

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Junho 2026
Ano XIV • Número 147 • 3 euros

Publicação Periódica

"Servimos como um ponto de transição entre os grandes centros e os CSP", diz Pedro Neves, coordenador da Consulta de HTA e Risco Vascular da ULS do Médio Ave

P. 10/11



IX JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2027
11 a 13 de março
PORTO



Mónica Oliva: "A prestação de cuidados pediátricos é um modelo de sucesso"

A presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria diz porquê: "Assenta na cooperação entre diferentes especialidades"

P. 8/9



"Sabemos bem que sem pessoas não conseguimos cumprir a nossa missão", afirma

Nelson Ferreira Pires, diretor-geral da Recordati Portugal

P. 6/7



P. 14/20

Só uma grande dose de resiliência de uma equipa desfalcada fez sobreviver a USF Cartaxo Terra Viva. Na foto, o coordenador, Carlos Mestre, com a "sua" enfermeira, Idalina Brites



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

ULS da Arrábida está de parabéns

As unidades hospitalares da ULS da Arrábida foram distinguidas com a certificação de qualidade no nível “Bom” atribuída pela Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucía (ACSA), na sequência de um processo de avaliação externa realizado de acordo com os *standards* internacionais de qualidade aplicá-



veis ao setor hospitalar. Para o seu CA, esta certificação constitui o reconhecimento do trabalho desenvolvido por todos os profissionais da instituição e da sua permanente dedicação à melhoria dos cuidados prestados aos utentes.

A IA na medicina. Revolução ou evolução? A urgência de compreender, preparar e aplicar



Alberto N. Santos

Coord. do Serviço de ORL e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital CUF Descobertas. Prof. associado conv. de ORL da FMUL. Assist. graduado sénior, HBA, ULS de Loures-Odivelas

A inteligência artificial (IA) tem vindo a assumir um papel crescente na medicina contemporânea, levantando uma questão central:

estaremos perante uma verdadeira revolução ou apenas mais uma etapa evolutiva no progresso tecnológico? Independentemente da resposta, torna-se evidente a necessidade urgente de compreender, preparar e integrar estas ferramentas na prática clínica.

Historicamente, a medicina tem evoluído através da incorporação de inovação tecnológica, desde a imagiologia avançada até à cirurgia minimamente invasiva. A IA surge como mais um marco nesse percurso, distinguindo-se pela sua capacidade de processar grandes volumes de dados, identificar padrões complexos e apoiar a tomada de decisão clínica. No contexto da Otorrinolaringologia, o seu potencial é particularmente relevante em áreas como a análise de imagem, a medicina do sono, a oncologia de cabeça e pescoço e a predição de *out comes* cirúrgicos.

No entanto, a introdução da IA não está isenta de desafios. A sua aplicação

A introdução da IA não está isenta de desafios. Existe, nomeadamente, o risco de uma adoção acritica, impulsionada pelo entusiasmo tecnológico, mas desprovida de validação clínica robusta.

levanta questões éticas, legais e práticas, nomeadamente no que respeita à responsabilidade clínica, à transparência dos algoritmos e à proteção de dados dos doentes. Para além disso, existe o risco de uma adoção acritica, impulsionada pelo entusiasmo tecnológico, mas desprovida de validação clínica robusta.

É neste contexto que se torna fundamental promover a literacia em IA entre os profissionais de saúde. Compreender os seus princípios básicos, limitações e potenciais aplicações não é apenas desejável – é essencial para garantir uma utilização segura, eficaz e centrada no doente. A formação médica deve, por isso, adaptar-se a esta nova realidade, integrando competências digitais e pensamento crítico relativamente às novas tecnologias.

Mais do que substituir o médico, a IA tem o potencial de o capacitar, permitindo uma medicina mais precisa, personalizada e eficiente. O verdadeiro desafio não reside na tecnologia em si, mas na maneira como a integramos de forma ética, informada e responsável. A urgência não é apenas tecnológica – é sobretudo formativa.

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do 73.º Congresso da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (maio 2026).

Adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos

A adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos (HM) nas unidades de saúde (US) registou em 2025 uma taxa global de cumprimento de 82,2%. Os dados foram revelados no Dia Mundial da Higiene das Mãos (5 de maio) pela Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

Este valor reflete o esforço consistente das equipas, traduzindo-se num aumento sustentado da percentagem desde 2015, quando a taxa era de aproximadamente 73%. Para se alcançarem os níveis de excelência, alinhados com os referenciais internacionais, é essencial continuar a investir no cumprimento da HM em todos os 5 momentos:

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos ou assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos biológicos;
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente do doente.

Continuar a consolidar a HM antes e após o uso de luvas, reafirmando este gesto como um pilar essencial da qualidade dos cuidados e segurança dos doentes e profissionais, garantindo que os “5 Momentos para a HM” são cumpridos de forma consistente e integrada nos fluxos de trabalho da prática clínica, reforçando a proteção de todos através da formação contínua dos profissionais envolvidos.

A higiene das mãos constitui uma das intervenções mais eficazes na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

A evidência científica demonstra, de forma inequívoca, que a HM constitui uma das intervenções mais eficazes na prevenção das infeções

associadas aos cuidados de saúde (IACS). Contribui para a redução da transmissão de microrganismos e para a contenção das resistências aos antimicrobianos (RAM), reconhecidas como uma das maiores ameaças globais à saúde pública.

Em 2026, a DGS junta-se uma vez mais à Organização Mundial de Saúde (OMS), na campanha que alerta para a importância da lavagem das mãos: “Cada ação conta. A ação salva vidas.”

Pode ler mais sobre este assunto em www.dgs.pt.



Psiquiatra Gonçalo Cotovio distinguido como “Rising Star”

Gonçalo Cotovio, psiquiatra e investigador clínico na Fundação Champalimaud, foi distinguido como “jovem promessa” (*“Rising Star”*) pela Genomic Press, um grupo editorial científico internacional dedicado ao avanço da investigação nas ciências biomédicas e da vida. É reconhecido pelo seu trabalho na promoção de uma compreensão mais mecanística das perturbações psiquiátricas

No âmbito desta distinção, é destacado na série *Innovators & Ideas*, publicada na *Brain Medicine*.



Através da técnica de mapeamento de redes de lesões (*lesion network mapping*), Gonçalo Cotovio estuda doentes em que lesões cerebrais focais desencadeiam sintomas como mania ou comportamentos obsessivo-compulsivos, permitindo identificar circuitos cerebrais comuns associados a estas condições.

Gonçalo Cotovio tem vindo a desenvolver estratégias de neuro-modulação personalizadas, que combinam neuroimagem com estimulação magnética transcraniana

(TMS) guiada por conectividade, uma técnica não invasiva de estimulação cerebral utilizada em perturbações neuropsiquiátricas. Ao adaptar as intervenções ao perfil individual de redes cerebrais de cada doente, o investigador pretende aumentar a precisão e eficácia dos tratamentos em psiquiatria.

Na Fundação Champalimaud, tem desenvolvido o seu trabalho sob a orientação de Albino J. Oliveira-Maia, diretor da Unidade de Neuropsiquiatria e do recém-criado Centro de Neuroterapêuticas Digitais.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A infância que o Mundo ainda não cumpre



Pedro Melo

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

Há datas que não servem para celebrar, mas para recordar o que ainda falta cumprir. O Dia Internacional da Criança, assinalado a 1 de junho, é uma dessas fronteiras simbólicas: lembra-nos que, apesar de décadas de consensos internacionais, milhões de crianças continuam privadas de direitos tão elementares como o acesso à educação, aos cuidados de saúde, à proteção contra a violência, ou simplesmente ao direito de crescer numa família que as reconheça como sujeito e não como propriedade.

Ao longo da minha experiência clínica, como docente e como investigador, percebi que a Enfermagem tem uma característica singular: vê antes de medir. Vê a criança que falta às aulas porque está no contexto da saúde escolar e conhece tão bem cada turma; vê a que chega à consulta com sinais silenciosos de negligência, porque conhece a criança e a família ao longo do ciclo de vida; vê a que não fala porque nunca teve espaço para ser ouvida, porque se integra no sistema familiar e analisa os padrões de comunicação; vê a que cresce num bairro onde brincar é perigoso e sonhar é um luxo, porque está em contexto de proximidade com as comunidades de uma forma única. Esta capacidade de leitura fina – simultaneamente clínica, social e ética – é talvez uma das maiores contribuições da profissão e da disciplina de Enfermagem, enquanto ciência, para a defesa dos Direitos das crianças.

Esta capacidade de leitura fina – simultaneamente clínica, social e ética – é talvez uma das maiores contribuições da profissão e da disciplina de Enfermagem, enquanto ciência, para a defesa dos Direitos das crianças.

Mas ver não basta. A Enfermagem tem também a responsabilidade de nomear. Nomear o risco, a vulnerabilidade, a violência, a ausência de políticas, a falha das instituições. Nomear é um ato político, porque transforma o invisível em problema público. Quando um enfermeiro identifica um diagnóstico de enfermagem que revela uma ameaça ao bem-estar de uma criança está a fazer mais do que registar um fenómeno: está a afirmar que aquela vida importa e que o sistema tem obrigação de responder.

E responder implica ação. Implica defender o acesso universal à saúde, lutar por programas de vacinação equitativos, promover literacia em saúde junto das famílias e das comunidades escolares, intervir precocemente em situações de risco, articular com escolas, comissões de proteção, autarquias e organizações comunitárias. Implica, sobretudo, reconhecer que a proteção da infância não é um gesto técnico, mas um compromisso ético que atravessa toda a prática profissional (de uma forma transversal às várias especialidades em Enfermagem e mesmo nos cuidados gerais).

Num mundo onde tantas crianças continuam privadas de Direitos básicos, a Enfermagem pode – e deve – ser uma força de transformação. Porque está onde as crianças estão: nos contextos de saúde, nas escolas, nas maternidades, nos hospitais, nas comunidades, nos contextos de migração, nos territórios esquecidos. Porque conhece as histórias que não chegam aos relatórios internacionais. Porque sabe que cada criança é um universo inteiro que merece ser cuidado com dignidade.

O Dia Internacional da Criança não é, portanto, apenas uma data comemorativa. É um lembrete de que a infância é um território político e que a Enfermagem tem um papel insubstituível na sua defesa. Que cada gesto clínico e cada compromisso com a investigação para melhorar as condições de saúde das crianças é também um gesto de cidadania. Que cada intervenção e apresentação de resultados (seja de ganhos em saúde, seja de investigação) é uma oportunidade de quebrar ciclos de desigualdade. Que cada criança cuidada e cada família e comunidade e população que potenciam os seus Direitos é uma promessa de futuro.

E talvez seja essa a maior beleza da Enfermagem: trabalhar todos os dias para que o mundo seja um lugar onde nenhuma criança tenha de lutar por direitos que deveriam ser garantidos desde o primeiro respirar.

Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

3.^{as} Jornadas da USF Linha de Algés - aLinha a tua prática em MGF



Online
13 de julho
Organização: USF Linha de Algés

I RefreshMed International Meeting



Víseu
7 a 9 de outubro
Organização: Internos de MGF da Região Dão-Lafões

12.^{as} Jornadas do GRESP



Coimbra
8 e 9 de outubro
Organização: Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias (GRES P) da APMGF

2.^{as} Jornadas MentalMente



Online
12 de outubro
Organização: Grupo 59.º de médicos internos de MGF da ULS Lisboa Ocidental

5.^{as} Jornadas InforCelas



Hotel D. Luís, Coimbra
1 e 2 de outubro
Organização: Associação Médicos Internos de Celas

Novo CA da ULS do Nordeste já está em funções

Iniciou funções a 1 de maio o novo Conselho de Administração da ULS do Nordeste. Presidido por Miguel Abrunhosa, integra Rui Terras Alexandre, diretor clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, Anabela Martins, enfermeira diretora, Lino Olmo, vogal responsável pelo pelouro financeiro, e ainda Filipa Faria, diretora clínica para a área dos CSP, que transitou do anterior CA.

“É nosso objetivo reforçar a ULS do Nordeste como um pilar estratégico do desenvolvimento territorial e, acima de tudo, afirmar esta instituição como uma referência na prestação de cuidados de saúde de qualidade, seguros e humanizados aos nossos cidadãos”, afirma Miguel Abrunhosa. A aposta na promoção de projetos



Lino Olmo, Filipa Faria, Miguel Abrunhosa, Anabela Martins e Rui Terras Alexandre

diferenciadores e inovadores, desenvolvidos em rede e sustentados numa lógica de cooperação, que contribuam de forma efetiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, será, segundo o dirigente, uma priori-

dade neste mandato que agora se inicia. A ULS do Nordeste, que abrange o distrito de Bragança, é constituída por três unidades hospitalares (Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela) e 14 centros de saúde.

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT

LUÍS DUARTE COSTA, PRESIDENTE DA SPMI:

“Corremos o risco real de exaurir a Medicina Interna”

LUÍS DUARTE COSTA AFIRMOU NA SESSÃO DE ABERTURA DO 32.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA, QUE DECORREU EM LAGOA, ENTRE 21 E 23 DE MAIO, “NÃO SE PODER CONTINUAR A ADIAR O QUE É INEVITÁVEL”. O PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MI REFERIA-SE À REFORMA HOSPITALAR, CUJA CONCRETIZAÇÃO “NÃO É UMA ESCOLHA POLÍTICA, É UM IMPERATIVO DE SOBREVIVÊNCIA”, FRISOU.



“Sem uma reorganização profunda e urgente, corremos o risco real de exaurir a Medicina Interna, sem a qual o hospital tal como o conhecemos deixa de existir”, garantiu. A necessidade de concretizar essa reforma é, aliás, partilhada por Manuel Teixeira Veríssimo, que já presidiu à SPMI e que participou na cerimónia na sua qualidade de presidente da Secção Regional do Centro da OM, em representação do bastonário da Ordem dos Médicos.

Contando com a presença de George Dalekos, presidente da Federação Europeia de MI, a sessão solene serviu para Nuno Bernardino Vieira, presidente do Congresso, dar as boas-vindas aos participantes. Também Luís Encarnação, o autarca que preside à CM de Lagoa, se congratulou com a presença de tantos internistas na sua cidade, enquanto a secretária de Estado da Saúde, Ana Povo, enviou uma mensagem em vídeo.

Lembrando que a SPMI festeja, em 2026, o seu 75.º aniversário

rio, Luís Duarte Costa referiu na sua intervenção que, ao longo do tempo, “a MI deixou de ser apenas uma especialidade de enfermaria para se tornar o pilar central da gestão do doente complexo e a espinha dorsal do Sistema Nacional de Saúde”.



Nuno Bernardino Vieira, presidente do 32.º CNMI, com Luís Duarte Costa

“A MI deixou de ser apenas uma especialidade de enfermaria para se tornar a espinha dorsal do Sistema Nacional de Saúde”, sublinhou o presidente da SPMI.

“Nas décadas de 80 e 90 assistimos ao nascimento de inúmeras especialidades com origem na MI, mas mantivemos sempre a nossa matriz agregadora. Em paralelo, criámos núcleos de estudos para áreas específicas que são, há muito tempo, referências nacionais e internacionais”, afirmou, citando, nomeadamente, os casos das doenças autoimunes, da diabetes, da geriatria, dos cuidados paliativos ou da hepatologia.

Entretanto, recordando a reação da MI à criação “por portaria”, em 2016, da Medicina Intensiva, referiu: “A Medicina Interna reinventou-se e modernizou as unidades de cuidados intermédios médicos para responder aos doentes críticos, mas que não requerem ventilação invasiva, ou

para situações específicas complexas, como as unidades de AVC, de insuficiência cardíaca ou de cuidados paliativos.”

Luís Duarte Costa: “Enquanto nos EUA e no norte da Europa se apressam a criar unidades para tratar os doentes complexos e com multimorbilidade, nós fazemo-lo desde sempre.”

Segundo Luís Duarte Costa, “enquanto nos EUA e no norte da Europa se apressam a criar unidades para tratar os doentes complexos e com multimorbilidade, nós fazemo-lo desde sempre”. No seu entender, “ter uma MI com formação holística, baseada na fisiopatologia e no trabalho de equipa, confere aos internistas uma vantagem estrutural para resolver situações clínicas complexas ou com envolvimento multiórgão, ideal para os doentes que enchem os nossos hospitais. Isto tem que ser protegido”.

Entretanto, “trabalho em excesso, horas incómodas e falta de

reconhecimento pelos nossos pares e pelas estruturas dirigentes” explicam, para o presidente da SPMI, as mais de 240 vagas para a especialidade de MI no internato médico que ficaram vazias só nos últimos três anos. E criticou

fortemente que se “pague o mínimo aos médicos internistas que aguentam todo o sistema hospitalar e fazem a diferença para uma vida com saúde e uma morte com dignidade”. “Defendemos uma gestão hos-

pitalar eficaz, que não permita que haja vagas quando há doentes em maca nos serviços de Urgência ou na Medicina porque não se enquadram no perfil ideal de determinada especialidade ou porque esta argumenta já não ter ‘nada a oferecer’”,

afirmou Luís Duarte Costa, concluindo:

“A prestação de serviços clínicos modernos é complexa e exigente, mas, acima de tudo, tem de ser humana e centrada no doente.”



Publicações
www.justnews.pt

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

NÓS SOMOS MULTIDISCIPLINARES

A PROMOVER A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE



Jornal Oficial
Jornadas Multidisciplinares de MGF

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



Lèlita Santos distinguida



Criado em 2016, a edição de 2016 do Prémio Nacional de Medicina Interna seria entregue a

Lèlita Santos, que foi a primeira mulher a assumir a presidência da SPMI (2021 - 2024).

A caminho do Hospital 5.0

A próxima edição do CNMI vai regressar a Lagoa nos dias 20 a 22 de maio de 2027, com uma Comissão Organizadora formada por elementos do Serviço de MI da ULS de Santa Maria. Presidido por António Martins Baptista e tendo como secretário-geral Luís Pinheiro, o 33.º Congresso da SPMI vai acontecer “num momento de viragem”.

