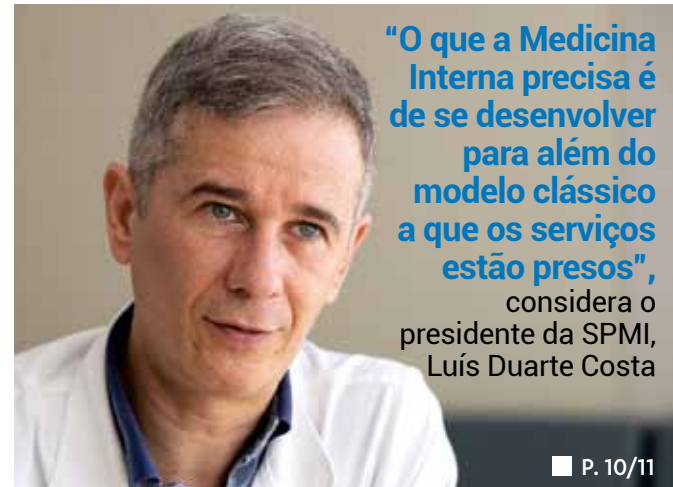


JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Setembro 2026
Ano XIV • Número 149 • 3 euros

Publicação Periódica



"O que a Medicina Interna precisa é de se desenvolver para além do modelo clássico a que os serviços estão presos", considera o presidente da SPMI, Luís Duarte Costa

P. 10/11



10 A 13 DE MARÇO DE 2027

**IX JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES**

DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

SHERATON PORTO



ULS DO LITORAL ALENTEJANO

Consulta de Diagnóstico Rápido
facilita a vida ao doente

Projeto conquistou o Prémio de Boas Práticas em Medicina Interna 2026

P. 26/28

NA USF ALPENDORADA | TABUADO
PRIORIZA-SE A RESPOSTA A DAR
ÀS PATOLOGIAS DO FORO RESPIRATÓRIO

**Silicose
multiplica TB
e favorece DPOC**

P. 18/24



Esta Unidade da ULS do Tâmega e Sousa, que celebra em setembro o seu 20.º aniversário, fica situada numa região de grande exploração de granito. Na foto, a secretária clínica Liliana Patrícia com a coordenadora da USF, Isabel Nuno

O AVISO DE LUÍS MADEIRA, PRESIDENTE DA SPPSM:

"Psiquiatriza-se o sofrimento normal da vida e perde-se de vista a doença mental..."



P. 12/14

SERVIÇO DE
MI DA ULS DE
SANTA MARIA



ANABELA OLIVEIRA:

"Há 30 anos, sabia-se muito pouco sobre doenças hereditárias do metabolismo"

P. 17

ESPECIAL
32. CNMI

P. 29/35

Pedro Fonte, o novo coordenador do GRESP-APMGF, garante que **os médicos de família estão preparados para gerir a maioria das doenças respiratórias**

P. 6



Nesta edição, artigos de opinião de:

- ▶ Ana Margarida Cruz
- ▶ Guilherme Teles
- ▶ Isilda Ferreira
- ▶ Pedro Melo
- ▶ Silvana Ferreira Marques

P. 3/5

A capa da última edição



JORNAL MÉDICO

Diretor: José Alberto Soares **Jornal Médico** é uma publicação da *Just News*, de periodicidade mensal, dirigida a profissionais de saúde e que pretende promover a partilha de boas práticas entre todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, estando isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A. **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/73 **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News* 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "Informação".

Publicações



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

ULS Braga unifica bases de dados clínicos dos CSP

A ULS de Braga e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde concluíram, a unificação das bases de dados do SClinico dos CSP, juntando num único sistema centralizado a informação clínica que antes estava dividida entre os extintos ACES Cávado I e Cávado II.

Na prática, a informação de saúde de cada utente deixa de estar fragmentada consoante o centro de saúde onde é atendido. Médicos, enfermeiros e equipas administrativas passam a ter acesso a um registo único e contínuo, independentemente da unidade em que a pessoa é acompanhada.

"Tratou-se de um processo tecnicamente exigente, que envolveu a harmonização e migração de milhares de registos clínicos, com garantias reforçadas de segurança da informação. O trabalho foi conduzido pela equipa de Sistemas de Informação da ULS Braga, em articulação estreita com os SPMS, assegurando que a atividade assistencial não foi interrompida em nenhum momento", refere Lúcia Cerqueira, vogal do CA.

SCIENCE STORY

AS MULHERES SÃO MELHORES EM MULTITAREFA DO QUE OS HOMENS OU É APENAS UM ESTEREÓTIPO?

Investigação simula o desempenho de multitarefa da vida real para analisar possíveis diferenças entre homens e mulheres. Na coordenação de cinco diferentes tarefas, os homens ignoraram a tarefa de conversação mais do dobro das vezes do que as mulheres, apresentando, no entanto, um desempenho semelhante ao delas em todas as outras tarefas.

A multitarefa, definida como a capacidade de realizar várias tarefas em simultâneo ou alternar entre elas, tornou-se uma característica central da vida moderna, estando presente em contextos como a condução, o trabalho, as tarefas domésticas e até o lazer. Apesar do estereótipo generalizado de que as mulheres são melhores em multitarefa, a investigação tem mostrado apenas pequenas e inconsistentes diferenças entre sexos, colocando em causa a existência de diferenças relevantes neste domínio.

Foi neste contexto que, com o apoio da Fundação Bial, André e Diana Szameitát (respetivamente da Brunel University of London e da City St George's, University of London, Reino Unido) desenvolveram um estudo para clarificar a existência de diferenças entre sexos na multitarefa e explorar possíveis explicações para a origem desse estereótipo.

No artigo "Men talk less than women during multitasking", publicado na revista científica *Psychological Research*, os investigadores explicam que criaram um paradigma de multitarefa complexo, composto por cinco tarefas concebidas para simular cenários da vida real, que reproduz de forma mais aproximada as exigências do quotidiano do que a maioria dos estudos anteriores.

No primeiro estudo, 41 homens e 37 mulheres realizaram 5 tarefas diferentes: tarefa de seguir uma receita na cozinha; tarefa de procura de números de telefone; tarefa de encontrar

número-letra; tarefa de monitorização de palavras numa apresentação de diapositivos; e tarefa de conversação, que consistia em responder a uma pergunta (exemplo: "Preferia perder todo o seu dinheiro e bens ou todas as fotografias que alguma vez tirou, e porquê?") a cada 20 segundos.



No segundo estudo, para testar se esta diferença entre sexos era perceptível para terceiros, 160 observadores sem informação prévia visualizaram vídeos dos participantes e avaliaram a sua prestação.

Nas diferentes tarefas, homens e mulheres apresentaram desempe-

nhos semelhantes, com exceção da tarefa de conversação, em que os homens ignoraram mais do dobro das vezes em comparação com as mulheres. Importa sublinhar que, quando respondiam, a qualidade e a rapidez das respostas dos homens não diferiam das respostas das mulheres.

Uma possível explicação sugerida pelos autores é que as mulheres, em média, podem envolver-se mais em comportamento comunicativo em contextos sociais. No entanto, esta hipótese não foi diretamente testada neste estudo e deve ser interpretada com cautela. Estes resultados estão em linha com teorias evolutivas que propõem uma maior propensão das

atentos, menos felizes e a gostar menos da tarefa, em comparação com as mulheres.

