

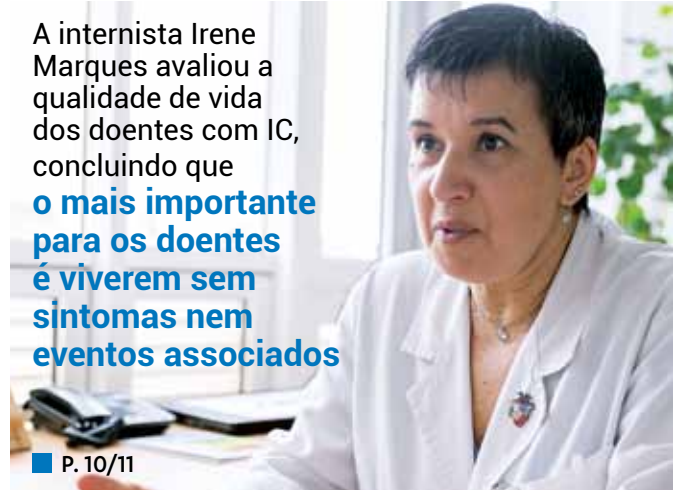


JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Julho 2026
Ano XIV • Número 148 • 3 euros
Publicação Periódica

A internista Irene Marques avaliou a qualidade de vida dos doentes com IC, concluindo que **o mais importante para os doentes é viverem sem sintomas nem eventos associados**



P. 10/11

PUB



IX JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2027
11 a 13 de março
PORTO



ULS de Santa Maria quer ser **o 1.º cluster biomédico do país**

P. 12/13



Nova edição do **Manual de Patologia Músculo-Esquelética** dedicada à coluna vertebral

P. 20/21



Nem mesmo a tempestade Kristin abalou a equipa motivada e empenhada da USF Pombal Oeste, que se orgulha do bom ambiente de trabalho nesta Unidade da ULS da Região de Leiria. Na foto pequena, a coordenadora, Mariana Pinho Pereira



P. 14/19

Miguel Bajouco:
"Intervenção precoce na psicose não pode depender apenas do entusiasmo de alguns profissionais"

P. 22/23

ULS do Alto Ave criou **equipas multidisciplinares de integração de cuidados**

O presidente do CA, Pedro Guimarães Cunha, conta como a descentralização de consultas hospitalares para os CSP levou à concretização de um projeto que até já foi premiado

P. 8/9



PUB

A capa da última edição



JORNAL MÉDICO

Diretor: José Alberto Soares *Jornal Médico* é uma publicação da *Just News*, de periodicidade mensal, dirigida a profissionais de saúde e que pretende promover a partilha de boas práticas entre todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, estando isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º n.º 1A. **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/13 **Morada:** Alameda dos Oceanos, N.º 25, E 3, 1990-196 Lisboa **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "informação".

Publicações



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

Cláudia Vicente lidera IPCRG

Cláudia Vicente, que coordenou o Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF entre 2021 e 2026, assumiu agora em junho a presidência do International Primary Care Respiratory Group, no decorrer da sua 13.ª Conferência Mundial, que se realizou na Tunísia.



A médica de família da USF Araceti (ULS do Baixo Mondego) irá cumprir um mandato de dois anos, sendo a segunda representante da MGF portuguesa a presidir ao IPCRG, cargo que já tinha sido anteriormente ocupado por outro coordenador do GRESP: Jaime Correia de Sousa.

Fundado em 2003, o IPCRG é um grupo internacional dedicado à saúde respiratória no âmbito dos CSP, agregando quatro dezenas de organizações centradas nas patologias desta área.

A afirmação internacional da Medicina Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários portugueses



Pedro Fonte

Médico de família, USF do Minho, ULS de Braga. Assist. convidado da Escola de Medicina da UM. Coord. do GRESP – Grupo de Doenças Respiratórias da APMGF

Quando, em junho deste ano, profissionais de saúde de todo o mundo se reuniram em Túnis para a 13.ª Conferência Mundial do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG), que coincidiu com a celebração dos 25 anos desta organização, tornou-se evidente o crescente envolvimento de vários colegas portugueses em projetos internacionais dedicados à Medicina Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Mais do que um congresso científico, este encontro constituiu um espaço privilegiado de colaboração entre clínicos, investigadores e formadores de diferentes países, unidos pelo objetivo comum de melhorar os cuidados prestados às pessoas com doença respiratória.

O IPCRG tem desempenhado um papel determinante neste percurso. Trata-se de uma organização internacional que reúne não só médicos de família como também enfermeiros, farmacêuticos, investigadores, educadores e representantes de associações de doentes, promovendo a investigação, a educação e a implementação de soluções adaptadas à realidade de cada sistema de saúde. Uma das suas características mais distintivas é a capacidade de desenvolver ferramentas práticas que permitem aos profissionais de saúde integrar a evidência científica na sua atividade clínica quotidiana e facilitar a implementação de boas práticas.

O GRESP é parceiro do IPCRG há muitos anos e tem participado ativamente em diversos projetos científicos e educativos. Esta ligação ganhou em 2026 um significado particularmente especial com a eleição da Dr.ª Cláudia Vicente para a presidência do IPCRG. Depois de o Prof. Jaime Correia de Sousa ter previamente desempenhado estas funções, Portugal volta, assim, a assumir a liderança da organização.

Para o GRESP, cuja coordenação atualmente tenho a honra de assegurar, é motivo de enorme orgulho ver dois antigos coordenadores assumirem a liderança daquela que é talvez a principal organização internacional dedicada à Medicina Respiratória nos CSP. Este facto representa um reconhecimento do trabalho desenvolvido ao longo de muitos anos e constitui também uma excelente oportunidade para reforçar ainda mais a colaboração entre ambas as instituições. Não posso, por isso, deixar de felicitar a Dr.ª Cláudia Vicente e desejar-lhe o maior sucesso neste novo desafio.

Entre as iniciativas promovidas pelo IPCRG, destacam-se os programas *Right Care*, que procuram promover os cuidados certos, às pessoas certas, no momento certo e de acordo com a realidade de cada sistema de saúde. Atualmente, estes programas abrangem áreas como a asma, a DPOC e a rinite, procurando reduzir a distância entre aquilo que a evidência científica recomenda e aquilo que acontece diariamente na prática clínica.

É neste contexto que se enquadra o programa *COPD Right Care*, do qual tenho o privilégio de fazer parte desde a sua criação, em 2021, integrando a respetiva *Strategy Team* e coordenando o grupo português. Ao longo destes anos, uma equipa internacional tem desenvolvido um conjunto diversificado de ferramentas destinadas a apoiar a prática clínica e a formação, entre as quais a Roda da DPOC e os Cartões de Perguntas e Respostas, entre outros materiais hoje já utilizados em diferentes países.

Estes recursos têm servido de base a oficinas internacionais, programas de formação, sessões científicas e iniciativas educativas realizadas em congressos internacionais, reuniões nacionais das sociedades científicas parceiras e noutras atividades de formação em diferentes países. Portugal



13th IPCRG World Conference & 1st North African Interdisciplinary Respiratory Forum

tem participado ativamente neste percurso, contribuindo não apenas para a divulgação destes recursos, mas também para o seu desenvolvimento.

A Conferência Mundial de Túnis voltou a demonstrar a importância desta colaboração internacional. Para além da elevada qualidade do programa científico, constituiu um espaço único para a partilha de experiências, discussão de desafios comuns e apresentação de soluções inovadoras para a melhoria dos cuidados respiratórios nos CSP.

Entre os vários momentos do congresso, gostaria de destacar o lançamento do novo *Desktop Helper* dedicado à doença pulmonar intersticial, um recurso concebido para apoiar os médicos de família na identificação precoce destas patologias frequentemente subdiagnosticadas, o que ilustra bem a filosofia do IPCRG – desenvolver ferramentas simples, práticas e úteis para a atividade clínica.

Também, neste congresso, alguns colegas participaram ativamente na dinamização

A principal mensagem que retiro desta Conferência é o crescente envolvimento de vários profissionais portugueses em projetos internacionais de investigação, educação e implementação na área da Medicina Respiratória nos CSP. Esse percurso resulta do trabalho desenvolvido por diferentes colegas e tem encontrado no GRESP um importante ponto de encontro e de dinamização.

Num contexto em que as doenças respiratórias continuam a representar um importante desafio para os sistemas de saúde, esta colaboração internacional constitui uma oportunidade de aprendizagem e uma responsabilidade acrescida. Continuar a fortalecer estas parcerias, desenvolver ferramentas úteis para os profissionais de saúde e contribuir para aproximar a evidência científica da prática clínica será, certamente, a melhor forma de reforçar a qualidade dos cuidados respiratórios prestados nos CSP.

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 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.



Repensar a prestação de serviços médicos: uma oportunidade para o SNS



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

A discussão pública sobre a redução do recurso à prestação de serviços médicos nos hospitais do SNS tem sido conduzida quase exclusivamente em torno da despesa. É um ponto de partida compreensível, mas enviesado: desloca o debate para longe daquilo que verdadeiramente está em causa.

O que distingue um médico integrado no quadro de um profissional contratado para assegurar um conjunto de horas não é, em primeira linha, o custo. É o enquadramento institucional em que exerce e o desempenho que esse enquadramento tende a induzir.

Um médico do quadro pertence a um serviço. Aprende com os pares. Participa na revisão de casos e nas reuniões de serviço, onde a prática clínica é escrutinada e corrigida. Contribui para normas e orientações internas. Integra projetos de investigação, equipas multidisciplinares e grupos de trabalho que atravessam a instituição. Assume responsabilidades formativas.

Nada disto é acessório: é aqui que se constrói a competência coletiva de um serviço e a segurança do doente. A vivência hospitalar – pertencer de facto e não “apenas” prestar algumas horas – cria

as condições para acrescentar mais valor à instituição e aos doentes tratados.

Significa isto que podemos prescindir de quem hoje exerce em regime de prestação de serviços? Evidentemente que não. Fazem falta, todos eles, e em muitos serviços asseguram o que de outro modo não seria assegurado. A questão, por isso, não está em reduzir, mas em substituir por algo melhor – e é essa a exigência que se coloca a quem conduz a reforma.

O caminho é integrá-los em contrato de trabalho. E começa por saber o que

querem: que condições valorizam, que percursos ambicionam, que obstáculos os afastaram do vínculo permanente. Começa, acima de tudo, por uma relação de confiança que tem de ser reconstruída – e que se inicia no momento em que lhes dizemos, com clareza, que fazem falta ao SNS.

A oportunidade é a de reforçar o SNS: recuperar capacidade, consolidar equipas, devolver aos serviços a densidade profissional de que dependem a formação, a investigação e a qualidade assistencial. Seria lamentável que a discussão se esgotasse na aritmética da despesa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Transumância de poderes



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

epidemiológica e perder a coerência estratégica que o Planeamento em Saúde exige. A fragmentação organizacional pode resultar em duplicação de esforços, ineficiência na utilização de recursos e, mais grave ainda, perda de ganhos em saúde que demoraram anos a consolidar.

Importa sublinhar que a existência de programas estruturados, sustentados em projetos alicerçados no Planeamento em Saúde, não é um capricho, mas uma necessidade. A gestão destes projetos exige competências técnico-científicas elevadas, reflexão contínua e capacidade de adaptação às realidades locais. Neste domínio, a Enfermagem tem desempenhado um papel central, não apenas na execução, mas também na conceção e avaliação de diagnósticos e intervenções, contribuindo de forma decisiva para os resultados obtidos.

A metáfora da transumância – o movimento cíclico de rebanhos em busca de melhores pastagens – serve, no contexto do “Diagnóstico de Enfermagem” deste mês, para descrever a sucessiva deslocação de centros de decisão e de gestão em saúde, muitas vezes mais orientada por dinâmicas de poder do que por evidência técnico-científica ou ganhos efetivos em saúde. A recente proposta de alteração do Programa Nacional de Saúde Escolar constitui um exemplo paradigmático desta dinâmica, exigindo uma reflexão crítica profunda sobre os seus potenciais impactos.

Projetos desenhados à distância ou desconectados das realidades locais dificilmente conseguirão alcançar um robusto nível de envolvimento, comprometendo o seu impacto a longo prazo.

Historicamente, a Saúde Escolar em Portugal foi construída sobre um modelo de proximidade, ancorado, desde a primeira década do Séc. XXI, nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que permitiram uma ligação estreita às comunidades educativas – estudantes, docentes, não docentes e encarregados de educação. Essa proximidade não é meramente geográfica: representa uma relação de confiança, continuidade e conhecimento contextual indispensável à promoção da saúde e à intervenção eficiente, eficaz e efetiva. Ao longo dos anos, este modelo demonstrou ser capaz de articular, de forma madura, a multidisciplinaridade necessária, integrando contributos de diferentes unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, bem como da área hospitalar, garantindo respostas integradas e centradas na pessoa.

Um exemplo particularmente relevante desta articulação reside na gestão dos Planos de Saúde Individual, no contexto das Necessidades de Saúde Especiais. Aqui, o papel da Enfermagem, em colaboração com outras áreas profissionais, tem sido determinante para assegurar continuidade de cuidados, adequação das intervenções e inclusão efetiva das pessoas estudantes. Esta abordagem só é possível quando existe uma rede funcional coesa, sustentada num planeamento integrado e numa visão de saúde que transcende a doença.

A possível deslocação da gestão de projetos em Saúde Escolar para estruturas hospitalares ou a sua desarticulação do Plano Local de Saúde levanta preocupações importantes. Ao afastar-se do território e das suas dinâmicas próprias, corre-se o risco de enfraquecer a capacidade de identificar necessidades emergentes, comprometer a vigilância



Programa Nacional de Saúde Escolar



Luís Filipe Barreira
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

A saúde escolar tem um longo percurso em Portugal. O atual Programa Nacional de Saúde Escolar, sob a coordenação da Direção-Geral da Saúde (DGS), foi aprovado em 2006 e revisto em 2015, consolidando uma intervenção desenvolvida há várias décadas pelos serviços de saúde junto das comunidades educativas.

As mudanças ocorridas desde 2015 exigem uma nova revisão. A pandemia, o aumento dos problemas de saúde mental, os comportamentos aditivos, o uso intensivo das tecnologias digitais e a crescente diversidade das comunidades educativas alteraram as necessidades das crianças e dos jovens e colocaram novos desafios às escolas, às famílias e aos serviços de saúde.

A proposta do PNSE 2030, que esteve em consulta pública até 19 de junho de 2026, apresenta aspetos positivos, como, por exemplo, o alargamento da intervenção, das creches ao ensino superior. Na verdade, a promoção da saúde deve acompanhar todo o percurso educativo e adaptar-se às diferentes etapas do desenvolvimento.

O documento suscita, contudo, preocupações quanto à forma como reconhece e integra a experiência dos profissionais que asseguram a execução da saúde escolar. Esta questão não se pode reduzir ao reconhecimento de uma profissão. Está em causa a capacidade do programa para responder, de forma adequada, às necessidades dos alunos, das famílias e das comunidades educativas.

Os enfermeiros têm uma intervenção regular e próxima nas escolas. Desenvolvem projetos de educação para a saúde, promovem estilos de vida saudáveis, acompanham crianças e jovens com necessidades de saúde especiais e articulam respostas com escolas, famílias, autarquias e outros recursos da comunidade. Participam também na capacitação de professores e assistentes operacionais e na aplicação dos princípios das Escolas Promotoras de Saúde.

Esta experiência corresponde a várias das áreas que o próprio PNSE 2030 identifica como prioritárias, incluindo a avaliação

das necessidades, a literacia em saúde, a prevenção da doença, a intervenção comunitária, o acompanhamento de alunos em situação de vulnerabilidade, a articulação intersectorial e a resposta em saúde mental.

Por esse motivo, o programa deve reconhecer o contributo dos enfermeiros com experiência em saúde escolar e valorizar, em particular, as competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Esta valorização não exclui outros enfermeiros com formação e experiência relevantes para a execução do programa.

A primeira questão que importa rever diz respeito à elaboração e à governação do PNSE 2030. A participação dos enfermeiros na preparação da proposta foi reduzida. Segundo informação transmitida por vários membros da Comissão Científica do PNSE, incluindo consultores da DGS, estes apenas tiveram conhecimento da proposta quando esta foi apresentada publicamente. Também não foram devidamente envolvidos os enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade que asseguram diariamente a execução do programa.

Um programa desta natureza deve ser construído com a participação de quem conhece as escolas, as famílias, os territórios e as necessidades concretas das comunidades educativas. A ausência destes profissionais na sua preparação pode originar orientações afastadas da realidade, respostas fragmentadas, menor continuidade dos cuidados e dificuldades acrescidas no acompanhamento dos alunos mais vulneráveis.

O modelo de governação deve, por isso, assentar numa participação interdisciplinar efetiva, baseada na competência, na experiência e na capacidade de liderança. As Unidades de Cuidados na Comunidade e as Equipas Locais de Saúde Escolar devem ter um papel reforçado na definição e execução do programa. A continuidade das equipas e dos profissionais que trabalham junto das comunidades educativas também deve ser protegida.

A segunda questão refere-se aos recursos necessários para executar o programa. O alargamento da saúde escolar a novos níveis de ensino e o alargamento das suas áreas de intervenção exigem dotações seguras e recursos humanos adequados. Não é possível aumentar as responsabilidades das equipas sem assegurar os meios necessários para as cumprir.

A afetação de, pelo menos, um enfermeiro especialista por agrupamento de escolas ou escola não agrupada deve constituir uma

a saúde mental, o combate ao isolamento social, a participação cívica e a criação de ambientes seguros e inclusivos para todas as gerações.

Poderá ler mais sobre este tema em www.dgs.pt.