“Os internistas do futuro deverão continuar a ter uma formação científica irrepreensível, uma fortíssima componente semiológica, reforçada formação em gestão, mas serem essencialmente o rosto humano de um sistema que será crescentemente digitalizado e impessoal”, afirma o presidente do 33.º CNMI, referindo-se “à mudança de paradigma que os internistas devem assumir para serem os líderes do Hospital 5.0”. António Martins Baptista explica como se chega aqui:

“Os Hospitais começaram na Idade Média por serem apenas prestadores de cuidados de conforto (1.0) e os médicos eram os físicos, de que ainda deriva o anglo-saxónico *physicians*. Na segunda metade do século XIX, os



António Martins Baptista com Luís Santos Pinheiro, secretário-geral do 33.º CNMI

hospitais introduziram os inovadores conceitos científicos na medicina e aí nasce, em 1881, em Wiesbaden, a Medicina Interna (2.0). Na segunda metade do século XX, com a introdução de uma série de aparelhos – ecografia, TAC, radioterapia, etc. –, os hospitais ficam progressivamente mais tecnológicos (3.0). A partir do início do novo milénio, a progressiva informatização dos

registos e a digitalização do raciocínio clínico modifica a prática clínica (4.0). Estamos no dealbar do Hospital 5.0, aquele em que o médico se torna o rosto da humanização de um sistema profundamente mecanizado, associando também uma importante preocupação ecológica. É aqui que a MI tem obrigação, pela sua componente clínica abrangente, de liderar esta transformação.”



António Martins Baptista: “Estamos no dealbar do Hospital 5.0, aquele em que o médico se torna o rosto da humanização de um sistema profundamente mecanizado.”

NELSON FERREIRA PIRES, DIRETOR-GERAL DA RECORDATI PORTUGAL:

“Temos um cariz exigente, mas humanista, até porque sabemos bem que sem pessoas não conseguimos cumprir a nossa missão”

NA JABA RECORDATI HÁ PRATICAMENTE 19 ANOS, QUASE TODO ESTE TEMPO COMO DIRETOR-GERAL DA AGORA RECORDATI PORTUGAL, NELSON FERREIRA PIRES FOI CONTRATADO UM ANO DEPOIS DE A EMPRESA ITALIANA TER CONCLUÍDO O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DA PORTUGUESA JABA FARMACÊUTICA. A CONTAR CONSIGO, SÃO 112 OS COLABORADORES DA COMPANHIA (62% DO SEXO FEMININO), 26 DOS QUAIS NA SEDE E OS RESTANTES DISTRIBUÍDOS PELO CONTINENTE E ILHAS. SEM QUESTÕES PREVIAMENTE ALINHADAS, A ENTREVISTA QUE ORIGINOU ESTE TEXTO DECORREU DIA 18 DE MAIO, NA VÉSPERA DO JANTAR DO 100.º ANIVERSÁRIO DA RECORDATI, QUE FOI FUNDADA A 1 DE MAIO DE 1926. ENTRETANTO, O GESTOR DISSE À *JUST NEWS* QUE NO PRÓXIMO ANO, DE UMA FORMA SIMBÓLICA, NÃO DEIXARÁ DE SER LEMBRADO O CENTENÁRIO DE CRIAÇÃO DA JABA, QUE ACONTECEU A 15 DE AGOSTO DE 1927. “AINDA TEMOS CONNOSCO ALGUNS COLEGAS QUE LÁ TRABALHARAM!”, SUBLINHA NELSON PIRES.



“O ‘*work-life balance*’ é uma das pedras angulares da companhia, que tem tido a capacidade camaleónica de se adaptar às sucessivas gerações que vão entrando”, diz Nelson Pires

Nelson Ferreira Pires vivia em Lisboa desde 1998, já tinha passado por outras quatro empresas farmacêuticas e integrava a A. Menarini Portugal quando, em 2007, recebeu o convite para ser diretor comercial da Jaba Recordati, curiosamente, outra companhia italiana. O cargo abrangeria o marketing, o que era novidade para si, embora já se tivesse de alguma forma preparado, pois, havia entretanto feito duas pós-graduações nessa área, incluindo um *Executive MBA*.

Importa talvez recordar que a Jaba, criada há 99 anos pelo farmacêutico José António Baptista

d’Almeida, tinha sido vendida em janeiro de 2005 ao empresário Joaquim Coimbra, a quem a Recordati a adquiriu, num negócio concluído em novembro de 2006.

Ora, quando Nelson Pires iniciou funções na empresa – ainda localizada na Abrunheira, perto de Sintra –, no dia 7 de dezembro de 2007, uma das suas tarefas consistia em implementar o modelo multinacional numa companhia historicamente portuguesa.

“Quando cheguei, apesar de encontrar alguma confusão, porque havia duas culturas que se estavam a tentar juntar, e uma terceira nova, que era a da Recordati, fiquei surpreendido, porque constatei que havia muito boas práticas, muito bons profissionais e uma variável interessante, que era a ligação à fábrica que existia”, explica, prosseguindo:

“A ambição era grande em termos de lançamento de novos produtos, mas a companhia vivia muito dos licenciamentos de empresas estrangeiras e esse era um grande obstáculo... O objetivo consistia em implementar uma cultura de multinacional, que era a experiência que eu tinha e que a maioria dos colaboradores da Jaba na altura não possuía. Penso que se consegui!”

Nelson Pires ascenderia a diretor-geral da Jaba Recordati dois anos depois, em 2010, mas só após uma reunião que teve em Milão com os três irmãos da família Recordati, em que finalmente se chegou a consenso quanto ao facto de a sua idade – apenas 37 anos – não ser, afinal, “desadequada” para liderar a filial portuguesa.

Alguns outros desafios foram, entretanto, surgindo, como a responsabilidade de gerir os interesses da Recordati nos PALOP, que ainda mantém, ou a missão que lhe foi atribuída de coordenar a transição para uma filial maior no Reino Unido e Irlanda. Mais recentemente, nos últimos dois anos, empenhou-se na reorganização da estrutura grega, que passava por algumas dificuldades a esse nível, e que incluiu o lançamento de novos produtos.

“Neste momento, temos um diretor-geral na Grécia, que reporta a mim, tendo-se tornado numa das melhores filiais do grupo. Portanto, mais tarde ou mais cedo, vou inevitavelmente sair porque a minha função está cumprida. Eu diria que a Recordati me vai dando alguns desafios para me manter entusiasmado e motivado, e eu vou aproveitando as oportunidades, por ser algo que me agrada”, refere.

Um modelo muito individual de “*work-life balance*”

A marca Jaba, acrónimo do nome do seu fundador, foi sendo mantida por uma razão objetiva: “Considerámos que era um ativo que não queríamos perder, mas fizemo-lo também por respeito àquela que era a história da companhia.” No entanto, “neste momento, todas as filiais estão a fazer uma transição para a marca Recordati, que tem hoje uma dimensão global, muito para lá do espaço europeu, com escritórios em países como os EUA, o Canadá, o Brasil, a Colômbia ou o Japão”.

“Estamos a efetuar essa alteração de forma muito suave, nomeadamente aqui em Portugal, onde vamos

manter a designação Jaba Recordati sob o ponto de vista legal, embora em termos de comunicação já estejamos a focar-nos na marca Recordati”, esclarece Nelson Pires.

O nosso entrevistado considera que a empresa que lidera há tanto tempo tem sabido evoluir com o passar dos anos, nomeadamente no que diz respeito a procurar o equilíbrio entre a vida pessoal e a profissional dos seus colaboradores:

“Acho que nos fomos conseguindo ajustar. Aliás, eu até diria que o ‘*work-life balance*’ é uma das pedras angulares da companhia, que tem tido a capacidade camaleónica de se adaptar às sucessivas gerações que vão entrando. Provavelmente, o que mais resiste até sou eu! Por exemplo, não gosto de trabalhar remotamente, pois, privilégio o contacto direto com as pessoas, mas admito que se prefira o teletrabalho. Aliás, em certos casos, até sou eu que o sugiro.”

“Criámos aqui um mecanismo de equilíbrio, de acordo com as regras internacionais da Recordati, em que há colaboradores que podem optar pelo trabalho remoto dois dias por semana. No entanto, eu prefiro a presença física, porque se consegue sentir ‘*the smell of the place*’, perceber mais facilmente se as coisas estão a correr bem ou não, e promover o ‘*onboarding*’,

fazendo com que as pessoas sintam a cultura da companhia”, afirma Nelson Pires, prosseguindo:

“Relativamente ao ‘*work-life balance*’, nós temos um modelo muito individual, ou seja, ligamos pouco àquilo que são os horários de entrada e de saída, permitindo uma certa mobilidade e flexibilidade. E quando percebemos que há alguma dificuldade procuramos ultrapassá-la, que foi o que fizemos ao criar uma solução de medicina curativa que facilitasse a vida às pessoas perante a necessidade de marcação de uma consulta que, infelizmente, costuma ser tão difícil de conseguir no SNS. Uma médica desloca-se regularmente às nossas instalações para atender os colaboradores que necessitam, e até os seus familiares.”

Embora se refira à prática na Recordati Portugal, Nelson Pires sublinha que a filosofia de funcionamento é comum às várias filiais: “Temos um cariz exigente, mas humanista, até porque nós sabemos bem que sem pessoas não conseguimos cumprir a nossa missão, nem atingir os nossos objetivos.”

A vantagem de ser uma multinacional de média dimensão

“Penso que temos tido a sorte e a capacidade de recrutar bem e, para além disso, acho que possuímos uma ótima escola de formação, não só no que respeita aos conteúdos científicos que necessitamos de transmitir aos profissionais de saúde que contactamos, mas também no que se refere à cultura do que é a Recordati”, afirma.

Adiantando que boa parte dos colaboradores que saem da companhia em Portugal o fazem por terem recebido convites de outras empresas, o diretor-geral admite: “Isso deixa-nos tristes porque eram pessoas que não queríamos que saíssem, mas felizes porque, por norma, são as grandes multinacionais que vêm aqui buscar recursos humanos e com propostas financeiras impossíveis para nós de igualar. Fazemos sempre uma entrevista de saída e é surpreendente vemos alguém ir embora com um ar de tristeza, ou até quase a chorar.”

Reconhecendo que as maiores multinacionais “tomam, às vezes, medidas transversais que têm de ser aplicadas, no nosso caso, por termos uma multinacional de dimensão média, temos um acesso direto à decisão, à gestão de topo, muito mais rápido e fácil. Isso permite, de certa forma, humanizar essa decisão, encontrando soluções para compensar as necessidades dos nossos *headquarters*”.

“O nosso desempenho tem sido muito acima daquilo que seria de esperar”, afirma o diretor-geral da Recordati Portugal.

Quanto à incerteza relativamente ao futuro que frequentemente caracteriza a situação de quem lidera a filial de uma grande empresa farmacêutica, Nelson Pires mostra-se tranquilo, justificando: “O nosso desempenho tem sido muito acima daquilo que seria de esperar. Somos, aliás, das companhias melhor posicionadas a nível do grupo Recordati. Por outro lado, temos uma imagem aqui no nosso país muito positiva, com um portefólio de produtos OTC e de prescrição que inclui alguns fármacos que são disruptivos no tratamento de determinadas doenças. O grande desafio prende-se, por vezes, com a dificuldade que o doente tem para aceder ao medicamento de que necessita, devido ao sistema de reembolso, que é independente do seu rendimento.”

Representando a Recordati na Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, Nelson Pires integra a Direção da APIFARMA desde 2013, confirmando que o relacionamento com o Infarmed tem sido “muito positivo, apesar de algumas divergências que se têm travado entre ambas as instituições”.

“Percebi muito cedo que cada pessoa tem o seu interesse pessoal, a sua própria motivação”

Nelson Ferreira Pires, 53 anos, é o mais novo de 7 irmãos (3 raparigas e 4 rapazes). Nasceu em Angola, em 1972, no Dia de Todos os Santos, 1 de novembro. Veio para Portugal com 2 anos, na sequência do 25 de abril, mas não ficou por cá muito tempo. Tinha 5 quando a família regressou a África, mais precisamente ao Gabão, porque o pai, que trabalhava na área do petróleo, arranjava finalmente emprego numa multinacional francesa.

Já havia feito os 8 anos quando a família chega novamente a Portugal e se estabelece em Viseu, terra natal do pai. Só dali sairia com 18 anos, para ir estudar Direito na cidade do Porto. Habitado a trabalhar desde os 16 – fez rádio e até vendeu enciclopédias –, Nelson Pires ainda não tinha feito 20 anos e já conquistara a sua independência económica.

Continuando a estudar no norte, decidiu fazer, em Lisboa, um curso de delegado de informação médica, curiosamente, promovido pela APIFARMA, com a duração de 3 meses. “Tive imediatamente três convites, um deles da Tecnifar. Aceitei e, a partir daí, nunca mais deixei a indústria farmacêutica”, conta.

A trabalhar no Porto, e ainda com 22 anos de idade, a empresa abriu uma nova unidade de negócio e promoveu-o, dando-lhe a responsabilidade de gerir uma dezena de pessoas para lançar, a nível nacional, um produto dirigido à Ginecologia. “Foi um desafio terrível! Primeiro, por ser uma área desconhecida para mim; depois, porque era o mais novo da equipa; em terceiro lugar, porque 90% dos elementos eram do sexo feminino”, recorda, prosseguindo:

“A adaptação acabou por ser muito rápida, não só a essa nova área terapêutica mas também à circunstância de estar a gerir pessoas com mais experiência, mais velhas e, em particular, por serem mulheres, que têm, manifestamente, um sentido de assertividade e de objetividade muito maior. Nos primeiros três meses, tentei impor



a autoridade, mas depois acho que tive a inteligência emocional de perceber que essa estratégia não funcionava e acabámos por desenvolver um trabalho em conjunto que correu muito bem. Eu diria que foi a minha grande escola de gestão de equipas, pelo menos para aprender o que não se deve fazer, porque a verdade é que cometi mesmo muitos erros!”

“Percebi assim, muito cedo, que, embora haja limites que é necessário garantir que não sejam ultrapassados, cada pessoa tem realmente o seu interesse pessoal, a sua própria motivação, sendo o contributo individual que, afinal, nos permite, em conjunto, atingir o objetivo que pretendemos”, conclui Nelson Pires.

Tinta anos depois, o diretor-geral da Recordati Portugal confessa estar ciente de que essa “experiência” terá contribuído, de forma decisiva, para que, ao longo de todo este tempo, tenha sabido rodear-se de pessoas “leais, competentes e melhores do que eu naquilo que fazem”.

Entretanto, Nelson Pires diz que gostaria de ficar “pelo menos mais 7 anos” na empresa e depois reformar-se... pelo menos da área farmacêutica. Aliás, no seu entender, “provavelmente, uma visão nova de quem

“Tenho sabido rodear-me de pessoas leais, competentes e melhores do que eu naquilo que fazem”, frisa.

possa vir a substituí-rem poderá acrescentar muito mais valor”, para além de que “decerto eu não conseguirei acompanhar as mudanças do mundo tão depressa como quem vier a seguir a mim”.

Obviamente, também tem grande peso nesse seu objetivo de “parar” aos 60 anos o querer ter mais disponibilidade a nível familiar, que há uma década representa “um autêntico desafio logístico” para a sua mulher, engenheira civil, que vive no Porto, e para si, que tem a sua base em Lisboa. Em todo o caso, para além dos fins-de-semana, reservam sempre as quartas-feiras para jantarem juntos, numa altura em que os filhos (2 dele e 3 dela, com idades entre os 16 e os 24 anos) já começam a ter a sua própria vida.

“Quando cheguei, encontrei duas culturas que se estavam a tentar juntar, e uma terceira, que era a da Recordati”, lembra Nelson Pires.

Recordati está presente em mais de 150 países e tem 4600 colaboradores

A origem da Recordati remonta ao século XIX, quando a família Recordati abriu uma pequena farmácia em Correggio, no norte de Itália. Décadas mais tarde, em 1926, Giovanni Recordati transformou a experiência adquirida nesse contexto num projeto industrial inovador, fundando o Laboratorio Farmacologico Reggiano.

Um século depois, este grupo farmacêutico internacional está

presente em mais de 150 países, tem cerca de 4600 colaboradores e continua a apostar na investigação e desenvolvimento, diversificando as áreas terapêuticas em que intervém, onde se incluem as doenças cardiovasculares, a urologia, a gastroenterologia, a reumatologia, a saúde mental e as doenças raras.

Entretanto, no âmbito das comemorações dos 100 anos, a Recordati apresentou os seus novos valores

corporativos, que refletem a cultura organizacional e a ambição estratégica para a próxima fase de crescimento:

Better together – Reflete a convicção de que a colaboração entre equipas, parceiros, profissionais de saúde e comunidades é essencial para gerar melhores resultados e maior impacto positivo na vida dos doentes.

Never settle – Traduz o com-

promisso com a melhoria contínua, incentivando a inovação científica, a procura de novas soluções terapêuticas e a superação permanente de desafios.

Always deliver – Reforça a responsabilidade de cumprir com excelência e rigor as expectativas dos doentes, dos profissionais de saúde e da sociedade, garantindo qualidade, segurança e confiança.

Estes valores procuram conso-



lidar uma cultura centrada nas pessoas e orientada para a criação de valor sustentável, alinhada com a responsabilidade de preparar a empresa para os desafios emergentes da saúde global.

MÓNICA OLIVA, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA:

“A prestação de cuidados pediátricos é um modelo de sucesso que assenta na cooperação entre diferentes especialidades”

COM UMA LIGAÇÃO MUITO ESPECIAL AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, A ATUAL PRESIDENTE DA SPP ADMIRA O TRABALHO DESENVOLVIDO PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA, SUBLINHANDO QUE A COMUNICAÇÃO É ESSENCIAL PARA QUE HAJA UMA BOA ARTICULAÇÃO ENTRE DIFERENTES ESPECIALIDADES MÉDICAS. SEMPRE SE DEDICOU À PEDIATRIA GERAL E É O QUE QUER CONTINUAR A FAZER. A CONVERSA COM MÓNICA OLIVA ACONTECEU A MEIO DO MÊS DE ABRIL E TEVE COMO PALCO O HOSPITAL PEDIÁTRICO, EM COIMBRA, A QUE ESTÁ LIGADA DESDE QUE ALI INICIOU O ENTÃO DESIGNADO INTERNATO COMPLEMENTAR DE PEDIATRIA, EM JANEIRO DE 2000. CUMPRE UM MANDATO DE 3 ANOS À FRENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, MANTENDO-SE EM FUNÇÕES COMO PRESIDENTE ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2028.