Este estudo demonstrou que não existem diferenças gerais entre homens e mulheres na capacidade de multitarefa, mas sim uma diferença específica: durante a multitarefa, os homens tendem a ignorar mais frequentemente a conversação. Mostrou também que esta diferença influencia a forma como as pessoas são avaliadas por outros, podendo levar à perceção de pior desempenho. Isto ajuda a explicar por que razão surgiu e se mantém o estereótipo de que as mulheres são melhores em multitarefa do que os homens.

DURANTE A MULTITAREFA, OS HOMENS TENDEM A IGNORAR MAIS FREQUENTEMENTE A CONVERSAÇÃO.

"Em conjunto, os nossos dados confirmam que não existem diferenças substanciais entre sexos em tarefas cognitivas visuais-manuais, mas que existem diferenças significativas na capacidade de manter uma conversação enquanto se realiza multitarefa", explica André Szameitát. Trata-se de "uma capacidade altamente relevante no quotidiano e que poderá explicar o desenvolvimento do estereótipo amplamente difundido de que as mulheres são melhores em multitarefa do que os homens", finaliza o investigador.

Saiba mais sobre esta investigação em fundacaobial.com/science-stories.

FUNDAÇÃO

Bial

Instituição de utilidade pública

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Comunidades adormecidas: a urgência de empoderar para um sono saudável



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

higiene do sono, ausência de experiências formativas prévias, dificuldades de comunicação sobre a temática, fraca perceção de estruturas organizativas existentes e reduzido reconhecimento de parcerias que apoiem a promoção da saúde nesta área.

Curiosamente, a maioria dos participantes reconhece que o tema é importante e demonstra vontade de se envolver. O problema não parece ser a falta de interesse, mas a ausência de oportunidades, recursos, estratégias e estruturas que permitam transformar essa motivação em ação.

Esta diferença é fundamental.

Durante décadas, a promoção da saúde desenvolveu-se frequentemente através de intervenções centradas nas pessoas individualmente ou centradas nas crianças em sessões de intervenção formativas, sem robustez diagnóstica. Ensinar, informar e sensibilizar constituíram estratégias predominantes. Contudo, quando os problemas de saúde têm origem em determinantes sociais, culturais e organizacionais, a informação, por si só, raramente produz mudanças sustentadas.

O sono é um excelente exemplo desta realidade.

Uma criança pode saber que não deve utilizar um telemóvel antes de dormir. Pode compreender que necessita de um determinado número de horas de sono. Pode até identificar comportamentos favoráveis ao descanso. No entanto, dificilmente conseguirá traduzir esse conhecimento em ação se a sua família não estiver sensibilizada para o problema, se as rotinas domésticas forem incompatíveis com horários adequados de descanso ou se a própria comunidade escolar não reconhecer o sono como uma prioridade de saúde.

É precisamente aqui que o conceito de empoderamento comunitário assume particular relevância.

Empoderar uma comunidade não significa apenas transmitir informação. Significa passar de uma lógica em que a comunidade é destinatária das intervenções para uma lógica em que a comunidade é protagonista da mudança.

Empoderar uma comunidade não significa apenas transmitir informação. Significa criar condições para que as pessoas se organizem, identifiquem problemas, mobilizem recursos, desenvolvam lideranças, estabeleçam parcerias e participem ativamente nas decisões que afetam a sua saúde. Significa passar de uma lógica em que a comunidade é destinatária das intervenções para uma lógica em que a comunidade é protagonista da mudança.

No contexto escolar, esta transformação implica olhar para docentes, não docentes, pessoas encarregadas de educação e crianças como parte de um mesmo sistema. Significa compreender que a promoção do sono saudável não depende exclusivamente da criança que se deita, mas também da comunidade que a acompanha todos os dias.

Talvez por isso seja tempo de alargar a pergunta que habitualmente fazemos. Em vez de questionarmos apenas como ajudar as crianças a dormir melhor, talvez devamos começar a questionar como ajudar as comunidades a otimizar o sono das suas crianças.

Num momento em que a saúde mental infantil ocupa um lugar cada vez mais central nas agendas de saúde e educação, esta reflexão parece particularmente pertinente. Porque antes de falarmos de diagnósticos complexos, terapêuticas inovadoras ou programas especializados, existe um determinante essencial que continua muitas vezes esquecido: a qualidade do sono.

Mais do que crianças que precisam de aprender a dormir, encontramos frequentemente comunidades que precisam de despertar.

E talvez a maior lição seja esta: mais do que crianças que precisam de aprender a dormir, encontramos frequentemente comunidades que precisam de despertar. A Enfermagem em geral e particularmente a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a Enfermagem de Saúde Familiar, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica unidas podem ser imprescindíveis para o concretizar.

Porque, quando uma criança não dorme, a questão raramente é individual. A qualidade do sono é um produto social, organizado comunitariamente e sustentado pelas decisões dos adultos que a rodeiam.

Caráter não é profilaxia



Guilherme Teles
Estudante de Medicina na Univ. de Coimbra. Presid. do Núcleo Univ. de Voluntariado de Estud. de Medicina (NUVEM). Autor do projeto Ensaios Soltos

anos, aprenderemos exatamente qual o fármaco indicado. Ou quando já o sabemos, mas ainda nos faltam dois anos para que um autocolante na bata nos autorize a utilizá-lo. Mas nem toda a impotência vem dos livros. Às vezes, a pessoa morre porque decidiu abandonar o corpo precisamente quando o especialista foi devorar o seu risol de leitão. Ou porque os internos já estão ocupados com outros três doentes igualmente azarados; no fundo, não existem mãos suficientes para todos.

E, então, repetimos a frase que tanto conforta quem a diz quanto pouco consola quem a ouve. "Fizemos o melhor que podíamos." Mas será que fizemos? Ou fizemos apenas o melhor que o sistema nos permitiu fazer?

Não culpo a faculdade por não conseguir acelerar a aprendizagem. Há coisas que exigem tempo. Nenhum médico nasce antes de o poder ser. Mas há outra aprendizagem que continua quase totalmente entregue ao acaso.

Ninguém nos ensina a entrar numa enfermaria depois de termos assistido à morte de alguém. Ninguém nos explica como se regressa a casa depois de ouvir um diagnóstico devastador pela primeira vez. Ninguém nos mostra como se transporta o sofrimento alheio sem que ele, aos poucos, se transforme em sofrimento próprio.

Talvez porque continuemos a fingir que isso faz parte da profissão. Que se aprende. Que endurece. Que constrói caráter.

E como é que a estrutura reage a este choque com a mortalidade? Como é que nos ajuda a processar o peso de uma urgência caótica? A resposta roça a ironia burocrática. Admiramo-nos quando um psicólogo para milhares de estudantes é apresentado como resposta suficiente. Quando um cheque ocasional substitui uma política séria. Quando a saúde mental passa a depender da disponibilidade de uma consulta que dificilmente chega a tempo.

Há uma curiosa obsessão em prepararmos para "salvar vidas". Muito menos em prepararmos para continuar a viver depois de não o conseguirmos (ou de vermos os outros não o conseguirem).

Passamos anos a aprender como funciona o corpo humano e, de repente, espera-se que saibamos o que fazer quando ele deixa de querer funcionar.

