentes do evento, Mário Morais de Almeida (imunoalergologista) e Rui Costa (MGF), participam eles próprios neste projeto educacional que tiveram a iniciativa de lançar em 2024.

Não hesita, aliás, em elogiar a “enorme visão” que ambos tiveram na organização de “um conceito diferente de congresso, com uma sala única, onde não há apresentação de trabalhos, em que é possível participar presencialmente ou *online* e, acima de tudo, com uma cumplicidade muito grande entre os formadores”.

Ora, essa ligação que refere “permite que possamos fazer as nossas comunicações sabendo o que cada um vai transmitir e garantindo a

qualidade das mesmas”. Considera mesmo que o A&R Summit “é uma aposta vencedora, com uma visível satisfação de quem participa, cujo número, aliás, tem vindo a aumentar desde a primeira edição”.

Eurico Silva diz que “quem se inscreve no evento é porque quer, de facto, atualizar-se relativamente às áreas que são abordadas. E daí que tenhamos profissionais de segmentos de idade diferentes a assistir, incluindo colegas mais velhos”.

em inaladores. O concelho de Ovar ainda vai ser a zona do país com melhor uso dos inaladores!”

Se há projeto que entusiasma sobremaneira Eurico Silva é o programa formativo “5 doentes em 3 passos – capacitar o IFE na gestão da asma e da DPOC” por si idealizado e que está disponível em www.3passos.pt/IFE.

“5 doentes em 3 passos” – o programa formativo que entusiasma Eurico Silva.

A metodologia seguida, explica, “é aprender a partir da consulta, com uma análise posterior que permita avaliar o que fiz bem, o que podia ter feito melhor, o que aprendi”. Para além disso, “há um pormenor muito importante que é a necessidade da reavaliação, garantir que o doente seja novamente visto pelo mesmo médico para este perceber qual o impacto da sua intervenção”.

Asma 360º: uma abordagem pró-ativa, da sinergia à prevenção global



Helena Pité
Imunoalergologista. Coord. de Imunoalergologia, Hospital CUF Tejo. Responsável pelo Lab. de Fisiopatologia Respiratória. Docente afiliada, NOVA Medical School, UNL

Asma é uma doença complexa, heterogênea e variável, características que exigem uma gestão dinâmica na prática clínica diária.

O sucesso terapêutico passa, por isso, por uma atitude proativa que antecipe o risco e adote uma visão integrada, centrada na pessoa.

O pilar farmacológico: otimizar com sinergia

O tratamento da asma alicerça-se na terapêutica inalada, sendo os corticosteroides inalados (ICS) a indiscutível primeira linha de tratamento em todas as faixas etárias. Para muitas pessoas com asma, a associação de um ICS a um broncodilatador beta2-agonista de longa ação (LABA) permite reduzir agudizações, melhorar a função pulmonar e garantir o controlo, habitualmente com doses baixas ou médias de ICS. Contudo, a escalada contínua do ICS para doses altas oferece habitualmente um benefício clínico marginal e aumenta o risco de efeitos adversos.

Assim, a estratégia recomendada

para a asma não controlada, nomeadamente com agudizações ou alterações funcionais respiratórias persistentes apesar de dose média de ICS/LABA, passa pela adição proativa de uma terceira classe de fármacos: os antagonistas muscarínicos de longa ação (LAMA). Ao beneficiar de mecanismos de ação sinérgicos, a terapêutica tripla (ICS+LABA+LAMA) traduz-se numa melhoria da função respiratória e numa redução significativa das agudizações.

Para potenciar estes resultados, a simplicidade é o melhor aliado: a utilização de esquemas posológicos simples, num dispositivo único, favorece a adesão ao tratamento e facilita o uso correto da terapêutica. A escolha personalizada do inalador e o ensino e revisão continuados da técnica inalatória são passos essenciais na consulta de reavaliação para atingir os melhores resultados.

Mas, para além dos fármacos: uma visão 360º

O controlo farmacológico é essencial, mas ganha outra dimensão quando integrado numa visão global. Uma gestão de sucesso centra-se na pessoa como um todo, promovendo um estilo de vida saudável e o contro-

O controlo farmacológico é essencial, mas ganha outra dimensão quando integrado numa visão global.

lo rigoroso de comorbilidades como a rinite alérgica, a rinossinusite, a obesidade ou a doença de refluxo gastroesofágico.