Mónica Oliva: “É inigualável a sensação de serenidade e tranquilidade transmitida por um recém-nascido a dormir”

Mónica Oliva fala em “modelo de sucesso” quando se refere à forma como está estruturada em Portugal a prestação de cuidados de saúde infantil e juvenil. “Os médicos de Medicina Geral e Familiar fazem a vigilância de saúde, são também responsáveis pela orientação da doença aguda não complexa e temos assistido a uma evolução muito significativa na sua formação”, afirma, acrescentando:

“Nós temos muito bons médicos de família, o que tem contribuído decisivamente para os indicadores de saúde tão positivos que, de uma forma geral, se têm registado. As dificuldades existentes estão muitas vezes relacionadas com constrangimentos de acesso e organização dos serviços, mais do que com a qualidade da resposta profissional.”

“É muito importante aliarmos o haver critérios de referência bem definidos à comunicação que deve ser sempre promovida entre as diferentes especialidades”, salienta a pediatra.

A presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria realça, por outro lado, a boa articulação que existe entre a Obstetrícia, a Pediatria e a MGF para justificar o facto de sermos “um exemplo mundial” na redução da taxa de mortalidade infantil. “Não nos esqueçamos que é, de facto, muito importante aliarmos o haver critérios de referência bem definidos à comunicação que deve ser sempre promovida entre as diferentes especialidades”, frisa.

Há, contudo, um aspeto em que, no entender de Mónica Oliva, “ainda temos um caminho a fazer” e que se prende com a “identificação da doença”, ou seja, “existe patologia muito prevalente que poderia, eventualmente, ser orientada a nível dos cuidados de saúde primários”. E exemplifica:

“Em muitas crianças referenciadas por dor abdominal identifica-se, na primeira consulta, uma obstrução ligeira, de fácil controlo. É um exemplo entre outros! Mas também acredito que quem referencia é porque não se sente confortável com a situação. ... E assumo que a minha visão possa ser um pouco hospitalocêntrica, porque a verdade é que, para cada caso referenciado, há outros que não o são. Convém não esquecer que nós só avaliamos o que recebemos, desconhecemos o que não nos chega!”

Como não podia deixar de ser, a questão da referência é sempre abordada no curso que a Unidade Coordenadora Funcional de Pediatria da ULS de Coimbra realiza de dois em dois anos (o último foi em 2025). Tendo sido, em 2009, uma das fundadoras desta UCF, Mónica Oliva assumiu a sua coordenação em 2015

e é com visível entusiasmo que se refere a esta ação de formação, que já vem, obviamente, do tempo dos ACES (agrupamentos de centros de saúde) e que, com a criação da ULS, até passou a ter um apoio acrescido na gestão prática de alguns aspetos.

“Como os internos de MGF já vão fazendo muita formação, este curso foi idealizado para ser essencialmente dirigido aos médicos de família, que não têm tanta disponibilidade de tempo para participar neste tipo de ações, mas também aos enfermeiros de família”, explica.

Mónica Oliva tem uma mania: festa preocupação com a fluidez da

comunicação, defendendo, aliás, que a mesma deve ser bidirecional, do hospital para os CSP e vice-versa, havendo, para tal, interlocutores identificados nas várias dezenas de unidades que integram a ULS. Adicionalmente, foi criada a figura da consultadoria clínica, tendo cada USF um pediatra atribuído, a quem pode ser colocada qualquer dúvida que surja.

“Na Consulta de Pediatria Geral, temos muitas asma, muitas rinites, muitas obstruções...”

Desde que acabou o internato que Mónica Oliva está ligada à Con-

sulta de Pediatria Geral, integrada no Serviço de Pediatria Ambulatória, tendo-se tornado responsável pela mesma em 2010. Praticamente metade dos casos que ali são observados foram referenciados pela MGF e outros tantos chegam através da Urgência do hospital.

“As patologias mais prevalentes são vistas por nós, orientamos desvios de crescimento, casos de asma e rinite, de obstrução... Depois há um patamar acima do qual a criança ou o jovem tem que ser eventualmente transferido para a subespecialidade”, esclarece, confirmando que também o estágio de

Pediatria Geral dos internos que passam pela Consulta está, como seria de esperar, sob a sua responsabilidade.

“Aqueles internos em que procuramos investir o máximo possível são os de MGF, uma vez que se trata de um estágio de apenas um mês, o que, no meu entender, é muito pouco tempo, tendo em conta o que mais tarde lhes vai ser exigido na Consulta de Saúde Infantil. Recebemos, em média, dois a três por mês, a que se juntam depois os internos do 1.º ano de Pediatria da nossa ULS e de outras especialidades, como a Imunoalergologia ou a Genética, por exemplo”, refere.

Embora não tenha possibilidade de se dedicar tanto à denominada Pediatria de Vigilância, como sucede na sua atividade privada, a médica reconhece que, ao “gostar mesmo de saber pouco de muito”, a Consulta de Pediatria Geral a entusiasma, pela diversidade de situações com que é confrontada, com o adicional de “ter que perceber quando é que um caso ultrapassa o meu conhecimento e devo então referenciar”. E conclui: “A questão da referência nem sempre é óbvia, e daí a minha grande admiração pelos colegas de MGF.”

Deveras desafiante foi também a circunstância de Mónica Oliva e os seus colegas do Hospital Pediátrico terem feito a sua formação e depois permanecido na instituição como especialistas sem nunca observarem adolescentes e, de um dia para o outro, terem que começar a fazê-lo. Com efeito, só com a inauguração do novo edifício, no início de 2011, passou a haver condições para atender também os jovens utentes acima dos 12 anos.

Embora tenha tentado colmatar esta insuficiência na sua formação com a realização de cursos, a médica reconhece que essa alteração obrigou a um período de adaptação, até porque a própria

Mónica Oliva: “Todas as faixas etárias têm uma riqueza própria!”

“Se eu escolher Medicina, só se for para Pediatria!”

Os seus pais já tinham nascido em Moçambique e a avó paterna também, estando Mónica Oliva convencida de que, se não fosse “a vicissitude da guerra”, a família por lá teria ficado. Tal como haveria de suceder com a irmã, cinco anos mais nova, a nossa entrevistada nasceu na então Lourenço Marques, onde viveu até em 1978 viajaram todos para Portugal, pouco antes de fazer 6 anos.

auscultação “é completamente diferente”!

“Eu acho que todas as faixas etárias têm uma riqueza própria!”, comenta, a propósito, considerando “inigualável a sensação de serenidade e tranquilidade transmitida por um recém-nascido a dormir, extraordinária a facilidade com que uma criança deixa de chorar e logo a seguir está a rir, e desafiante o facto de cada adolescente exigir de nós que o olhemos de uma forma muito individualizada”.

seus doentes.” Seria uma 2.ª hipótese, para o caso de não conseguir entrar em Pediatria, pensou.

Mas em janeiro do ano 2000 Mónica Oliva começava o seu Internato Complementar na especialidade que queria e em Coimbra, no Hospital Pediátrico. “Deparei-me com uma Escola com características muito particulares, que se pautava pelo rigor e que fazia da história clínica do doente um ins-



Ainda iniciou a escola primária em Vila Cortês da Serra, no concelho de Gouveia, mas já terminou a 1.ª classe em Coimbra, onde não ficou mais de um ano porque, entretanto, a família foi viver para Macau. Mónica Oliva tinha 10 anos quando, de regresso à cidade do Mondego, veio concluir o equivalente ao atual 5.º ano de escolaridade.

Conta que, quando brincava na rua, era sempre ela que tomava conta das outras crianças, incluindo algumas com doença crónica complexa, o que não a preocupava nada! Não admira, pois, que, a certa altura, tenha chegado a uma conclusão: “Se eu escolher Medicina, só se for para Pediatria!”

No entanto, reconhece que durante o Internato Geral, em 1998/99, o estágio de MGF a fez vacilar: “Gostei imenso, porque tive a sorte de encontrar uma médica de família muito competente e com uma relação muito próxima com os

trumento de trabalho fundamental. E em que tudo o que fazíamos era escrutinado e tinha de ser justificado”, afirma, embora admita poder estar a ser “injusta em relação às outras Escolas, por não as conhecer tão bem”.

Feito o exame final do Internato em 2006, torna-se então pediatra, vindo a obter o grau de assistente graduada em 2015. Em 2021, haveria de fazer uma pós-graduação em Liderança e Gestão em Saúde, na Coimbra Business School.

Mónica Oliva, 53 anos, tem dois filhos, com 25 e 19 anos, e uma filha com 16, sendo que apenas esta diz querer vir a ter a mesma profissão da mãe, embora noutra área: Neurocirurgia.

Agora que preside à SPP, mantém as 40 horas de trabalho no hospital e admite que teve que fazer alguns cortes no tempo dedicado à família e trabalhar mais à noite e ao fim de semana.



CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA

21 • 23 OUTUBRO 2026
CENTRO CONGRESSOS ESTORIL



26.spp-congressos.pt

PEDRO MACEDO NEVES, COORDENADOR DA CONSULTA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E RISCO VASCULAR DA ULS DO MÉDIO AVE:

“Esta é uma Consulta com dois sentidos, promovendo a proximidade com os CSP”

UMA DAS COISAS QUE PEDRO MACEDO NEVES, 49 ANOS, FAZ LOGO QUESTÃO DE SUBLINHAR NO INÍCIO DA ENTREVISTA É QUE TANTO PODEM SER OS MÉDICOS DE FAMÍLIA A REFERENCIAR DOENTES COM HTA PARA A “SUA” CONSULTA HOSPITALAR COMO O INVERSO, OU SEJA, ELE PRÓPRIO A ORIENTÁ-LOS PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. E ADIANTA QUE, EMBORA NÃO SENDO UMA “CONSULTA ABERTA”, COM O SIGNIFICADO HABITUAL DO TERMO, É “DE ABERTURA FACILITADA”, ISTO É, UM DOENTE SEGUIDO NA CONSULTA DE HIPERTENSÃO QUE SINTA ESSA NECESSIDADE SABE QUE PODE APARECER NO HOSPITAL DE SÃO JOÃO DE DEUS, EM VILA NOVA DE FAMALICÃO, A UMA QUARTA-FEIRA À TARDE, MESMO SEM MARCAÇÃO, E SER ATENDIDO. “PORQUE NÓS NUNCA SABEMOS QUANDO A SUA SITUAÇÃO SE ALTERA, EXIGINDO UM EVENTUAL AJUSTE NA TERAPÊUTICA”, JUSTIFICA O ESPECIALISTA, QUE É, DESDE FEVEREIRO DE 2025, O DIRETOR DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DA ULS DO MÉDIO AVE, A QUE PERTENCE TAMBÉM O HOSPITAL DE S. BENTO, EM SANTO TIRSO.



Pedro Macedo Neves é agora o diretor do Serviço de MI da ULS do Médio Ave, mas mantém a coordenação da Consulta de HTA e Risco Vascular

que obriga a uma precisão de diagnóstico e a uma competência tão específicas”.

“Temos é que sentir o quão importantes nós somos, pois, em hospitais mais ‘pequenos’ como os nossos, e no que à HTA diz respeito, podemos ter um papel muito relevante em termos de promoção da literacia, na uniformização de critérios e terapêuticas, na formação e na informação”, frisa.

Quando é que determinado doente deve ser referenciado para uma consulta hospitalar de hipertensão é uma questão que se coloca muitas vezes ao médico de família. Daí que o nosso entrevistado valorize a existência de critérios de referência atualizados e que devem ser adaptados à realidade de cada ULS:

“Como se compreende, fará toda a diferença se os CSP de uma determinada ULS já tiverem, por exemplo, a capacidade de fazer a monitorização ambulatória da pressão arterial, não sendo, portanto, necessário encaminharmos o doente para o hospital para fazer a MAPA. No nosso caso, estamos a preparar agora uma nova versão dos critérios de referência.”

Médicos de família mais capacitados para seguirem o doente hipertenso

A Consulta de HTA e Risco Vascular da ULS do Médio Ave continua a realizar-se à quarta-feira à tarde em Famalicao e à segunda, também à tarde, em Santo Tirso, pelo internista Renato Nogueira, não tendo sido preciso ampliar, entretanto, o horário da mesma. Pedro Neves

Formação em Medicina e em MI: do Porto a Viana, passando por Famalicao

Pedro Macedo Neves teve oportunidade de conhecer o Serviço de Medicina Interna que agora dirige seis anos antes de ter começado a trabalhar no Hospital de Vila Nova de Famalicao – foi nesta instituição que, no ano de 2003, cumpriu o internato Geral. A formação em Medicina tinha sido feita no Porto, a cidade onde nascera em agosto de 1976.

Admite que foi só nessa altura que abandonou a ideia de ser cirurgião geral, isto porque “fiquei muito apaixonado pela área do diagnóstico e de conversar com os doentes, acabando por optar por MI”. E reconhece que relativamente ao seu interesse pela doença cardiovascular, em particular pela hipertensão, poderá ter havido alguma influência familiar, uma vez que é sobrinho do conhecido cardiologista Mário Espiga de Macedo, uma referência em matéria de HTA.

O internato Complementar em Medicina Interna haveria de ser feito no Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo, que integrava o

CH do Alto Minho, que deu origem à ULS com o mesmo nome pouco tempo antes de Pedro Neves obter o título de especialista.

Para além do investimento que tem procurado fazer na relação com os CSP, em particular com os seus colegas de MGF, o médico tem aproveitado o Dia Mundial da Hipertensão, assinalado em maio, para comunicar, por exemplo, com jovens das escolas locais.

“Conseguimos que alguns dos estabelecimentos de ensino colaborassem connosco, o que nos permitiu desenvolver atividades em várias ocasiões, incluindo transmitir aos mais novos quais os malefícios do sal, tentando dessa forma chegar também aos adultos na sensibilização para os riscos inerentes à hipertensão”, refere Pedro Neves.

A ligação à Sociedade Portuguesa de Hipertensão e aos seus congressos iniciou-se logo durante o internato da especialidade e tem-se mantido ao longo dos anos. Inclusive, o médico integrou a Comissão Organizadora de uma das edições deste evento anual.

afirma que “a capacitação dos colegas de MGF para seguirem o doente hipertenso é hoje muito superior ao que era há vinte anos, pelo que não sentem tanta necessidade de

confirmar que não tem”, refere, prosseguindo:

“Portanto, observamos, provavelmente, uma maior entrada e saída mais fácil de doentes por essa razão, ao invés de mantermos aque-

les casos crónicos durante muito tempo. Aliás, devo dizer que tenho tido a felicidade de a hipertensão ser uma área em que os CSP investiram imenso, facilitando o meu trabalho.”

Pedro Neves adianta ainda: “Também temos estado a analisar a possibilidade de os colegas de MGF que desejarem poderem vir fazer pequenos estágios assistenciais na nossa Consulta de HTA e

Risco Vascular. No fundo, da mesma forma que passam por aqui os internos gerais e de especialidade, que veem como é feita a abordagem sistematizada e sistemática da hipertensão.”

“Vamos procurar criar uma via de comunicação direta com a MGF e implementar a teleconsulta de consultadoria”, anuncia o internista.

Pedro Neves também espera que seja possível, dentro em breve, a Consulta disponibilizar temporariamente a utentes grávidas hipertensas um aparelho certificado que permita a vigilância tensional. A esse propósito, e por se tratar de uma população muito particular, faz questão de frisar que, “independentemente da data da consulta, serão atendidas em qualquer quarta-feira à tarde, o mesmo sucedendo com os meus doentes hipertensos em geral, que podem eventualmente precisar de um ajuste pontual na terapêutica”.

Entretanto, à Consulta de HTA e Risco Vascular chega cada vez mais uma população mais jovem, “não só porque a preocupação com a saúde é hoje maior, mas também porque os médicos de família reconhecem a importância de uma referência precoce, para se evitarem danos maiores”.

“Uma das indicações que temos das *guidelines* é que em algumas destas pessoas uma hipertensão mais resistente ou de aparecimento súbito pode estar associada a causas secundárias, como uma doença hormonal ou outra alteração que obrigue, por exemplo, a um tratamento cirúrgico. Ora, acontece com frequência a pessoa aparecer muito preocupado e eu procuro explicar-lhe que a minha função não é verificar se tem um problema hormonal ou uma outra causa secundária da sua HTA, mas antes

Quando, em 2009, Pedro Neves chegou ao Hospital de Vila Nova de Famalicao, do então CH do Médio Ave, para integrar o Serviço de MI como recém-especialista, já sabia que iria ter sob a sua responsabilidade a Consulta de Hipertensão Arterial e Doença Vascular. A anterior coordenadora, Irene Soares, tinha deixado o SNS pouco tempo antes.

A designação “HTA e Doença Vascular”, que podia facilmente induzir em erro – tanto que até aconteceu ser referenciado para a mesma alguém com um problema de varizes! –, manteve-se até há uns 4 anos. Foi então substituída por “HTA e Risco Vascular”. Aliás, no entender do médico, “devia-se procurar uni-

Pedro Neves: “Eu penso que servimos como um ponto de transição entre os grandes centros de investigação da HTA e os CSP.”

formizar a nomenclatura destas consultas”.

Ao assumir, há 17 anos, a coordenação da Consulta, Pedro Neves percebeu rapidamente que, “embora não tendo todos os recursos que estão disponíveis num hospital central, havia um grande potencial de abordagem do doente hipertenso num hospital distrital”. E que a aplicação de terapêuticas mais complexas “não tem que existir em todos os locais”.