Talvez seja essa a maior lacuna da formação médica. Não a falta de conhecimento. Mas a ilusão de que conhecer basta.

Há qualquer coisa de violentamente abrupto nesta transição. Passamos anos a aprender como funciona o corpo humano e, de repente, espera-se que saibamos o que fazer quando ele deixa de querer funcionar. Não apenas tecnicamente (isso virá com o tempo); espera-se que saibamos permanecer. Olhar. Escutar. Continuar. Mas quem nos ensina isso? Será mais difícil aprender a lidar com o sofrimento dos outros do que com o nosso? Ou será que apenas acreditamos conhecer o nosso porque nunca tivemos oportunidade de o enfrentar verdadeiramente?

Nascerá a impotência da morte ou da ignorância perante ela?

Porque custa aceitar que alguém possa morrer quando sabemos que, daqui a dois

Até lá, dizem-nos para construir caráter. Pena que ainda não exista uma vacina para isso.

O SNS está num ponto de viragem. Persistir no mesmo modelo será o maior erro estratégico



Silvana Ferreira Marques
Enfermeira gestora no Serviço Nacional de Saúde

Há momentos na história de um serviço público em que pequenas reformas deixam de ser suficientes. O Serviço Nacional de Saúde português chegou a esse momento.

Durante anos, a discussão política centrou-se na falta de profissionais de saúde, nas listas de espera, nas urgências encerradas, nas greves ou no financiamento. Todos estes problemas são reais. Mas nenhum deles constitui, por si só, a principal ameaça ao SNS.

A verdadeira fragilidade é mais profunda: Portugal continua a gerir um sistema de saúde altamente complexo através de um modelo de governação excessivamente centralizado, burocrático e orientado para a gestão da atividade, quando deveria estar focado na produção de ganhos efetivos em saúde.

O mais recente relatório “*State of Health in the EU* – Perfil de Saúde do País 2025: Portugal”, elaborado pela Comissão Europeia, OCDE e Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, confirma aquilo que muitos profissionais vivem diariamente. O SNS continua a apresentar excelentes resultados clínicos. A esperança média de vida é superior à média da União Europeia, a mortalidade evitável permanece entre as mais baixas da Europa e os Cuidados de Saúde Primários continuam a evitar milhares de internamentos desnecessários. Estes resultados demonstram a competência dos

seus profissionais e a solidez dos princípios que sustentam o SNS.

Mas o relatório identifica igualmente sinais preocupantes: cerca de 15% da população permanece sem médico de família, aumentam os tempos de espera, cresce o recurso aos seguros privados e os pagamentos diretos das famílias representam uma das maiores parcelas da despesa em saúde na União Europeia. Acresce uma população cada vez mais envelhecida, profissionais em desgaste e dificuldades persistentes no recrutamento e retenção de recursos humanos. Estes problemas não decorrem apenas da falta de financiamento. Resultam também da forma como o sistema é governado.

A integração administrativa não eliminou a fragmentação da decisão estratégica.

A criação das Unidades Locais de Saúde representou uma oportunidade histórica para integrar hospitais e cuidados de saúde primários. Contudo, o próprio relatório europeu reconhece que persistem sobreposições entre o Ministério da Saúde, a Direção Executiva do SNS, a Administração Central do Sistema de Saúde e a Direção-Geral da Saúde, dificultando uma governação clara e eficiente. A integração administrativa não eliminou a fragmentação da decisão estratégica.

Ao observar os sistemas de saúde europeus com melhor desempenho, verifica-se um padrão comum. Países como a Dinamarca, a Finlândia ou os Países Baixos apostaram numa forte autonomia organizacional, elevada responsabilização pelos resultados, integração efetiva dos cuidados, investimento robusto na prevenção e utilização intensiva da informação para apoiar a decisão clínica e de gestão. Embora cada sistema tenha características próprias, todos partilham uma governação própria para o cidadão e para resultados mensuráveis, mais do que para o cumprimento de processos administrativos.

Portugal continua demasiado dependente de uma cultura de controlo hierárquico. As decisões relevantes permanecem frequentemente concentradas em estruturas centrais, enquanto as organizações locais, que conhecem melhor as necessidades das suas populações, dispõem de autonomia limitada para inovar, reorganizar equipas ou adaptar respostas às especificidades do território.

Esta realidade exige uma mudança de paradigma.

O futuro do SNS não dependerá apenas de mais investimento financeiro. Dependerá da capacidade de descentralizar decisões, responsabilizar verdadeiramente as organizações pelos resultados obtidos e avaliar o desempenho através de indicadores de saúde da população e não apenas de atividade produzida.

Precisamos de uma contratualização baseada em valor, onde sejam premiados os ganhos em saúde, a redução das desigualdades, a satisfação dos cidadãos, a continuidade dos cuidados e a prevenção da doença.

Precisamos de uma contratualização baseada em valor, onde sejam premiados os ganhos em saúde, a redução das desigualdades, a satisfação dos cidadãos, a continuidade dos cuidados e a prevenção da doença. Um sistema que recompensa apenas o número de consultas ou cirurgias dificilmente incentivará inovação organizacional ou intervenção precoce.

Também será impossível construir um SNS sustentável sem colocar os profissionais no centro da estratégia. O relatório europeu

identifica claramente o envelhecimento das equipas, as elevadas cargas de trabalho e a necessidade de desenvolver funções avançadas para diferentes profissões de saúde. O futuro exige equipas multidisciplinares verdadeiramente integradas, onde médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais participem na tomada de decisão clínica e organizacional.

Existe ainda um dado particularmente revelador: Portugal investe apenas cerca de 2,3% da despesa em saúde na prevenção, aproximadamente metade da média europeia. Continuamos a concentrar recursos na resposta à doença instalada quando sabemos que as doenças crónicas, o envelhecimento e os fatores de risco exigem uma intervenção muito mais precoce e comunitária. A prevenção continua a ser tratada como despesa, quando representa um dos investimentos públicos com maior retorno económico e social.

As notícias dos últimos meses reforçam esta necessidade de mudança. O debate em torno da entrada em funcionamento das primeiras Unidades de Saúde Familiar de Modelo C, de gestão privada, a persistência de constrangimentos nas urgências, a dificuldade em assegurar escalas durante os períodos de férias e a crescente procura de seguros de saúde revelam um sistema sob forte pressão. Estes acontecimentos não devem ser analisados isoladamente nem utilizados como argumentos ideológicos. Devem constituir um incentivo para avaliar, com transparência e rigor, quais os modelos organizacionais que melhor servem os cidadãos, preservando sempre os princípios da universalidade, equidade e solidariedade que definem o SNS.

O maior erro estratégico seria acreditar que pequenas alterações administrativas resolverão problemas que são essencialmente estruturais.

Os profissionais de saúde não necessitam apenas de mais recursos; necessitam de organizações mais eficientes, liderança clínica, estabilidade e capacidade para desenvolver plenamente as suas competências.

O futuro do SNS dependerá da capacidade

de transformar conhecimento científico em políticas públicas consistentes. A sustentabilidade financeira não será alcançada apenas através da contenção da despesa, mas sobretudo através de investimento inteligente na prevenção, na proximidade e na integração dos cuidados.