Conferência Europeia de Cidades Saudáveis da OMS

Com o objetivo de refletir sobre o papel dos ambientes urbanos na promoção da saúde, da equidade e do bem-estar, a diretora-geral da Saúde participou na Conferência da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada a 17 de junho de 2026, em Viana do Castelo.

Rita Sá Machado sublinhou a importância de alinhar as políticas de saúde, os sistemas de cuidados e o planeamento urbano para se responder aos desafios do envelhecimento, das desigualdades e da sustentabilidade. E, através dessa articulação, contribuir para que as cidades sejam mais inclusivas, seguras e adequadas às necessidades das pessoas ao longo de todo o ciclo de vida.

Destacou ainda que a promoção da saúde depende de uma abordagem sistémica correativa, multisetorial, multinível e integrada, porque

os determinantes da saúde ultrapassam o setor da saúde e exigem uma ação coordenada entre diferentes áreas de governação, incluindo habitação, mobilidade, ambiente, educação, cultura e proteção social.

Seja a nível nacional ou no nível local, com realce para o papel dos Planos Locais de Saúde e das estratégias locais de promoção da saúde na mobilização de municípios, instituições e comunidades para a construção de respostas

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

II Jornadas de MGF do Tâmega e Sousa



Centro Cultural de Paredes
1 e 2 de outubro
Organização: Núcleo de Internos de Medicina Geral e Familiar da ULS do Tâmega e Sousa

5.^{as} Jornadas InforCelas



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

I RefreshMed International Meeting



Viseu
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 (GRESF) da APMGF

2.^{as} Jornadas MentalMente



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

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT

Verão sem acesso: novas políticas do SNS ameaçam atirar os mais vulneráveis para a exclusão na Saúde



Silvana Ferreira Marques
Enfermeira gestora no SNS (Serviço Nacional de Saúde)

Entrar no período estival com os serviços públicos de saúde sob forte pressão já se tornou, infelizmente, uma rotina nos últimos anos. Contudo, no verão de 2026, a preocupação ganha contornos bastante mais graves. À já habitual redução de equipas motivada pelas férias dos profissionais junta-se um enquadramento legislativo e operacional que, na prática, está a erguer novas barreiras no acesso dos cidadãos aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e às urgências.

O recente Despacho n.º 3118/2026, de 4 de março, cujos efeitos práticos começaram a sentir-se em pleno mês de junho (decorridos os 90 dias após a sua entrada em vigor), traduz uma orientação política que arrisca estrangular ainda mais a acessibilidade dos utentes.

Num momento em que os centros de saúde deviam reforçar a sua capacidade de resposta para evitar o colapso dos hospitais, assistimos a medidas que dificultam a marcação de consultas, limitam os atos assistenciais e sobrecarregam as equipas de enfermagem e de medicina geral e familiar.

O alerta do relatório da pobreza: a saúde não pode ser um privilégio

Esta perda de acessibilidade aos serviços públicos surge no momento em que os dados sociais do país exigem exatamente o oposto. Segundo o relatório “Pobreza e Exclusão Social em Portugal (Relatório 2025)”, publicado pelo Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza, as despesas com a saúde continuam a representar uma fatia pesada no orçamento das famílias de baixos rendimentos, sendo a incapacidade de aceder a cuidados a tempo uma das causas diretas do agravamento das desigualdades sociais.

Quando o SNS falha na resposta atempada, quem tem recursos financeiros recorre ao setor privado. Quem não tem, a maioria dos idosos, doentes crónicos e famílias em situação de vulnerabilidade do nosso país, fica simplesmente desprotegido. Reduzir ou dificultar a acessibilidade pública é, em termos práticos, empurrar milhares de cidadãos para a exclusão na saúde.

O diagnóstico da ERS às Unidades Locais de Saúde

A perceção de quem gere equipas no terreno é inteiramente confirmada pelos dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS). O “Estudo sobre as Unidades Locais de Saúde - 2025” da ERS veio demonstrar a existência de assimetrias profundas no funcionamento das ULS a nível nacional. O relatório evidencia que o volume de consultas realizadas nos CSP e o tempo de espera para atendimento médico e de enfermagem continuam longe de garantir a equidade territorial e a continuidade de cuidados prometidas pelas sucessivas reformas do sistema.

A integração de cuidados nas ULS, que deveria simplificar a vida ao utente, tem servido, por vezes, de pretexto para

centralizar serviços e reduzir pontos de contacto nos centros de saúde locais, deixando as populações fora dos grandes centros urbanos desprovidas do acompanhamento básico a que têm direito.

Um apelo em defesa da população

Enquanto enfermeira gestora, o meu compromisso diário é com a qualidade dos cuidados e com a dignidade de quem nos procura. Não podemos aceitar com resignação políticas que tratam a saúde pública com base em critérios estritamente economicistas ou de mera contenção de

fluxos, ignorando os determinantes sociais da saúde.

Exige-se uma revisão urgente destas orientações, o reforço efetivo dos recursos humanos nos CSP e uma garantia real de que, neste e nos próximos verões, as portas do SNS continuam abertas para todos sem exceções e sem barreiras injustificadas.

Quando o Estado fecha a porta da saúde pública a quem não pode pagar não está apenas a gerir recursos: está a decretar quem tem e quem não tem direito à vida e aos seus direitos fundamentais.

Fontes consultadas:

- *Diário da República* (2026). *Despacho n.º 3118/2026, de 4 de março*. Lisboa: Ministério da Saúde. (Entrada em vigor a 5 de março de 2026 e produção de efeitos a 3 de junho de 2026).
- *Entidade Reguladora da Saúde - ERS (2025). Estudo sobre as Unidades Locais de Saúde - 2025: Acesso e Consultas nos Cuidados de Saúde Primários*. Porto: ERS.
- *Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza (2025). Pobreza e Exclusão Social em Portugal — Relatório 2025*. Lisboa: Rede Europeia de Luta Contra a Pobreza (EAPN Portugal) / Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza.

Cardiologia da ULSRL investe na Eletrofisiologia

O Serviço de Cardiologia do Hospital de Santo André iniciou em junho o seu novo Programa de Eletrofisiologia. Um marco que representa um avanço histórico na diferenciação dos cuidados de saúde prestados à população da Região de Leiria, que passa agora a ter acesso local a técnicas avançadas de diagnóstico e tratamento de perturbações do ritmo cardíaco.



Até à data, a maioria dos doentes da região que necessitava de estudos eletrofisiológicos ou de ablação de arritmias (procedimento que elimina os focos elétricos anómalos no coração) tinha de ser transferida para hospitais centrais em Coimbra ou Lisboa.

Para David Durão, diretor do Serviço de Cardiologia, “o início do

contínuo de modernização do nosso Serviço e da dedicação de uma equipa médica, de enfermagem e de técnicos altamente qualificada. O nosso objetivo é continuar a expandir a carteira de serviços, reduzindo as listas de espera e elevando a Cardiologia da ULS de Leiria ao nível dos melhores padrões nacionais”, conclui David Durão.

Última chamada para candidaturas ao Prémio Bial de Medicina Clínica 2026

A Fundação Bial tem a decorrer, até 31 de agosto, as candidaturas à 22.ª edição do Prémio Bial de Medicina Clínica, uma iniciativa que distingue uma obra intelectual original de índole médica e de tema livre, com uma componente de investigação clínica associada.

Com um valor de 100 mil euros, o prémio principal inclui também a publicação em primeira edição exclusiva, impressa e/ou digital, do trabalho vencedor. O júri poderá ainda atribuir até duas menções honrosas, no valor de 10 mil euros cada.

Criado com o objetivo de reconhecer e valorizar a excelência da investigação clínica em Portugal, o Prémio Bial de Medicina Clínica afirma-se, há mais de quatro décadas, como uma das mais relevantes distinções nacionais na área da Medicina, premiando trabalhos que contribuem para o avanço do conhecimento e para a melhoria da prática clínica.

As candidaturas à edição de 2026 serão avaliadas por um júri presidido pelo médico reumatologista e professor catedrático Jaime Branco. O painel integra ainda Miguel Castelo-Branco (Fac. de Ciências da Saúde da UBI), Helena Cortez-Pinto (FMUL), Henrique Cyrne Carvalho (ICBAS-UP), Ricardo Fontes de Carvalho (FMUP), Cristina Nogueira-Silva (Escola de Medicina da UM), Roberto Palma dos Reis (FCM - Nova Medical School da UNL), Isabel Palmeirim (Fac. de Medicina e Ciências Biomédicas da UA) e Isabel Santana (FMUC).

“A pouco mais de um mês do encerramento das candidaturas, este é o momento para desafiar a comunidade médica e científica a submeter trabalhos que reflitam a qualidade, a inovação e o impacto



da investigação clínica que se faz em Portugal. O Prémio Bial de Medicina Clínica tem sido um espaço de reconhecimento dessa excelência e do contributo da investigação para a melhoria dos cuidados de saúde”, afirma Jaime Branco, presidente do júri.

Desde a sua criação, o Prémio Bial de Medicina Clínica analisou 720 obras candidatas e mobilizou 1853 investigadores, médicos e cientistas. Em 21 edições, distinguiu 111 trabalhos de 316 autores, tendo sido editadas e distribuídas gratuitamente aos profissionais de

saúde 44 obras premiadas, num total de mais de 326 mil exemplares.

Para Luís Portela, presidente da Fundação Bial, “o Prémio Bial de Medicina Clínica continua a afirmar-

-se como um instrumento de valorização da investigação clínica e da produção científica com impacto real na prática médica. Com as candidaturas ainda a decorrer até 31 de agosto, queremos incentivar investigadores e clínicos a apresentarem os seus trabalhos e a integrarem a história de um prémio que tem distinguido alguns dos mais relevantes contributos para a medicina em Portugal”.

Mais informações sobre esta edição, incluindo o regulamento e submissão de candidaturas, estão disponíveis aqui.

21^o

CONGRESSO PORTUGUÊS
DE HIPERTENSÃO E RISCO
CARDIOVASCULAR GLOBAL

International Meeting on Hypertension
and Global Cardiovascular Risk

18
—
21
fev
feb

Grande Real Santa Eulália
ALGARVE
2027

www.sphta.org.pt

SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
HIPERTENSÃO

Portuguese Society of Hypertension

SECRETARIADO EXECUTIVO: Veranatura – Conference Organizers
+351 217 120 778 | cidaliampacheco@veranatura.pt

PEDRO GUIMARÃES CUNHA, PRESIDENTE DO CA, CONTA COMO A IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJETO FEZ DESENVOLVER UMA IDEIA QUE ATÉ JÁ FOI PREMIADA

A descentralização de consultas hospitalares para os CSP levou à criação de equipas multidisciplinares de integração de cuidados na ULS do Alto Ave

O MÉDICO PEDRO GUIMARÃES CUNHA CONVERSOU COM A *JUST NEWS* NA SUA QUALIDADE DE PRESIDENTE DO CA DA ULS DO ALTO AVE, ENTIDADE QUE AGREGA O HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA – GUIMARÃES E MAIS DE QUATRO DEZENAS DE DIFERENTES TIPOS DE UNIDADES DE CSP. À FRENTE DESTA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DESDE QUE A MESMA FOI CRIADA, NO INÍCIO DE 2024, É COM ENTUSIASMO QUE FALA DO PROJETO “DESCENTRALIZAÇÃO DE CONSULTAS HOSPITALARES PARA OS CSP” E DE UM OUTRO QUE DERIVOU DAQUELE – “EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS”. NO CASO DESTES ÚLTIMOS, JÁ DISTINGUIDO COM O PRÉMIO IMPULSO, COLOCANDO À DISPOSIÇÃO DE CADA USF UM CIRURGIÃO, UM INTERNISTA, UM GINECOLOGISTA/OBSTETRA, UM PEDIATRA, UM ORTOPEDISTA E UM FISIATRA A RESPONDER CONJUNTAMENTE COM OS ESPECIALISTAS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR ÀS NECESSIDADES DOS UTENTES. “SÃO DOIS PROJETOS QUE ACABAM POR ESTAR ENTRELAÇADOS”, DIZ.



“Caminhamos para que as especialidades hospitalares passem a ser designadas especialidades clínicas, podendo operar tanto nos hospitais como nos CSP”, considera Pedro Guimarães Cunha

A ULS do Alto Ave implementou um projeto de descentralização de consultas hospitalares para os cuidados de saúde primários que aparenta ter alguma complexidade, mas que, pelos vistos, a prática vem demonstrando que funciona. O presidente do CA explica que “foi desenhada uma estratégia que teve um trinómio específico na sua base de conceção”.

Pedro Guimarães Cunha esclarece ser necessário considerar três aspetos: identificar o utente que reside num certo local e que necessita de recorrer a uma determinada especialidade hospitalar, apurar qual o médico que, assegurando consultas nessa área, habita na mesma zona, e, finalmente, verificar qual das 28 unidades de saúde familiar é a mais apropriada para disponibilizar o espaço físico indispensável para que a consulta em causa se realize.

“Conseguímos, desta forma, que médico e doente não tenham que se deslocar ao hospital, possibilitando que a consulta aconteça próximo do local de residência de ambos, eventualmente até na mesma USF onde o utente está inscrito. Isto depois de, obviamente, termos apurado quais as consultas que apresentavam um número de utilizadores que justificasse a implementação desta solução”,

afirma, referindo que o especialista entra informaticamente no seu ambiente de trabalho da mesma forma que o faria no hospital.

Pedro Guimarães Cunha: “A presença física de especialistas hospitalares em unidades dos CSP é uma excelente oportunidade para promover espaços de discussão com os colegas de MGF.”

Para além da mais-valia em termos de mobilidade dentro da ULS do Alto Ave, tanto para o utente como para o próprio médico, Pedro Guimarães Cunha salienta outro aspeto positivo que advém da implementação deste projeto:

“A presença física de especialistas hospitalares em unidades dos CSP é uma excelente oportunidade para promover espaços de discussão com os colegas de Medicina Geral e Familiar. Isso vai intercruzando conhecimento e promovendo uma estratégia comum de abordagem de problemas médicos, permitindo, inclusive, estratificar os níveis de ação.”

Tendo este projeto arrancado depois do verão de 2024, foram realizadas no último trimestre desse ano 525 primeiras consultas hospitalares em ambiente de CSP, tendo esse número subido para 3800 em 2025, a que há que adicionar todas as consultas subsequentes, envolvendo atualmente 12 diferentes especialidades.

Equipas multidisciplinares favorecem integração de cuidados

A implementação no terreno do modelo de descentralização de consultas, que veio fomentar a aproximação entre os especialistas hospitalares e os médicos de família, acabou por levar a ULS do Alto Ave a implementar, em 2025, um segundo projeto,

intitulado “Equipas Multidisciplinares de Integração de Cuidados”.

Em cerimónia realizada em novembro último, este seria mesmo distinguido no âmbito dos Prémios IMPULSO 2025, a 1.ª edição de uma iniciativa da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) financiada pela Comissão Europeia e que tem o apoio do Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde para os Cuidados de Saúde Primários.

“Nós percebemos que os nossos médicos de família tiravam bastante proveito dos contactos com os seus colegas do hospital e vice-versa, originando interações muito produtivas. Decidimos assim criar para cada uma das 24 USF que temos uma equipa de consultadoria constituída por profissionais das várias especialidades envolvidas no projeto, que são, para já, a Medicina Interna, a Cirurgia Geral, a Ortopedia, a Ginecologia/Obstetrícia, a Pediatria e a Medicina Física e de Reabilitação”, diz Pedro Guimarães Cunha.

Embora estejam disponíveis para serem contactados se tal for necessário, cada USF possui um calendário que permite aos seus médicos de família saberem exatamente para quan-

Cada USF possui um calendário que permite saber para quando está agendada a presença física na unidade de cada um dos diferentes especialistas do hospital.

do está agendada a presença física na unidade de cada um dos diferentes especialistas do Hospital Senhora da Oliveira. Será então a ocasião apropriada para se avaliarem casos específicos e até, eventualmente, chegar a um consenso sobre a melhor forma de orientar os doentes.

“É uma estratégia extraordinariamente interessante e que foi muito

viável estratégias de intervenção que cruzam os dois níveis de cuidados”.

Tem, contudo, o cuidado de acrescentar que “o modelo ULS tem, desde logo, a virtude de não ser único, porque as unidades locais de saúde são todas diferentes umas das outras”. E prossegue: “Aquilo que é possível fazer aqui, nesta ULS que tem 1080 Km², pode não o ser, por exemplo, numa que tenha uma dispersão muito maior da sua população, ou noutra em que a acessibilidade seja um grande problema. E, portanto, há características que não se repetem!”

“E acontece frequentemente esquecermo-nos que é a componente operacional que sustenta, em grande medida, a parte clínica. É também ela muito trabalhosa e importante para a verdadeira integração de cuidados”, alerta.

“O modelo ULS tem, desde logo, a virtude de não ser único. Aquilo que é possível fazer aqui pode não o ser numa ULS que tenha uma dispersão muito maior da sua população, ou noutra em que a acessibilidade seja um grande problema. Há características que não se repetem”, refere o presidente do CA.

bem acolhida pelos profissionais de ambos os níveis de cuidados porque permite, de facto, que haja uma discussão que conduza à melhor solução para o utente, que na maior parte das vezes nem faz ideia que a sua situação clínica está a ser abordada dessa forma”, afirma o presidente do CA da ULS do Alto Ave, que ainda acrescenta: “Esta intervenção multidisciplinar também facilita muito quando é necessário proceder a uma transição entre níveis de cuidados, trate-se da simples referenciação para uma consulta hospitalar, do encaminhamento para hospital de dia ou da admissão em hospitalização domiciliária. O projeto está a dar os seus primeiros passos, não tem sequer um ano de existência, mas estou convicto de que mostrará, por exemplo, ser possível um utente ter acesso a diferentes cuidados de saúde sem ser pela porta da Urgência.”