“Eu penso que servimos aqui como um ponto de transição entre os grandes centros de investigação da HTA e os CSP. Temos um papel cada vez mais importante, porque não nos podemos esquecer que a grande maioria dos doentes com hipertensão é acompanhada pelos médicos de Medicina Geral e Familiar. E a divulgação das *guidelines* faz com eles estejam progressivamente mais sensibilizados, por exemplo, para a possibilidade de poderem estar perante uma hipertensão secundária, que obriga a uma investigação própria”, afirma Pedro Neves.

No seu entender, “tendo em conta que os hospitais de Braga, de Guimarães e de São João criaram as condições para ali se fazerem determinados exames mais específicos, não fazia sentido que, com a proximidade física que há a Vila Nova de Famalicao e a Santo Tirso, investíssemos nós aqui numa área



INFORMAÇÃO

ESPECIALISTA ESPANHOL MANUEL MANRIQUE RODRÍGUEZ ABORDOU O TEMA NO 73.º CONGRESSO NACIONAL DA SPORL-CCP, EM SESSÃO PROMOVIDA PELA WIDEX

Intervenções que previnem agravamento da hipoacusia favorecem um envelhecimento saudável da audição e do equilíbrio

COM UMA POPULAÇÃO MUNDIAL A VIVER CADA VEZ MAIS ANOS, DE UMA FORMA ATIVA E EXIGENTE, TORNA-SE FUNDAMENTAL PROJETAR ABORDAGENS DE TRATAMENTO DA HIPOACUSIA COM UM FORTE CUNHO PREVENTIVO, QUE PERMITAM EVITAR A DEGRADAÇÃO AUDITIVA, DO EQUILÍBRIO E DE OUTRAS VERTENTES DE FUNCIONALIDADE, ALGO QUE TERÁ UM IMPACTO REAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES E NO PROLONGAMENTO DOS ANOS DE VIDA SAUDÁVEIS. ESTE FOI O PONTO DE PARTIDA DE UMA SESSÃO ORGANIZADA PELA WIDEX DURANTE O 73.º CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO (SPORL-CCP) E, EVENTO QUE DECORREU NO PORTO ENTRE 15 E 17 DE MAIO.



noutras áreas além da comunicação, e, por fim, analisar em que medida, quando intervimos com determinados tratamentos, somos capazes de mitigar a perda de audição.”

Correção auditiva gera melhorias do ponto de vista da cognição

O estudo em causa tem acompanhado uma amostra de cerca de 700

almente os participantes têm sido sujeitos a audiometrias e à aplicação de escalas e questionários, com vista a determinar alterações ao nível do equilíbrio e de outros aspetos como cognição, depressão, isolamento, dependência de terceiros, presença de acufenos, nutrição e atividade física, e, numa lógica mais ampla, a própria qualidade de vida percebida.

A partir dos resultados das audiometrias tonais realizadas, Manuel Manrique Rodríguez extrai, desde logo, uma conclusão: “Os grupos B e C apresentam, ao longo do tempo, pontuações de discriminação em ambientes de ruído cada vez piores. Porém, é possível verificar que o grupo intervencionado (C), que abarca doentes com aparelhos auditivos ou implantes, revela resultados mais estáveis com o passar do tempo. Ou seja, relativamente a estes últimos, o balanço é positivo em termos de seguimento longitudinal.”

Melhorias na audição, no equilíbrio e na cognição equivalem a qualidade de vida superior

Com base no seguimento dos participantes integrados no estudo “*Hearing and Balance for Healthy Ageing Project*”, os investigadores puderam também comprovar que existe uma cascata de consequências a considerar. De facto, à diminuição auditiva sucedem-se, na maioria dos casos, alterações cognitivas substanciais, e a estas uma deterioração da qualidade de vida.

“Ao utilizarmos o questionário HUI3, constatámos que, quando se regista uma diminuição da audição, nota-se de imediato haver impacto sobre a qualidade de vida geral destes doentes, inclusive no grupo B, no

que do tratamento é superior a 10 anos”. E o que sucede durante esse longo hiato? Na realidade, “acontecem mudanças, algumas delas com caráter irreversível, como a deterioração cognitiva. Ao analisarmos o grupo C do nosso estudo, e considerando o período que medeia entre o início da perda de audição e o momento em que se institui o tratamento, percebemos que existe uma correlação significativa do tempo com as pontuações negativas nos diferentes questionários cognitivos”.

“Na verdade, durante esse período de tempo, já está a desenvolver-se uma deterioração cognitiva, até mesmo quando falamos de perdas de audição ligeiras. Temos, como tal, de introduzir algum tipo de algoritmo que favoreça a deteção precoce da perda de audição em pessoas idosas, fazendo uso de questionários, audiometrias, aplicações nos *smartphones* com monitorização por audiólogos ou otorrinolaringologistas, etc. A perda de audição, mesmo sendo invisível, está aí, sendo importante detetá-la precocemente. Este é o primeiro passo que devemos dar dentro de todo um programa de estimulação precoce na hipoacusia”, afirmou.

Manuel Manrique Rodríguez: “Devemos tratar precocemente as perdas de audição ligeira com recurso a aparelhos auditivos. É muito importante não esperar que se transformem em défices graves.”

Em paralelo, o otorrinolaringologista deixou um alerta aos colegas portugueses: “Devemos tratar precocemente as perdas de audição ligeira com recurso a aparelhos auditivos. É muito importante não esperar que se transformem em défices graves.”

Por outro lado, é fundamental oferecer com rapidez outras alternativas ao doente quando os aparelhos auditivos utilizados não cumprem a sua função. “Encontrámos muitas pessoas com perdas de 70 decibéis, com uma discriminação extremamente fraca, que mantêm os seus aparelhos e problemas frequentes

na vida diária”, assegurou Manuel Manrique Rodríguez. Nestas situações, o implante coclear deve ser claramente considerado, como salientou:

“Dois estudos demonstraram-nos que em idosos com mais de 65 anos e perda auditiva pós-lingual, que foram seguidos a dez anos, as diferenças (medidas através de

audiometria tonal) entre o antes e o depois do implante coclear são expressivas e perduram no tempo, com melhorias claras na discriminação e na correção de sílabas e frases.

E, em geral, quando lhes perguntamos sobre a qualidade de vida, estes doentes com implantes reconhecem que o seu quotidiano melhorou muito.”

CONFIANÇA QUE SE OUVES.

Estes prémios refletem o nosso propósito: **ouvir, compreender e cuidar.** Conquistas que nascem da nossa paixão por ajudar cada pessoa a ouvir melhor.

N.º WIDEX GRATUITO
800 100 157
widex.pt

SPORL_0626

Manuel Manrique Rodríguez foi o protagonista do simpósio em que seriam apresentados os primeiros resultados do estudo clínico observacional “*Hearing and Balance for Healthy Ageing Project*”, desenvolvido por uma equipa internacional de investigadores por si liderada. Centenas de participantes com idade superior a 55 anos foram divididos em três grupos distintos com o objetivo de perceber em que medida uma intervenção eficaz pode ter influência ao nível da audição, do equilíbrio e de outros distúrbios associados. Após a conclusão da fase inicial, o estudo continua a decorrer, com o acompanhamento regular da evolução dos doentes a longo prazo.

“A perda de audição apresenta uma prevalência que tem vindo a aumentar”, assegura o especialista espanhol.

Para aquele professor catedrático, diretor do Departamento de Otorrinolaringologia da Clínica Universitária de Navarra, a relação entre o binómio audição/equilíbrio e o envelhecimento saudável constitui hoje “um tema com pouca visibilidade a nível social, mas que tem um grande impacto na qualidade de

vida das pessoas”. Aliás, sublinhou, “a perda de audição é uma das três doenças crónicas mais frequentes na nossa sociedade, apresenta uma prevalência que tem vindo a aumentar e irá realmente mudar a atividade clínica de muitos dos colegas mais jovens”.



Manuel Manrique Rodríguez salientou que “a perda de audição afeta aspetos relacionados com o equilíbrio, mas também dimensões não propriamente auditivas, como a cognição, a aprendizagem ou o grau de dependência de terceiros, esferas que afetam a qualidade de vida das pessoas”. E prosseguiu:

“Conscientes disto, há aproximadamente seis anos, decidimos iniciar um projeto de investigação com três objetivos: detetar e tipificar as perdas de audição e as alterações no equilíbrio em pessoas idosas, avaliar o impacto que estas perdas auditivas têm

indivíduos, separados por três grupos de voluntários com características distintas. O grupo A é composto por pessoas com mais de 55 anos, audição normal e sem alterações no equilíbrio. O grupo B inclui casos onde se verifica perda auditiva leve a moderada e com alterações no equilíbrio, mas ainda sem qualquer tratamento. Finalmente, o grupo C apresenta variações a nível auditivo e do equilíbrio moderadas a graves, sendo alvo de diferentes procedimentos terapêuticos.

O *follow-up* planeado para os três grupos foi de seis anos e anu-



A NOVA APP para Gestão da Diabetes

Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ





Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR com as MESMAS TIRAS



NUM EXERCÍCIO DE SUPERAÇÃO, CARLOS MESTRE, O COORDENADOR DESTA UNIDADE DA ULS DA LEZÍRIA, LIDEROU UMA CANDIDATURA A MODELO B QUE PARECIA TER TUDO PARA FALHAR...

Só uma grande dose de resiliência de uma equipa desfalcada mas coesa possibilitou a sobrevivência e a estabilidade da USF Cartaxo Terra Viva

CARLOS MESTRE ACHAVA QUE IA SER TUDO MENOS MÉDICO, MAS O DESTINO PREGOU-LHE UMA PARTIDA. TOMOU ENTÃO A DECISÃO DE OPTAR POR MEDICINA, EM BUSCA DE ESTABILIDADE NA SUA VIDA. HÁ UM POUCO MAIS DE 4 ANOS, TORNOU A SER POSTO À PROVA. NOMEADO COORDENADOR DE UMA USF EM AGONIA, COM UMA EQUIPA COMPLETAMENTE DESFALCADA, PERCEBEU QUE A TRANSIÇÃO PARA MODELO B SERIA A ÚNICA SOLUÇÃO PARA, TAMBÉM NESTE CASO, CONSEGUIR A ESTABILIDADE NECESSÁRIA PARA A UNIDADE SOBREVIVER. AGARROU-SE AO QUE TINHA – PEDIU RESILIÊNCIA E UNIÃO AOS QUE O RODEAVAM E JUNTOS PROTAGONIZARAM UM AUTÊNTICO EXERCÍCIO DE SUPERAÇÃO. A CANDIDATURA APRESENTADA PARECIA REUNIR TODAS AS CONDIÇÕES PARA FRACASSAR, MAS NÃO FOI ISSO QUE ACONTECEU, TENDO O OBJETIVO SIDO ALCANÇADO EM AGOSTO DE 2023. ASSISTIU-SE, ENTÃO, AO RENASCIMENTO DA USF CARTAXO TERRA VIVA, COM UM CORPO DE ENFERMAGEM E UM SECRETARIADO CLÍNICO RESISTENTES E SOLIDÁRIOS E UMA EQUIPA MÉDICA EM PROCESSO ACELERADO DE RENOVAÇÃO. “PENSO QUE A POPULAÇÃO NEM TEM NOÇÃO DE QUE SE NÓS NÃO TIVÉSSEMOS LUTADO A USF JÁ NÃO EXISTIA E QUE NESTE MOMENTO HAVERIA MILHARES DE PESSOAS SEM MÉDICO DE FAMÍLIA”, DESABAFA O COORDENADOR. LOCALIZADA NA CIDADE DO CARTAXO, A UNIDADE ALVO DESTA REPORTAGEM INTEGRAL A ULS DA LEZÍRIA.

Quando Carlos Mestre chegou à USF Cartaxo Terra Viva encontrou uma Unidade de Saúde Familiar que, por aquilo que lhe contaram, não terá tido propriamente origem no facto de um grupo de profissionais se ter juntado com o objetivo da sua criação. “Terão sido

juntados!”, diz. O que, desde logo, terá fragilizado o projeto, condicionando, consequentemente, a sua atividade, que teve início oficial a 14 de setembro de 2009.

“Quando aqui entrei, em agosto de 2016, havia uma manifesta carência de elementos, essencialmente



ao nível da equipa médica. Era uma USF modelo A rodeada por modelos B, sendo que, na prática, esta funcionava como um local de passagem para os médicos que entravam aqui

Cuidados de Saúde Personalizados Cartaxo, instalada no mesmo edifício, encontrava-se dentro do espaço da própria USF, ou seja, a entrada era a mesma e a circulação dos utentes também:

“As pessoas não faziam a mínima ideia de que se tratava de duas unidades diferentes, o que originava problemas. Não era bom para nós nem para a UCSP, e também não era conveniente para os próprios utentes. Não entendiam, por exemplo, que alguém chegasse aqui pelas 18h e tivesse consulta por ser da USF, mas isso já não fosse possível para quem pertencesse à UCSP. Esta questão foi posteriormente resolvida, com a sua transferência para a ala esquerda do edifício do Centro de Saúde do Cartaxo, com a colaboração da Câmara Municipal do Cartaxo.”

Avançando uns anos no tempo – sem que a situação melhorasse, antes pelo contrário –, em janeiro de 2022, a coordenadora anunciou que tinha acabado de lhe ser atribuída a

já com o objetivo de transitar para outra unidade. A instabilidade era realmente muito grande”, recorda Carlos Mestre.

Para além disso, a Unidade de

transmitir imediatamente à equipa a sua convicção de que “a única maneira de darmos a volta a isto é candidatar-nos a modelo B”.

“Pelo menos aparentemente, não era algo que parecesse concretizável, tendo em conta que a equipa estava completamente desfalcada. Para além de que havia antecedentes de outras USF que já tinham tentado por várias vezes a passagem a B e não haviam conseguido, apesar de possuírem equipas completas. Mas era a única opção!”, afirma o coordenador, sublinhando:

“Foi bom para nós porque iniciámos um processo de reestruturação que conduziu à criação de um espírito de equipa, de um propósito, de um objetivo! Mas deu muito trabalho. Eu próprio, vivi apenas para isto durante 18 meses, sem fins de semana, feriados ou férias! Foi um processo bastante difícil, sendo que muita gente não acreditava mesmo que nós conseguíssemos.”

A passagem a modelo B da USF Cartaxo Terra Viva foi oficializada a 9 de agosto de 2023.

A confirmação de que, de facto, a USF Cartaxo Terra Viva ascendia a modelo B aconteceu oficialmente a 9 de agosto de 2023, com a publicação em *Diário da República* do Despacho do Ministério da Saúde aprovando essa mudança.

“Fizemos um pacto em equipa, para garantir que o grupo se mantinha coeso e com toda a gente a trabalhar”, diz Carlos Mestre, revelando os termos do mesmo: “Ninguém sai, acontece o que acontecer, sejamos poucos ou muitos, não há nenhum enfermeiro ou administrativo a abandonar a Unidade!”

“Criou-se uma certa confiança entre nós, o que permitiu atingir o fim a que nos tínhamos proposto. Durante esse período, houve vários médicos que foram passando por aqui, mas não ficaram. A partir do momento em que a candidatura já estava orientada, começámos a fazer convites, tendo-se, entretanto, formado uma equipa médica completamente nova”, refere.

Dois oito especialistas atualmente em funções, o coordenador é o único

CARLOS MESTRE, COORDENADOR DA USF CARTAXO TERRA VIVA:

“Eu não queria ser médico porque achava que seria uma grande responsabilidade”

Carlos Manuel Caeiro Mestre nasceu a 20 de abril de 1984, Sexta-Feira Santa, portanto, a dois dias da Páscoa. Filho único de um casal de alentejanos, é natural de Safara, uma aldeia histórica do concelho de Moura. Embora ali tenha feito a escola primária, o facto de o pai ser um militar da GNR em início de carreira fez com que, durante a infância, tivesse vivido em vários locais.

Recorda-se perfeitamente que, enquanto adolescente, excluía a hipótese de um dia poder vir a ser médico “porque achava ser uma profissão que acarretava uma grande responsabilidade”, para além de que, considerando-se “algo tímido”, tinha a convicção de que “não tinha feito” para tal função.

Foi em 2001, a escassos dias de completar 17 anos, quando se deslocava para casa, após o tradicional piquenique de Páscoa, numa carrinha de caixa aberta, que um grave acidente de viação veio mudar a vida de Carlos Mestre. Confessa que foi a procura de uma atividade profissional que lhe desse estabilidade que o fez tomar a decisão de, afinal, se formar em Medicina.

Tendo congelado a matrícula durante 2 anos, para se dedicar por inteiro à fisioterapia, “para ver se conseguia recuperar alguma mobilidade”, iniciou o curso apenas em 2004, na Faculdade de Ciências Médicas, em Lisboa. Não tem dúvidas em afirmar que foi essa aposta na sua reabilitação física que lhe veio a permitir, por exemplo, enquanto estudante, estar de pé num bloco operatório, apenas com o auxílio de um andador.

Sentindo que se identificaria mais com o conceito de médico que

sabe um pouco de tudo, mas também pela sua condição física, quando se licenciou, em 2010, já tinha tomado a decisão de que iria optar por fazer a especialidade de Medicina Geral e Familiar. Entretanto, Carlos Mestre cumpriria o internato do Ano

Comum também na capital, tendo como base o Hospital de São José.

A pesquisa que realizou no sentido de encontrar uma USF com condições para se movimentar com facilidade em cadeira de rodas e que ficasse perto de uma unidade



Carlos Mestre sentia que se identificaria mais com o conceito de médico que sabe um pouco de tudo.

hospitalar levou-o até à USF São Domingos, instalada num rés-do-chão e localizada junto do Hospital Distrital de Santarém. Foi ali que fez o seu internato de MGF, tornando-se médico de família na primavera de 2016.