Um sistema de saúde verdadeiramente moderno mede o seu sucesso não pelo número de consultas realizadas ou de hospitais construídos, mas pela capacidade de manter as pessoas saudáveis, reduzir desigualdades e garantir que ninguém fica privado de cuidados por razões económicas ou geográficas.

O Serviço Nacional de Saúde não precisa apenas de novas reformas.

Precisa de uma nova visão.

Uma visão que substitua a burocracia pela liderança, a centralização pela autonomia responsável, a produção pela criação de valor, a reação pela prevenção e a gestão de recursos pela gestão de resultados.

Porque o verdadeiro sucesso de um sistema de saúde não se mede pelo número de atos realizados.

Mede-se pela confiança que os cidadãos depositam nele.

E essa confiança começa a construir-se muito antes da porta de uma urgência.

Bibliografia:

- *Comissão Europeia, OCDE & Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. State of Health in the EU – Perfil de Saúde do País 2025: Portugal. OECD Publishing, 2025. In: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/portugal_6d4acb4301e93b2b-pt.pdf*
- *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro – Lei de Bases da Saúde. In: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-95-2019-124417108>*
- *Plano Nacional de Saúde 2030. In: <https://pns.dgs.pt/>*
- *OECD European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, In: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>*

12.ªS JORNADAS GRESP

“Asthma Escape Room” – Aceite o desafio!



Ana Margarida Cruz
Médica de família, USF Bom Porto, ULS de Santo António. Comissão Coordenadora do GRESP-APMGF

Uma viagem imersiva e interativa pela gestão da asma que promete transformar a formação médica e o raciocínio clínico em cuidados de saúde primários.

E se a atualização científica em medicina respiratória pudesse ser combinada com a adrenalina de um jogo de evasão? Nas próximas Jornadas do Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias (GRES P), os participantes são convidados a abandonar os formatos de formação tradicionais e a embarcar numa experiência pedagógica inovadora: a Oficina “*Asthma Escape Room*”.

Nascido em setembro de 2022 no âmbito do programa internacional *Teach the Teacher*, do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG), e desenvolvido por um grupo de trabalho do GRESP (Dr.ª Catarina Novais, Dr.ª Cláudia Mourato, Dr.ª Ana Rita Laranjeiro e eu própria), o projeto foi desenhado especificamente para responder a uma necessidade premente nos Cuidados de Saúde Primários: abordar a asma com elevado rigor científico, mas através de métodos envolventes, dinâmicos e práticos.

O projeto foi desenhado especificamente para responder a uma necessidade premente nos CSP: abordar a asma com elevado rigor científico, mas através de métodos envolventes, dinâmicos e práticos.

Nesta Oficina, o conhecimento não é apenas transmitido de forma passiva; é conquistado. O jogo projeta os médicos numa verdadeira viagem pelas *Sete Maravilhas do Mundo*. No papel de viajantes, os participantes progredem ao longo de sete níveis sequenciais, onde encontram médicos locais

virtuais que introduzem casos clínicos reais e desafiantes.

Para avançar, é necessário interpretar dados diagnósticos, avaliar a controlo da doença, ajustar terapêuticas farmacológicas, dominar técnicas de inalação, gerir agudizações e planear o seguimento dos doentes, sempre com base nas mais recentes evidências científicas.

Mais do que testar factos, o jogo combina raciocínio clínico com enigmas de lógica e resolução de problemas. Mas há um elemento adicional: o tempo. Como em qualquer *escape room*, o grande objetivo é escapar o mais rapidamente possível. O equilíbrio entre rapidez, acuidade clínica e capacidade de resolução de problemas é a chave para o sucesso.

Como participar? A Oficina foi pensada para promover a aprendizagem colaborativa. O convite é feito a todos os inscritos nas

Jornadas: venham, organizem-se, tragam amigos e formem equipas! Para que a dinâmica flua da melhor forma, solicite-se que cada equipa traga pelo menos um computador portátil (PC) ou *tablet*. Caso venha sozinho, não hesite: venha ter connosco, junte-se a outros colegas no local e viva a experiência de jogar em equipa, num ambiente de saudável competição e partilha.

Para assegurar a consolidação pedagógica, o final de cada nível apresenta um resumo sintético dos pontos-chave de aprendizagem. Desta forma, a vertente lúdica serve como um motor poderoso para fixar conceitos clínicos essenciais, perfeitamente aplicáveis à prática diária do consultório.

Não perca esta oportunidade única de testar o seu raciocínio clínico, partilhar experiências e aprender de forma verdadeiramente memorável. Junte os seus colegas, traga o seu dispositivo e venha aceitar o desafio do “*Asthma Escape Room*” nas 12.ªs Jornadas do GRESP!

O hospital em nossa casa: uma revolução humanizada na saúde em Portugal



Isilda Ferreira
Professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS). Coord. adjunta do livro *Hospitalização Domiciliária*

A ideia de que “estar internado” significa obrigatoriamente ocupar uma cama num edifício hospitalar está a dar lugar a um conceito muito mais caloroso e, curiosamente, mais eficiente: a hospitalização domiciliária (HD).

Em Portugal, a HD tem percorrido um caminho notável. O que começou como uma necessidade de descongestionar hospitais tornou-se, hoje, uma escolha baseada na excelência clínica. Atualmente, contamos com cerca de 40 unidades no Serviço Nacional de Saúde, além da expansão para o setor privado, que em 2020 viu nascer a primeira unidade deste género. Esta modalidade não é apenas uma “alternativa”; para muitos de nós, deve passar a ser a primeira opção de internamento sempre que o doente reúna as condições clínicas, sociais e geográficas necessárias.

Mas o que torna este modelo tão especial? A resposta reside na humanização. Ver um doente recuperar no conforto do seu

domicílio, rodeado pelas suas memórias e afetos, tem um impacto psicológico imenso. Além disso, os números não mentem: a hospitalização em casa reduz drasticamente o risco de infeções hospitalares, diminui episódios de confusão mental (especialmente nos idosos) e promove uma recuperação funcional mais rápida. É o “hospital” que se adapta à vida da pessoa e não o contrário.

No entanto, para que esta engrenagem funcione com a máxima segurança, o papel da equipa multidisciplinar é vital. Não estamos a falar de um simples apoio domiciliário, mas sim de cuidados de nível hospitalar prestados 24 horas por dia, com visitas presenciais diárias de médicos e enfermeiros. Aqui, a formação dos profissionais destas equipas surge como o pilar central.

Trabalhar em HD exige competências específicas que vão desde o domínio de tecnologias de telemonitorização até à capacidade de preparar, gerir e capacitar

o cuidador informal, que é o nosso braço direito neste cuidar em casa. Um profissional bem formado é aquele que sabe transitar entre o rigor técnico e científico dos cuidados de saúde e a sensibilidade de entrar na casa de alguém, respeitando a sua privacidade enquanto garante a segurança clínica.

O futuro reserva-nos ainda mais inovação. Já falamos de autoadministração de terapêuticas por doentes selecionados, de transfusões de sangue em casa e do alargamento desta resposta a áreas como a Pediatria e a Cirurgia. Portugal está na linha da frente desta transformação digital e assistencial, focando-se no que realmente importa: o valor em saúde e a qualidade de vida.