No controlo ambiental, a evicção de aeroalergénios e irritantes mantém-se prioritária, com destaque absoluto para a cessação tabágica. O tabagismo influencia a progressão da asma e tem um impacto muito negativo no prognóstico da doença. Deixar de fumar não só reduz riscos, como os cardiovasculares e neoplásicos, como diminui o stress oxidativo nas vias aéreas e melhora a resposta aos tratamentos inalados. A intervenção breve deve ser sistemática em todas as oportunidades e o sucesso da cessação aumenta significativamente com o recurso a terapêutica farmacológica de apoio, existindo medicamentos comparticipados para esse fim.

Urticária e outras comichões



Joel Lopes dos Reis
Especialista em Dermatologia e Venereologia, ULS de Matosinhos e Hospital Lusíadas Porto

A comichão, como se designa coloquialmente, ou prurido, é um dos sintomas mais frequentes quando falamos de patologia cutânea. Pode parecer apenas um incómodo passageiro, mas a verdade é que é um dos fatores que mais interfere na qualidade de vida dos doentes. O prurido pode ser o primeiro sinal de doenças cutâneas relevantes ou, nalguns casos, de doenças sistémicas.

O objetivo da sessão “Urticária e outras comichões” é abordar de uma forma eminentemente pragmática as causas mais comuns do quotidiano da atividade clínica, nas quais se incluem a urticária, a dermatite atópica, a xerose senil e o prurido no idoso, e ainda o prurigo nodular, bem como os seus diagnósticos diferenciais – condições distintas, mas que partilham um impacto profundo na qualidade de vida.

A urticária aguda surge de forma súbita, com pápulas vermelhas e pruriginosas que duram minutos a horas e desaparecem sem deixar marca. É frequentemente desencadeada por infeções, mas também pode surgir por reação a medicamentos ou alimentos. Embora, na maioria das vezes, seja autolimitada, é importante uma avaliação adequada para excluir causas graves, orientar o tratamento e evitar exames desnecessários que apenas aumentam a ansiedade.

Já a urticária crónica, que persiste por mais de seis semanas, representa

um desafio maior. Muitas vezes não tem causa identificável, o que leva os doentes a longas buscas por alergias que muito raramente explicam o quadro. Uma abordagem estruturada – que inclui história clínica detalhada, identificação de possíveis gatilhos e terapêutica adequada – é essencial para devolver controlo e qualidade de vida ao doente. Para ambos os tipos de urticária, os anti-histamínicos orais de 2.ª geração são o tratamento de controlo sintomático de 1.ª linha em todas as idades.

Outras doenças que causam prurido também merecem destaque. A dermatite atópica, comum na infância, mas igualmente presente em adultos, combina inflamação, pele seca e crises de prurido intenso. O ciclo vicioso de “prurido-coçar” agrava a doença e aumenta o risco de infeções. O tratamento passa por hidratação diária, cuidados específicos e, quando necessário, terapêutica médica que controla a inflamação e reduz as crises. O tratamento é desa-

A urticária aguda surge de forma súbita, com pápulas vermelhas e pruriginosas que duram minutos a horas e desaparecem sem deixar marca.

fiant, mas hoje existem opções eficazes que podem transformar a vida dos doentes, algo que não acontecia há uma década.

No idoso, o prurido é extremamente frequente. A xerose senil, resultado natural do envelhecimento cutâneo, leva a que a pele se torne extremamente seca, descamativa e

desconfortável. É uma das principais razões de prurido nesta faixa etária e pode ser significativamente melhorada com rotinas adequadas de hidratação, banhos mais curtos e produtos adaptados à fragilidade da pele envelhecida.

O prurido no idoso pode ainda ser um sinal de doenças sistémicas, efeitos de medicamentos ou neuropatias. Por isso, não deve ser desvalorizado. Uma avaliação médica cuidada permite distinguir o que é apenas pele seca do que pode ser um alerta para algo mais profundo, garantindo diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Por fim, serão abordadas outras patologias, como o prurigo nodular ou causas sistémicas de prurido.

Em todas estas situações, a mensagem que se pretende transmitir é que o prurido é um sintoma que merece atenção. Uma abordagem médica adequada permite identificar causas, aliviar, controlar os sintomas e prevenir complicações.