Importa referir que o seu currículo inclui também o facto de no final deste ano cumprir dois mandatos como membro da Direção Nacional da APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. “Outra área da minha vida onde tenho aprendido muito”, reconhece.

que está na Unidade há mais de três anos, sendo de registar que a médica de família Bárbara Junqueira acompanhou, enquanto interna, todo o processo de candidatura a modelo B bem de perto, até porque o seu orientador de formação era precisamente Carlos Mestre.

“Antes, não podíamos crescer porque não tínhamos estabilidade em termos de recursos humanos médicos, o que nunca sucedeu relativamente à equipa de enfermagem, ou até em termos do secretariado

clínico, embora não seja muito fácil arranjar profissionais nesta última área”, comenta.

A importância de a UCSP continuar a funcionar

Com oito microequipas de saúde familiar em plena atividade, o número de utentes acompanhados na USF Cartaxo Terra Viva é o maior de sempre: cerca de 14.250, sendo que muitos deles estiveram sem médico de família atribuído durante bastante tempo.

E justifica-se a manutenção da UCSP Cartaxo, constituída por um médico reformado que integrava a USF D. Sancho I, que tem sede na freguesia de Pontével, dois profissionais de enfermagem e outros tantos secretários clínicos? Carlos Mestre diz que sim:

“É importante existir uma UCSP e por isso é que houve locais onde elas foram fechadas e depois tiveram que ser reabertas. As pessoas que não

(Continua na pág. 16)

(Continuação da pág. 15)

estejam inseridas numa lista de uma USF, residentes na localidade do Cartaxo ou na freguesia de Vila Chã de Ourique, quais são as suas características? “Temos uma população tipicamente rural, mas também

“Os novos ficheiros têm um número maior de imigrantes, agora com mais gente oriunda da Índia e do Nepal”, refere o coordenador.

Quanto aos utentes servidos pela USF, residentes na localidade do Cartaxo ou na freguesia de Vila Chã de Ourique, quais são as suas características? “Temos uma população tipicamente rural, mas também

quem habite na cidade do Cartaxo, incluindo muita gente que trabalha fora, nomeadamente em Lisboa. E os novos ficheiros têm um número maior de imigrantes, numa primeira fase com destaque para ucranianos e brasileiros, agora com mais gente oriunda da Índia e do Nepal.”

Referindo que a sua lista, com cerca de 1750 nomes, é das mais envelhecidas, desde logo por ser a mesma desde que chegou ao Cartaxo, em 2016, Carlos Mestre observa que a última a ser criada, e que foi atribuída à médica Raquel Rosa, já tem 1900 utentes, para obedecer ao número adequado de unidades ponderadas.

Prossegue agora a contagem decrescente para a inauguração do novo edifício do Centro de Saúde do Cartaxo, que fica junto da esquadra da PSP, na periferia da cidade oposta àquela em que agora se localiza. Em data ainda não definida, pois, a



sua construção ainda está a decorrer, para lá serão transferidas a USF Cartaxo Terra Viva e a UCSP Cartaxo, mas também a UCC Cartaxo, o polo da USP Lezíria e as valências do polo do Cartaxo dos Serviços Assistenciais Partilhados da ULS da Lezíria.

Rita Nascimento, médica de família: “A continuidade de acompanhamento do utente em MGF é das coisas que eu valorizo mais”

Tendo também formação em Dietética e Nutrição, Rita Nascimento admite ter tendência para dar atenção à temática da alimentação quando tem o utente à sua frente. Mas logo acrescenta serem tantas as questões a tratar e dúvidas a esclarecer que, habitualmente, o tempo disponível não é suficiente para falar sobre tudo.



Rita Nascimento

Natural de Santarém, Rita Nascimento, 38 anos, diz que a sua intenção inicial até era ir logo para Medicina, mas o facto é que acabou por formar-se primeiro em Dietética



e Nutrição, um curso que na altura era uma novidade na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e que concluiu em 2009. Chegou mesmo a exercer nessa área durante 2 anos.

Mas em 2011 acabou mesmo por entrar em Medicina, exatamente na FMUL, num ambiente que já conhecia, o do Hospital de Santa Maria. Conta que quando iniciou, em 2017, o então designado internato do Ano Comum no Hospital Distrital de Santarém, a opção futura pela MGF era praticamente uma certeza. Desde logo porque “queria uma especialidade que fosse mais generalista e

que permitisse um contacto mais próximo com a pessoa, não só com o doente, mas com a pessoa em si”.

Foram motivos pessoais e o facto de haver poucas vagas na região da Lezíria que a levaram a fazer a sua formação em MGF em Setúbal, concretamente na USF São Filipe, que foi uma verdadeira escola de vida, que a preparou para os desafios da especialidade e onde ainda ficou um pouco mais de um ano depois de, na primavera de 2022, se ter tornado especialista. Chegaria à USF Cartaxo Terra Viva em outubro de 2023, quando a equipa tinha apenas quatro médicos, a contar com o próprio

coordenador, Carlos Mestre. Com a sua entrada e de um outro colega, as seis microequipas da altura ficaram completas.

Rita Nascimento considera que foi “um golpe de sorte ter vindo para esta Unidade”, diz que foi “muito bem recebida” e sublinha o “voto de confiança” que em si foi depositado: “Eu não conhecia ninguém, mas a verdade é que eu também era uma desconhecida!”

Ficou então com a maior parte dos utentes de uma lista que estava sem médico de família há cerca de um ano e que descreve assim: “Tenho uma população muito envelhecida,

Rita Nascimento: “Ao fazer domicílios, é muito interessante eu poder inteirar-me do ambiente em que a pessoa está integrada e até avaliar qual é a relação que tem com o seu cuidador.”



com pessoas que necessitam de vir à consulta com alguma frequência, sobretudo pela carga de patologia crónica e pela idade. Aliás, tenho necessidade de fazer muitas visitas domiciliárias, por haver utentes com idade avançada e uma grande dificuldade em movimentarem-se, mesmo acompanhados.”

A médica não se importa nada de ter que se deslocar ao domicílio porque, “para além de ser mais prá-

tico, é muito interessante eu poder inteirar-me do ambiente em que a pessoa está integrada, perceber quais são os cuidados que lhe são prestados e até avaliar qual é a relação que tem com o seu cuidador, para além de fazer o levantamento das necessidades sociais que possa eventualmente ter”.

Mas Rita Nascimento, que forma uma microequipa com a enfermeira Brigitte Reis e a secretária clínica Isaura Batista, também tem no seu ficheiro uma população de adultos jovens entre os 40 e os 50 anos, “que vêm à consulta mais esporadicamente, uma vez por ano, ou apenas de dois em dois anos”.

Ao ser eleita para fazer parte do Conselho Técnico da USF, juntamente com o enfermeiro José Silva e a secretária clínica Cláudia Claudino, o que se verificou em 2024, e

do imenso para ter a Unidade a funcionar. Agora as coisas já estão mais oleadas e a renovação que tem sido feita acaba por nos motivar a todos”, afirma.

Bárbara Junqueira, médica de família: “Porque haveria de ir para outro sítio quando eu me sentia tão bem integrada aqui?”

É o facto de os seus pais serem professores que explica a circunstância de Bárbara Junqueira ter ido viver para o Faial em pequena, embora tenha nascido, há 32 anos, em Viana do Castelo, de onde é natural a família materna, enquanto o seu pai é de Trás-os-Montes.



Bárbara Junqueira

Explica que foi no final da escola primária, por volta dos 10 anos, que se convenceu que um dia haveria de ser médica, com toda aquela dinâmica a que assistia numa ou noutra série televisiva em que o cenário retratava o ambiente hospitalar, com especial destaque para o espaço da urgência ou para o bloco operatório.

Só deixaria os Açores já com o 12.º ano concluído, para ir estudar Medicina em Braga, o que fez entre 2011 e 2017. Acabou depois por cumprir a Formação Geral no Hospital de Santarém.

E se no início do curso Bárbara

(Continua na pág. 18)

IDALINA BRITES, ENFERMEIRA DE FAMÍLIA:

“Há casos que recomendam avaliar no local o contexto familiar do utente”

A enfermeira Idalina Brites tem a seu cargo a gestão de tudo o que tenha a ver com a Visitação Domiciliária, incluindo a avaliação dos indicadores associados à mesma, o que, obviamente, tem o seu peso na medição do desempenho global da USF.

Feitas as contas, no que diz respeito à enfermagem, cada um dos oito elementos assegura, em média, três manhãs por mês, contabilizando em cada uma delas entre 7 a 8 visitas. Normalmente, no seu caso, as deslocações a casa dos utentes selecionados acontecem às segundas-feiras.

Note-se que há ainda que acrescentar depois as visitas que são feitas apenas pelo médico de família. O habitual é haver 3 a 4 carros disponibilizados pela Câmara Municipal do Cartaxo, que também assegura os assistentes operacionais que têm a tarefa de os conduzir.

“O motorista acompanha-nos sempre quando entramos na residência do utente, não só para nos

“O motorista acompanha-nos sempre quando entramos na residência do utente, para se evitarem possíveis situações desagradáveis.”

dar apoio, se for necessário, mas fundamentalmente para se evitarem possíveis situações desagradáveis, como, por exemplo, sermos acusados de roubo, como já sucedeu com colegas de outras unidades”, esclarece Idalina Brites, prosseguindo:

“Nós temos geralmente um carro

disponível entre as 10h da manhã e as 12h30, o que nos limita um pouco a nossa capacidade de atuação, mas tentamos controlar as coisas.”

O facto é que as viaturas servem não só a USF Cartaxo Terra Viva, mas também a UCSP que funciona no mesmo edifício, a Saúde Escolar, a assistente social e a fisioterapeuta, e principalmente a UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade, que desenvolve praticamente toda a sua atividade no exterior, de manhã à noite.

“Nós deslocamo-nos ao domicílio de pessoas dependentes mas também damos resposta a situações sociais que identificamos, ou para verificar o que se passa com utentes de 80 ou 90 anos que não aparecem nas consultas agendadas. E também há casos que nós identificamos, ou que nos são comunicados, que recomendamos uma avaliação presencial do contexto familiar em que vive determinado utente, que pode não corresponder ao que ele nos trans-

mite quando fala connosco na USF”, adianta a enfermeira.

“Conseguiste hoje, também consegues o resto da vida!”

Idalina Brites vive em Santarém desde que ali nasceu, a 8 de janeiro de 1963. Queria ser educadora de infância ou professora primária, mas esse desejo acabou por não se concretizar. Diz que sempre gostou muito da área da saúde durante os anos de liceu, no entanto, “tinha um grande receio de ver sangue”.

Até que um dia viu um “senhor de idade” ser atropelado à sua frente e, não havendo mais ninguém no local, sentiu-se impelida “a fazer qualquer coisa”: “Prestei todos os cuidados que podia. Chamei a ambulância, limpei as feridas com um pano que tinha e ainda fiz um garrote. Depois, quando cheguei a uma casa de banho pública e vi as minhas mãos cheias de sangue, pensei as-

sim: “Conseguiste hoje, também consegues o resto da vida!” Tomei, por isso, a decisão de me inscrever no curso de Enfermagem.”



Frequentou a então Escola de Enfermagem de Santarém entre 1985 e 1987. Ainda se lembra da

seu primeiro dia de trabalho, no dia 3 de janeiro de 1988, no Serviço de Cirurgia do Hospital Distrital de Santarém, onde ficou uma meia dúzia de anos, transitando depois para as Especialidades Cirúrgicas, ali permanecendo quatro anos.

Concorre depois para os CSP, permanecendo durante uns meses na extensão de Alcanede do Centro de Saúde de Santarém, onde acabou por implementar as visitas domiciliárias.

“As minhas colegas eram freiras e não estavam vocacionadas para isso. Mas as distâncias eram grandes e tornava-se um sacrifício para a população procurar aceder a cuidados de saúde. O meu transporte era assegurado por um taxista e eu passava praticamente o dia inteiro a fazer domicílios”, recorda.

Idalina Brites teve depois uma experiência que, “embora de adaptação um pouco difícil, acabou por ser muito boa”. Ficou sozinha na

extensão de Benfica do Ribatejo do CS de Almeirim a prestar serviços de enfermagem a uma população de 4500 utentes. Assim se passaram 11 anos.

Chegou à USF Cartaxo Terra Viva em 2010, tendo integrado o Conselho Técnico quase desde o início, responsabilidade que pas-

“Damo-nos bem! Ele sabe o trabalho dele e eu sei o meu. Interagimos quando temos que o fazer. Devo acrescentar que é um excelente coordenador.”

sou para o seu colega José Silva quando Carlos Mestre assumiu a coordenação da Unidade. Aliás, é com este médico e com a secretária clínica Helena Romão que forma uma microequipa.

A esse respeito, e referindo-se à relação com Carlos Mestre, Idalina Brites não hesita em afirmar: “Damo-nos bem! Ele sabe o trabalho dele e eu sei o meu. Interagimos quando temos que o fazer. Devo acrescentar que é um excelente coordenador, é muito aplicado e tem uma boa visão... Estamos bem em termos de coordenação. A única coisa que está aqui mal tem que ver comigo. Já devia estar aposentada!”

“O contrato que eu fiz com o Estado era reformar-me aos 57 anos, após 35 de serviço, o que não aconteceu!”, lamenta, acrescentando: “Há muita coisa que quero fazer, por exemplo, viajar. Adoro viajar!”

Algo que também não correu como expectável no seu percurso

profissional foi que ambicionou concorrer a enfermeira-chefe, quando estava no hospital, e até fez por isso, licenciando-se em Gestão de Recursos Humanos, curso de 5 anos realizado em Santarém. Contudo, em termos de análise curricular, privilegiava-se quem possuía uma especialidade em enfermagem e, portanto, não conseguiu atingir o objetivo.

Idalina Brites recorda esse período da sua vida: “Para obter um título de especialista, teria que ir para Lisboa, o que era impossível. Sem saber que estava grávida, comecei o curso em setembro de 1992, tendo o meu filho nascido em abril de 1993. Entretanto, com horário acrescido, porque o dinheiro fazia falta, não era possível usufruir do estatuto de trabalhadora-estudante. Foi mesmo muito complicado! Ainda para mais, posteriormente, as regras mudaram, tendo deixado de ser possível concorrer a enfermeira-chefe com o curso que eu tinha tirado.”

Confirmando ser “feliz” no seu local de trabalho, lembra “os maus momentos que passámos”, em termos de falta de recursos humanos: “Houve uma altura em que tínhamos pouquíssimos médicos e era preciso dar resposta a sete ficheiros. Não foi nada fácil. Neste momento, está tudo mais ou menos regularizado, se bem que a afluência de utentes também seja grande. Procuram muito os nossos serviços. Face ao que se observa noutras unidades, em que às 3 ou 4 da tarde não há ninguém na sala de espera, no nosso caso, a meio da tarde, ela está cheia, e toda a gente com agendamento.”

E isso quer dizer o quê?

“Que os utentes se sentem bem aqui, que vêm muito antes da hora marcada, aproveitando para conversar um pouco, em vez de irem para o café gastar dinheiro, até porque os recursos económicos nesta zona não são muitos e a população é idosa.”

(Continuação da pág. 17)

Junqueira se imaginava a enveredar por uma área mais cirúrgica, a certa altura, começou gradualmente a descobrir o gosto pela relação médico-doente. Aliás, nunca mais se esqueceu do estágio que fez numa unidade de CSP e do momento em que uma médica de família se virou para si e lhe disse: “Estás a ver? Este senhor veio aqui com o filho e eu ainda me lembro dele em bebé!”



Ainda ponderou a hipótese da Medicina Interna, por ser também uma especialidade generalista, mas pôs essa ideia de parte quando, no

internato, fez o estágio de três meses na MI:

“Foi, sem dúvida, o internamento que me fez mudar de ideias. Nas últimas semanas acompanhei muitos doentes com elevado grau de dependência, já sem grande resposta a estímulos e sem capacidade para comunicar. Dava por mim a questionar-me se a nossa intervenção estaria a acrescentar qualidade de vida ou apenas a prolongar um estado de grande fragilidade.”

“Logo a seguir comecei o estágio de MGF e uma das primeiras consultas a que assisti foi para emissão do atestado médico para a renovação da



carta de condução a um senhor com 90 anos que tinha um excelente estado geral. Foi aí que tive a certeza de que MGF era o caminho para mim, pelo contacto com as pessoas e pela possibilidade de podermos assistir a um processo de envelhecimento ativo e com qualidade”, refere.

Bárbara Junqueira não conhecia Carlos Mestre, que viria a ser o seu orientador de formação, mas já tinha ouvido falar do bom ambiente de trabalho na USF Cartaxo Terra Viva,

onde iniciou o internato de MGF em janeiro de 2020. Apanhou logo um período mais atribulado:

“Em março, surgiu a pandemia e passou tudo a funcionar de forma diferente. Mais tarde, com a saída de vários médicos, por reforma ou mobilidade, a estrutura ficou bastante reduzida. Ainda assim, foi uma equipa que me acolheu muito bem e com a qual tive uma experiência muito positiva!”

Bárbara Junqueira iniciou a atividade como especialista em fevereiro de 2025. E comenta: “Porque haveria de ir para outro sítio quando eu me sentia tão integrada aqui, com um grupo de profissionais que conhecia bem?”

Embora numa fase inicial desse maioritariamente apoio ao seu orientador, ao longo do internato foi colaborando no atendimento dos utentes das várias listas cujos médicos estavam ausentes, o que a fez lidar diretamente com os vários elementos da enfermagem e experienciar as dife-

rentes dinâmicas das microequipas. Enquanto interna, “esta experiência foi também particularmente gratificante por ter assumido, ainda que de forma temporária, o papel de médica de referência desses utentes”.

“Quando assumi como especialista, foi-me atribuída uma lista nova com utentes que estavam na UCSP e que não tinham médico de família. Não conhecia ninguém e muitos não tinham contacto com o centro de saúde há vários anos. No início, foi desafiante, até porque me deparei com pessoas com problemas de saúde complexos e descompensadas”, explica.

Atualmente, refere sentir-se plenamente realizada na especialidade de MGF, destacando o trabalho em equipa e a proximidade aos utentes como aquilo que mais a satisfaz no dia a dia.