Pedro Guimarães Cunha reconhece que a criação da ULS do Alto Ave, integrando o Hospital da Senhora da Oliveira e toda a estrutura de CSP daquela área numa mesma entidade, “veio eliminar uma barreira administrativa significativa, possibilitando pensar em implementar de forma mais

PEDRO GUIMARÃES CUNHA:

“Eu não abdicaria nunca de ser internista!”

Quando se olha ao espelho de manhã, o nosso entrevistado assegura que continua a ver o internista, “porque foram 30 anos a cultivar aquela que é a minha profissão, o meu ofício, a minha especialidade”, mas diz ver também o presidente do Conselho de Administração, “que, obviamente, tem um outro conjunto de competências, uma visão mais global sobre tudo o que envolve os profissionais da ULS do Alto Ave e a população de utentes que servimos”.

Embora continue ligado à Universidade do Minho, Pedro Guimarães Cunha não tem, neste momento, atividade clínica, mas procura manter-se atualizado. “Faço-o fora do período das minhas obrigações profissionais, incluindo ao fim de semana, porque isso é importante, tendo em conta a velocidade de crescimento do conhecimento, que é tão grande...”, afirma.

Natural do Porto, onde nasceu há 52 anos, diz que foi a vontade de se dedicar à investigação que o levou a fazer um dos primeiros cursos técnico-profissionais de Biotecnologia no Colégio dos Carvalhos. Tendo decidido candidatar-se à Universidade, acabou por optar por Medicina, “porque entendi que, se queria fazer investigação no domínio do ser humano, tinha que ter um conhecimento particular...”

Frequentando o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, reconhece que foi apenas quando chegou ao 4.º ano e iniciou o ciclo clínico que a paixão pela Medicina surgiu. No verão seguinte, no âmbito de um programa promovido pela Associação Nacional de Estudantes de Medicina, haveria de conseguir aproveitar as férias para fazer um estágio no Hospital Senhora da Oliveira, fundamental para tomar duas decisões que definiriam o seu futuro profissional: a opção pela especialidade de Medicina Interna e a escolha da instituição onde iria trabalhar.

Cumpridos os 2 anos do internato Geral no Hospital de Santo António, no Porto, Pedro Guimarães Cunha rumou a Guimarães para ali fazer a sua especialização em Medicina Interna, título que obteve em 2006, nunca mais deixando o hospital que o conquistara. A hipertensão arterial foi uma das áreas a que se dedicou com um particular empenho, tendo obtido, em 2011, o título de especialista europeu em HTA pela Sociedade Europeia de Hipertensão.

O doutoramento em Medicina pela Escola de Medicina da Universidade do Minho foi concluído

em 2015, com a defesa de uma tese que teve por base um estudo para determinação da prevalência do envelhecimento vascular precoce na população de Guimarães e Vizela. Durante dois anos e meio, e envolvendo os diferentes centros de saúde das duas cidades, foram avaliados cerca de 3000 indivíduos.

“Eu tenho, obviamente, um gosto muito particular pela hiper-

tensão arterial, o envelhecimento vascular, o AVC, a demência vascular, a doença renal... mas a verdade é que eu não abdicaria nunca de ser internista. É algo que está enraizado! Há um aspeto que o internista valoriza sempre, que é a capacidade de poder agir num campo alargado de nosologias, de desenvolver estratégias de intervenção em diferentes domínios da clínica



“Há um aspeto que o internista valoriza sempre, que é a capacidade de poder agir num campo alargado de nosologias, de desenvolver estratégias de intervenção em diferentes domínios da clínica médica.”

médica”, refere Pedro Guimarães Cunha, continuando:

“Penso que é essa capacidade integradora, que é natural no internista, que faz a ligação com a responsabilidade de quem lidera uma estrutura como esta ULS. O primeiro faz a integração do conhecimento, de múltiplos dados e de diversas técnicas para poder chegar ao diagnóstico do doente. O segundo faz a integração de distintas áreas de conhecimento e de diferentes níveis de cuidados para que o doente tenha a melhor assistência possível.”

Vale a pena acrescentar que tendo completado, em 2020, o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde da ESSE Business School, Pedro Guimarães Cunha presidiu, entre 2021 e 2023, ao Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos.

TENDO AVALIADO A QUALIDADE DE VIDA DE QUEM SOFRE DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, IRENE MARQUES CONCLUI:

“O mais importante para os nossos doentes com IC é viverem sem sintomas nem eventos associados”

PARTICULARMENTE DEDICADA À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC) HÁ QUASE DUAS DÉCADAS, IRENE MARQUES, ESPECIALISTA EM MEDICINA INTERNA DA ULS DE SANTO ANTÓNIO, RESOLVEU AVALIAR OS RESULTADOS DOS TRATAMENTOS E DE OUTRAS INTERVENÇÕES EM DOENTES COM AQUELA PATOLOGIA SOB UM PRISMA DIFERENTE DO HABITUAL. QUIS PERCEBER O QUE CONTRIBUÍA MAIS PARA A QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM IC E CHEGOU À CONCLUSÃO DE QUE O IMPORTANTE É NÃO TEREM SINTOMAS NEM SOFREREM DE EVENTOS ASSOCIADOS À DOENÇA E IMPLANTAR, QUANDO TAL ESTEJA INDICADO, UM DISPOSITIVO DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA COM FUNÇÃO DE *PACEMAKER*. O TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDO ACABOU POR DAR ORIGEM À TESE DE DOUTORAMENTO QUE A MÉDICA DEFENDEU COM ÊXITO NO FINAL DE JANEIRO DESTE ANO.



Irene Marques: “Senti a necessidade de valorizar os resultados obtidos considerando a qualidade de vida dos doentes”

A insuficiência cardíaca é uma síndrome que afeta principalmente idosos. Sabendo-se que 25% da população portuguesa tem mais de 65 anos, é significativo que uma em cada quatro pessoas com 70 ou mais anos sofra de IC. A estes dados Irene Marques acrescenta ainda que esta patologia é a causa mais frequente de hospitalização nos indivíduos com idade superior a 65 anos e que apresenta uma mortalidade de aos 5 anos mais elevada do que algumas das neoplasias malignas mais comuns.

“Para além de que os estudos mostram que os doentes com IC avançada têm uma maior carga de sintomas e pior qualidade de vida do que as pessoas com uma neoplasia avançada”, afirma a internista da ULS de Santo António. E esclarece: “A qualidade de vida é um *endpoint* independente nos ensaios clínicos

sobre IC e as recomendações internacionais preconizam a sua avaliação na prática clínica diária.”

A investigação sobre este tema surgiu, justifica Irene Marques, “como uma necessidade de com-

“As recomendações internacionais preconizam a avaliação da qualidade de vida dos doentes com IC na prática clínica diária”, frisa a médica.

preender melhor o impacto da IC e dos cuidados de saúde em pessoas mais velhas”. Ao criar e implementar no Hospital de Santo António, mais precisamente no seu Serviço de Medicina Interna, o Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (GEstIC) – que funciona como uma autêntica clínica multidisciplinar de IC –, a médica haveria de perceber uma coisa:

“Constatee que os resultados dos tratamentos e intervenções aplicados aos doentes com IC eram medidos com base em dados de mortalidade e hospitalizações, sendo que, na realidade, cerca de metade das pessoas a quem os aplicávamos tinham mais de 80 anos. Por isso, senti a necessidade de valorizar os resultados de outro ponto de vista, considerando antes a qualidade de vida desses doentes.”

“Esta avaliação pareceu-me ainda mais importante porque a maioria dos casos que seguíamos era de IC com fração de ejeção preservada, constituindo um grupo para o qual

nenhuma terapêutica havia, até então, provado mudar o prognóstico em termos de mortalidade e de hospitalizações”, comenta Irene Marques.

A sua tese de doutoramento, intitulada “*Quality of life in heart failure: what matters*”, englobou 14 publicações de vários estudos de investigação que caracterizaram e estabeleceram o prognóstico de doentes hospitalizados por IC no Serviço de MI da ULS de Santo António. Isto relativamente à mortalidade intra-hospitalar, ao papel dos peptídeos natriuréticos na orientação da terapêutica durante o internamento e na previsão de eventos após a alta hospitalar, assim como também identificaram fatores preditores independentes de rehospitalização e de mortalidade no primeiro ano após alta.

Para além disso, a médica recorreu ainda aos resultados do estudo GEstIC, que avaliou o impacto dos primeiros anos de atividade do projeto, e QUALIFIER, que identificou os

Irene Marques: “Ficou demonstrado que os doentes acompanhados no GEstIC tiveram uma melhoria da qualidade de vida nos primeiros 10 meses de seguimento.”

fatores com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes seguidos no GEstIC. Considerou de igual modo o estudo que validou para portugueses o questionário, que classifica de “pragmático e específico”, para avaliação da qualidade de vida relacionada com a IC, o *Minnesota*

Internista desde 2004, coordena o NEIC-SPMI

Irene Marques nasceu em Gondomar, em 1971. Estudou Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) e depois fez os dois anos do Internato Geral no Hospital de Santo António, ali permanecendo, alocada ao então Serviço de Medicina 2, até se tornar internista, em 2004. Exerceu durante dois anos em Penafiel, no Hospital Padre Américo, antes de regressar, em setembro de 2006, ao Santo António, para integrar o Serviço de Medicina 1.

Responsável pela Unidade A e

pelo Hospital de Dia do Serviço de MI da ULS de Santo António, é professora auxiliar convidada no ICBAS e investigadora do *Cardiovascular Research Group* na Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, Centro Académico Clínico ICBAS – Santo António. Obteve o doutoramento em Ciências Médicas a 20 de janeiro de 2026.

Entretanto, desde o final de 2023 que coordena o Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (NEIC-SPMI).

Breve história do GEstIC

Foi no mesmo ano em que os dois serviços de Medicina Interna que havia no Hospital de Santo António se fundiram num só, em 2009, que surgiu a ideia de criar algum tipo de estrutura que se dedicasse especificamente aos doentes com insuficiência cardíaca. Irene Marques era um dos três internistas a movimentarem-se nesse sentido, outro era o atual diretor da MI, Paulo Paiva.

A proposta para a formação de um grupo multidisciplinar para gerir os doentes com IC foi apresentada no início de 2010. Nos meses seguintes, vários serviços aderiram ao projeto, dispostos a colaborar com a Medicina Interna: Cardiologia, Nefrologia, Medicina Física e de Reabilitação, Psiquiatria, Nutrição e Serviço Social. O nome também ficou definido – chamar-se-ia Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca.

O arranque oficial do GEstIC, contudo, só aconteceria em janeiro de 2013, depois de conseguido o tempo de enfermagem necessário. Em 2019, com o corpo de internistas reforçado, passam a ser aceites doentes referenciados de outras consultas do hospital, bem como do Serviço de Urgência. O alargamento aos cuidados de saúde primários acontece em 2021. Entretanto, o Hospital de Dia começa a funcionar em 2022, tendo sido inaugurado um espaço próprio em fevereiro de 2025.

Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Conclusões

Irene Marques concluiu que a integração dos doentes com IC no GEstIC levou a uma redução de 72% das hospitalizações por IC, de 54% das hospitalizações por todas as causas e de 39% das visitas urgentes por IC no primeiro ano de seguimento, isto em comparação com o ano anterior. “Considerando apenas os eventos relacionados com a IC, verificou-se uma redução de 12,6 dias de internamento por pessoa, conseguindo-se uma poupança média de 5440 euros por cada doente tratado pelo GEstIC”, comenta.

A internista confirmou que a pontuação total da versão portuguesa do MLHFQ está associada, desde logo, com a classe NYHA, classificação universal usada para avaliar a gravidade dos sintomas de IC com base no impacto que a doença causa na capacidade física e no bem-estar da pessoa. Mas também com a distância percorrida no Teste de 6 Minutos de Marcha (T6MM), com a pontuação de fadiga

na escala de Borg no final do T6MM e com a pontuação de depressão e de ansiedade segundo a *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Constatou ainda que a versão nacional do MLHFQ avalia três sub-scores: físico, emocional e social.

“Mostramos que os doentes acompanhados no GEstIC tiveram uma melhoria da qualidade de vida nos primeiros 10 meses de seguimento. Por outro lado, entre um vasto leque de fatores, a implantação do dispositivo de ressincronização cardíaca com função de *pacemaker*, quando indicado, foi o único associado a uma melhoria clinicamente significativa da qualidade de vida”, refere Irene Marques, acrescentando:

“As classes II, III e IV da NYHA, a hospitalização recente por IC e a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) < 30 mL/min/1,73 m² associaram-se a agravamento clinicamente significativo da qualidade de vida.”

Por fim, “comprovámos que o questionário MLHFQ permite a avaliação da qualidade de vida na prática clínica diária, promovendo os cuidados centrados na pessoa”.

ULS Braga realiza 1.º implante coclear em criança com menos de um ano

A ULS de Braga realizou, dia 8 de junho, o primeiro implante coclear em idade pediátrica da instituição num bebé com menos de um ano de idade. O procedimento bilateral representa um marco para o Serviço de Otorrinolaringologia e reforça a capacidade da instituição na prestação de cuidados diferenciados à população.

A cirurgia foi realizada por Daniela Ribeiro e Miguel Breda, tendo contado com o acompanhamento de João Elói, coordenador do Centro de Referência de Implantes Cocleares da ULS de Coimbra.

O implante coclear bilateral em bebés com menos de um ano é um procedimento de elevada complexidade. A intervenção exige um grau de precisão muito elevado na colocação de dispositivos, com particular cuidado na preservação do nervo facial, e implica uma gestão anestésica rigorosa, uma vez que crianças desta idade apresentam menor reserva sanguínea e menor tolerância a tempos cirúrgicos prolongados.

Em crianças com surdez profunda, a realização do implante coclear antes dos três anos é determinante para a aquisição da audição, a discriminação de sons e o desenvolvimento normal da linguagem. A evidência científica demonstra que quando o procedimento é adiado

para além dessa janela os resultados na discriminação auditiva e no desenvolvimento linguístico ficam significativamente comprometidos. O objetivo é permitir que uma criança surda passe a ouvir, compreender e

sidade de deslocação a outros centros. O implante coclear é, provavelmente, uma das tecnologias mais transformadoras da medicina moderna: permite devolver a audição a quem nasce sem ela e abrir caminho para um desenvolvimento pleno



falar da mesma forma que qualquer outra.

“Este é um momento muito significativo para a nossa equipa e para a ULS de Braga. Realizar o primeiro implante coclear pediátrico na instituição e fazê-lo num bebé com menos de um ano mostra que estamos preparados para oferecer esta resposta localmente, sem neces-

da linguagem e da comunicação”, afirma Miguel Breda.

A realização deste procedimento consolida o percurso de diferenciação clínica da instituição na área da ORL pediátrica e insere-se na colaboração mantida com Coimbra no domínio dos implantes cocleares.

Consulta de Obesidade da USF D. Sancho I apresenta resultados do 1.º ano de atividade

A Consulta Multidisciplinar de Obesidade da USF D. Sancho I, integrada na ULS da Lezíria, acompanhou 41 utentes no seu primeiro ano de atividade, alcançando uma perda de peso média de 12,1 kg e melhorias clínicas significativas em 82,6% dos participantes. Os resultados foram apresentados nas I Jornadas da ULS Lezíria, que decorreram em abril, no Auditório da Escola Superior Agrária, em Santarém.

Implementada em janeiro de 2025, esta Consulta constitui uma resposta inovadora e pioneira ao nível CSP no combate à obesidade, uma doença crónica que afeta 28,7% da população adulta portuguesa e que representa um dos principais desafios de saúde pública da atualidade.

É assegurada por uma equipa multidisciplinar da USF D. Sancho I, composta por Pedro Alves, coordena-



Tiago Cunha

dor da Unidade, o médico de família Tiago Cunha e as enfermeiras Sara Valbom e Ana Filipa Chaves, enfermeiras. São desenvolvidas sessões semanais centradas na promoção de mudanças comportamentais sustentadas e no acompanhamento clínico personalizado, ao longo de um programa estruturado que tem a duração de 24 meses.

No primeiro ano de atividade da Consulta os utentes acompanhados registaram uma redução média do índice de massa corporal (IMC) de 3,59 kg/m², passando de 34,62 para 31,03 kg/m², bem como uma diminuição média do perímetro abdominal de 13,4 cm.

Estes resultados traduzem-se em ganhos efetivos na saúde, nomeadamente na redução do risco cardiovascular e metabólico, melhoria do controlo glicémico, aumento da mobilidade e melhoria global da

qualidade de vida.

O acesso à Consulta Multidisciplinar de Obesidade é feito através de referência pelos médicos de família da própria USF D. Sancho I, permitindo uma resposta estruturada e integrada às necessidades dos utentes com obesidade.



Sara Valbom



Ana Filipa Chaves



Pedro Alves

VII REUNIÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA '26

26
SETEMBRO
HOTEL MÉLIA, AVEIRO

Da clínica ao digital:
Novos canais na Insuficiência Cardíaca

NEIC
NÚCLEO DE ESTUDOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

75 ANOS
1951-2026
SPMI
SOCIETY OF PORTUGUESE MEDICINISTS

AFIRMOU CARLOS MARTINS, PRESIDENTE DO CA, NO DIA DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DA ULS DE SANTA MARIA:

“Temos condições únicas para sermos o primeiro *cluster* biomédico do país”

POR OCASIÃO DO DIA INTERNACIONAL DOS ENSAIOS CLÍNICOS, ASSINALADO A 20 DE MAIO, A ULS DE SANTA MARIA PROMOVEU, NA AULA MAGNA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA (FMUL), O DIA DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA, UM EVENTO SUBORDINADO AO TEMA “INOVAÇÃO TERAPÊUTICA E ENSAIOS CLÍNICOS”. AO INTERVIR NA SESSÃO DE ABERTURA, CARLOS MARTINS ASSEGUROU QUE A ULS A QUE PRESIDE E O SEU CENTRO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (CIC) TORNAR-SE-ÃO, NUM FUTURO PRÓXIMO, “AINDA MAIS COMPETITIVOS E ATRATIVOS, EM TERMOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS”.