Para aprofundar este tema, que é tão técnico quanto humano, e que deseja compreender este “novo” panorama da saúde, foi recentemente publicada uma obra de referência obrigatória para profissionais de saúde, e não só - *Hospitalização Domiciliária*, um livro coordenado pelas



especialistas Irene Santos e Yáhia Abuowda, onde também participo. Acredito que é um guia pioneiro no nosso país sobre um modelo que, sem dúvida alguma, desenha o futuro mais humano e eficiente nos cuidados de saúde em Portugal.

Percursos de cuidados integrados

O trabalho desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde (DGS) na definição e implementação de Percursos de Cuidados Integrados (PCI) visa promover a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, para melhorar a continuidade assistencial e contribuir para ganhos em saúde.

Carla Pereira, chefe de Divisão do Planeamento e Melhoria da Qualidade da DGS, no 15.º Congresso das Farmácias, que decorreu em Lisboa, de 28 a 30 de maio de 2026, apresentou o tema “Integração de Cuidados: Saúde Sem Barreiras” em que destacou o trabalho realizado pela DGS nesta área, de modo a reforçar a integração de cuidados, considerando uma prioridade estratégica para o funcionamento do sistema de saúde.

A DGS tem o compromisso contínuo com a promoção de políticas e práticas que reforcem a integração de cuidados, contribuam para a eficiência do sistema de saúde, promovam a melhoria dos resultados em saúde da população, com ênfase na abordagem centrada na pessoa ao longo de todo o ciclo de vida e da trajetória da doença, com destaque para a prevenção.

Para o estabelecimento dos PCI, é fundamental fazer o enquadramento epidemiológico da doença, como problema de saúde pública em Portugal, para depois se estabelecer o PCI, desde a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento, até aos cuidados paliativos.

Atualmente, estão estabelecidos dois Percursos de Cuidados Integra-

dos, um para as Pessoas com Obesidade, Despacho n.º 12634/2023, e um outro PCI para as Pessoas com Doença Renal Crónica (DRC), aprovado pelo Despacho n.º 12635/2023, que definem um percurso de cuidados integrados para as diversas fases do diagnóstico e tratamento, garantindo um acompanhamento eficaz e multidisciplinar nos diferentes níveis de cuidados de saúde, visando assim melhorar a equidade, qualidade e segurança.

Poderá ler mais sobre este tema no site da DGS, em www.dgs.pt.



VIII Jornadas de Pediatria de Entre Douro e Vouga

Nos próximos dias 24 e 25 de Setembro realizam-se, no Europarque, em Santa Maria da Feira, as VIII Jornadas de Pediatria de Entre Douro e Vouga e VIII Jornadas da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança, com a temática «Pediatria Segura: Riscos e Oportunidades». A organização é do Serviço de Pediatria e Neonatologia da ULSEdV, em conjunto com a SPEQS (Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança – Ordem dos Médicos).

Serão abordadas situações relacionadas com a segurança ambiental em contexto de Neonatologia, urgências em meio escolar, medicar com segurança, aspetos legais e éticos dos cuidados em saúde na criança, erro médico, inovação em Pediatria, modelos IA aplicados à prestação de cuidados

O evento dirige-se, em particular, a internos e especialistas de Pe-



PEDRO FONTE, COORDENADOR DO GRUPO DE ESTUDOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS (GRESP) DA APMGF:

“A MGF está preparada para gerir a maioria das doenças respiratórias”

PEDRO FONTE, 42 ANOS, QUE INTEGRA A EQUIPA DA USF DO MINHO, É, DESDE ABRIL, O NOVO COORDENADOR DO GRESP-APMGF, SUCEDENDO A CLÁUDIA VICENTE. NESTA ENTREVISTA, DESTACA A CAPACIDADE DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA EM LIDAR COM AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS.

Pedro Fonte não consegue dizer se os jovens médicos de família e internos de MGF sentem, atualmente, uma maior atração pela área respiratória do que há cerca de uma dezena e meia de anos, quando o GRESP – Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias começou a intensificar a sua atividade e realizou, em 2011, as suas primeiras Jornadas.

“Não sei se há um interesse crescente. Acho é que há uma melhor preparação dos colegas mais novos, que é algo que verificamos, por exemplo, nas ações de formação que realizamos. Antigamente, tínhamos mesmo que começar pelo básico, agora, já não sentimos essa necessidade. Os internos e os especialistas em MGF mais recentes estão claramente mais aptos nesta área do que aquilo que acontecia há uns anos”, afirma o coordenador do GRESP, acrescentando ainda:

“Mas até acredito que esse interesse possa ser maior hoje em dia, desde logo porque as doenças respiratórias têm vindo a ganhar mais expressão nos indicadores dos CSP, e isso contribui para o desenvolvimento desta área, à semelhança do que sucedeu, por exemplo, com a cardiometabólica.”

Pedro Fonte considera que o médico de família tem atualmente “uma grande autonomia” na gestão das doenças respiratórias.

Pedro Fonte considera que o médico de família tem atualmente “uma grande autonomia” na gestão das doenças respiratórias. Tendo em conta até a circunstância de, “contrariamente ao que sucede noutros países, incluindo alguns com mais recursos, em Portugal temos acesso à generalidade dos medicamentos inalados disponíveis. E a MGF está perfeitamente em condições de saber escolher e prescrever qualquer inalador”.

Os casos “claramente mais graves

ou mais complexos, nomeadamente de asma e de DPOC, incluindo doentes potencialmente elegíveis para biológicos ou outras terapêuticas mais diferenciadas” são naturalmente referenciados para a Pneumologia ou para a Imunoalergologia”.

O que continua a preocupar Pedro Fonte é o constrangimento que existe, ao nível dos cuidados de saúde primários, relativamente ao acesso a um exame básico como a espirometria, mas que é fundamental não só para diagnosticar várias doenças respiratórias como também para monitorizar a sua evolução.

“Há zonas do país em que isso não sucede, mas um dos locais onde o acesso à espirometria de qualidade continua a estar bastante limitado é precisamente aqui em Braga. Esse continua a ser, para mim, um grande problema”, frisa.

O 5.º coordenador na história do GRESP

Foi depois de terminar o internato de MGF, em março de 2014, que a ligação de Pedro Fonte ao GRESP se tornou mais intensa, com a participação em ações formativas, a produção de documentos e até, um pouco mais tarde, coordenando os grupos de trabalho de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e de Provas Funcionais Respiratórias. Finalmente, em 2021, passou a integrar a Comissão Coordenadora do GRESP, quando Cláudia Vicente assumiu a liderança do Grupo.

Entretanto, avançando até abril de 2026, a médica de família da USF Aracetil (ULS do Baixo Mondego), aproveitou a realização do maior evento anual da APMGF, o 43.º Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar, para confirmar publicamente que iria deixar a coordenação do GRESP para assumir a presidência do International Primary Care Respiratory Group. Cargo de que tomara posse dois meses depois, em junho, por ocasião da 13.ª Conferência Mundial do IPCRG, na Tunísia.

Foi também no evento de Tróia que Cláudia Vicente anunciou o nome do novo coordenador do GRESP. Ainda assim, Pedro Fonte explica que, embora o seja formalmente desde abril, “acordámos que o processo de transição se vai prolongar até ao nosso evento, em outubro, estando a Dr.ª Cláudia Vicente ainda muito presente. Aliás, partilhámos os



“Passámos de um Grupo no início ainda com pouca expressão para aquilo que é hoje”, afirma Pedro Fonte, referindo o contributo para tal dos anteriores coordenadores do GRESP

dois a presidência das 12.ªs Jornadas e o seu nome vai manter-se, pelo menos até lá, na lista dos membros da Comissão Coordenadora”.