Patrícia Simão, enfermeira de família: “A minha transição para os CSP foi desafiante, mas o contributo da equipa foi determinante neste processo”

O convite para integrar a USF Cartaxo Terra Viva surgiu de forma completamente inesperada, mas Patrícia Simão não pensou duas vezes. O processo de mobilidade interna ocorreu em meados de janeiro de 2025, deixando o Hospital Distrital de Santarém e apresentando-se no seu novo local de trabalho.

“Tinha para oferecer motivação e desejo de aprender”, diz a enfermeira, que já tinha à sua espera a médica Bárbara Junqueira e a secretária clínica Anabela Silva, os outros dois elementos da sua microequipa.



Patrícia Simão reside em Santarém, cidade onde nasceu há 46 anos. Diz que foi uma “opção natural” a escolha da profissão que exerce há 22 anos. Aliás, começou a trabalhar no dia seguinte à conclusão do curso que fez na Escola de Enfermagem de São Francisco das Misericórdias, em Lisboa.



Patrícia Simão

O primeiro local do Hospital de Santarém onde exerceu funções foi, por escolha sua, a Medicina Interna. Alguns anos depois transitou para o Departamento Cirúrgico, o que lhe permitiu obter um conhecimento muito abrangente das várias especialidades. Finalmente, passou mais de uma década ligada à Cardiologia e à Unidade Coronária.

Também investiu na formação, tendo começado por fazer uma pós-graduação em Saúde Familiar,



em 2010, por sugestão de um professor de Enfermagem, que lhe garantiu que tinha “o perfil adequado para essa área”. Fez depois uma pós-graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, onde conheceu profissionais de USF que a surpreenderam pela motivação e a forma como “defendiam a camisola”.

Na altura da pandemia de covid-19, resolveu inscrever-se na Escola Superior Agrária de Santarém, sendo que, em 2023, haveria não só de terminar a licenciatura em Engenharia Zootécnica como obteve o mestrado e o título de especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Patrícia Simão afirma que “a transição para os CSP foi desafiante, mas o contributo da equipa foi determinante”. E justifica: “Saí de uma área de intervenção totalmente dedicada à saúde do adulto e do idoso, e nunca tinha contactado com saúde infantil, planos de vacinação, saúde materna...”

Patrícia Simão: “Eu, como enfermeira, não me desvinculo da pessoa e da família que me procura, existe uma dimensão não mensurável na intervenção do enfermeiro, sendo aí que reside a verdadeira essência da profissão.”

Helena Romão, secretária clínica: “Receciono, em média, uma centena de emails por dia, normalmente, com pedidos de receitas e de consultas”

Para além de ser a secretária clínica da microequipa de Carlos Mestre, acabando por também dar apoio a este médico na sua qualidade de coordenador, toda a gente sabe na USF Cartaxo Terra Viva que Helena Romão, 51 anos, passa os seus dias basicamente no chamado *backoffice*. E trabalho não lhe falta!



Tinha 23 anos quando, através do Centro de Emprego, chegou à área da Saúde, para desempenhar a função de telefonista no Centro de Saúde de Santarém, todos os dias das 8h às 14h, acumulando com um segundo emprego num hipermercado, que a ocupava até às 22h. Esta rotina diária prolongou-se durante bastante tempo.

Foi por concurso que chegou ao CS do Cartaxo, há uns 20 anos, nos primeiros tempos ligada ao Atendimento Complementar, com uma folga por semana, não sabendo explicar porque não escolheu antes Santarém, onde nasceu e continua a viver. Nunca cederia à tentação de sair, nem quando surgiram convites para mudar para USF modelo B. Nem está previsto que o venha a fazer, tendo em conta a forma como se refere ao “espírito de equipa” que existe na Unidade e ao coordenador, “uma pessoa muito humana, sempre preocupado com todos”.

Helena Romão receciono, “em média, uma centena de emails por dia, normalmente, com pedidos de receitas e de consultas”, informando sempre o utente que a mensagem foi reencaminhada para um dos elementos da respetiva microequipa. Posteriormente, é enviado um segundo email, com a resposta à questão colocada.

Entretanto, a nossa entrevistada estima em seis dezenas o número mensal de solicitações de acesso à informação clínica, com vista à emissão de relatórios para apresentar, por exemplo, a juntas médicas e seguradoras. “Eu dou entrada, o nosso coordenador dá o despacho, eu faço a inscrição e remeto para o médico. Depois o Dr. Carlos Mestre tem de validar a informação, antes de eu ligar ao utente para ele vir levantar o documento”, explica Helena Romão.

Segundo Helena Romão, a gestão do transporte em ambulância é outra tarefa “que consome muito mais tempo do que se imagina”.

A gestão do transporte em ambulância é outra tarefa “que consome muito mais tempo do que se imagina” e que obriga igualmente a autorização por parte do coordenador. “O pedido é colocado numa plataforma que faz automaticamente a atribuição a uma corporação de bombeiros, sendo que eu preciso de estar atenta porque essa pode rejeitar, o que obriga a procurar outra. Chego a ligar para uma dúzia ou mais até alguém me confirmar que faz o serviço”, conta Helena Romão.

A lista de tarefas é extensa, incluindo a entrega de produtos de apoio aos utentes com insuficiência económica e atestado médico de incapacidade multiuso, como é o caso das fraldas e das cuecas-fralda. “Neste momento, temos 31 pessoas a usufruir desse benefício, que normalmente levantam a totalidade das 180 fraldas a que têm direito por mês”, esclarece a secretária clínica.

Helena Romão confirma que a utilização do email aumentou significativamente na sequência da pandemia de covid-19 e que a segunda-feira é “o dia mais exigente por causa do fim de semana”. Adianta ainda que faz questão de “acusar sempre a receção de um email enviado por um utente”, informando, quando é o caso, que a resposta ao pedido “poderá ser mais demorada devido a falha informática ou a uma situação de greve, por exemplo”.

Cláudia Claudino, secretária clínica: “Faço atendimento ao balcão sempre que é preciso e que o trabalho de retaguarda o permita”

Quando Helena Romão está mais atropalhada, ou ausente, é Cláudia Claudino que lhe dá apoio, ou que a substitui, no *backoffice*. Também faz o atendimento dos utentes ao bal-



cão, “sempre que é necessário e que o trabalho de retaguarda o permita”, até porque, “ultimamente, tem sido muito”. Para além de que o facto de integrar o Conselho Técnico da USF a obriga a várias tarefas, de que a elaboração das atas das reuniões é apenas um exemplo.

A formação da mais recente microequipa da USF Cartaxo Terra Viva, já em 2026, com a entrada de três profissionais – a médica Raquel Rosa e a secretária clínica Iuvana Rato, em fevereiro, e a enfermeira Ângela Sousa, em abril –, levou à criação de um novo ficheiro com um pouco mais de 1900 nomes.

“Entretanto, já saíram alguns e entraram outros! Como se trata de uma lista maioritariamente constituída por pessoas estrangeiras, que estavam a ser seguidas na UCSP Cartaxo, acaba por haver uma grande mobilidade. Com a abertura do ficheiro, fazemos sempre um ofício para informar os utentes de que lhes foi atribuído um médico de família, um enfermeiro e um secretário clínico”, afirma Cláudia Claudino, acrescentando:

Cláudia Claudino: “Em muitos casos, os dados dos utentes estrangeiros não estão atualizados, não se conseguindo contactá-los.”

“Em muitos casos, os seus dados não estão atualizados, tanto que algumas das cartas que enviamos vêm devolvidas. Depois tentamos contactá-los telefonicamente, para perceber se realmente estão no país ou não, mas por vezes não se consegue. E alguns emails também já não estão ativos.”

Natural de Vila Chã de Ourique, Cláudia Claudino trabalhou numa escola primária, na Golegã, e no liceu Sá da Bandeira, em Santarém, até que em 2005, por concurso, entrou no quadro da Função Pública, com colocação no Centro de Saúde de Rio Maior.

“A minha primeira opção era o Cartaxo, porque morava aqui ao lado, mas só consegui a vaga seguinte, a uns 40 km da residência”, explica, prosseguindo: “Estava na sede do CS, mas fazia as extensões quase todas. Aliás, eu era conhecida como ‘a mulher das pastas’, porque naquela altura ainda se usavam muito os processos em papel, até por não haver computadores nas extensões, e andava com eles de um lado para outro, tal como com as credenciais e as vinhetas.”

“Depois, por infelicidade minha, tive um acidente em serviço e parti o tornozelo. Foi quando me permitiram ficar aqui ao pé de casa, em 2017”, esclarece Cláudia Claudino, que integrava na altura a USF Salinas de Rio Maior.

De referir que, antes de ser convidada para ocupar a vaga

(Continua na pág. 20)

(Continuação da pág. 19)

que surgira na USF Cartaxo Terra Viva, ainda esteve algum tempo na UCSP Cartaxo — nessa altura ainda fisicamente localizada no espaço da USF — e dando apoio à Unidade de Saúde Pública, à UCC Cartaxo e à URAP sempre que necessário.

Isaura Baptista, secretária clínica: “Eu já me podia reformar, mas não pretendo sair tão cedo”

Nascida a 17 de fevereiro de 1960 e com 44 anos de serviço na Função Pública, Isaura Baptista podia perfeitamente aposentar-se antes do final de 2026 sem qualquer tipo de penalização, mas afirma que ainda é cedo para pensar nisso. Deixou bem claro o que pensa sobre o assunto: “Eu já me podia reformar, mas não pretendo sair tão cedo!”



Talvez exagere um pouco, mas diz conhecer os utentes todos e afirma que os recebe na Unidade “sempre com o mesmo sorriso”. E como é que consegue? Porque gosto mesmo do que faço. Vivo para isto”, responde. E tratam-na bem? “Quando há algum utente um pouco mais complicado, falo baixinho e consigo dar a volta à situação.”

O seu horário normal estende-se até às 16h, mas, “geralmente, fico sempre mais um bocadinho”, diz Isaura Baptista, sublinhando: “Eu e as minhas colegas formamos um grupo de trabalho em que não nos abandonamos umas às outras. E exemplifica com o que iria suceder na tarde do dia em que esta reportagem foi realizada:

“Porque uma de nós está de férias, outras duas colegas vieram mais cedo, quando o horário de entrada seria ao meio-dia. Como eu não vou deixar uma colega sozinha até ao final do dia, saio só um bocadinho e depois fico com ela até às 20h. Faço questão disso!”

Isaura Baptista: “O Dr. Carlos pode estar descansado porque, da nossa parte, o serviço está assegurado.”

“O Dr. Carlos pode estar descansado porque, da nossa parte, o serviço está assegurado, pois, estamos sempre prontas a fazer umas pelas outras. Aliás, damo-nos todos muito bem, médicos, enfermeiros e secretários clínicos”, garante.

O barulho que se faz sentir na sala de espera, defronte ao balcão de atendimento, quando são muitos os utentes que ali se encontram, parece ser o único problema que Isaura Baptista identifica. Não tendo outra solução, resta-lhe “pedir-lhes para falarem um pouco mais baixo”.

Quando à passagem da USF a modelo B, diz que tal só foi possível “porque nos empenhámos todos muito, dado que até tínhamos uma enorme carência de médicos na altura”, estando consciente de que essa transição foi “essencial para que hoje tenhamos a equipa completa”.



que reside a verdadeira essência da profissão.”

Relativamente aos utentes da sua lista, “constatamos a existência de determinantes em saúde que vulnerabilizam a população, como a reduzida literacia e a baixa condição socioeconómica. No passado, a difícil acessibilidade a cuidados de saúde comprometeu a vigilância de muitos utentes. Com o aumento da capacidade assistencial da USF ten-

ficar os problemas reais e efetivos desta população para conseguirmos definir uma estratégia de intervenção. Estou ciente do desafio, mas tenho o privilégio de integrar uma equipa feliz, focada e comprometida, o que trará ganhos para a população, o que é extremamente gratificante”, conclui Patrícia Simão.

Entretanto, na parede atrás de si estão expostos alguns desenhos.



tamos, com os recursos disponíveis, contrariar esse paradigma da acessibilidade. Há até quem estranhe o facto de ser convocado para consultas na UFS”.

“Houve necessidade de identi-

ficar os problemas reais e efetivos desta população para conseguirmos definir uma estratégia de intervenção. Estou ciente do desafio, mas tenho o privilégio de integrar uma equipa feliz, focada e comprometida, o que trará ganhos para a população, o que é extremamente gratificante”, conclui Patrícia Simão.

Nome: A autarquia do Cartaxo utilizou o lema “Cartaxo, Terra Viva” para promover a região e o seu desenvolvimento estratégico no início dos anos 2000. O slogan serviu de mote para campanhas de promoção turística, cultural e de modernização do concelho, marcando também o nome de várias instituições locais, como foi o caso da USF Cartaxo Terra Viva.

Logótipo: Representa uma videira, que tem que ver com o facto de o Cartaxo ser uma zona vinícola, conhecida como a “Capital do

FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (MAIO 2026)

Utentes: 14.224 (18.950,5 UP)
Idosos (≥ 65 anos): 3470 (Índice de dependência: 38,42%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1722 (Índice de dependência: 19,07%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 3560

ATIVIDADE (JANEIRO-DEZEMBRO 2025)

Consultas médicas
Presenciais: 21.092
Não presenciais: 14.739
Domicílios: 92
Total: 35.923

Consultas de enfermagem
Presenciais: 17.513
Não presenciais: 2932
Domicílios: 1117
Total: 21.562

PROFISSIONAIS (MAIO 2026)

Médicos: 8
Enfermeiros: 8
Secretárias clínicas: 6
Internos: 1

“Centro de Saúde Sexual” vence Bolsa Capital Humano em Saúde da APAH

O projeto “Centro de Saúde Sexual”, da ULS de Braga, foi um dos dois vencedores da 6.ª edição da Bolsa Capital Humano em Saúde, uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). O projeto foi selecionado entre dez candidaturas finalistas de instituições do SNS e que foram apresentadas no âmbito da 17.ª Conferência de Valor da APAH, que se realizou na Covilhã, dia 15 de maio.

Dedicada ao tema da Integração de cuidados, esta edição da Bolsa premiou propostas com potencial para promover uma articulação efetiva entre os cuidados hospitalares e os CSP. O projeto da ULS de Braga distinguiu-se pela abordagem integrada à saúde sexual, cruzando valências de CSP, Saúde Pública e Infeciologia, numa resposta coordenada e em proximidade com o utente na comunidade.

O projeto da ULS de Braga distinguiu-se pela abordagem integrada à saúde sexual.

O “Centro de Saúde Sexual” visa estruturar, num modelo único, serviços e programas que atualmente funcionam de forma dispersa na instituição: o Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD), o Programa Autoestima (dirigido a trabalhadores do sexo), a Consulta Comunitária de Medicina Sexual e a Consulta de Profilaxia Pré-Exposição à infeção por VIH (PrEP) e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Serviço de Infeciologia.

A integração destes cuidados permitirá alargar os horários, integrar uma unidade móvel, ampliar o rastreio e tomar outras medidas de prevenção de IST (em articulação com a Saúde Escolar e outros parceiros-chave, nomeadamente os municípios) e descentralizar o acesso à PPE (profilaxia pós-exposição) e à PrEP no contexto comunitário.

Está ainda prevista a criação de uma consulta para tratamento atempado e diferenciado de casos sintomáticos (com IST) e respetivos parceiros, e de uma primeira resposta ao consumo de drogas em contexto sexual no Minho, com a colaboração do Centro de Respostas Integradas (CRI).

O contexto epidemiológico sustenta a pertinência da proposta: em 2024, registaram-se 207 casos confirmados de VIH e outras IST na área da ULS de Braga, constituindo o grupo de doenças de notificação obrigatória com maior expressão na região. A conhecida subnotificação associada a estas patologias sugere que a incidência real seja superior, reforçando a necessidade de respostas mais acessíveis e articuladas.

A equipa do projeto é coordenada por Sofia Fernandes Lopes, médica de Saúde Pública da ULS de Braga, e integra Ana Luísa Carvalho de Graça, médica de Doenças Infecciosas e coordenadora da Consulta PrEP e

da Consulta de IST do Hospital de Braga. A equipa multidisciplinar mais alargada envolve profissionais de diversas áreas, incluindo Medicina Geral e Familiar, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Fisioterapia.

“Este reconhecimento reflete a capacidade de desenvolvermos res-

postas inovadoras e verdadeiramente integradas, que aproximam os cuidados hospitalares dos CSP e da comunidade. O ‘Centro de Saúde Sexual’ é um exemplo concreto do que significa pensar a saúde de forma articulada, colocando o utente no centro e mobilizando equipas multidisciplina-

res em torno de um objetivo comum: cuidar melhor e mais perto das pessoas”, sublinha Américo Afonso, presidente do CA da ULS de Braga.

Para além da vertente assistencial, terá como missão a formação e a produção de conhecimento científico, decorrente de uma abordagem

integrada e holística à saúde sexual.

A vitória na Bolsa Capital Humano em Saúde confere ao projeto um programa de consultoria especializada da Nobox, que acompanhará a equipa na construção e na implementação do “Centro de Saúde Sexual” ao longo de 2026.



JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

NÓS SOMOS MULTIDISCIPLINARES

A PROMOVER A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE



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



os dias estabelecemos estratégias de melhoria na forma como procuramos dar resposta às necessidades dos nossos utentes”. E enaltece o “verdadeiro trabalho em equipa” que se desenvolve na USF.

Reconhecendo que os indicadores de desempenho são muito importantes para avaliar o trabalho que é feito, pois, “são dados mensuráveis e inequívocos de ganhos em saúde”, Patrícia Simão vai mais longe: “Eu, como enfermeira, não me desvinculo da pessoa e da família que me procura, existe uma dimensão não mensurável na intervenção do enfermeiro, sendo aí

(Continuação da pág. 19)



MARIA JOÃO HEITOR NO XV CONGRESSO DE PSIQUIATRIA S. JOÃO DE DEUS:

“As pessoas em situação de vulnerabilidade têm que ter acesso a cuidados de saúde mental”

A PSIQUIATRA MARIA JOÃO HEITOR NÃO TEM QUALQUER DÚVIDA DE QUE A “OTIMIZAÇÃO DAS RESPOSTAS” NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL SÓ SERÁ POSSÍVEL COM O ENVOLVIMENTO ARTICULADO DOS SETORES PÚBLICO, SOCIAL E PRIVADO, TENDO SUBLINHADO ISSO MESMO AO INTERVIR NO XV CONGRESSO DE PSIQUIATRIA S. JOÃO DE DEUS.

Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS de Loures-Odivelas, Maria João Heitor também integra a Direção do Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, tendo participado na sessão de abertura do Congresso em representação do bastonário, Carlos Cortes.

conselheira geral das Irmãs Hospitalares.

Maria João Heitor, que já foi presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, achou por bem começar por lembrar, na sua intervenção, que as doenças mentais estão entre as patologias crónicas mais frequentes



Irmã Blanca Guerrero, Irmão José Paulo, Miguel Arriaga, Hélder Mota Filipe e Maria João Heitor

A seu lado tinha o bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Hélder Mota Filipe, o diretor de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde da Direção-Geral da Saúde, Miguel Arriaga, e ainda os representantes das duas entidades responsáveis pela organização do Congresso: Irmão José Paulo, presidente do Instituto S. João de Deus, e Irmã Blanca Guerrero, 3.ª

no mundo, não sendo Portugal exceção, com perto de uma em cada quatro pessoas a sofrer anualmente de uma experiência de doença mental.

“Seja a dita doença mental comum (ansiedade e depressão), seja a doença mental grave, com o paradigma da esquizofrenia. E mais uma multiplicidade de diagnósticos sindrómicos e nosológicos,



Maria João Heitor

como as perturbações do neurodesenvolvimento, nas quais se incluem as deficiências intelectuais”, referiu.

“Mais do que fazer face à doença, nós estamos perante pessoas”

Contudo, fez questão de frisar que, “mais do que fazer face à doença, nós estamos perante pessoas, sujeitas a um conjunto de determinantes individuais culturais, económicos e ambientais”. Ora, intervir e cuidar dessas pessoas “implica implementar medidas de promoção da saúde mental e de prevenção da doença mental e dispor de um leque de respostas de tratamento, de reabilitação psicossocial e de reintegração na sociedade após a recuperação da doença, quando isso é possível”.

Sendo certo que “as pessoas em situação de vulnerabilidade têm que ter acesso aos cuidados de que necessitam”, é com convicção que Maria João Heitor afirma: “Só com uma adequada articulação e complementaridade, ou integração,

entre o setor público, o SNS, o setor social e o setor privado é que conseguimos otimizar as respostas

“Só com uma adequada articulação e complementaridade, ou integração, entre o setor público, o SNS, o setor social e o setor privado é que conseguimos otimizar as respostas que é preciso dar.”

que é preciso dar.” E não deixou de sublinhar ser essa uma opinião pessoal, sustentada numa longa experiência profissional de ligação a esses três setores.

Constatando o facto de “vivermos numa era, simultaneamente, de transformação digital, de hiperconectividade, de desassossegos e solidão”, sendo a saúde mental “impactada de diferentes formas”, Maria João Heitor saudou os organizadores do Congresso, que desenharam um programa subordinado ao tema “Saúde mental e pós-modernidade: o analógico e o digital”:

“Pensar a ligação entre saúde mental, cérebro, ciência, digital, espiritualidade e hospitalidade, e quais são os pontos em que todas estas dimensões se encontram, é um dos desafios sobre o qual este evento se debruça de uma forma brilhante.”



Comissão Organizadora do XV Congresso

A psiquiatra concluiria a sua intervenção destacando que a Ordem dos Médicos “assume um papel ativo na transformação digital da saúde em Portugal”. Contudo, acrescentou, “sem esquecer que o digital também pode ser uma ferramenta estratégica para devolver tempo aos médicos e aos outros profissionais, para um certo regresso ao essencial, que passa pela relação terapêutica, pela relação médico-doente”.

De referir que, antecedendo a cerimónia de abertura, o XV Congresso de Psiquiatria S. João de Deus, que decorreu em Lisboa, entre os dias 15 e 17 de abril, teve como protagonista da sua conferência inaugural o psiquiatra Luís Madeira.

O atual presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental apresentou uma comunicação intitulada “A modernidade e a tecnologia na Saúde Mental – Promessas e ameaças. Uma perspectiva multidisciplinar”, numa sessão que teve como moderador Joaquim Ferreira, diretor do Serviço de Neurologia da ULS de Santa Maria.



Joaquim Ferreira e Luís Madeira

Cinco anos de saúde mental comunitária em Ourém

A Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM) para a População Adulta de Ourém, integrada na ULS do Médio Tejo, assinala cinco anos de atividade com um balanço de 9195 consultas médicas realizadas e 1396 utentes acompanhados, confirmando a consolidação desta resposta de proximidade a pessoas com doença mental grave e de utentes em situação de maior vulnerabilidade.

Criada em finais de maio de 2021, esta ECSM tem assegurado cuidados de saúde mental (SM) no âmbito de uma intervenção multidisciplinar que aproxima a resposta especializada dos locais onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. Tal permite conhecer melhor cada utente no seu contexto familiar, social e comunitário, identificar precocemente sinais de descompensação e construir planos de acompanhamento mais ajustados às necessidades reais de cada pessoa.

Os cuidados centrados na pessoa prestados pela ECSM de Ourém foram reforçados a partir de 2022, com a realização de consul-

tas domiciliares. Nos cinco anos de atividade foram realizadas 879 visitas e consultas nas casas dos utentes. Esta é uma componente essencial da intervenção comunitária em SM, permitindo acompanhar pessoas com maior fragilidade clínica, social ou dificuldade de deslocação, reforçar a adesão terapêutica, apoiar famílias e cuidadores e intervir de forma mais atempada perante situações de maior risco ou vulnerabilidade.

A intervenção em contexto domiciliário e comunitário assume, por isso, um papel central na continuidade dos cuidados e na prevenção do agravamento da doença mental. Ao levar os cuidados até aos locais onde os utentes vivem, a equipa contribui para reduzir barreiras de acesso, evitar ruturas no acompanhamento e, sempre que possível, prevenir situações de crise que possam conduzir a episódios de urgência ou internamento.

Adicionalmente, desde 2021, foram registados 278 internamentos

de utentes do concelho de Ourém no âmbito da Psiquiatria. Este indicador é acompanhado pela equipa no contexto da continuidade assistencial, permitindo reforçar o seguimento após a alta, articular respostas com os CSP e com os parceiros da comunidade e promover uma recuperação mais sustentada no regresso ao contexto de vida da pessoa.

A Equipa Comunitária de Saúde Mental para a População Adulta de Ourém atua cinco dias por semana e integra psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, entre outros profissionais. O acompanhamento inclui a definição de um plano individual de cuidados e a atribuição de um terapeuta de referência, permitindo uma resposta mais próxima, contínua e ajustada às necessidades de cada utente.

A intervenção é desenvolvida em articulação com os CSP de Ourém e com instituições locais, autarquia, estruturas sociais e projetos comunitários. Isso permite responder não apenas às necessidades clínicas, mas também aos fatores sociais, familia-



Elementos da Equipa Comunitária de Saúde Mental para a População Adulta de Ourém

res e comunitários que influenciam a SM, numa lógica de trabalho em rede e de responsabilidade partilhada.

“Estes cinco anos mostram que a SM não pode estar limitada ao hospital. Muitas das pessoas que acompanhamos precisam não só de cuidados clínicos convencionais, mas também de continuidade, presença, relação terapêutica e articulação com a família e com a comunidade. A Equipa Comunitária permite-nos conhecer melhor cada pessoa no seu contexto de vida e construir respostas mais ajustadas, mais humanas e mais eficazes”, sublinha Jorge Carvalheiro, coordenador da ECSM de Ourém.

“Este balanço demonstra a importância estratégica das respostas comunitárias de SM e confirma o compromisso da ULS do Médio Tejo com cuidados mais próximos, integrados e centrados nas pessoas”, afirma Casimiro Ramos, presidente do CA da ULS do Médio Tejo.



ESPECIAL **XL Jornadas de Estudos da Reprodução**

ALCOBAÇA
8 e 9 maio 2026

XL Jornadas de Estudos da Reprodução **ESPECIAL**

Reproduzem-se neste Especial alguns artigos originalmente publicados no *Jornal das XL Jornadas de Estudos da Reprodução*, distribuído aos participantes no evento, que se realizou em Alcobaca, nos dias 8 e 9 de maio de 2026, promovido pela Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR).



Portugal recebe em 2027 o Congresso da Federação Ibero-Americana de Reprodução Humana

O III Congresso da FibaRH, de que o ginecologista Luís Ferreira Vicente é vice-presidente, vai acontecer por ocasião do 10.º Congresso Português de Medicina da Reprodução (SPMR), que decorrerá entre 6 e 8 de maio do próximo ano, em Vila Nova de Gaia.

A ideia de constituição da Federação Ibero-Americana de Reprodução Humana partiu das sociedades ibéricas desta área e ficou estabelecida durante o 9.º Congresso da SPMR, no início de maio de 2024, em Albufeira. Foi nessa altura, aliás, que Luís Ferreira Vicente assumiu a presidência da SPMR, para cumprir um mandato de 3 anos.

A FibaRH seria fundada duas se-



Juan José Espinós (SEF), Claudio Bonomini (presid. cessante SPF), Sergio Dario Papier (presid. cessante ALMER), Luís Ferreira Vicente (SPMR) e Carlos Vergara Herrero (presid. SPF)



Ricardo Santos, Luís Ferreira Vicente e Rui Miguelote

manas depois, dia 24, na Corunha, no decorrer do 34.º Congresso da Sociedade Espanhola de Fertilidade (SEF), agregando também a Associação Latinoamericana de Medicina Reprodutiva (ALMER). De referir que

esta entidade representa várias sociedades, como as do Equador, Colômbia, Argentina e Chile.

O II Congresso da FibaRH realizou-se em março de 2026, na cidade de Lima, anexo ao Congresso da Sociedade Peruana de Fertilidade

(SPF), que entretanto também já integra a Federação Ibero-Americana, estando neste momento em processo de agregação a Associação Mexicana de Medicina de Reprodução (AMMR). Para além do presidente da SPMR, deslocaram-se igualmente ao Peru outros dois membros da Direção da SPMR: Ricardo Santos e Rui Miguelote.

A presidência da FibaRH é assegurada por Juan José Espinós, presidente da SEF, e o vice-presidente é Luís Ferreira Vicente, enquanto o argentino Sergio Dario Papier, que lidera a ALMER, assume as funções de tesoureiro. De referir que o atual mandato foi prolongado de dois para três anos, terminando precisamente no III Congresso, em maio de 2027, em Portugal. Está estabelecido nos Estatutos que entre os sete elementos que constituirão a Comissão Diretiva



constem, para sempre, representantes das três sociedades fundadoras: SPMR, SEF e ALMER.

“O objetivo é conseguir-se um intercâmbio de informação científica entre nós”

“Nós temos séculos de história com a América Latina e devemos projetar essa relação para o futuro”, considera Luís Ferreira Vicente, esclarecendo que “o objetivo é conseguir-se um intercâmbio de informação científica entre nós”.

De facto, “há até algumas diferenças relativamente à mediação utilizada na Europa e na América Latina, e a troca de informação poderá ser muito útil para os nossos doentes”. Este é um aspeto importante se considerarmos, por exemplo, que “na Europa era utilizado um medicamento que foi, entretanto, descontinuado devido a um problema no fabrico, embora continue a ser largamente prescrito na América Latina e nos EUA”.

Importa recordar que o I Congresso da FibaRB aconteceu a 22 de maio de 2025, em Valência, na véspera do início da Reunião Nacional de Grupos de Interesse da SEF. O objetivo é que o Congresso se realize sempre em data anexa à do encontro anual de uma das sociedades integrantes, e de forma rotativa.

Critérios para a implementação de um sistema de IA no laboratório de FIV



Sofia G. Nunes
Diretora do Laboratório FIV, IVIRMA Lisboa

ALCOBAÇA
8 e 9 maio 2026

A inteligência artificial (IA) está a transformar progressivamente o laboratório de fecundação *in vitro* (FIV), com aplicações que vão desde a avaliação espermática automatizada à seleção embrionária baseada em redes neuronais profundas. Apesar do crescimento exponencial de ferramentas comerciais e publicações científicas, a adoção clínica da IA nem sempre é acompanhada por uma avaliação estruturada e crítica. Importa referir que embriologistas e diretores de laboratório devem tomar decisões informadas sobre a implementação de sistemas de IA, reafirmando que estes devem funcionar como ferramentas de suporte, nunca como substitutos do julgamento clínico.

As taxas de sucesso em FIV permanecem limitadas, mesmo após dé-

cadas de avanços técnicos, em parte devido à variabilidade interobservador e à limitada capacidade preditiva da avaliação morfológica tradicional. A IA surge como resposta a estas limitações, prometendo maior consistência, redução da subjetividade, automatização de tarefas morosas e reforço da segurança e rastreabilidade dos processos laboratoriais. Contudo, entre o potencial teórico e a implementação responsável existe um espaço crítico que exige critérios claros de avaliação.

Antes da adoção, qualquer sistema de IA deve demonstrar utilidade clínica concreta, cumprindo pelo menos um de cinco objetivos: melhorar resultados clínicos, facilitar o trabalho do embriologista, aumentar a segurança, reforçar a explicabilidade das decisões ou otimizar a eficiência

do laboratório, sem nunca prejudicar os resultados existentes.

A IA está atualmente presente em várias áreas do laboratório de FIV, incluindo avaliação espermática, ovocitária e embrionária, sendo esta última a área com maior evidência científica. Ainda assim, não existe prova inequívoca de superioridade clínica em termos de taxa de recém-nascido vivo, sendo o principal valor da IA o aumento da consistência e padronização das decisões.

Com base na literatura recente e em recomendações de entidades de referência, a apresentação propõe sete critérios fundamentais para avaliar a implementação de IA no laboratório: desempenho do modelo, qualidade dos dados, integração no fluxo de trabalho, escalabilidade e estabilidade, monitorização e atualizações, formação da

A IA não substituirá os embriologistas, mas aqueles que a utilizarem de forma crítica e responsável terão uma vantagem clara na prática clínica.

equipa e considerações éticas e legais. Destaca-se a importância da validação externa e, idealmente, da validação lo-

cal, para garantir que o modelo generaliza para diferentes contextos clínicos. A proteção de dados, a explicabilidade dos algoritmos, a equidade e o cumprimento da regulamentação vigente são igualmente aspetos centrais.

A implementação de IA deve ser encarada como um processo contínuo, que envolve monitorização permanente dos resultados e revalidação periódica. O custo, embora não seja um critério científico, deve ser avaliado em função do valor efetivamente acrescentado ao laboratório. O futuro da IA em embriologia aponta para modelos multimodais, mais explicáveis e totalmente integrados na prática clínica. A IA não substituirá os embriologistas, mas aqueles que a utilizarem de forma crítica e responsável terão uma vantagem clara na prática clínica.

O papel da enfermagem na PMA



Joana Dias de Freitas
Enfermeira coordenadora na Nextfertility Faro. Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e com doutoramento em Psicologia

A infertilidade é um problema de saúde que tem aumentado ao longo dos últimos anos, e por diversos motivos: pelo adiamento da maternidade; pelo aumento do número de doenças sexualmente transmissíveis ou até mesmo pelos “maus” hábitos de vida.

A infertilidade é definida como a incapacidade de um casal heterossexual engravidar após 12 meses de relações sexuais regulares e sem recurso a métodos contraceptivos.

Com o aumento do número de casos de infertilidade, tem havido um acréscimo nas tecnologias usadas na mesma, assim como nos progressos tecnológicos no decorrer dos tratamentos.

Mas o prisma da problemática da infertilidade não pode ser encarado unicamente na esfera fisiológica, mas também sociocultural, psicológica e emocional.

O atendimento a um casal ou pessoa infértil é realizado por uma

equipa multidisciplinar, desde administrativo, auxiliar, médico e enfermeiro. E qual é o papel da pessoa do enfermeiro na procriação medicamente assistida (PMA)? O que distingue o enfermeiro em PMA das outras áreas da medicina?

Em primeiro lugar, é fundamental que o enfermeiro em PMA desenvolva conhecimentos científicos: dos protocolos de estimulação ovárica e na individualização de cada tratamento; sobre os medicamentos usados nos tratamentos assim como efeitos secundários; técnicas adequadas no manuseamento dos medicamentos; processo de embriogénese, assim como fisiopatologia do aparelho reprodutor feminino e masculino; endocrinologia, genética e imunologia; e, sobretudo, educação para a saúde.

A infertilidade e a realização dos seus tratamentos envolve fisiopatologia, mas sobretudo uma “sobrecarga emocional” muito grande aos casais, e é neste aspeto que a

pessoa do enfermeiro detém um papel crucial. E porquê? Porque a pessoa do enfermeiro é o profissional que acompanha o casal e/ou pessoa desde a primeira consulta até ao término do tratamento, com ou sem sucesso.

O enfermeiro em PMA não se limita à monitorização dos sinais vitais ou à explicação dos medicamentos e seus efeitos, mas consegue ESTAR com o casal, esclarecer as dúvidas dos mesmos, nas diferentes fases do tratamento: antes, durante e após. O enfermeiro consegue estabelecer uma relação terapêutica fundamental com aquele casal, de forma individualizada, no sentido de retirar dúvidas, acompanhar e aconselhar o casal nas fases emocionais do mesmo e sobretudo, prepará-lo para as possibilidades de desfecho do tratamento (com ou sem sucesso).