“Somos hoje um ecossistema *top tier* porque temos prestígio, alta qualidade, competitividade, publicações e recrutamento científico, centrado na proximidade, na colaboração, na partilha de conhecimento, na inovação, na atração de investimento e de talento”, sublinhou o presidente do Conselho de Administração da ULS de Santa Maria.

E sustentou a afirmação recorrendo ao SCImago Institutions Ranking 2025, que, relativamente a Portugal, coloca o atual Gulbenkian Institute for Molecular Medicine (GIMM) em 2.º lugar no setor dos institutos de investigação (o IMM era 3.º em 2015) e a ULSSM em 1.º no setor dos hospitais (o CHULN era 2.º em 2015), “demonstrando um crescimento muito positivo na última década”.

De referir que, para além de Carlos Martins, a mesa de abertura deste Dia da Investigação Clínica incluía João Eurico Cabral da Fonseca, diretor da FMUL, Cláudia Faria, em representação do CA do GIMM, Patrícia Pereira, presidente da Escola Superior de Enfermagem da UL (ESEUL), e



Carlos Martins

ainda, da ULSSM, Luís Costa, diretor do CIC, Ana Isabel Lopes, diretora clínica para a área dos cuidados hospitalares, e Carla Martins Ribeiro, enfermeira diretora.

Datas marcantes

Carlos Martins considerou importante recordar acontecimentos marcantes na história do “*cluster*



biomédico de excelência que temos no nosso ecossistema”, como a criação, em 2002, do Instituto de Medicina Molecular (IMM) e, em 2009, do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML), um consórcio formado pelo CHLN, a FMUL e o IMM.

Em 2015 foi criado o CIC, atualmente, “o maior centro de ensaios clínicos do país, com um crescimento de 300% desde 2019”, relativamente ao qual foi adotado “um modelo de gestão integrada” e que, de forma pioneira, “partilha a maior parte do financiamento com as equipas multidisciplinares”.

Em 2018 foi assinado um memorando de entendimento entre o

CHULN e o START USA, a maior organização internacional de ensaios clínicos oncológicos de fase 1, tendo a atividade do START Lisbon começado em 2024.

Entretanto, em 2023, surgiu o GIMM, que resultou da fusão do IMM João Lobo Antunes com o Instituto Gulbenkian de Ciência. Finalmente, em 2025, a agora ESEUL integrou o CAML, o único a incluir uma escola de Enfermagem, a que se juntou a Escola Superior de Saúde de Lisboa (ESSL) já em maio de 2026.

“Todos estes momentos de decisões estratégicas mais não foram do que as alavancas para o sucesso de uma visão centrada na ambição de afirmação nacional e de competitividade internacional na investigação clínica, com resultados claros que todos sentimos e conhecemos, sobretudo na última década”, frisou Carlos Martins.

Carlos Martins: “O HSM é o motor do crescimento e do desenvolvimento desta área estratégica.”

“Temos condições únicas para sermos, inequivocamente, o primeiro *cluster* biomédico do país e para

nos posicionarmos ainda mais nos principais *tops* internacionais, pelas instituições e organizações que existem no Centro Académico de Medicina de Lisboa”, considera o presidente da ULSSM, destacando o Hospital de Santa Maria como “o motor do crescimento e do desenvolvimento desta área estratégica”.

Carlos Martins adiantou ainda que, no que à investigação clínica diz respeito, “o plano de investimentos para 2026/2027 e a reorganização em curso tornarão o CIC e a ULSSM ainda mais competitivos e atrativos, em termos nacionais e internacionais”.

“Um dos maiores e mais diferenciados polos de IC translacional em Portugal”

Na sua intervenção, Ana Isabel Lopes fez questão de destacar a relevância do Centro de Investigação Clínica, referindo que o mesmo se posiciona “como um dos maiores e mais diferenciados polos de IC translacional em Portugal”. E acrescentou mesmo ter a ULSSM, “inquestionavelmente, o maior centro hospitalar público em massa crítica de doentes, de profissionais e de investigadores em ensaios ativos”.

Referiu, a esse propósito, os 300 estudos ativos – dos quais 233 ensaios clínicos intervencionais e 65 estudos observacionais – e as centenas de doentes incluídos anualmente. Também disse que “o CIC representa uma verdadeira plataforma de inovação terapêutica em áreas como oncologia, hemato-oncologia, neurologia, cardiologia,

destacou Ana Isabel Lopes, para concluir:

“É nesta rara combinação entre escala hospitalar, excelência académica e capacidade de inovação clínica que assenta precisamente o potencial

do CIC-CAML, posicionando Santa Maria como um ecossistema único em Portugal, capaz de ligar ciência fundamental, prática clínica e inovação terapêutica num mesmo centro académico.”

O Dia Internacional dos Ensaios Clínicos assinala a data em que o cirurgião naval James Lind iniciou, em 1747, o ensaio sobre o escorbuto, lançando as bases da investigação clínica moderna.



Luís Costa, Carla Martins Ribeiro, Ana Isabel Lopes, Carlos Martins, João Eurico Cabral da Fonseca, Cláudia Faria e Patrícia Pereira



Ana Isabel Lopes

“O SGTF desempenha na ULSSM um papel estruturante no funcionamento integrado entre assistência clínica, inovação terapêutica, gestão do medicamento e segurança do doente, sendo uma peça-chave de suporte técnico e operacional ao circuito do fármaco em ambiente hospitalar”,





A NOVA APP para Gestão da Diabetes



Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ





Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR com as MESMAS TIRAS



A.MENARINI diagnostics
Viva uma Vida Nova

COM INÍCIO DE ATIVIDADE EM MAIO DE 2017, APÓS UM COMPLEXO PROCESSO DE AGREGAÇÃO DE UTENTES DE DIFERENTES FREGUESIAS, INTEGRA A ULS DA REGIÃO DE LEIRIA

Nem mesmo a tempestade Kristin abalou a equipa motivada e empenhada da USF Pombal Oeste, que se orgulha do bom ambiente de trabalho na Unidade

O INQUÉRITO ANÓNIMO REALIZADO INTERNAMENTE NO FINAL DE 2025 PERMITIU CONCLUIR QUE TODOS OS PROFISSIONAIS DA USF POMBAL OESTE NÃO SÓ CONFIRMAM O BOM AMBIENTE QUE ALI EXISTE COMO AFIRMAM QUE É COM GOSTO QUE VÃO TRABALHAR TODOS OS DIAS. ISSO MESMO SE CONCLUI, ALIÁS, DAS DECLARAÇÕES QUE SE REPRODUZEM NAS PÁGINAS SEGUINTEs, ENVOLVENDO ELEMENTOS DOS TRÊS GRUPOS PROFISSIONAIS. SEIS MICROEQUIPAS GARANTEM O ACOMPANHAMENTO DE QUASE 9900 UTENTES, EM INSTALAÇÕES LOCALIZADAS NA VILA DA GUIA. ESTAS SERIAM AMPLIADAS EM 2015, COM O OBJETIVO DE CONCENTRAR AÍ OS ELEMENTOS QUE ESTAVAM DISPERSOS POR VÁRIAS EXTENSÕES DE SAÚDE DA ZONA OESTE DO CONCELHO DE POMBAL, NESSA ALTURA JÁ FAZENDO PARTE DA UCSP QUE DOIS ANOS DEPOIS DARIA LUGAR À USF COM O MESMO NOME. MARIANA PINHO PEREIRA, 36 ANOS, QUE ASSUMIU A COORDENAÇÃO EM SETEMBRO DE 2024, LAMENTA O FACTO DE A UNIDADE NÃO TER NESTE MOMENTO QUALQUER INTERNO DE MGF, MAS SUGERIU QUE SE RECOLHEsSE O DEPOIMENTO DA RECÊM-ESPECIALISTA SOFIA TEOTÓNIO, QUE ALI FEZ A SUA FORMAÇÃO.

Mariana Pinho Pereira chegou a esta USF da ULS da Região de Leiria em janeiro de 2021 para ocupar a vaga deixada pela médica Helena Santos, que se aposentara, sendo que esta já acompanhava boa parte dos seus utentes há uns 30 anos. Herdou uma lista com perto de 1600 nomes, número que é hoje ligeiramente superior: 1680.

“Por acaso, não é uma lista assim tão envelhecida, pois, tenho bastantes pessoas entre os 50 e os 70 anos, embora com um número significativo de casos de diabetes, de hipertensão... e também de obesidade, que está na origem de muita apneia do sono”, refere, acrescentando:

“O facto de muitos dos utentes estarem ainda numa fase ativa da

vida dá-nos uma oportunidade muito importante de intervir precocemente e contribuir para uma melhor qualidade de vida no futuro.”

A coordenadora da USF Pombal Oeste, que tem um ficheiro em que a maior parte dos utentes reside a apenas 5 ou 10 km do Hospital da Figueira da Foz, diz que, quando necessário, acaba por referenciar muitas situações para aquela unidade hospitalar, embora ela pertença à ULS do Baixo Mondego. Até porque, como alguns doentes argumentam, é lá que têm os seus processos há muitos anos e é à respetiva Urgência que recorrem quando precisam.

A diabetes é uma das áreas de que Mariana Pinho Pereira diz gostar particularmente, sendo que doentes não lhe faltam. Ela própria acompanha nes-



te momento cerca de 170 diabéticos (10% da sua lista) e há um diagnóstico regular de novos casos na sua USF.

“A alimentação praticada nesta região, que é tipicamente rural, inclui um grande consumo de carnes gordas e de álcool. E, apesar de a população ingerir muitos legumes, há o hábito de fazer aquelas sopas à moda antiga, cheias de carne, feijão, batata, arroz... A maior parte das pessoas não apresenta sintomas, mas a certa altura as análises começam a indicar

um aumento da glicemia e surge o alerta”, comenta a médica.

Recentemente, ao participar numa reunião científica da área da diabetes, Mariana Pinho Pereira chamava a atenção para um aspeto relevante: “Sabemos que a doença afeta múltiplos sistemas, mas raramente integramos a função sexual na avaliação clínica de rotina, apesar de sabermos que é uma complicação frequente. Calcula-se que até 80% dos homens com diabetes experienciem disfunção erétil em algum momento da vida e que 60 a 70% das mulheres com essa patologia refiram alterações do desejo e da lubrificação ou dor.”

“Os doentes sentem vergonha e medo de julgamento, para além de terem a perceção de que a sexualidade não é um assunto médico”, sublinha.

Mariana Pinho Pereira: “Sabemos que a diabetes afeta múltiplos sistemas, mas raramente integramos a função sexual na avaliação clínica de rotina.”

O interesse pelo tema da sexualidade

A coordenadora da USF Pombal Oeste refere que a sexualidade constitui uma temática pela qual se tem interessado cada vez mais, admitindo que

para isso tenha contribuído também o facto de se vir assistindo, nos últimos anos, a uma crescente abertura da sociedade para que se fale do assunto.

“Há um grande constrangimento em abordar o tema da sexualidade, nomeadamente nos CSP, não só por parte dos utentes mas também dos profissionais”, considera a médica.

“A sexualidade faz parte da vida e contribui de forma muito importante para o bem-estar individual. Contudo, há ainda um grande constrangimento

táveis e ele perceba que está à vontade para falar sobre o que o preocupa. No fundo, é isso que procuramos na nossa Unidade, que cada utente encontre aqui um espaço seguro para falar sobre aquilo que o perturba”, refere Mariana Pinho Pereira, prosseguindo:

“Uma conclusão a que já cheguei, conversando com colegas meus, é que o utente do sexo masculino coloca muito mais facilmente alguma dúvida que queira ver esclarecida se o fizer a um médico homem. No meu caso, depois de, por exemplo, prescrever uma estatina a um utente, provavelmente, terei que ser eu a perguntar-lhe se notou alguma dificuldade na ejaculação ou na ereção para ele sentir que pode falar no assunto.”

Esclarecendo que o tema da sexualidade nunca foi abordado nos seus tempos de faculdade e de internato, Mariana Pinho Pereira fez uma especialização avançada em Sexologia Clínica, que terminou no início de 2025, e diz querer prosseguir a sua formação na área, com um especial enfoque na componente prática.

Não hesita em reconhecer que antes de fazer esta pós-graduação não tomava a iniciativa de falar sobre a questão da sexualidade nas suas consultas com a mesma facilidade com que o faz atualmente. E não era por vergonha! “As minhas grandes dúvidas eram ‘Como é que vou poder fazer determinada pergunta sem



As últimas três coordenadoras: Carina Osório, Ana Paula Marques e Mariana Pinho Pereira

em abordar o tema, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, não só por parte dos utentes mas também dos profissionais. Inclusive, estes interrogam-se sobre como introduzir este tema na consulta e receiam a reação do utente. Ora, importa dizer que, na maioria dos casos, irá reagir muito bem, desde que nós estejamos confor-

MARIANA PINHO PEREIRA, COORDENADORA DA USF POMBAL OESTE:
“Se tivesse escolhido Oftalmologia não seria tão feliz como sou agora”

Não se pode dizer que a opção por Medicina Geral e Familiar tenha sido uma decisão muito complicada de tomar para Mariana Pinho Pereira, desde logo porque, embora não saiba explicar porquê, nunca gostou muito do ambiente hospitalar. Sentia apenas alguma atração pela Oftalmologia, mas logo acrescenta estar convencida de uma coisa: “Não seria tão feliz como sou agora!”

Aliás, um dos motivos que a levou a tomar a decisão de querer ser médica, na altura do ensino secundário, foi o facto de gostar muito de lidar com pessoas, para além da circunstância de saber que tinha as “boas notas” necessárias para alcançar esse objetivo.

Natural de Vale de Cambra, no distrito de Aveiro, Mariana Pinho Pereira, 36 anos, nasceu a 1 de setembro de 1989, sendo que dezoito anos depois estava a iniciar a formação na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Admite que a sua opção possa ter influenciado o irmão, 5 anos mais novo, hoje médico patologista clínico no IPO do Porto.

O querer manter-se junto ao litoral e não muito longe do Porto levou-a a escolher fazer o então internato do Ano Comum em Aveiro. E a vontade de estar próxima do mar também contribuiu para que o internato de MGF, entre 2015 e 2018, viesse a acontecer na Figueira da Foz, na USF Buarcos, uma unidade de modelo B.

“Aprendi imenso. Éramos dez internos e fazíamos bastantes atividades, inseridos numa equipa muito robusta, com uma estrutura já com 10 anos e que funcionava de forma impecável. Foi aí que comecei a per-

ceber a importância da organização e do trabalho em equipa”, sublinha.

Já com o título de especialista, obtido na primavera de 2019, Mariana Pinho Pereira manteve a sua residência na Figueira da Foz, mas começou a trabalhar 100 Km mais

recendo que ali se manteve entre julho de 2019 e o verão de 2020.

Na sequência da rescisão do contrato, esteve três meses fora do SNS, tendo regressado após um concurso que a colocou durante um trimestre no polo de Mira de Aire da USCP



para sul, próximo de São Martinho do Porto, num polo da UCSP Litoral, em Alfeizerão.

“Éramos apenas duas médicas, uma enfermeira e uma secretária clínica, mas foi muito bom para perceber como as coisas funcionavam numa unidade que não estava organizada como uma USF modelo B, mas onde havia um contacto bastante próximo com o utente. Para além de que a equipa era muito unida, com grande vontade de prestar cuidados de saúde, que no fundo é o que se pretende”, recorda, escl-

utente que queixas tem depois de, por exemplo, lhe prescrever um antidepressivo.”

Sem luz, sem comunicações e... sem internos!

O início do ano de 2026 não foi nada fácil para a USF Pombal Oeste, concretamente, quando a tempestade Kristin se abateu sobre a região nos últimos dias de janeiro. “Ficámos duas semanas sem eletricidade e ainda mais uma sem comunicações e, portanto,

tas à mão. Entretanto, nesse período, eu e uma colega deslocamo-nos muitas vezes a Pombal porque lá havia luz e podíamos tratar de vários assuntos”, conta, prosseguindo:

“Não sabíamos nunca como ia ser o dia seguinte e, sem comunicações, tínhamos que nos deslocar alguns quilómetros até uma zona onde já houvesse rede de telemóvel para poder contactar, por exemplo, a nossa ULS ou a Câmara de Pombal. Foi duro mas

(Continua na pág. 16)

(Continuação da pág. 15)

também, ao mesmo tempo, importante para nós percebermos que a equipa está unida e que nas alturas de maior dificuldade temos todos o mesmo objetivo, servir os nossos utentes.”

“Foi duro mas também importante percebermos que a equipa está unida nas alturas de maior dificuldade, com o objetivo de servir os nossos utentes”, afirma a coordenadora da USF Pombal Oeste.

A vivência desses tempos mais complicados também terá certamente contribuído para que Mariana Pinho Pereira decidisse que valia a pena assinalar este ano o aniversário do início de atividade da USF Pombal Oeste, exatamente no dia 29 de maio, tarefa que ficou a cargo de uma denominada Comissão Faz Festa (fotos nesta página).



“Eu acho que é importante nós mostrarmos que continuamos a crescer e que temos muito orgulho nesta casa que estamos a construir. E envolvendo os utentes, para eles sentirem que também fazem parte integrante do projeto. Afinal, nós somos 16, mas depois há mais 9900 utentes. Daí considerarmos ser fundamental incluir a comunidade neste tipo de iniciativas”, afirma.