Fundado a 19 de novembro de 2005, e com uma história de mais de 20 anos, o GRESP conhece agora o seu 5.º coordenador, que teve como antecessores no cargo João Ramires (2005-2010), Jaime Correia de Sousa (2010-2015), Rui Costa (2015-2021) e, claro, Cláudia Vicente (2021-2026).

“Passámos de um Grupo no início ainda com pouca expressão para aquilo que é hoje. Diria que os anteriores coordenadores, cada um à sua maneira, deram um contributo muito marcante para a relevância que tem atualmente”, afirma Pedro Fonte, acrescentando:

“Destaco as formações que têm sido realizadas, a presença constante nos eventos da APMGF e a proximidade institucional que temos tido, em particular, à Sociedade Portuguesa de Pneumologia, à Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e ao Núcleo de Doenças Respiratórias da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, não esquecendo a nossa excelente relação com a Prof.ª Cristina Bárbara, do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da DGS.”

No seu entender, a visibilidade internacional do GRESP também merece realce, atribuindo grande responsabilidade por tal a Jaime Correia de Sousa, o primeiro português a presidir ao IPCRG e “para onde conseguiu arrastar vários colegas”. Entre estes está o próprio Pedro Fonte, que faz parte do projeto *COPD Right*

“No estágio de MGF, foi espetacular ver como uma médica de família se relacionava com os utentes”

Pedro Fonte começou o internato do Ano Comum, em janeiro de 2009, com a certeza de que seguiria uma de três especialidades: Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna ou Pediatria. Durante o estágio de MGF na USF Vimaranes, teve a oportunidade de acompanhar uma médica de família cuja prática o marcou profundamente. “Foi uma experiência espetacular ver a maneira como se relacionava com os utentes”, recorda, afirmando ter essa vivência acabado por definir o seu futuro.

E é assim que o jovem médico – nascido em Guimarães no dia 18 de março de 1984 e com o curso de Medicina feito... ali ao lado, na Universidade do Minho em Braga – se apresenta, algum tempo depois, na USF Ponte, para fazer o internato da especialidade. “Que adorei! Éramos um grupo pequeno de internos, mas dávamo-nos muito bem e trabalhávamos imenso, estimulados por um coordenador superdinâmico e pelo meu orientador, o Dr. Santiago Figueiroa”, recorda.

Care desde a sua criação, em 2021, integrando a respetiva *Strategy Team* e coordenando o grupo português. Aliás, participou na 13.ª Conferência

Sublinha, em particular, o facto de ter acompanhado “o boom inicial das normas da DGS, em 2011-12”. E acrescenta: “Éramos nós internos que dinamizávamos as apresentações e discussões dos indicadores, por exemplo.”

Depois do exame final de internato, em março de 2014, e após uma breve passagem “de uma ou duas semanas” pela então UCSP Esporões, Pedro Fonte chega, como estava previsto, à unidade que meses depois, em outubro, iniciaria oficialmente atividade como USF do Minho.

Paralelamente, é assistente convidado na Escola de Medicina da Universidade do Minho desde 2012, estreitando a partir daí a sua relação com Jaime Correia de Sousa, que o aproximou naturalmente do GRESP, Grupo que na altura coordenava. Terá também influenciado a escolha da área do diagnóstico da DPOC como tema do doutoramento que Pedro Fonte se encontra ainda a desenvolver.

Mundial do IPCRG nessa qualidade, mas também como representante do GRESP na Assembleia-Geral daquela organização.

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.



Católica lança pós-graduação para capacitar enfermeiros na condução de ensaios clínicos

O crescimento da investigação clínica em Portugal e a crescente participação do país em estudos internacionais têm vindo a reforçar a necessidade de profissionais de saúde com competências especializadas na condução de ensaios clínicos.

Para responder a este desafio, a Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica Portuguesa lança a Pós-Graduação em Ensaios Clínicos para Enfermeiros, uma formação que prepara estes profissionais na operacionalização e gestão de estudos clínicos, contribuindo ativamente para a produção de conhecimento e para a inovação terapêutica.

Ao longo do programa, os participantes terão contacto com temas como a metodologia da investigação clínica, boas práticas clínicas, enquadramento regulamentar e ético, monitorização de estudos, gestão de dados, segurança dos participantes e coordenação de ensaios clínicos, desenvolvendo competências cada vez mais valorizadas por hospitais, centros de investigação,



“Com esta pós-graduação, queremos contribuir para a formação de profissionais altamente qualificados, preparados para responder aos desafios de uma área em forte crescimento e com elevado impacto na qualidade dos cuidados de saúde”, afirma João Neves Amado,

um dos coordenadores da pós-graduação.

Destinada a profissionais de saúde,

de, nomeadamente enfermeiros, que pretendam aprofundar conhecimentos em investigação clínica ou orientar a sua carreira para esta área, a formação privilegia uma abordagem multidisciplinar e aplicada, proporcionando uma preparação sólida para contextos nacionais e internacionais.

ULS do Oeste recebeu o 1.º robot cirúrgico

A ULS do Oeste recebeu o seu primeiro sistema de cirurgia robótica, representando um investimento de 1,8 milhões de euros (sem IVA) financiado pelo PRR e que permitirá reforçar a capacidade cirúrgica e a diferenciação assistencial na região.

Para a ULS do Oeste, este investimento reforça a capacidade cirúrgica e prepara a instituição para responder, com maior diferenciação, às necessidades dos seus utentes. O seu Conselho de Administração mostrou-se convicto de que “este marco terá um impacto positivo na vida dos



Numa primeira fase, o sistema será utilizado em procedimentos diferenciados nas especialidades de Urologia, Cirurgia Geral e Gi-

utentes e na valorização e formação dos seus profissionais, consolidando a reputação da instituição como um centro de referência na região”.

USF Santo António celebrou 17.º aniversário

Foi privilegiando o contacto com a comunidade que serve que a USF Santo António, integrada na ULS de Saúde Barcelos/Esposende, assinalou a 28 de julho o seu 17.º aniversário, incluindo a realização de uma atividade dedicada às crianças e de uma sessão de educação para a saúde dirigida a residentes de um lar.

um vídeo evocativo da cidade de Barcelos, onde narrou um poema da sua autoria sobre o concelho e as suas gentes.

O diretor dos CSP da ULS Barcelos/Esposende, José Moreira, felicitou a equipa pelo percurso realizado e pela capacidade de responder aos desafios atuais dos cuidados de saúde, sem perder a proximidade



Durante a sessão comemorativa, o coordenador, Antero Moreira, recordou os 17 anos de percurso da USF Santo António e deixou palavras de reconhecimento a todos os profissionais que ajudaram a construir a identidade da Unidade.

Um dos momentos mais marcantes da celebração foi o apontamento cultural protagonizado por Daniela Matos Leite. A escritora apresentou

e a humanidade na relação com os utentes.

Um reconhecimento sentido igualmente por quem recorre diariamente à Unidade. O utente Jorge da Costa Guedes destacou a forma personalizada, educada e humanizada como é recebido pela equipa, considerando que a nova organização dos cuidados trouxe melhorias ao funcionamento da USF.