Alergia a fármacos



Ana Margarida Pereira
RISE-Health, MEDIDS - Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde, FMUP. Serviço de Imunoalergologia do Hospital e Instituto CUF-Porto

As suspeitas de alergia a fármacos são muito comuns, sendo reportadas por cerca de 7 a 10% da população em geral. Este

elevado número de suspeitas torna a alergia a medicamentos um desafio quase diário na prática clínica!

“Desrotular” para tornar a prática clínica mais segura

Existe um desfazamento crítico entre a proporção de pessoas que pensam ser alérgicas a fármacos e as que têm esse diagnóstico confirmado por um estudo alergológico adequado. Este hiato resulta num sobrediagnóstico de alergia a medicamentos, que acarreta custos elevados, ansiedade para o doente e limitações terapêuticas desnecessárias.

O caso das penicilinas é paradigmático. Está demonstrado que menos de 10% das pessoas rotuladas como alérgicas têm efetivamente uma alergia a esta classe de fármacos. Vários estudos têm mostrado claramente que a manutenção deste rótulo tem graves consequências na saúde individual, mas também na saúde pública.

A existência de um rótulo de alergia às penicilinas condiciona piores resultados clínicos, associados à utilização de antibióticos de segunda linha, habitualmente menos eficazes, com maior risco de efeitos adversos, e que contribuem para um aumento da prevalência de infeção por microrganismos multirresistentes. Adicionalmente, está bem descrito um aumento do uso de serviços de saúde, com internamentos mais prolongados e maior risco de readmissão hospitalar.

Este impacto profundo na saúde levou a várias iniciativas internacionais focadas na implementação de estratégias de “desrotulagem” efetiva para doentes com suspeita de alergia às penicilinas, incluindo através do uso de regras de apoio à decisão clínica (por exemplo, o PEN-FAST) que apoiam a identificação correta dos doentes com muito baixo risco de reação.

Quando referenciar?

Idealmente, todos os doentes com suspeita válida de alergia a pelo menos um medicamento potencialmente necessário deveriam ser referenciados para consulta de Imunoalergologia para eventual estudo e indicações personalizadas sobre a necessidade de evicção e potenciais alternativas. Apesar de haver situações em que é possível remover o rótulo de alergia a fármacos apenas pela história clínica (por exemplo, quando o mesmo medicamento já foi tomado posteriormente à reação com boa tolerância), é frequente que subsistam dúvidas que apenas poderão ser esclarecidas adequadamente com estudo alergológico dirigido.

O que fazer perante um diagnóstico confirmado de alergia a fármacos?

Quando o diagnóstico de alergia a um fármaco é confirmado, habi-

Em casos selecionados, pode ser ponderada a realização de uma dessensibilização.

tualmente, passa a haver necessidade de evitar esse medicamento e, em algumas situações, outros medicamentos da mesma classe. No entanto, quase sempre é possível identificar alternativas seguras! Em casos selecionados, nomeadamente quando o fármaco é essencial e não tem alternativa igualmente eficaz, pode ser ponderada a realização de uma dessensibilização, que cria um estado de tolerância transitório que permite a administração do fármaco

durante o período em que ele é necessário.

Um dos aspetos fundamentais após a confirmação de alergia a fármacos é a notificação da reação ao INFARMED e a anotação do diagnóstico no registo clínico eletrónico do doente, que é fundamental para evitar uma nova prescrição de um fármaco ao qual o doente é alérgico! No entanto, é também fundamental remover registos de alergia não confirmados no estudo diagnóstico, evitando a persistência de evicções desnecessárias.

Em resumo, a alergia a fármacos é um problema comum na prática clínica, que exige uma abordagem diferenciada. O diagnóstico apropriado é fundamental para garantir a segurança do doente, otimizar a terapêutica e, em última análise, aumentar a eficiência na prestação de cuidados da saúde.

Apesar da expetoração poder ser purulenta, esta característica não é indicadora de infeção bacteriana ou de resposta a antibióticos.

vias aéreas (por exemplo, traqueostomia, intubação endotraqueal) ou DPOC.

O diagnóstico é clínico e pressupõe a exclusão de infeção das vias aéreas superiores (supraglóticas), que podem condicionar rinorreia posterior, asma brônquica, exacerbação aguda da DPOC, doença do refluxo gastroesofágico, insuficiência cardíaca, medicação associada a tosse (por exemplo, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e mais recentemente o sacubitril) e a pneumonia.