A circunstância de a Unidade não ter agora qualquer médico a fazer o internato não ajuda a que se concretizem mais iniciativas de promoção da literacia em saúde, algo em que, afi-

nal, toda a equipa acredita. “Enquanto tivemos a Dr.ª Sofia Teotónio aqui connosco a fazer o seu internato, que terminou recentemente, realizámos caminhadas e sessões de formação dirigidas aos nossos utentes, porque isso ajuda muito as pessoas a perceberem as doenças e o que podem fazer por elas mesmas para as prevenir ou para melhor lidarem com elas”, observa Mariana Pinho Pereira.

A coordenadora aproveita, aliás, para comentar: “Gostávamos muito de voltar a ter médicos internos. É algo que nos faz muito bem, desde logo porque nos obriga também a aprender e a procurar estar atualizados. A componente formativa é realmente algo que prezamos bastante, mas este ano nenhuma unidade de Pombal recebeu qualquer interno!”



também feito em Coimbra, ajudou-a a concluir que a opção acertada para si seria a Medicina Geral e Familiar. Pós de parte a sua primeira escolha, Pediatria, porque rapidamente percebeu que a MGF poderia ser muito mais abrangente e, desta forma, acompanhar as crianças na mesma.

A sua formação como médica de família iniciou-se em Leiria, na UCSP Dr. Gorrão Henriques, mas passado pouco tempo pediu transferência para o Centro de Saúde de Pombal, tendo ficado sempre na sede. Foi já como especialista que, em 2006, acabou colocada em Meirinhas, “numa extensão bastante carenciada”. Aliás, foi com a sua chegada que a população local passou a ter um médico a quem recorrer. Ali ficaria a trabalhar pelo menos 4 anos.

Quando, em 2011, aceitou o convite para integrar a futura USF

Pombal Oeste, Ana Paula Marques transitou para a extensão da Ilha. Era lá que passava a maior parte do seu tempo, embora se deslocasse à povoação da Guia (distante uns 4 ou 5 quilómetros) para assegurar algumas valências, como a saúde infantil, ou para substituir alguém, por exemplo, em período de férias.



Ana Paula Marques

A situação haveria de se prolongar até 2017, pois, só nessa altura se concluiu todo o complexo processo de agregação das várias freguesias cujas populações são agora atendidas na USF alvo desta reportagem. Ao longo dos últimos 15 anos, a médica não só tem mantido o seu ficheiro — com as naturais saídas e entradas de novos utentes — como os outros dois elementos da sua microequipa, têm sido sempre os mesmos. Aliás, a enfermeira Agostinha Queiroga e a secretária clínica Cidália Couto já se encontravam há bastantes anos na extensão da Ilha quando Ana Paula Marques lá chegou.

A nossa entrevistada foi a anterior coordenadora da USF Pombal Oeste. Assumiu essa função em março de 2021, em virtude da ausência, por motivos de saúde, de Carina Osório, tendo a situação sido oficializada após ser eleita coordenadora quatro meses depois, em julho. Admite que conhecia bem a realidade da Unidade, mas logo acrescenta que a tarefa de coor-



denar “não foi nada fácil”, apontando dois motivos fundamentais para tal: “Em primeiro lugar, a pandemia de covid-19, que continuava a originar, consecutivamente, a emissão de novas normas por parte da Direção-Geral da Saúde e a necessidade de darmos assistência à vacinação. E depois o processo da nossa candidatura a modelo B, com as exigências inerentes a esse processo, o que nos obrigava a trabalhar arduamente para alcançar esse objetivo, sendo que, no meu entender, nos empenhámos de forma bastante organizada.”

Ana Paula Marques: “Somos uma equipa bastante empenhada e motivada.”

to. E eu, mesmo já tendo alguma experiência clínica, que adquiri na Urgência, fiquei durante um ano inteiro a assistir a consultas ombro a ombro com a minha orientadora, o que foi fundamental para mim, porque aprendi muita clínica e adquiri conhecimento científico. E ainda fui a muitos congressos”, recorda, acrescentando:

“Depois, no 2.º ano, comecei os estágios hospitalares, que procurei aproveitar ao máximo. E tive boas experiências, apesar de haver internos que poderão considerar que o Hospital de Santo André, em Leiria, é um pouco confuso. Encontrei profissionais ótimos, que nos ensinam desde que nós queiramos aprender, e eu tentei acoplar o máximo de conhecimento possível.”

Foi no 3.º ano que Sofia Teotónio começou a fazer consultas sozinha, o que, em boa verdade, estava longe de ser uma novidade para si, tendo em conta o histórico que tinha a trabalhar em contexto de urgência hospitalar e, inclusive, num período

na sala de espera ou de ar condicionado!”

Especialmente problemática foi a situação vivida no início do ano, em consequência das tempestades que assolaram, nomeadamente, a região de Pombal: “Chegámos a estar aqui a suturar à luz do telemóvel. Até porque pelas quatro da tarde já nem nos víamos uns aos outros! Tivemos muita gente que se magoou, por exemplo, a substituir telhas, com ferimentos que precisavam de tratamento. Mas, mesmo sem sistema informático, fomos atendendo todos os utentes que precisavam de nós.”

“Acredito que conseguimos fazer a diferença na vida dos nossos doentes. Embora muito exigente, entendo que ser médica é mesmo a melhor e mais nobre das profissões!”, sublinha.

Agostinha Queiroga, enfermeira de família: “Temos lutado para que cada uma de nós acompanhe os seus utentes também no domicílio”

Natural de Valpaços, “lá muito para norte, entre Mirandela e Chaves”, Agostinha Queiroga, 64 anos, já durante a escola primária era boa aluna e continuou a sê-lo quando frequentou



Agostinha Queiroga

a teleescola. Mais tarde, ao terminar o 5.º ano do liceu, e dispensada dos exames, disse à mãe que queria ser enfer-

meira, mas... “Tinha tudo menos idade!”, recorda, admitindo que se desfez em lágrimas por não poder concretizar o seu sonho naquele momento.



A equipa de enfermagem completa

Restou-lhe prosseguir os estudos, e já estava no 12.º ano de escolaridade, que em todo o caso concluiria, quando iniciou a sua formação na Escola de Enfermagem de D. Ana Guedes, no Porto, em março de 1982.

Terminado o curso, em 1985, começou imediatamente a trabalhar no Hospital D. Maria Pia, especializado em crianças, ali se mantendo durante 6 anos. Foi em 1991 que Agostinha Queiroga se mudou para Leiria. Começa então a sua ligação aos cuidados de saúde primários, no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, inicialmente na sede e depois em várias extensões.

Ficou ali apenas cerca de um ano porque o concurso em que se inscrevera acabaria por colocá-la, em 1992, no CS de Pombal, mais concretamente na extensão da Ilha. Ali se manteve até ao seu encerramento, na transição de 2015 para 2016, quando se mudou a tempo inteiro para a Guia e se caminhava para a formação da USF Pombal Oeste. A enfermeira faz as contas e diz: “Eu acompanho os meus utentes há 34 anos!”

Importa referir que quando chegou à freguesia da Ilha já lá se encontrava, há uma meia dúzia de anos, a se-

cretária clínica Cidália Couto. “Somos amigas e, embora trabalhemos juntas há tanto tempo, nunca nos zangámos, apesar de, por vezes, podermos ter

pontos de vista diferentes. Acho que formamos uma equipa muito boa. Temos-nos apoiado uma à outra e somos bastante profissionais!”, afirma.

Agostinha Queiroga: “A evolução para o conceito de USF foi muito vantajosa, com grande benefício para o utente.”

Para além de considerar que “a evolução para o conceito de USF foi muito vantajosa, com grande benefício para o utente”, Agostinha Queiroga defende que se deve procurar manter a figura do enfermeiro de família quando se faz uma visita domiciliária:

“Nós estamos a esforçar-nos muito para que cada uma de nós faça os

(Continua na pág. 18)

SOFIA TEOTÓNIO, EX-INTERNA DE MGF NA USF POMBAL OESTE:

“O internato correu até melhor do que imaginava”

Sofia Teotónio, 33 anos, nasceu no Porto no dia 7 de agosto de 1992 e ali viveu até o falecimento precoce do pai, no início da sua adolescência, ter levado a mudar-se com a mãe e os dois irmãos mais novos para o concelho vizinho da Maia, para junto dos avós.

Ora, terá sido o facto de a avó ter comentado tantas vezes que o pai, engenheiro de formação, desejava ter sido médico que contribuiu para tomar a decisão de seguir Medicina mal começou a ter aulas de Ciências no ensino secundário.

Haveria de terminar em 2019 o curso que fez no ICBAS — Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. O estágio que fizera numa USF modelo B enquanto aluna do 6.º ano de Medicina e os três meses que passou noutra unidade durante o internato do Ano Comum, nas Caldas da Rainha, foram decisivos para afastar a hipótese da Medicina Interna, especialidade que a atraía fundamentalmente por causa da Urgência.

Tanto que, durante os anos de 2020 e 2021, Sofia Teotónio exerceu

como generalista na Urgência do Hospital Distrital da Caldas da Rainha, experiência que diz ter adorado. Aliás, durante os primeiros dois



anos do internato de MGF, já na USF Pombal Oeste, decidiu acumular com o trabalho na Urgência Básica do Hospital Nossa Senhora da Graça, em Tomar.

“Quis experimentar o desafio de estar num local onde não existe o apoio de qualquer especialidade hospitalar, mas depois tive que desistir porque já não conseguia conciliar essa atividade com o internato. Mas agora tenciono voltar às urgências!”, afirma.

Sofia Teotónio conta que colocou a USF Pombal Oeste como primeira opção para a sua formação em MGF depois dos comentários positivos que ouviu sobre a Unidade. Valorizou principalmente o que a colega Filipa — que ali começou o internato, mas depois interrompeu ao fim de uns meses porque decidiu mudar para outra especialidade — lhe transmitiu sobre a equipa médica, a orientadora que a iria receber e o próprio ambiente de trabalho. Apresentou-se ao serviço no dia 2 de janeiro de 2022!

“O internato correu até melhor do que eu imaginava. A Dr.ª Eloísa Sobreira tinha um plano muito específico para mim, ou seja, idealizou bastante bem o meu interna-

tão crítico como o da pandemia de covid-19.

“É verdade que eu tinha muita experiência em patologia respiratória aguda, mas queria aprender a gerir outras patologias, como a diabetes ou a hipertensão, e a investir em áreas como a prevenção da do-

“Mesmo já tendo alguma experiência clínica, fiquei durante um ano inteiro a assistir a consultas ombro a ombro com a minha orientadora, o que foi fundamental para mim.”

ença e a prática de exercício físico e de uma alimentação saudável”, esclarece.

Outro aspeto que faz questão de relevar prende-se com a decisão de a terem colocado, logo no 1.º ano do internato, a assistir a consultas dos outros médicos da USF Pombal Oeste: “Fiquei uma semana com cada um deles porque queriam que aprendesse o máximo possível com as diferentes práticas, o que foi, sem dúvida, muito vantajoso para mim. Também discutíamos casos clínicos nas reuniões médicas e tirávamos dúvidas uns com os outros.”

“Eu tinha uma boa relação com todos os elementos, incluindo do secretariado clínico e, obviamente, da enfermagem, com quem também tirava dúvidas. Passei até umas semanas com a minha enfermeira de família, a Enf.ª Fátima Francisco, para aprender sobre vacinação e alguns tratamentos de pensos”, salienta, concluindo: “Fui muito bem recebida e tive, sem dúvida alguma, uma boa experiência de internato!”

realizada, na primeira quinzena de junho, Sofia Teotónio encontrava-se no polo da Caranguejeira com dois colegas, no polo de Santa Catarina da Serra (sede da UCSP) estavam outros dois e no polo de Arrabal o sexto elemento.

O objetivo está traçado: formalizar ainda este verão a candidatura à criação da USF Cidade e as Serras, constituída por oito microequipas. Numa primeira fase a funcionar nos três polos atualmente existentes, mas com a perspetiva de vir a reunir toda a equipa num único edifício, que já está identificado, num processo que tem decorrido em estreita articulação com os autarcas das várias freguesias onde residem as populações que vão usufruir dos serviços prestados pela futura USF.

Entretanto, Sofia Teotónio não deixa de realçar todo o apoio que o grupo tem recebido da ULS da Região de Leiria, através do próprio presidente do Conselho de Administração, Manuel José Carvalho, e da diretora clínica para a área dos CSP, Denise Cunha Velho.

(Continuação da pág. 17)

domicílios dos seus próprios utentes. Temos lutado bastante para manter esse princípio, pois, não temos dúvidas de que o conhecimento e a ligação que se tem com a família faz toda a diferença no serviço que prestamos. É, sem dúvida, uma grande mais-valia para os nossos doentes, que se sentem muito mais acompanhados desta forma. Reunimo-nos frequentemente para articular horários e tornar isso possível.”

Agostinha Queiroga gosta de ter uma atividade variada durante a semana. A possibilidade de um dia atender utentes com diabetes, noutro estar mais dedicada a tratamentos e ainda ter a oportunidade de fazer igualmente, por exemplo, saúde infantil é algo que lhe agrada.

“Na parte da saúde infantil, o que me custa mais é a vacinação, por ver que ponho as crianças mais pequenas a chorar... O que vale é que elas também esquecem logo e quando saem já me dão um sorriso!”, comenta.

Carla Amado, enfermeira de família: “Na minha lista, tenho utentes provenientes de países tão diversos como a China, o Paquistão ou o Brasil...”

Quando se formou na então Escola Superior de Enfermagem de Leiria, Carla Amado estava convencida de que iria trabalhar toda a vida em ambiente hospitalar, o que afinal não veio a acontecer, embora tenha começado a exercer no Serviço de Urgência do Hospital Distrital das Caldas da Rainha.

Mas a viagem diária de carro – que implicava fazer bastante mais de uma centena de quilómetros, contabilizando a ida e o regresso a casa – fez com que seis meses depois tomasse a decisão de deixar aquele hospital. “A porta que se abriu”, em fevereiro de 1999, foi a do Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques, em Leiria, mais concretamente uma das suas extensões.



Carla Amado

Carla Amado gostou deste seu contacto com os cuidados de saúde primários, acabando por “concorrer para os quadros”, o que a colocou no CS de Pombal, em dezembro de 2000, a exercer as funções de enfermeira precisamente na extensão da Guia, o mesmo local onde continua passados 26 anos. Na altura, estavam agregados a este polo dois médicos e dois elementos da enfermagem. Quanto ao edifício, esclarece, apenas em 2015 foi ampliado, tendo em



conta que viria a acolher um total de profissionais que superava a dezena e meia.

Em termos de formação, Carla Amado fez, a certa altura, uma pós-graduação em Gestão de Serviços de Enfermagem, tendo resolvido, mais recentemente, avançar para a obtenção da especialidade em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar. O processo aproxima-se do fim, uma vez que a defesa da tese de mestrado está marcada para este mês de julho.

“Os últimos tempos não foram nada fáceis, implicando a especialização um grande investimento, inclusive no que diz respeito a prescindir das horas de descanso. As

aulas eram às sextas-feiras à noite e sábados, em Leiria, e os três estágios, que fiz na USF São Martinho de Pombal, decorreram entre abril de 2025 e janeiro de 2026. Acabei por usar praticamente todas as minhas férias!”, sublinha.

Carla Amado confirma que a maioria dos seus utentes a conhece “muito bem” porque, no fundo, a base do seu ficheiro tem-se mantido ao longo dos anos e, mesmo antes de assumir a figura de enfermeira de família, já era a enfermeira de referência para a população que acompanhava antes da criação da USF. E refere:

“Quando eu comecei a trabalhar aqui, nós aceitávamos todas as

pessoas que queriam inscrever-se. Agora, isso já não é possível. Tivemos um *boom* de novos residentes na zona, o que ultrapassa as nossas capacidades de trabalho, realidade que, aliás, não é diferente do que se verifica em toda esta região centro do país. Na minha lista, tenho utentes provenientes de países tão diversos como a China, o Paquistão ou o Brasil... A maior parte deles de faixas etárias mais novas, verificando-se também uma maior presença de crianças entre a população acompanhada.”

O facto de cada enfermeiro da USF Pombal Oeste prestar os cuidados de saúde no domicílio às pessoas do seu ficheiro é algo que Carla Amado valoriza bastante: “Pode acontecer deslocar-me a casa de um utente dependente cuja esposa, obviamente, já conheço, e entretanto aparecer o filho do senhor, acompanhado do neto, que sigo na saúde infantil. É muito interessante observar a dinâmica familiar no seu próprio ambiente, ver quem presta os cuidados, qual a família alargada que está mais presente...”

Carla Amado: “Muitas vezes a terapêutica não está a resultar simplesmente porque o dispositivo inalatório não é usado como deve ser.”

A enfermeira reconhece que tem um gosto especial pelo utente dependente, embora faça questão de sublinhar que “o bom que tem o centro de saúde é que fazemos muitas coisas, e que são diferentes todos os dias, sendo uma atividade muito dinâmica”. Mas está agora deveras entusiasmada com a ideia de a Unidade investir na área respiratória, nomeadamente com a criação de uma consulta organizada dedicada a essa patologia:

“Vamos começar pela DPOC, embora a ideia seja procurar abranger também depois os doentes asmáticos. É importante, por exemplo, termos tempo para executar os ensinios no

que respeita à correta utilização do inalador, verificando presencialmente como é que o utente faz, pois, muitas vezes a terapêutica não está a resultar simplesmente porque o dispositivo inalatório não é usado como deve ser.”