ECCI de Vila Verde integra projeto-piloto nacional de cuidados continuados

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Vila Verde passou, desde 1 de junho, a integrar o projeto-piloto

seus contextos familiar e social.

Com recurso a novas tecnologias e a uma articulação reforçada com os médicos de família e os serviços hospitalares, atualmente em desen-



nacional das ECI. A adesão da ULS decorre do alargamento deste projeto, que, a partir de 1 de abril de 2026, passou a permitir que novas ULS aderissem voluntariamente ao modelo.

As ECI acompanham os utentes no seu domicílio há vários anos, com cuidados prestados por equipas multidisciplinares que reúnem apoio médico, de enfermagem – com particular foco em especialidades de reabilitação – e de apoio social, com base num plano de cuidados individualizado. A mais-valia deste projeto-piloto é sobretudo o alargamento e a garantia de horário: o modelo assegura agora a presença e o funcionamento no domicílio sete dias por semana, 365 dias por ano.

O propósito central desta reorganização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é travar a institucionalização desnecessária, permitindo que pessoas com dependência no autocuidado, em convalescença ou com patologias complexas permaneçam o máximo de tempo possível nos

volvimento, procura-se responder a situações de agudização no conforto do lar, o que pode ajudar a evitar deslocações e internamentos que nem sempre são a melhor resposta para o utente.

“A integração da ECI de Vila Verde neste projeto-piloto reforça o acompanhamento que já prestamos junto das pessoas, no seu domicílio e em articulação com quem cuida. É aí, junto da comunidade e das famílias, que conseguimos fazer a diferença na vida dos utentes”, afirma Elisabete Pinheiro, enfermeira diretora da ULS Braga.

As UCC são um dos pilares da prestação de cuidados primários de proximidade, sendo no seu seio que se constituem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados. A avaliação e o acompanhamento dos utentes assentam nos recursos locais disponíveis, na multidisciplinaridade das equipas, em permanente e estreita conjugação com os serviços comunitários, autarquias e todas as instituições que intervêm nos cuidados dos utentes.

Guias de bolso ajudam a viver com doenças autoimunes

O Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) acaba de lançar a coleção de guias de bolso “Viver com...”, composta por 15 publicações gratuitas, dirigidas ao público em geral, sobre doenças autoimunes.

Os guias explicam, em linguagem clara e acessível, o que são estas patologias, quais os principais sintomas e os tratamentos disponíveis, abrangendo temas como artrite psoriática, artrite reumatóide, doença de Behçet, síndrome de Sjögren, doença mista do tecido conjuntivo, esclerose sistémica, espondiloartrite, fenómeno de Raynaud, lúpus, síndrome antifosfolípideo, polimiosite e dermatomiosite, síndromes autoinflamatórias e uveíte, além de dois guias dedicados à gravidez em contexto de doença autoimune e ao tratamento não farmacológico destas patologias.

“Esta iniciativa do NEDAI parte de uma premissa fundamental: capacitar o doente e promover a literacia em saúde no panorama das doenças autoimunes. Os guias foram pensados para conseguirem traduzir conceitos clínicos complexos numa linguagem simples, ajudar a esclarecer dúvidas frequentes sobre medicação e cuidados preventivos, e reforçar o diálogo entre médico e doente”, explica Carlos Carneiro, coordenador do NEDAI.

Entre as ferramentas práticas incluídas nos guias estão modelos de diários de sintomas e listas de perguntas para levar à consulta, para ajudar o doente a estruturar a sua história clínica de forma mais clara e a comunicar melhor com a equipa médica.

Os guias estão disponíveis gratuitamente em: <https://www.spmi.pt/nucleo-estudos-doencas-autoimunes/#cidadao-nucleo>.

3.ªs Jornadas de MI da ULS de Santa Maria valorizam a participação da MGF



AGENDADA PARA OS PRÓXIMOS DIAS 17 E 18 DE SETEMBRO, A 3.ª EDIÇÃO DAS JORNADAS DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DA ULSSM, CUJO PROGRAMA REGISTA UM SIGNIFICATIVO ENVOLVIMENTO DOS SEUS INTERNOS, INCLUI A REALIZAÇÃO DE QUATRO CURSOS PRÉ-CONGRESSO.

Presidido por António Martins Baptista, que assumiu a direção do agora único Serviço de Medicina Interna da ULS de Santa Maria em setembro de 2023, o evento realizou-se pela primeira vez em abril de 2024. No seu entender, justifica-se que “um Serviço com a dimensão deste organize uma reunião anual, que também serve para transmitir para fora muito do nosso *know-how*”.

– de muitos dos elementos do Serviço de MI”, afirma a médica, que acrescenta: “O programa das Jornadas acaba por se focar, de alguma forma, em campos de interesse de quem trabalha na Área B, nomeadamente, o risco cardiovascular, as doenças hereditárias do metabolismo e as patologias autoimunes.”

Para além de destacar as duas sessões que se vão realizar mobili-

Um deles de ecografia à cabeceira do doente para diagnóstico rápido (POCUS) e outro de simulação em Medicina Interna.



Ana Tornada

“Aproveitando a experiência que temos relativamente a determinadas áreas de diferenciação das nossas equipas, vamos realizar também um curso de atualização em hipertensão arterial e outro sobre as *red flags* em doenças autoimunes”, acrescenta a presidente da CO.

“Vamos ter umas Jornadas em que queremos agregar os colegas de Medicina Interna e de Medicina Geral e Familiar de toda a ULS de Santa Maria, mas também de outras especialidades hospitalares com as quais articulamos diariamente na nossa prática clínica”, frisa Lígia Peixoto, a secretária-geral das JoMI’26, sublinhando um aspeto que considera importante:



Lígia Peixoto

zando um grupo de internos e particularmente dirigidas a quem se encontra a cumprir o internato de MI ou é recém-especialista, Anabela Oliveira salienta ainda: “Até enquanto a ULS, entendemos que a questão da integração de cuidados deve ser um aspeto a ter em consideração neste tipo de reuniões e, por isso, colegas de Medicina Geral e Familiar das unidades de cuidados de saúde primários da ULSSM vão estar presentes também como palestrantes ou moderadores”.

Ana Tornada, que preside à Comissão Organizadora das JoMI’26, que inclui outros 11 internistas e oito médicos internos, faz referência aos cursos pré-congresso que vão ter lugar na véspera das Jornadas.

Anabela Oliveira: “Entendemos que a questão da integração de cuidados deve ser um aspeto a ter em consideração neste tipo de reuniões.”