A pneumonia é pouco provável na ausência de sinais focais à auscultação torácica, se a frequência cardíaca for inferior a 100 bpm, se a

parainfluenza, os coronavírus comuns (HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, HCoV-229E), os rinovírus, o metapneumovírus humano, o vírus sincial respiratório e o SARS-CoV-2.

As bactérias são causas incomuns de bronquite aguda e as mais frequentemente isoladas são *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae*. Não há evidência convincente que sustente o conceito de “bronquite bacteriana aguda”, causada por patógenos como *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* ou outros bacilos gram-negativos em adultos sem instrumentação das

vias respiratórias.

A bronquite aguda é habitualmente autolimitada e as queixas resolvem após uma a três semanas. Os sintomas resultam da inflamação dos brônquios, que, na quase totalidade dos casos, é devida a infeção viral. A queixa dominante é a tosse, persistente e muito incómoda para o doente e familiares mais próximos, geralmente com eliminação de expetoração, sobretudo nas fases iniciais. Apesar da expetoração poder ser purulenta, esta característica não é indicadora de infeção bacteriana ou de resposta a antibióticos.

Os vírus mais frequentemente envolvidos são o influenza A e B,

Bronquite aguda nos adultos



Filipe Froes
Assist. graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva Coord. da UCIMC, Depart. do Tórax, Hospital Pulido Valente, ULSSM. Professor da FMUC

A bronquite aguda é uma infeção do aparelho respiratório inferior, envolvendo as vias aéreas de maior diâmetro, os brônquios, sem evidência de pneumonia e na ausência de patologia prévia traqueobrônquica (por exemplo, DPOC ou doença pulmonar obstrutiva crónica), instrumentação na via aérea ou imunocompromisso.

É uma das condições mais frequentes na prática clínica, estimando-se que todos os anos possa representar até 10% das consultas por doenças respiratórias em ambulatório. A sua incidência é maior nos meses mais frios, em particular no final do Outono e durante o Inverno, coincidindo com a circulação dos ví-

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.

Indicador  justNews
www.justnews.pt

A PARTILHA DE BONS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO DSES

JORNAL MÉDICO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES



JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VIII JORNADAS
15-19 MARÇO 2026
SEMPRE EM PORTO HOTEL

15th SYMPOSIUM OF
BIAL FOUNDATION



BEHIND AND BEYOND THE BRAIN

Aquém e Além do Cérebro
End-of-life experiences

Casa do Médico - Porto
April 8 to 11, 2026

Organizing Committee:

President
AXEL CLEEREMANS (Brussels)
ETZEL CARDEÑA (Lund)
MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)
RUI COSTA (Seattle, WA)
RAINER GOEBEL (Maastricht)
VEENA KUMARI (London)
CHRIS ROE (Northampton)
STEFAN SCHMIDT (Freiburg)
HELANÉ WAHBEH (Novato, CA)



Participants:

ETZEL CARDEÑA (Lund)
MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)
FANNY CHARRASSE (Brussels)
AXEL CLEEREMANS (Brussels)
RUI COSTA (Seattle, WA)
RAINER GOEBEL (Maastricht)
BÁRBARA GOMES (Coimbra)
JANICE HOLDEN (Denton, TX)
ALLAN KELLEHEAR (Newcastle upon Tyne)
CHRISTOF KOCH (Seattle, WA)
DANIEL KONDZIELLA (Copenhagen)
VEENA KUMARI (London)
CHARLOTTE MARTIAL (Liège)
MIRA MENZFELD (Zurich)
MICHAEL NAHM (Freiburg)
MARIETA PEHLIVANOVA (Charlottesville, VA)
YESCHE REGEL (Bonn)
MICHAEL RERA (Paris)
CHRIS ROE (Northampton)
STEFAN SCHMIDT (Freiburg)
MÁRIO SIMÕES (Lisbon)
JIM TUCKER (Charlottesville, VA)
JULIA VERNE (London)
HELANÉ WAHBEH (Novato, CA)
MARJORIE WOOLLACOTT (Eugene, OR)



Bial
FOUNDATION

www.bialfoundation.com
info@bialfoundation.com