“O programa de intervenção nesta área que estamos a desenvolver pretende promover a intervenção do enfermeiro na área da patologia respiratória, mas sempre em articulação com o médico de família, porque nós só conseguimos trabalhar bem se o fizermos numa perspetiva de complementaridade e em equipa”, frisa Carla Amado, que integra o Conselho Técnico da USF e forma uma microequipa com o médico Vítor Esteves e a secretária clínica Isabel Estêvão.

Carina Osório, médica de família: “Eu respeito a escolha do utente, que está informado e consciente da sua situação”

Carina Osório, 47 anos, iniciou o curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa em 2001,

a circunstância de a MGF ser muito reputada e de haver uma comunicação bastante estreita com os cuidados hospitalares. Entretanto, a formação específica foi feita em Buarcos, no concelho da Figueira da Foz, tornando-se especialista em 2013.



Carina Osório



após concluir o terceiro ano de Medicina Veterinária. Terminou em 2007, mas o 6.º ano seria todo ele feito em Paris, no âmbito do programa Erasmus.

“Foi a oportunidade que eu tive de realizar estágios diferenciados que nunca conseguiria fazer em Lisboa. Para além de que, em França, a partir do 4.º ano, os alunos de Medicina têm um grande treino da parte prática, ao exercerem um papel importante e cumprirem funções específicas nos serviços hospitalares onde fazem estágios, sendo inclusivamente remunerados”, esclarece.

A médica confirmou, durante o internato do Ano Comum, que fez em Vila Real, em 2008, que seria mesmo Medicina Geral e Familiar a especialidade a escolher. Mas já em Paris lhe tinha chamado a atenção

junho de 2020, deixando de exercer o cargo quando, em março de 2021, uma gravidez de risco e a licença de maternidade que se seguiu só lhe permitiu voltar ao trabalho em julho de 2022.

Com várias formações que entretanto fez, confirma que as mesmas têm sido úteis na sua atividade clínica como médica de família. Paralelamente, afirma estar, hoje em dia, bem ciente de que “a MGF não está apenas dedicada a tratar a doença, tendo como função principal, aliás, a prevenção”, algo que garante valorizar cada vez mais.

“Evito ao máximo prescrever medicação. Se tiver um utente com 40 anos que apresente um diagnóstico de diabetes, começo por tentar sensibilizá-lo para a necessidade de ter que alterar alguma coisa na sua vida, seja ao nível da alimentação, da prática de exercício físico, ou até,

uma atitude paternalista da minha parte, mas eu digo sempre que essa não é a minha função.”

O seu ficheiro é, na base, o mesmo que lhe foi atribuído em 2015, formado predominantemente por habitantes da freguesia do Carriço, zona do concelho de Pombal, onde reside também a sua enfermeira de família, Lina Fernandes, com quem tem uma excelente relação profissional e pessoal. As consultas no domicílio são feitas em conjunto.

“Na visita domiciliária, é ela que dá todas as indicações ao motorista. Mesmo com a ajuda de GPS, acho que seria muito difícil orientarmos se ela não fosse conosco”, reconhece Carina Osório. O que mais uma vez iria acontecer no dia em que esta conversa aconteceu, como costuma suceder às quartas-feiras à tarde, com a deslocação a casa de quatro ou cinco utentes.



eventualmente, em termos da profissão que exerce. E já tive doentes em que essa abordagem resultou, sem necessidade de se recorrer a terapêutica farmacológica”, afirma, acrescentando:

“Eu apresento as várias opções, mas é o utente que tem que escolher e eu só tenho que aceitar a decisão de quem está informado e consciente da sua situação. Para além de que a opção que tomar não irá afetar em nada a minha relação com ele, porque considero que se deve respeitar a liberdade de cada um.”

Carina Osório vai ainda mais longe: “Há doentes que me dizem ‘Ralhe comigo!’, ou que ficam à espera de

FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (JUNHO 2026)

Utentes: 9842 (13.644 UP)
Idosos (≥ 65 anos): 2818 (Índice de dependência: 47,96%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1142 (Índice de dependência: 19,43%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 5876

ATIVIDADE (JAN-DEZ 2025)

Consultas médicas
Presenciais: 14.460
Não presenciais: 15.102
Domicílios: 177

Consultas de enfermagem
Presenciais: 17.406
Não presenciais: 512
Domicílios: 1565

PROFISSIONAIS (JUNHO 2026)

Médicos: 6
Ana Paula Marques, Carina Osório, Eolisa Sobreira, Elvío Teles, Mariana Pinho Pereira, Vítor Esteves
Enfermeiras: 6
Agostinha Queiroga, Carla Amado, Fátima Francisco, Isabel Gonçalves Fernandes, Lina Fernandes, Susana Neves
Secretárias clínicas: 4
Cidália Couto, Fernanda Carreira, Isabel Estêvão, Isabel Fernandes

CIDÁLIA COUTO, SECRETÁRIA CLÍNICA:

“Falamos, reunimos, decidimos tudo em conjunto...”

Se há grupo profissional na USF Pombal Oeste que se mantém estável é o das secretárias clínicas. Cidália Couto, Fernanda Carreira, Isabel Estêvão e Isabel Fernandes estão juntas pelo menos desde o dia em que a Unidade iniciou oficialmente atividade, fez agora em maio, como já se sabe, 9 anos.



Aliás, até começaram por ser cinco, número que se manteve até há uns 3 anos, quando uma colega se aposentou. Cada uma delas assegurava a parte administrativa de uma das extensões do Centro de Saúde de Pombal na zona oeste do concelho, que funcionavam nas localidades de Ilha, Mata Mourisca, Carriço, Fontinha e Guia.

Como se sabe, foi nesta última povoação – a única das cinco que tem a categoria de vila – que todas se reuniram com o objetivo de vir a integrar a equipa da USF Pombal Oeste. Segundo Cidália Couto, reduzidas a quatro, terão chegado à conclusão de que seriam suficientes para garantir o cumprimento das funções que lhes eram exigidas, o que se tem confirmado.

Salvo alguma ausência por motivo, nomeadamente, de férias, o habitual é estarem dois elementos no balcão de atendimento e os restantes no denominado *back office*. “Falamos, reunimos, decidimos tudo em conjunto...”, afirma Cidália Couto, esclarecendo não existir, no grupo do secretariado clínico, a figura de coordenadora.

Embora no seu caso, por integrar o Conselho Técnico da USF, tenha algumas tarefas específicas pelas quais é responsável, “eu diria que qualquer uma de nós pode tratar seja do que for aqui no nosso setor”. Em todo o caso, acrescenta que o SGTD (Sistema de Gestão de Transporte de Doentes) está mais entregue a uma das colegas, o mesmo sucedendo com o tratamento dos *emails*.

“Nós recebemos muitos *emails* e chegámos à conclusão de que era mais fácil gerir a resposta aos mesmos se fosse só uma pessoa a fazê-lo, mesmo que em determinada altura esteja alocada ao atendimento.

No entanto, se for necessário, qualquer uma de nós pode tratar disso”, explica Cidália Couto.

Lidar com o SGTD é agora mais fácil, pois, “a própria ULS centralizou a responsabilidade de identificar a entidade que esteja disponível para fazer o transporte de um utente, por exemplo, a uma consulta hospitalar”.

Entretanto, o processo de lidar com o SGTD está agora facilitado, desde o final do ano passado. Com efeito, “a própria ULS da Região de Leiria centralizou a responsabilidade de identificar a entidade – corporação de bombeiros ou outra – que esteja disponível para fazer o transporte de um utente, por exemplo, para uma primeira consulta hospitalar. O que é possível, como se sabe,

desde que a sua situação económica e clínica o justifique”, conta a nossa interlocutora, reconhecendo:

“Isso veio-nos facilitar muito a vida. O normal é recebermos entre 4 a 6 solicitações de transporte por semana e, por vezes, perdíamos muito tempo até encontrar a corporação ou a empresa que tivesse possibilidade de o fazer. De qualquer forma, somos nós que mantemos a ligação ao utente e o informamos sobre a situação do seu transporte.”

Cidália Couto nasceu em Lisboa faz agora em agosto 65 anos, tendo vivido na capital até aos 21. Foi já com o curso superior de Secretariado do ISLA feito que se casou e foi viver para a aldeia de Ilha, onde ainda hoje reside. A sua formação permitia-lhe dar aulas e, por isso, concorreu para lecionar Português e Francês, o que fez durante algum tempo, primeiro na Escola Secundária de Pombal e depois na C+S da Guia.

Com cada vez menos alunos interessados em aprender Francês e confrontada com a única hipótese que havia de fazer um horário noturno em Leiria, numa altura em que tinha uma filha pequena, achou que isso não seria viável. E foi então que, no final de 1985, resolveu aceitar uma proposta de trabalho que a colocou como secretária clínica na extensão da Ilha do CS de Pombal, a 200 metros da sua casa. O que aconteceu depois já se sabe!

tindo os valores de proximidade, cooperação e compromisso com a comunidade que caracterizam a Unidade.



DEZ ANOS DEPOIS DO ARRANQUE DO PROJETO, SURGE AGORA UMA NOVA EDIÇÃO DO LIVRO *PATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA*

Potenciar o MF no acompanhamento da patologia da coluna vertebral

CAPACITAR O MÉDICO DE FAMÍLIA PARA MELHOR LIDAR COM A PATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA FOI O GRANDE OBJETIVO DO FISIATRA RUI VAZ QUANDO, EM 2016, DECIDIU AVANÇAR COM O PROJETO DE UM LIVRO DEDICADO A ESSA TEMÁTICA. NÃO IMAGINAVA QUE UMA DÉCADA DEPOIS, SEMPRE COM O APOIO DA TECNIFAR, ESTARIA A AUTOGRAFAR O 5.º VOLUME, DEDICADO À COLUNA VERTEBRAL.

Annunciado em março, por ocasião das VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF, o novíssimo volume de *Patologia Músculo-Esquelética para Médicos de Família* foi agora formalmente apresentado. Uma das sessões decorreu no Porto, a meio de maio, e a segunda realizou-se em Lisboa, no final do mês, a que correspondem as fotos que ilustram esta notícia.

“Trata-se de um projeto que, sem dúvida, nos enche a todos de orgulho e que se identifica muito com a Tecnifar, que decidiu apoiá-lo logo desde o início. E fizemo-lo com a expectativa de que vos possa ajudar na vossa prática clínica”, afirmou Tiago Leal, representante daquela empresa farmacêutica, dirigindo-se à assistência presente na sala, constituída maioritariamente por médicos de família.



Tiago Leal

E não deixou de destacar aquele a que se referiu como sendo o grande responsável pela ideia de criar um livro que a Medicina Geral e Familiar agora tão bem conhece: Rui Vaz, especialista em Medicina Física e de Reabilitação e também em Medicina Desportiva e do Exercício, médico no Hospital Senhora da Oliveira, em Guimarães, unidade que integra a ULS do Alto Ave.

Ao usar da palavra, o fisiatra sublinhou, desde logo, a circunstância de se assinalar este ano o 10.º aniversário de um projeto que nas-

ceu em 2026, com a elaboração do primeiro volume do livro, projeto esse “assente na partilha de conhecimento e na integração multidisciplinar”.

Rui Vaz: “Este manual tem como propósito fundamental auxiliar o médico de família no diagnóstico, no tratamento e na crucial referência aos cuidados hospitalares.”



Bernardo Moreno e Rui Vaz

“A atenção dada à patologia músculo-esquelética no ensino médico pré-graduado era, em geral, insuficiente”, sublinhou o especialista. Por outro lado, “havia a vontade de alicerçar pontes com os CSP, visando a melhoria dos cuidados a prestar aos nossos doentes”.

“O projeto teve o seu início no Hospital Senhora da Oliveira – Gui-



marães e rapidamente se expandiu para se tornar uma referência nacional na abordagem a esta patologia nos CSP. O meu objetivo, desde a primeira edição, foi clarificar conteúdos, proporcionando aos colegas de MGF um manual de consulta prático e de alta relevância clínica”, refere Rui Vaz na nota introdutória que escreveu para esta 5.ª edição.

“Este manual tem como propósito fundamental auxiliar o médico

Na caso do volume agora em divulgação, que começou a ser preparado em abril de 2025 e que está direcionado, como já se escreveu atrás, à patologia da coluna vertebral, as suas 266 páginas incluem sete capítulos científicos principais, três outros capítulos adicionais de apoio terapêutico e farmacológico e um último de perguntas e respostas.

No total, estão envolvidos 50 autores – entre internos e especialistas de Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Geral e Familiar, Neurologia, Medicina do Trabalho, Neurocirurgia, Reumatologia e Ortopedia – de unidades hospitalares e dos CSP de todo o país.

A integração de cuidados “como uma necessidade clínica estruturante”

Uma das novidades da 5.ª edição de *Patologia Músculo-Esquelética para Médicos de Família* reside no facto de ter tido um segundo coordenador, para além do mentor do projeto, o fisiatra Rui Vaz.

“A nível pessoal, este volume assume um significado particularmente especial. Após ter integrado apenas como autor desde a segunda à quarta edição, tenho agora a honra e a responsabilidade acrescida de assumir também o papel de coordenador. Este percurso representa não só uma evolução profissional, mas, acima de tudo, um reforço do compromisso com este projeto, com a partilha de conhecimento e com a melhoria contínua da prática clínica”, escreve

de família no diagnóstico, no tratamento e na crucial referência aos cuidados hospitalares. A verdadeira força deste livro reside na sua natureza interdisciplinar e abrangente, que reúne internos e especialistas de todo o país”, acrescenta o fisiatra, algo que, aliás, também marcou as quatro anteriores edições.

Bernardo Moreno: “A patologia músculo-esquelética da coluna vertebral continua a assumir um papel central na prática clínica nos CSP, sendo uma das principais causas de dor e de incapacidade funcional.”

na sua Nota Introdutória Bernardo Moreno, fisiatra no Serviço de MFR da ULS de Braga.

O médico faz questão de sublinhar que “a patologia músculo-esquelética da coluna vertebral continua a assumir um papel central na prática clínica nos CSP, sendo uma das principais causas de dor e de incapacidade funcional, com grande impacto socioeconómico na população”. E mais: “A sua elevada prevalência e complexidade exige uma abordagem cada vez mais estruturada, atualizada e multidisciplinar.”



“Este projeto mantém como base o princípio fundamental da articulação entre diferentes especialidades médicas, promovendo uma visão integrada e centrada no doente”, frisa Bernardo Moreno.

Convidado a redigir o Prefácio do livro, Domingos Carneiro de Freitas, diretor clínico da área dos CSP da ULS do Alto Ave, pronunciou-se precisamente sobre a integração de cuidados, que, no seu entender, “deixa de ser apenas um conceito organizacional ou uma ambição estratégica para se afirmar como uma necessidade clínica estruturante”.

“Integrar cuidados é, acima de tudo, integrar pessoas, saberes, decisões e responsabilidades ao longo do percurso de vida e de doença de cada cidadão”, concluindo: “Que este livro sirva como um contributo



técnico e um convite ao compromisso profissional com um modelo de cuidados mais integrado, mais humano e equitativo.”

Vale a pena recordar...

Tudo começou quando, com o apoio da Tecnifar, se realizaram, em 2015, as “Tertúlias em Medicina Física e de Reabilitação”, organizadas pelo Serviço de MFR do então Centro Hospitalar do Alto Ave, com coordenação de Rui Vaz e dirigidas a internos de MGF.

Iniciativa que, importa recordar, surgiu na sequência de umas Jornadas que já tinham sido promovidas no final de 2014, subordinadas ao tema “Pontes com os CSP”. O fisiatra de Guimarães explica porquê: “Assistimos a um aumento do pedido de estágios em MFR por parte de internos de MGF, que não dispunham de um manual de formação em patologia músculo-esquelética especialmente dirigida ao médico de família, apesar da sua grande prevalência na consulta, o que nos ajudou a perceber a importância da ligação dos cuidados hospitalares aos CSP.”

Compreende-se que a maioria dos capítulos do que viria a ser o 1.º volume do livro – lançado em março de 2017 – refletisse aqueles que tinham sido os temas das “Tertúlias em MFR”: “Osteoartrite”, “Osteoporose”, “Ráquias”, “Anca”, “Ombro”, “Cotovelo, punho e mão”, “Joelho” e “Tornozelo e pé”. A que Rui Vaz achou por bem acrescentar, nomeadamente, algum conteúdo sobre prescrição de exercício físico.

O 2.º volume (2019) já incluiu temas que lhe iam sendo, entretanto, sugeridos pelos internos de MGF com que contactava. Por exemplo, a questão das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, ou a forma de lidar com estas doenças em situação aguda, ou seja, na Consulta Aberta.

Finalmente, o 3.º volume (2021) já foi mais focado na patologia do membro superior e o 4.º volume no membro inferior.

ULS Lezíria vai lançar projeto-piloto de Rastreio Auditológico Escolar

A ULS da Lezíria vai iniciar em outubro o Projeto-Piloto de Rastreio Auditológico Escolar (RAE), uma iniciativa dirigida a crianças entre os 5 e os 7 anos que visa identificar precocemente alterações auditivas com impacto na aprendizagem e no desenvolvimento infantil. O projeto reforça a importância da saúde auditiva desde os primeiros anos de vida.

A audição desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da linguagem, da comunicação e do sucesso escolar, estando presente em praticamente todas as atividades realizadas em contexto educativo.

“Embora todas as crianças beneficiem do Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU) nos primeiros dias de vida, algumas alterações auditivas podem surgir mais tarde ou evoluir de forma discreta. É o caso da otite média com derrame, uma condição frequente na infância que pode provocar uma diminuição temporária da audição, dificultando a compreensão da fala em sala de aula”, explicam as audiologistas da ULS da Lezíria, Odete Batista, Ana Alves e Tânia Conceição.