Ser-se enfermeiro em infertilidade é um verdadeiro desafio para este profissional, pois, trabalha diaria-

Ser-se enfermeiro em infertilidade é um verdadeiro desafio para este profissional, pois, trabalha diariamente com o sonho de um casal e/ou pessoa.

mente com o sonho de um casal e/ou pessoa. Para o casal, a realização do tratamento em PMA é desafiante porque corresponde ainda a um tema tabu, que não é, maioritariamente, abordado com os seus amigos e família, porque na

verdade, culturalmente, engravidar deveria ser fácil e natural. Quando o casal recorre à PMA torna-se um verdadeiro desafio, e para a pessoa do enfermeiro que tem que enfrentar e lidar com estas emoções todos os dias?

Diariamente, o enfermeiro recebe casais com histórias e perspetivas diferentes, e cabe ao mesmo prestar apoio, mas sobretudo ensinar-lhes a perspetivar os tratamentos. Trabalhar em PMA envolve também crenças e valores pessoais numa área de trabalho em expansão, mas que cada vez mais se apresenta enriquecida de dilemas, particularmente éticos, o que exige à pessoa do enfermeiro o seu posicionamento e atitude.

Em PMA, o papel do enfermeiro vai muito além do cuidado técnico, pois, complementa-se com o cuidado individualizado e humanizado perante um casal e/ou pessoa que está a passar por um sofrimento emocional na concretização de um sonho.

A evolução da PMA no Laboratório... e a invisibilidade do embriologista



Filipa da Silva Barbosa
Embriologista sénior e especialista em Reprodução, Ginemed Porto. Presidente da Secção de Embriologia da SPMR

Nas últimas décadas, a Medicina da Reprodução evoluiu de forma extraordinária. As técnicas laboratoriais são cada vez mais sofisticadas e permitiram aumentar as taxas de sucesso dos tratamentos de fertilidade e oferecer esperança a milhares de casais e indivíduos. No centro desta evolução estão os embriologistas e as novas tecnologias.

Sobre o microscópio, o embriologista seleciona espermatozóides, avalia ovócitos, acompanha a fertilização e observa o desenvolvimento embrionário hora após hora, dia após dia. No Laboratório de PMA, existe um espaço onde a ciência, a precisão e a esperança se encontram todos os dias. Aqui existe uma espécie de magia silenciosa que poucos conhecem verdadeiramente. É aí que o embriologista trabalha.

A exigência da profissão aumentou significativamente. Hoje, um embriologista necessita de formação avançada em Biologia Reprodutiva, Embriologia Clínica, Genética, Criopreservação, Controlo de Qualidade e Regulamentação Laboratorial. Num contexto em que a reprodução medicamente assistida depende diretamente da qualidade laboratorial, torna-se difícil compreender como profissionais com elevada diferenciação técnica e científica continuam sem um enquadramento profissional sólido e valorizado.

A ausência de uma estrutura profissional clara conduz à estagnação, à perda de motivação e, inevitavelmente, à dificuldade em reter profissionais altamente qualificados. Muitos jovens especialistas acabam por procurar oportunidades no estrangeiro, onde existe maior reconhecimento técnico, científico e remuneratório.

Apesar de se terem verificado alguns avanços nos últimos anos, torna-se difícil compreender como profissionais com elevada diferenciação técnica e científica continuam sem um enquadramento profissional sólido e valorizado. Além disso, a responsabilidade emocional associada ao trabalho não pode ser ignorada: cada procedimento representa expectativas, projetos de vida e, frequentemente, anos de sofrimento por infertilidade.

Efetivamente, para muitos, o caminho até à Procriação Medicamente Assistida é longo e emocionalmente desgastante. São meses ou anos de tentativas falhadas, exames infundá-

veis, inseguranças e perguntas sem resposta. Contudo, esta crescente complexidade não tem sido acompanhada por uma valorização proporcional da carreira.

Apesar desta importância, os embriologistas permanecem (relativamente) invisíveis aos olhos do público. Poucas pessoas sabem quem são, como trabalham ou qual o seu nível de especialização. Em muitos casos, os próprios pacientes nunca chegam a conhecer o profissional que acompanhou os seus embriões durante os primeiros dias de desenvolvimento.

Num país onde a infertilidade afeta um número crescente de pessoas e onde a natalidade representa um desafio social evidente, investir na valorização dos profissionais da reprodução assistida deveria ser uma

prioridade. Um Centro de Reprodução Assistida não funciona apenas com tecnologia avançada; funciona graças à competência humana de equipas multidisciplinares. Entre esses profissionais, os embriologistas merecem, finalmente, deixar de ser os especialistas invisíveis da fertilidade.

Torna-se urgente reconhecer e dar maior visibilidade aos embriologistas em Portugal, não apenas como técnicos de laboratório, mas como profissionais de saúde altamente especializados e indispensáveis ao sucesso da Medicina Reprodutiva moderna. Reconhecer o seu contributo é também valorizar a ciência, o rigor e o trabalho silencioso que permite transformar infertilidade em possibilidade.

Reconhecer o seu contributo é também valorizar a ciência, o rigor e o trabalho silencioso que permite transformar infertilidade em possibilidade.

A doação pelos olhos dos dadores



Ana Galhardo
Psicóloga clínica. Prof.ª auxiliar no Inst. Superior Miguel Torga. Investigadora no Centro de Investig. em Neuropsicologia e Interv. Cognitivo-Comport. (CINEICC) – Fac. de Psicologia e de Ciências da Educação da UC

O adiamento da parentalidade, cada vez mais comum, contribui para o aumento do recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), incluindo o uso de gâmetas de dador/a.

Em Portugal, mudanças legislativas, como o acesso à PMA por mulheres sem um parceiro masculino e por casais de mulheres, assim como o fim do anonimato dos dadores, também influenciaram a procura por tratamentos com doação de espermatozoides e ovócitos.

As principais motivações para doar gâmetas incluem o altruísmo (desejo de ajudar outras pessoas na concretização do desejo de parentalidade), a compensação financeira e a avaliação da própria fertilidade. Ainda assim, os dadores podem experienciar ambivalência, ou seja, sentimentos contraditórios na sua tomada de decisão quanto à doação.

Um estudo realizado numa amostra de 416 potenciais dadores/as (345 mulheres e 71 homens), recrutados em contexto de clínica privada, mostrou que as principais motivações referidas para a realização da doação incluíam: ajudar os outros, denotando sensibilidade em relação às dificuldades e ao sofrimento que a experiência de infertilidade pode implicar; transmissão genética; e obten-

ção de informação sobre a própria fertilidade.

Não se observaram diferenças significativas entre homens e mu-

A maioria dos participantes expressou a intenção de realizar o máximo de doações permitidas, sugerindo disposição para contribuir de forma contínua para a ajuda a outros que enfrentam barreiras à parentalidade genética.

lheres na maioria das motivações, embora as mulheres valorizem mais a experiência da maternidade e a compensação financeira, e os homens refiram mais frequentemente a ausência de intenção de ter filhos como motivação. As motivações identificadas estão alinhadas com a literatura, destacando-se o altruísmo e a compensação financeira, sendo esta última entendida como forma de reconhecimento pelo tempo e pelo esforço dedicados ao processo.

De notar, ainda, que a maioria dos participantes expressou a intenção de realizar o máximo de doações permitidas, sugerindo disposição para contribuir de forma contínua para a ajuda a outros que enfrentam barreiras à parentalidade genética.

Relativamente à ambivalência, não se observaram diferenças significativas entre homens e mulheres, nem em função do estado civil nem da existência de filhos. Contudo, os participantes que indicaram não conhecer pessoas com infertilidade apresentaram maior ambivalência, sugerindo que o contacto com essa

A importância de uma abordagem verdadeiramente multidisciplinar, colaborativa e centrada na pessoa



Ana Pereira
Presidente da Secção de Enfermagem da SPMR

Na qualidade de presidente da Secção de Enfermagem da Sociedade Portuguesa da Medicina da Reprodução (SPMR), acho importante refletir sobre o papel dos vários profissionais que trabalham na saúde reprodutiva em Portugal, sublinhando a importância de uma abordagem verdadeiramente multi-

A evolução científica e tecnológica nesta área tem sido muito significativa, permitindo respostas cada vez mais eficazes às necessidades das pessoas e dos casais.

disciplinar, colaborativa e centrada na pessoa.

A evolução científica e tecnológica nesta área tem sido muito significativa, permitindo respostas cada vez mais eficazes às necessidades das pessoas e dos casais. No entanto, o

sucesso dos cuidados não depende só da tecnologia, mas também do trabalho em equipa e da forma como diferentes áreas, como a enfermagem, a medicina e a psicologia, se complementam e trabalham em conjunto.

Os enfermeiros assumem uma posição privilegiada na proximidade com as pessoas, casais e famílias que recorrem aos nossos serviços. Somos frequentemente o primeiro ponto de contacto, acompanhando-os em todo o percurso – desde o acolhimento inicial até às diferentes fases dos tratamentos.

Este acompanhamento é desenvolvido em estreita articulação com os restantes profissionais de saúde e esta continuidade de cuidados permite uma abordagem centrada na pessoa, onde as dimensões emocional, psicológica e social são valorizadas tanto quanto os aspetos clínicos.

Num contexto frequentemente marcado por expectativas, ansiedade e, por vezes, frustração, nós temos um papel na promoção da literacia em saúde, na gestão da informação e no apoio à tomada de decisão informada.

A capacidade de comunicar de forma clara, empática e baseada na evidência é um pilar fundamental para garantir que os nossos pacientes se sentem seguros, respeitados e envolvidos no seu próprio processo terapêutico.

A SPMR tem vindo a desempenhar um papel relevante na promoção do conhecimento e na valorização do contributo da enfermagem nesta área especializada.

Não se observaram diferenças significativas entre homens e mulheres.

circunstância aumenta a compreensão e a compaixão dirigidas a essas pessoas e diminui as dúvidas e incertezas quanto a atuar como dador/a.

Assim, uma maior divulgação e sensibilização sobre as características da infertilidade pode contribuir para o aumento do número de pessoas que equacionem doar gâmetas. De acrescentar que avaliar a existência de ambivalência nos/as dadores/as também se assume como relevante no aconselhamento a ser proporcionado aos/as potenciais dadores/as, considerando a complexidade do processo de doação, que integra aspetos éticos, morais, emocionais e sociais.

O impacto psicológico da infertilidade e/ou tratamentos de PMA é significativo



Juliana Pedro
Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e Doutorada em Psicologia. Presidente da Secção de Psicologia da SPMR

O papel do psicólogo na PMA é hoje indiscutivelmente valorizado na prática clínica. A evidência científica é clara: o impacto psicológico da infertilidade e/ou tratamentos de PMA é significativo e pode traduzir-se em desajustamento psicológico em cerca de 30% da população.

O acompanhamento psicológico poderá ter benefícios importantes na prevenção do desenvolvimento de psicopatologia, independentemente da ocorrência de gravidez.

As trajetórias na PMA são complexas, de duração variável e com impacto heterogéneo nas pessoas envolvidas.

No entanto, o papel do psicólogo na PMA não se limita à prevenção e à intervenção em situações de psicopatologia ou situações que merecem atenção clínica do ponto de vista psicológico. As trajetórias na PMA são complexas, de duração

variável e com impacto heterogéneo nas pessoas envolvidas.

Recordamos aspetos da jornada extensa do processo de tomada de decisão face à doação de gâmetas, do cancelamento de ciclos, da perda gestacional após PMA, do processo de decisão de criopreservação de ovócitos, seja por motivos de saúde, seja pela chamada “criopreservação social”. Em todos estes processos de tomada de decisão, a existência de uma equipa multidisciplinar desempenhará um papel relevante. O psicólogo deve, por isso, fazer parte destas equipas.

Por exemplo, nas situações de tratamentos de PMA com recurso a gâmetas doados, as *guidelines* mais recentes da ESHRE (2022) recomendam consulta de “*counselling*” antes, durante e após os tratamentos de PMA, tanto para pessoas que doam como para quem “recebe”.

Neste sentido, os objetivos da Secção de Psicologia têm-se centrado na continuação do trabalho realizado pelas direções anteriores, com foco no reforço da divulgação

e da promoção do papel do psicólogo na Medicina da Reprodução. Por isso mesmo, a Secção está comprometida em contribuir para o desenvolvimento de formação avançada dirigida a psicólogos com interesse/experiência/atividade clínica e/ou de investigação na área da fertilidade/infertilidade e da reprodução humana.

Temos também dado passos importantes na promoção de canais de partilha de informação entre colegas, o que se concretizou mais recentemente com o Grupo de Intervenção em Psicologia na PMA, aberto a psicólogos sócios da SPMR. Nestes encontros, a cada 2 meses, temos a oportunidade de discutir casos clínicos em grupo, partilhar experiências e conhecimentos, o que permite a melhoria contínua da prática clínica.

Destaca-se também o esforço da Secção na colaboração com outras entidades, como a ESHRE: traduzimos as *guidelines* dos cuidados psicossociais para a língua portuguesa, estando acessíveis ao público também no

website da SPMR, e encontramos-nos, neste momento, a traduzir as recomendações acerca da informação que deve ser disponibilizada em todos os tratamentos/procedimentos envolvidos na doação de gâmetas (ESHRE, 2022).

A Secção de Psicologia está igualmente comprometida em trabalhar com outras classes profissionais, permitindo a partilha de conhecimento especializado e a construção conjunta de respostas mais integradas e eficazes. Iremos colaborar na tradução de um curso para profissionais de saúde de PMA acerca da comunicação de más notícias, e é por isso que recebemos, nestas Jornadas, a Dr.ª Sofia Gameiro, psicóloga e investigadora na Universidade de Cardiff, que liderou o projeto conducente ao desenvolvimento deste recurso.

Nota: Este texto representa a perspetiva da Secção de Psicologia. Direção: Doutora Juliana Pedro, Doutora Ana Galhardo e Dr.ª Vânia Fernandes.

Experiência de uma enfermeira portuguesa em PMA em Abu Dhabi



Dulce Peinado
Enfermeira

Em 2015, na cidade de Al Ain, nos UAE, tive, pela primeira vez contacto com a PMA. Rapidamente percebi que o papel da enfermagem transcende largamente a execução técnica de procedimentos.

Em ambas as clínicas onde trabalhei, as equipas de enfermagem eram versáteis. Executávamos funções tanto na consulta externa, quanto no bloco operatório onde decorriam os procedimentos. Enquanto enfermeiros, o nosso papel era fundamental

durante a realização de ultrassons, administração de fármacos, punção venosa para colheitas de sangue, instrumentação dos procedimentos, circulação e atuação como enfermeiros de anestesia na sala operatória, em articulação com os colegas dos laboratórios de Embriologia e Genética.

No entanto, o papel do enfermeiro vai muito além da técnica, apesar de esta ser fundamental. Também cuidamos do estado emocional do cliente e do casal ao longo de todo o tratamento, transmitindo segurança, confiança e esperança.

Junto a isto, a enfermagem assume um papel de monitorização contínua do cliente, incluindo os resultados laboratoriais, as alterações na medicação e a consequente comunicação e orientação ao utente dessa alteração. Somos também responsáveis pela educação e pelo aconselhamento ao cliente, de forma a assegurar que cada casal compreenda os protocolos recomendados, a medicação, as etapas do tratamento e o que esperar ao longo do processo.

É evidente que atuamos sempre num contexto interdisciplinar e holístico. Nós, a enfermagem,

também comunicamos as boas e, em alguns casos, nem tão boas notícias durante o ciclo de tratamentos. É ao mesmo tempo exigente, gratificante, árduo, mas necessário.

Em ambas as clínicas onde trabalhei, desempenhei funções de gestão, o que me proporcionou a oportunidade de adquirir conhecimentos sobre o Departamento da Saúde (DOH) e suas exigências, uma vez que estive diretamente envolvida nas inspeções necessárias à abertura das unidades após a obtenção das licenças correspondentes.

Foi uma experiência incrível. Testemunhei, mais uma vez, o quanto a enfermagem desempenha um papel fundamental nesse processo, desde a elaboração de protocolos (POP), seleção de equipamentos e materiais consumíveis, organização de salas, gabinetes, *trolleys* e serviço de esterilização completo. Todo esse trabalho foi feito para que fosse possível receber o primeiro casal de forma simpática e profissional, num ambiente seguro, personalizado e humanizado, projetado para ele.

O contexto cultural e religioso desempenha um papel central na

experiência e nas expectativas dos clientes ao longo do tratamento.

Nos UAE, a fertilidade está intimamente ligada a valores sociais, culturais e religiosos. Significa que nós devemos compreender os fundamentos religiosos e respeitar as decisões do casal, oferecendo apoio, segurança e opções fundamentadas, sem julgamento.

Embora a seleção de género seja possível, a doação de gâmetas é proibida, e foi recentemente legal-

O contexto cultural e religioso desempenha um papel central na experiência e nas expectativas dos clientes ao longo do tratamento.

izada e implementada a gestão de substituição (*surrogacy*), seguindo normas muito rigorosas, refletindo mudanças graduais na legislação, em sintonia com preceitos éticos e religiosos locais.

O Estado financia, de forma abrangente, os tratamentos para os Emiratos, o que demonstra um significativo investimento na natalidade e na prevenção de doenças congénitas.

A enfermagem em PMA consiste num elo entre ciência, legislação e experiência humana. A personalização do atendimento envolve não apenas cuidado clínico, mas também uma comunicação sensível, suporte emocional e uma compreensão profunda das expectativas de cada casal, frequentemente moldadas por tradições e crenças.

Esta experiência permitiu-me ampliar a minha visão sobre esta área altamente especializada, aprender sobre liderança, empatia, transmissão de conhecimentos e valorização de equipas multifuncionais e multiculturais em ambientes altamente regulados, onde inovação tecnológica e sensibilidade cultural coexistem, como nos UAE.



26º CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA



21 • 23 OUTUBRO 2026 • CENTRO CONGRESSOS ESTORIL



Organização:

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria
E-mail: secretariado@spp.pt
Tel: +351 217 574 680 • Fax: +351 217 577 617
www.spp.pt

Secretariado:

VERANATURA
E-mail: cnpediatra26@veranatura.pt
Tel: +351 217 120 778
www.veranatura.pt

26.spp-congressos.pt