Quando não são identificadas atempadamente, estas situações podem traduzir-se em dificuldades de atenção, menor compreensão de instruções, necessidade de maior esforço para acompanhar as aulas, atrasos na leitura, na escrita ou na fala e menor participação nas atividades escolares.

O RAE permitirá a deteção precoce destas alterações e o encaminhamento direto para Consulta de Audiologia Pediátrica no Serviço de Otorrinolaringologia, possibilitando uma intervenção rápida e eficaz. Na maioria dos casos,

as alterações identificadas têm tratamento simples, sobretudo quando diagnosticadas precocemente.

O projeto assenta numa estreita articulação com as escolas e as famílias, sendo que a ULS da Lezíria disponibilizará uma unidade móvel



Audiologistas Ana Alves, Odete Batista e Tânia Conceição

O projeto assenta numa estreita articulação da ULS da Lezíria com as escolas e as famílias.

equipada com duas salas de consulta, as escolas apoiarão o acompanhamento das crianças e os pais participarão através do consentimento informado e do seguimento das recomendações clínicas.

Esta colaboração reforça uma abordagem integrada da saúde infantil, reconhecendo a escola como um espaço privilegiado para a promoção da saúde auditiva e para a identificação precoce de dificuldades que possam comprometer o percurso escolar.

ULS Médio Tejo reforça cuidados paliativos com resposta comunitária e domiciliária

A ULS do Médio Tejo criou uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), sediada no Hospital de Nossa Senhora da Graça, em Tomar, acrescentando uma valência ao Serviço Integrado de Cuidados Paliativos. A nova resposta reforça o acompanhamento de

A intervenção da ECSCP centra-se no alívio do sofrimento, no controlo de sintomas, no apoio emocional e social às famílias e na promoção da melhor qualidade de vida possível, mesmo em situações de grande fragilidade. Em causa poderá estar o acompanhamento de



pessoas em sofrimento decorrente de doença grave, avançada, progressiva ou terminal, sobretudo no domicílio.

pessoas com doença oncológica e não oncológica, bem como utentes com insuficiência avançada de órgão, doença neurológica progressiva,

va, demência em fase avançada ou outra doença grave.

A nova equipa irá trabalhar em articulação próxima com os CSP, assegurando uma resposta integrada aos utentes dos onze concelhos da área de influência da ULS do Médio Tejo. Esta ligação é essencial para identificar necessidades, garantir continuidade de cuidados e assegurar que o acompanhamento chega atempadamente a quem dele precisa.

A atividade da Equipa Comunitária será desenvolvida maioritariamente no domicílio, através de visitas programadas e não programadas, bem como de acompanhamento telefónico. Esta proximidade permite levar cuidados especializados ao local onde muitas pessoas desejam permanecer – a sua casa, junto de familiares e cuidadores –, através de uma equipa multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais especializados nesta área.

Para Casimiro Ramos, presidente do CA da ULS do Médio Tejo, “a qualidade dos cuidados mede-se também pela capacidade de aliviar o sofrimento, apoiar as famílias e respeitar a dignidade de cada pessoa, e nós queremos que os cuidados cheguem no momento e no lugar certos”.

Reproduzem-se neste Especial artigos originalmente publicados na edição especial da *LIVE Psiquiatria e Saúde Mental* dedicada ao 10.º aniversário da Secção de Intervenção Precoce na Psicose da SPPSM, distribuída no seu 11.º Encontro Nacional.

PSIQUIATRA MIGUEL BAJOUÇO DEIXA O ALERTA NO ENCONTRO NACIONAL DA SECÇÃO DA SPPSM A QUE PRESIDE:

“A intervenção precoce na psicose não pode depender apenas do entusiasmo de alguns profissionais”

NO ENTENDER DE MIGUEL BAJOUÇO, PARA AGIR DE FORMA ATEMPADA QUANDO OCORRE, POR EXEMPLO, UM PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO, “É NECESSÁRIO QUE ESSA INTERVENÇÃO POSSA SER PROGRESSIVAMENTE INTEGRADA, COM UMA RESPOSTA ESTRUTURADA, ACESSÍVEL E SUSTENTÁVEL NO SNS”.

Psiquiatra dirigia-se aos participantes no 11.º Encontro Nacional de Intervenção Precoce na Psicose, organizado pela Secção a que preside e que integra a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), de cuja Direção, aliás, aquele especialista da ULS de Coimbra também faz parte.

A seu lado, na sessão de abertura, encontrava-se Miguel Xavier, que lidera a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, e Vítor Marques, presidente da Câmara Municipal das Caldas da Rainha, cidade em cujo Centro Cultural e de Congressos se realizou o evento.

O facto de a Secção de Intervenção Precoce na Psicose (SIPP), que celebra em 2026 o 10.º aniversário da sua criação, ser uma das maiores e mais dinâmicas da SPPSM “reflete a relevância crescente desta área no panorama da Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal”, afirmou Miguel Bajouço. E não deixou de sublinhar que a escolha do local para a realização do Encontro “simboliza a importância de descentralizar a discussão científica e de aproximar a Saúde Mental dos territórios, das comunidades e das pessoas”.

“A intervenção precoce na psicose parte de uma ideia simples, mas profundamente transformadora, pois, o momento em que intervimos pode mudar trajetórias”, frisou, justificando:

“O primeiro episódio psicótico não é apenas uma crise clínica, é muitas vezes um momento de rutura numa fase decisiva da vida académica, profissional, familiar, relacional e identitária de uma pessoa. É um período de grande vulnerabilidade, mas também de enorme oportunidade terapêutica.”

Daí que intervir cedo signifique

reduzir sofrimento, prevenir recaídas, envolver famílias, proteger percursos escolares e profissionais, evitar o isolamento e promover a recuperação funcional, enumerou, deixando claro um aspeto: “Mais do que tratar sintomas, trata-se de preservar as possibilidades de um futuro!”

É por isso que, para Miguel Bajouço, a intervenção precoce “exige uma abordagem abrangente, acesso rápido aos cuidados, avaliação clínica cuidadosa, tratamento individualizado, psicoeducação, apoio psicológico,



Miguel Xavier, Miguel Bajouço e Vítor Marques

envolvimento familiar, reabilitação psicossocial e articulação com os recursos comunitários”.

Inquérito pretende identificar e caracterizar as equipas de intervenção precoce na psicose

O psiquiatra considera que, relativamente à intervenção precoce na psicose, “em Portugal, temos boas experiências locais, equipas motivadas e profissionais altamente empenhados”. No entanto, logo destaca as desigualdades regionais, os recursos

limitados, a ausência de equipas dedicadas em muitos contextos e a dificuldade em garantir uma cobertura nacional homogênea. É um desafio muito particular: “É preciso evitar que a intervenção precoce dependa apenas do entusiasmo de alguns profissionais e equipas.”



Miguel Xavier, Miguel Bajouço e Vítor Marques

Mas Miguel Bajouço disse ver como algo bastante positivo o reforço das equipas comunitárias de saúde mental. E explicou porquê: “Abre espaço para pensar a intervenção precoce como aquilo que ela deve ser, uma resposta essencialmente ambulatoria, comunitária, próxima

colaborativa, aproximar as equipas existentes e contribuir para “uma rede nacional mais forte”. É nesse âmbito que em breve será enviado um questionário a todos os serviços de Psiquiatria com o objetivo de identificar e caracterizar as equipas de intervenção precoce na psicose atualmente existentes, bem como conhecer melhor as suas necessidades, dificuldades e prioridades. Aliás, esse levantamento servirá de



das pessoas e articulada, envolvendo os serviços hospitalares, os CSP, as escolas, as famílias, as autarquias e os recursos locais.”

Referindo não se dever defender necessariamente um modelo único de intervenção, “rígido ou desligado da realidade de cada serviço”, valorizou a garantia de continuidade, a questão da integração de cuidados e a acessibilidade, “respeitando os recursos disponíveis e a orientação de cada contexto assistencial”.

E adiantou que a Secção da SPPSM a que preside quer reforçar a formação, promover recomendações, estimular a investigação

base ao 2.º Fórum das Equipas de IPP, programado para a primeira semana de novembro.

Mas Miguel Bajouço não terminaria a sua intervenção sem manifestar a vontade de promover a aproximação aos utentes e suas famílias, até porque “nenhuma resposta em saúde mental pode ser verdadeiramente completa se não escutar aqueles que vivem a experiência da doença, da recuperação e do cuidado”.

“Investir cedo é mais humano, mais eficaz e provavelmente mais sustentável. É responder quando a pessoa e a família mais precisam. É reduzir sofrimento. É promover re-



Órgãos Sociais da SIPP-SPPSM 2026-2028 – (à frente) Direção: Miguel Bajouço, presid., Celeste Silveira, vice-presid., Patrícia Frade, secret.; (atrás) Mesa da AG: Daniel Esteves de Sousa, secret., Ana Marques, presid.



cuperação. É abrir possibilidades no momento em que tudo parece ameaçado”, afirmou.

Miguel Xavier: diferenciar as equipas comunitárias de SM e apostar nos CRI

Ao usar da palavra, o responsável pela Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, órgão estratégico do Ministério da Saúde, sublinhou o “esforço enorme” que tem estado a ser feito com vista à “formação e solidificação” de equipas comunitárias de saúde mental. Sendo certo que, enquanto as que foram constituídas ao abrigo do Plano de Recuperação e Resiliência – “com 7 a 8 elementos, o que não é brilhante, mas é suficiente para começarem a dar passos seguros” –,



Órgãos Sociais da SIPP-SPPSM 2026-2028 – (à frente) Direção: Miguel Bajouço, presid., Celeste Silveira, vice-presid., Patrícia Frade, secret.; (atrás) Mesa da AG: Daniel Esteves de Sousa, secret., Ana Marques, presid.



Presidentes da Secção: Miguel Bajouço (2026-2028), Joaquim Gago (2023-2025) e Pedro Levy (2017-2019). Ausente na foto: Nuno Madeira (2020-2022)

já havia equipas a funcionar, embora nalguns casos estejam incompletas, havendo mesmo as que “enfrentam muitas dificuldades”.

Afirmou que, “daqui para a frente, aquilo que é crucial é a diferenciação, o que não tem que ver com a implementação de um programa rígido, mas sim com as necessidades da população e também com os critérios de gosto dos próprios profissionais, não podendo haver contradição entre os dois, embora possa haver alguma flexibilidade”.

Aquele responsável referiu-se também ao projeto-piloto que envolveu a criação de Centros de Responsabilidade Integrados de Saúde Mental (CRI-SM) em serviços de Psiquiatria de adultos em 15 ULS, que

Miguel Xavier defende que a implementação dos CRI abranja igualmente a Psiquiatria da Infância e da Adolescência.



Presidentes da Secção: Miguel Bajouço (2026-2028), Joaquim Gago (2023-2025) e Pedro Levy (2017-2019). Ausente na foto: Nuno Madeira (2020-2022)

entretanto terminou e cujo relatório final estará concluído em breve.

Miguel Xavier deixou clara a posição relativamente aos CRI-SM, desde logo considerando ser “impensável voltar atrás” no que se refere à dezena e meia de serviços incluídos no projeto. Para além disso, a sua vontade é alargar este modelo de gestão a outras ULS, embora, como ressalva, tal dependa da vontade de cada Conselho de Administração. Por outro lado, defende que a implementação dos CRI abranja igualmente a Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Diferentes modelos de intervenção na patologia dual e intervenção precoce em psicose



Carla Silva
Psiquiatra, Unidade de Patologia Dual, CRI de Saúde Mental da ULS de Coimbra

Os doentes com primeiro episódio psicótico (PEP) e perturbação de uso de substâncias (PUS) têm psicopatologia mais severa com descompensações/internamentos mais frequentes, pior evolução, mais comportamentos violentos e morbimortalidade, menor adesão ao tratamento e resposta inferior ao tratamento antipsicótico. O consumo de canábis associa-se a um risco 1,4-4 vezes maior de desenvolvimento de perturbação psicótica, sendo a comorbilidade mais frequente nas fases iniciais da psicose.

Existem também vários modelos etiopatogénicos de patologia dual-PD (patologia psiquiátrica associada a patologia aditiva-PA), nomeadamente a coexistência de uma vulnerabilidade especial do sujeito para padecer de ambas as perturbações, sendo que os modelos bidireccionais referem que existe uma interação permanente entre a PUS e a outra perturbação mental coexistente, resultando dessa interação a elevada prevalência de comorbilidade.

As modalidades de tratamento dão pouca atenção às características das fases iniciais da doença e ao contexto em que ocorrem: são jovens com grande relutância em procurar ajuda, particularmente num serviço de saúde mental (SSM), com uma elevada prevalência de abuso de substâncias, onde não se oferece flexibilidade nas respostas.

A este propósito, existem vários modelos de tratamento: o modelo sequencial, em que os programas de tratamento são providos consecutivamente por SSM, de acordo com a prioridade e gravidade de cada doença, sendo os problemas tratados como entidades separadas, com um menor vínculo terapêutico; o modelo paralelo, em que o paciente é cuidado por dois serviços simultaneamente, um especializado na doença mental e outro na PA, sendo que a responsabilidade médica não é claramente definida e tem maior custo.

Finalmente, o modelo integrado é o eleito no contexto de PD, porque o tratamento psiquiátrico e

da PA é realizado num único serviço e com um modelo terapêutico, tendo habitualmente melhores resultados, menor custo, maior vínculo terapêutico e responsabilidade definida.

Existem programas específicos de tratamento assertivo comunitário que incluem: tratamento psicofarmacológico, psicoterapia individual, intervenção familiar, terapia grupal, reabilitação psicossocial/laboral, cognitiva, intervenção em prevenção da depressão e do suicídio e intervenções sobre o abuso de substâncias. Estas últimas poderão integrar o apoio de pares, com especialistas que utilizam as suas próprias experiências de vida com saúde mental e tratamento para motivar/apoiar jovens em seus objetivos de recuperação.

A intervenção terapêutica especializada deve ser integrativa e multidisciplinar, abordando o consumo de substâncias desde o seu *screening*/detecção à intervenção terapêutica para suspensão de consumos, pela mesma equipa, preferencialmente. Esta incide na entrevista motivacional, visando o estímulo à mudança e a redução da ambivalência; terapia cognitivo-comportamental com reestruturação cognitiva para psicose, PUS e outras condições, treino de competências (ensinar estratégias de *coping* para apoiar a abstinência/redução de danos), prevenção de recaída; terapia de gestão das contingências (reforço positivo, por exemplo, atribuindo recompensas); psicoeducação (individual, grupo, escrita nomeadamente panfletos com informação aos doentes e familiares) sobre o papel que as substâncias desempenham no agravamento dos sintomas e na diminuição do funcionamento; apoio de pares; emprego protegido/educação; gestão de casos.

Importa ressaltar as principais barreiras/dificuldades no tratamento destes doentes: a falta de cuidados integrados, sendo que a fragmentação não é incomum, havendo menor coordenação no seguimento de pacientes com este duplo diagnóstico. Mostra-se também necessário haver disponibilidade de pessoal treinado para o programa de PUS em pacientes com PEP. Por outro lado, existem as barreiras relacionadas com a própria PUS: o estigma associado às adições, baixa motivação para a mudança, abandono precoce, elevada taxa de recaídas, dificuldade em manter mudanças duradouras.

A abstinência sustentada é um objetivo primordial, pois, está associada a melhor prognóstico e evolução da psicose, dado existir melhoria significativa dos sintomas positivos, negativos e afetivos e do funcionamento global a longo prazo.

O que farei com esta pressão? – Atmosfera delirante revisitada



Sérgio M. Martinho
Psiquiatra

A comunicação “O que farei com esta pressão? - Atmosfera delirante revisitada” parte de uma interrogação clínica simples, mas densamente carregada de implicações fenomenológicas: o que é esta “pressão”, frequentemente descrita pelos doentes no primeiro surto psicótico? Longe de ser um mero correlato inespecífico de ansiedade ou de desorganização

cognitiva, propõe-se aqui compreendê-la como expressão de uma modificação global da atmosfera vivida; ou seja, aquilo que a tradição fenomenológica descreveu como transformação do espaço e do sentir, anterior à cristalização do delírio enquanto sistema de significações.

Retomando o conceito de atmosfera delirante, tal como delineado na psicopatologia clássica, e colocando-o em diálogo com leituras contemporâneas da fenomenologia do espaço, esta apresentação propõe uma reinterpretação da fase inicial do surto psicótico como alteração do modo de inscrição do sujeito no mundo. A “pressão” não é aqui entendida como conteúdo, mas como tonalidade: uma modulação do campo experiencial que antecede e condiciona a emergência de significados delirantes.

Neste enquadramento, a atmosfera delirante surge como uma experiência de estranheza difusa, frequentemente descrita como inquietante, densa ou carregada de um sentido iminente, mas ainda in-

determinado. O mundo perde a sua neutralidade habitual e torna-se excessivamente significativo, sem que esse excesso seja imediatamente tematizável. Trata-se de uma alteração pré-reflexiva, que compromete o equilíbrio entre o corpo próprio e o espaço envolvente, gerando uma sensação de exposição ou de ameaça sem objeto definido.

A proposta central desta comunicação consiste, assim, numa re-visitação do conceito de atmosfera delirante à luz de desenvolvimentos recentes da filosofia do espaço. Mais do que um momento preliminar do delírio, a atmosfera é aqui pensada como uma dimensão estrutural da experiência, um “meio tonal” que não se limita a envolver o sujeito, mas que participa ativamente na configuração do seu estar-no-mundo. Neste sentido, importa deslocar o foco da análise do conteúdo das crenças para a qualidade do aparecer do mundo.

Esta deslocação permite reinscrever a atmosfera delirante num horizonte mais amplo, onde o espaço deixa de ser concebido como ce-

nário neutro e passa a ser entendido como campo afetivo e expressivo. A noção de “espaço tonal”, tal como tem sido desenvolvida na filosofia contemporânea, oferece aqui um instrumento conceptual particularmente fecundo, permitindo pensar o delírio não apenas como distorção de juízos, mas como transformação da própria textura do mundo vivido. A “pressão” emerge, assim, como índice dessa transformação: não algo que o sujeito tem, mas algo em que se encontra imerso.

Revisitar a atmosfera delirante sob este prisma implica, por fim, reconhecer que a experiência psicótica inicial pode ser compreendida como uma reorganização radical da relação entre corpo, espaço e sentido. Ao recentrar a análise nesta dimensão atmosférica, abre-se a possibilidade de uma leitura mais fina e integrada do irromper psicótico, na qual o delírio aparece não como rutura absoluta, mas como expressão – extrema e singular – de uma modificação mais profunda do modo de habitar o mundo.

INFORMAÇÃO

Estudo RESHAPE: dados sobre a efetividade e utilização de risperidona ISM® em prática clínica



Ciro Oliveira
Psiquiatra, Hospital Júlio de Matos, ULS de São José

A esquizofrenia continua a ser uma das doenças psiquiátricas com maior impacto funcional, familiar e social. A recaída psicótica constitui um importante fator de mau prognóstico, associando-se a deterioração funcional progressiva e persistência de sintomatologia residual. Em muitos casos, estas recaídas surgem no contexto de má adesão terapêutica, influenciada não apenas pela ausência de *insight*, mas também pela dificuldade em garantir um controlo sintomático rápido sem comprometer a tolerabilidade e aceitação do tratamento desde as fases iniciais.

Neste contexto, os antipsicóticos injetáveis de longa duração (ILD) assumem um papel relevante no tratamento da esquizofrenia desde os primeiros episódios de ajustamento psicossocial. A possibilidade de garantir continuidade terapêutica, reduzir flutuações plasmáticas associadas à toma irregular e promover uma estabilização clínica mais sustentada impulsionou o desenvolvimento de formulações farmacêuticas mais eficazes e previsíveis.

Apesar destas vantagens, muitos ILD apresentam limitações farmacocinéticas relevantes, sobretudo no início do tratamento, que podem dificultar uma resposta suficientemente rápida durante a exacerbação aguda.

A tecnologia ISM® procura responder precisamente a algumas dessas limitações, uma vez

que permite atingir níveis terapêuticos desde a primeira administração, mantendo concentrações plasmáticas estáveis e previsíveis ao longo do intervalo posológico, sem necessidade de suplementação oral. Na prática clínica, isto traduz-se numa característica interessante: ser um ILD simultaneamente de ação prolongada e de ação rápida.

Foi neste contexto que surgiu o estudo RESHAPE, cujos resultados constituíram o foco central da conferência promovida pela ROVI no 11.º Encontro Nacional de Intervenção Precoce na Psicose. Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, multicêntrico e internacional, realizado em contexto de prática clínica real, que avaliou a efetividade, segurança e impacto funcional da risperidona ISM® em 275 doentes hospitalizados por recaída aguda de esquizofrenia.

Os resultados sugerem uma melhoria significativa da sintomatologia psicótica logo ao 8.º dia após a primeira administração, tanto nas escalas CGI-S como PANSS-6, mesmo em doentes com níveis de gravidade elevados, mantendo-se evolução favorável ao longo do período de observação.

Outro dado particularmente relevante foi o impacto no internamento hospitalar. A mediana de tempo entre a primeira administração e a alta foi de 8 dias, sugerindo que a estabilização clínica precoce poderá facilitar decisões de alta mais rápidas, com potencial benefício para o doente, cuidadores e sistemas de saúde. Paralelamente, verificou-se uma melhoria funcional significativa, traduzida pelo aumento das pontuações na escala PSP.

Os resultados do RESHAPE sugerem que em doentes com esquizofrenia em fase aguda a rapidez de estabilização poderá ter relevância clínica quando associada a uma estratégia terapêutica sustentada no longo prazo. Num momento de elevada pressão assistencial e necessidade de otimização de recursos, a possibilidade de reduzir tempos de internamento sem comprometer a estabilidade clínica representa uma vantagem relevante do ponto de vista clínico, funcional e económico, pelo que a risperidona ISM® pode

assumir um posicionamento diferenciador face aos restantes ILD

disponíveis, afirmando-se como uma opção terapêutica inovadora

ao conciliar estabilização precoce com continuidade terapêutica e

impacto na trajetória clínica do doente.

Heterogeneidade nos estados de risco para psicose: integrar sintomas, cognição e marcadores cerebrais



Sandra Vieira
Psicóloga clínica. Responsável pela Unidade de Investigação do Serviço de Psiquiatria Geral do Hospital Universitário de Lausanne, Suíça

A intervenção precoce na psicose nasceu de uma ideia simples, mas transformadora: não devemos esperar pelo primeiro episódio psicótico para intervir. Se conseguirmos identificar jovens em

risco, compreender as suas dificuldades e oferecer apoio adequado, talvez possamos atrasar ou prevenir a transição para psicose.

Contudo, os jovens em risco para psicose constituem uma população muito heterogênea. Dois jovens podem cumprir critérios para risco por apresentarem sintomas psicóticos atenuados, mas ter perfis clínicos bastante diferentes. Um pode experienciar estes sintomas num contexto de depressão e ansiedade marcadas; outro pode apresentar sobretudo sintomas negativos, dificuldades cognitivas e declínio funcional. Ambos estão “em risco”, mas com perfis distintos e necessidades clínicas diferentes.

Esta heterogeneidade é atualmente um dos maiores desafios da intervenção precoce. Para melhor estratificar esta população, é necessário investigar a existência de perfis que possam representar diferentes formas de risco, diferentes trajetórias clínicas ou diferentes respostas terapêuticas. Foi precisamente esta questão que

procurámos abordar num estudo com 720 jovens em risco para psicose. Utilizámos métodos multivariados para investigar de que forma diferentes combinações de sintomas, cognição e funcionamento se relacionam com a morfologia cerebral, com o objetivo de identificar padrões que ajudem a melhor compreender a diversidade clínica dos estados de risco para psicose.

Os resultados apontam para dois grandes eixos. O primeiro, o eixo psicose-afetivo, combina sintomas psicóticos atenuados com depressão, ansiedade e stress. Este perfil associa-se a alterações em regiões cerebrais envolvidas na regulação emocional e na atribuição de saliência – isto é, na forma como o cérebro identifica e atribui significado a estímulos internos e externos. Este eixo mostrou-se mais expressivo em jovens com consumo frequente de canábis e com história familiar de depressão ou de psicose afetiva, reforçando a hipótese de uma possível via afetiva para a psicose.

O segundo, o eixo negativo-cog-

nitivo, combina sintomas negativos, pior desempenho cognitivo e maior dificuldade funcional. Este perfil associa-se a alterações em regiões cerebelares, parietais e ventriculares, e mostrou-se mais expressivo em jovens com quociente de inteligência mais baixo e história de dificuldades de ajustamento psicossocial. Este padrão sugere uma vulnerabilidade mais ligada ao neurodesenvolvimento, no qual algumas dificuldades podem estar presentes antes dos sintomas psicóticos.

Concluimos que o risco para psicose, tal como é atualmente definido, deve ser entendido como um conjunto de perfis possíveis, e não como uma categoria única. Para alguns jovens, tratar sintomas afetivos poderá ser central. Para outros, será essencial intervir sobre cognição, sintomas negativos e funcionamento. A intervenção precoce não deve ser apenas precoce no tempo; deve ser também precisa, personalizada e sensível à complexidade clínica de cada jovem.



Intervenções familiares

As fases iniciais da psicose constituem um período de grande vulnerabilidade – para o doente, mas também para a família. A psicose tem um impacto sistémico, desorganizando rotinas, papéis e equilíbrios familiares.

A intervenção precoce na psicose (IPP) é crucial: os benefícios para os doentes são tanto maiores quanto mais curta for a duração da psicose não tratada. A maioria dos doentes vive ainda em ambiente familiar no início da doença e a família desempe-

nha um papel determinante na prestação de cuidados informais ao longo de todo o processo de recuperação. O apoio familiar está associado a uma utilização mais eficiente dos serviços de saúde, a maior adesão ao tratamento e a melhores resultados

clínicos. Para além disso, um ambiente familiar positivo e acolhedor parece funcionar como fator protetor na melhoria dos resultados funcionais em doentes com PEP.

A evidência confirma que o suporte familiar se associa a taxas sig-



Raquel S. Correia

Assist. hospitalar graduada em Psiquiatria. ULS de Gaia/Espinho. Terapeuta familiar

nificativamente menores de recidiva e reospitalização, maior envolvimento e adesão ao tratamento, e menor mortalidade. Os familiares são habitualmente os primeiros a notar mudanças subtis e a identificar indicadores precoces de recidiva e crise.

As intervenções familiares assentam numa lógica colaborativa que valida o impacto emocional da doença na família e a capacita como parceira no processo terapêutico. Este reposicionamento é essencial para ultrapassar resistências e promover O envolvimento. A psicoeducação ajuda os familiares – e a sociedade – a compreenderem as doenças mentais de forma mais clara e empática, aumentando a aceitação e o suporte ao doente. Cria-se, assim, um ambiente de compreensão indispensável ao sucesso do tratamento e contribui, igualmente, para a redução do estigma. Os próprios familiares beneficiam: relatam maior satisfação nas relações e menor sobrecarga percebida.

As intervenções familiares estruturadas – particularmente a psicoeducação familiar – emergem como componente essencial dos programas de intervenção precoce na psicose, sendo destacadas na maioria das normas de orientação clínica e *guidelines* internacionais.

Ainda assim, a implementação destes modelos está longe de ser universal. Em muitos contextos clínicos, a intervenção mantém-se centrada no indivíduo – realidade que reflete constrangimentos concretos: escassez de recursos, pressão assistencial e falta de formação específica. A formação dirigida aos profissionais e a alocação de recursos humanos dedicados são investimentos com elevada relação custo-benefício. Importa, aliás, sublinhar que a forma mais simples de psicoeducação familiar foi classificada entre as intervenções mais eficazes, revelando-se superior à maioria das abordagens mais complexas.

Em suma, as intervenções familiares nas fases iniciais da psicose não são um complemento opcional – são um pilar central do tratamento. Reduzem as taxas de recaída, melhoram a adesão terapêutica e promovem a recuperação funcional. Investir neste domínio é uma estratégia custo-efetiva, sustentada pela evidência, com impacto direto na trajetória da doença. A inclusão formal destas intervenções nas práticas clínicas padronizadas deve ser uma prioridade de política de saúde mental.

Princípios e organização de um programa de intervenção precoce na psicose



Rodrigo Saraiva

Assist. hospitalar de Psiquiatria, Equipa PROFIP - Programa de Intervenção nas Fases Iniciais da Psicose, Serviço de Psiquiatria e SM da ULS de Santa Maria

mento e a qualidade de vida da população.

Todas as perturbações psicóticas passam, naturalmente, pelo Primeiro Episódio Psicótico (PEP). O sucesso ou insucesso da abordagem e tratamento do PEP e dos primeiros anos que lhe sucedem contribui marcadamente para a definição do funcionamento, percurso e qualidade de vida das pessoas com psicose nas décadas seguintes.

Neste período crítico de grande potencial exige-se claramente um forte investimento no tratamento biopsicossocial dos jovens com psicose, de forma a mitigar, ou mesmo evitar, o prognóstico tantas vezes tão cinzento que todos conhecemos.

Os serviços ou programas de intervenção precoce na psicose são caracterizados por uma abordagem e acompanhamento multidisciplinar do PEP e dos anos seguintes (habitualmente 2 a 5

anos), com várias intervenções para lá dos psicofármacos, como psicoterapia, psicoeducação, intervenção vocacional, familiar e sócio-ocupacional. Distinguem-se principalmente pela assunção clara de que após a deteção do PEP estamos nos anos dourados do tratamento da doença e da definição do seu prognóstico.

Estes programas estão associados a melhores *outcomes* no que concerne a prevenção de recidivas, diminuição de hospitalizações, melhoria do funcionamento e melhoria da qualidade de vida das pessoas com psicose, e são também vantajosos do ponto de vista económico.

Em Portugal, em 2020, foram identificados 11 programas de intervenção precoce na psicose (um número reduzido, se considerarmos que só no distrito de Lisboa existem 7 serviços de Psiquiatria). Em Inglaterra, por exemplo, exis-

tem mais de 150 serviços de intervenção precoce na psicose e a sua existência e cobertura da população está estabelecida como *standard* obrigatório.

Com todas as vicissitudes, discrepâncias e assimetrias do país e do Sistema Nacional de Saúde, que inevitavelmente se refletem nos serviços de Psiquiatria (sendo o principal ponto comum a carência de recursos), revela-se muito difícil delinear um programa que sirva a todos os serviços. Mas em todas as populações assistidas por todos os serviços de Psiquiatria do país existem jovens com sintomatologia psicótica inaugural que iniciarão o seu contacto com a Psiquiatria.

Por isso, não tenho dúvidas de que é muito bem-vindo um esforço por uma intervenção mais eficaz, personalizada, e impactante na vida dos jovens com psicose em todos os serviços de Psiquiatria do país. Mais

do que bem-vindo, esse esforço é necessário e é justo.

Não podemos deixar que a dificuldade em estruturar um programa fácil de generalizar, uniformizar e aplicar a todos os serviços seja um obstáculo. Não podemos também deixar que a impossibilidade de estruturar um programa ideal, que inclui todas as intervenções preconizadas e se equipare ao *standard* internacional, nos impeça de começar. E certamente não podemos ficar à espera de determinações superiores políticas que imponham a disseminação da intervenção precoce na psicose em Portugal.

O principal princípio para organizar um programa de intervenção precoce na psicose é abraçar o paradigma e a evidência que legitimam e justificam o seu lugar nos cuidados de saúde de Psiquiatria.

Mais importante do que perguntar “Como?” é perguntar “Quando?”. A resposta é “Já!”

Desafios clínicos no diagnóstico de episódios psicóticos na infância e na adolescência



Otília Queirós

Psiquiatra da Infância e da Adolescência, Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência, ULS de Santo António

associandose, em geral, a um pior prognóstico; e apresentam-se de forma tipicamente atípica, fragmentária e evolutivamente instável.

Neste enquadramento emergem dois paradoxos clínicos distintos, embora interligados. O primeiro decorre da discrepância entre a raridade das perturbações psicóticas propriamente ditas e a frequência relativamente elevada de fenómenos, normativos ou psicopatológicos, que mimetizam sintomas psicóticos ou que com estes se confundem.

Experiências que, no adulto, seriam consideradas patológicas, como alterações perceptivas transitórias ou ideação invulgar, podem surgir em crianças e adolescentes no contexto de trajetórias desenvolvimentais normativas; embora possam ser vividas com intensidade e suscitar inquietação nos adultos que as observam, estas experiências não constituem, por si mesmas, nem prenunciam, psicopatologia.

Já no campo da psicopatologia, não é raro que manifestações de perturbações não psicóticas se revis-

tam de um colorido *psychoticlike*. Em constelações psicopatológicas mais graves e complexas, como as associadas ao trauma ou a um funcionamento *borderline* emergente, estas vivências podem ser facilmente confundidas com sintomatologia psicótica, podendo mesmo, em alguns casos, assumir a forma de episódios psicóticos transitórios, tipicamente reativos a stress relacional intenso e distintos das psicoses “primárias” pela sua reatividade e curta duração.

O segundo paradoxo resulta do desfazamento entre critérios diagnósticos desenvolvidos para adultos, pressupondo estabilidade e tipicidade, e um objeto clínico em desenvolvimento, cuja expressão psicopatológica é, por definição, incompleta, instável e atípica. Mesmo perante um episódio psicótico inequívoco, o diagnóstico específico permanece um desafio.

Na adolescência, a diferenciação entre esquizofrenia e perturbação bipolar ilustra esta dificuldade, dado que apresentações inaugurais da perturbação bipolar podem ocorrer sob

a forma de episódios psicóticos exuberantes, com elevada sobreposição clínica e baixa estabilidade diagnóstica inicial.

O desafio ético consiste em equilibrar o risco do atraso diagnóstico com os efeitos potencialmente iatrogénicos do sobrediagnóstico.

Neste contexto, a identificação de uma perturbação psicótica nas suas fases iniciais é particularmente complexa, implicando uma discriminação cuidadosa entre fenómenos normativos do desenvolvimento, psicopato-

logia não psicótica e psicose emergente. A presença de perturbações do neurodesenvolvimento acrescenta complexidade adicional, aumentando simultaneamente os riscos de sobre e subdiagnóstico. No autismo, a sobreposição fenomenológica com a psicose e o risco aumentado de episódios psicóticos na adolescência impõem uma leitura desenvolvimental, longitudinal e prudente; na perturbação do desenvolvimento intelectual, limitações cognitivas e comunicacionais podem mimetizar sintomas psicóticos ou ocultar experiências psicóticas genuínas.

O desafio ético consiste em equilibrar o risco do atraso diagnóstico com os efeitos potencialmente iatrogénicos do sobrediagnóstico. Entre estes polos, o clínico move-se num campo de incerteza intrínseca. Sustentar essa incerteza, inerente aos limites epistemológicos do diagnóstico psiquiátrico aplicado a sujeitos em desenvolvimento, constitui uma exigência clínica incontornável: os diagnósticos, em psiquiatria da infância e da adolescência, devem ser escritos a lápis.



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.