LUÍS DUARTE COSTA, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA:

“O que a Medicina Interna precisa é de se desenvolver para além do modelo clássico a que os serviços estão presos”

A REORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, A CERTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS E A REMUNERAÇÃO COM INCENTIVOS BASEADOS EM RESULTADOS SÃO, PARA O ATUAL PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA (SPMI), ASPETOS ESSENCIAIS PARA QUE A ESPECIALIDADE EVOLUA E O PAPEL DOS INTERNISTAS SEJA AINDA MAIS VALORIZADO, PARA BENEFÍCIO DOS PRÓPRIOS UTENTES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. NO ÚLTIMO TERÇO DE UM MANDATO QUE TERMINARÁ EM MAIO DE 2027, POR ALTURA DO 33.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA (CNMI) – PELA PRIMEIRA VEZ ORGANIZADO PELA MI DA AGORA ULS DE SANTA MARIA –, LUÍS DUARTE COSTA FEZ EM JULHO 50 ANOS, SENDO QUE EM 2026, PRECISAMENTE A 14 DE DEZEMBRO, TAMBÉM A PRÓPRIA SOCIEDADE QUE DIRIGE ASSINALA UMA DATA MUITO ESPECIAL, NESTE CASO, O 75.º ANIVERSÁRIO DA SUA FUNDAÇÃO. A ESTA EFEMÉRIDE ACABOU POR FICAR LIGADO O LANÇAMENTO DO PRÉMIO DE BOAS PRÁTICAS EM MEDICINA INTERNA, COM O QUAL SE PRETENDE DISTINGUIR PROJETOS RECENTES, MAS JÁ COM PROVAS DADAS, CONCRETIZADOS POR INTERNISTAS QUE EXERCEM EM PORTUGAL, INTEGRADOS EM SERVIÇOS DE MI DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. DE REFERIR QUE O VENCEDOR DA 1.ª EDIÇÃO FOI CONHECIDO DURANTE O ÚLTIMO CNMI, NO FINAL DE MAIO, TENDO SIDO, ENTRETANTO, ALVO DE REPORTAGEM PELA *JUST NEWS*, PUBLICADA UMAS PÁGINAS MAIS À FRENTE NESTE JORNAL MÉDICO. ÚLTIMA NOTA: A CONVERSA COM LUÍS DUARTE COSTA DECORREU NO SEU LOCAL DE TRABALHO, O HOSPITAL DA LUZ LISBOA, NO INÍCIO DE JULHO.

O Prémio de Boas Práticas em Medicina Interna contabilizou 20 candidaturas, das quais 6 foram selecionadas para apresentação no 32.º CNMI, destas surgindo o projeto vencedor. “Foi uma aposta ganha!”, diz o presidente da SPMI, fazendo logo questão de acrescentar: “É muito difícil um serviço de MI ter a capacidade de inovar e de responder de uma maneira um pouco diferente. Neste contexto, perante a

imobilidade que caracteriza o nosso Serviço Nacional de Saúde, termos duas dezenas de projetos a concurso foi extraordinário. Aliás, devo admitir que esse número foi muito superior ao que eu estava à espera. Mas isso também demonstra que a MI consegue superar-se, apesar de todas as restrições que tem à sua atividade”, afirma, concluindo: “O que a MI precisa é de se desenvolver para além do modelo clássico



“O número de projetos apresentados no âmbito do Prémio de Boas Práticas em Medicina Interna demonstra como esta especialidade consegue superar-se, apesar de todas as restrições que tem à sua atividade”, afirma Luís Duarte Costa

a que os serviços estão presos. A reorganização hospitalar é realmente uma prioridade nossa. Pensamos que é fundamental para que a MI evolua e, sobretudo, para que o SNS ofereça melhores condições aos seus utentes.”

O facto de a MI estar “assoberbada de trabalho” é um travão a que surjam no terreno mais projetos de boas práticas. Por outro lado, “até pode haver médicos suficientes, nomeadamente de MI, para abrir, por exemplo, uma unidade de diagnóstico rápido, ou uma unidade de ambulatório de doentes complexos, mas se não houver enfermeiros nada feito! Ou se faltarem outros profissionais igualmente indispensáveis, se não houver dinheiro ou se o espaço físico necessário não existir...”

Não admira que Luís Duarte Costa considere “imprescindível levar à discussão pública o tema da reorganização hospitalar”, sublinhando ter vindo a ser essa uma das prioridades do seu mandato como presidente da SPMI. “Nós trabalhamos como há 50 anos. Não é o doente que está no centro do sistema, sendo este obrigado, por exemplo, a circular entre diferentes especialidades, quando deviam ser estas a ir ter com ele”, diz.

No caso das camas, “não é aceitável que alguém permaneça deitado numa maca, seja na Urgência ou noutro lo-

“Nós trabalhamos como há 50 anos. Não é o doente que está no centro do sistema, sendo este obrigado, por exemplo, a circular entre diferentes especialidades, quando deviam ser estas a ir ter com ele”, diz o presidente da SPMI.

cal, por não se enquadrar exatamente nas características de serviços que até têm camas disponíveis”. Para além de que “os doentes são cada vez menos de uma única especialidade, não só porque o nosso nível de conhecimento é hoje em dia muito superior mas também porque têm muito mais idade e acumulam patologias”.

“Faz cada vez mais sentido ser a MI a agregar estes doentes”, refere, embora reconheça ser necessário inverter a situação de desinvestimento na Medicina Interna que se vem observando e que tem como consequência “o elevado número de vagas da especialidade que nos últimos anos têm ficado por preencher”.

Para aumentar a atratividade da MI junto dos jovens médicos, o presidente da SPMI defende a importância de se promover a certificação dos serviços, algo que já começou a ser feito no país vizinho, depois de a Sociedade congénere espanhola ter definido os critérios usados como base para a indispensável classificação.

Essa certificação deverá ser depois relevante para que, até em termos de remuneração, possa vir a ser implementado “um sistema de incentivos aos internistas baseado em mérito e em resultados”, como explica Luís Duarte Costa:

“Nesta matéria, estamos agora a retomar o trabalho conjunto que começou a ser desenvolvido há alguns anos, em conjunto, pela SPMI e pelo Colégio da Especialidade de MI da Ordem dos Médicos. A ideia é que os incentivos sejam divididos em três grandes grupos. Por um lado, achamos que cada Serviço devia iden-

tificar os cinco principais diagnósticos e depois avaliar os resultados por critérios clínicos. Outro grupo teria que ver com a forma de organizar os resultados mais clássicos, como a taxa de mortalidade ou a taxa de reinteramento, e com o facto de o Serviço ter, por exemplo, uma Comissão de Farmácia ou uma Comissão de Investigação. Finalmente, haveria um terceiro grupo de incentivos assente em critérios de avaliação do Serviço por parte dos doentes e de autoavaliação pelos próprios profissionais.”

Áreas prioritárias na formação dos internistas

“Os doentes idosos complexos têm algumas particularidades que é importante serem conhecidas de todos os internistas e, por isso, consideramos que a MI devia apostar mais na formação nas áreas da Geriatria e dos Cuidados Paliativos. Mas também a ecografia à cabeceira do doente e, claramente, a área da investigação deviam ser prioridade”, defende Luís Duarte Costa, prosseguindo:

“O ecógrafo portátil é uma ferramenta extraordinária para os internistas, sendo a sua utilização apontada como o 5.º passo da avaliação clínica. Devíamos poder fazer ultras-

sons como regra, para uma melhor avaliação dos doentes, algo cada vez mais evidente em todo o mundo. Na última década, temos vindo a conseguir que a maior parte dos serviços tenham internos a obter formação em POCUS, mas, como é uma área nova, ainda são poucos os locais onde é possível adquiri-la.”

Luís Duarte Costa: “O ecógrafo portátil é uma ferramenta extraordinária para os internistas. Devíamos poder fazer ultrassons como regra, para uma melhor avaliação dos doentes.”

E prossegue: “Espero que daqui a uns 5 anos, com o crescimento exponencial do *point-of-care ultrasound* a que vamos com certeza assistir, este integre a formação base de qualquer internista. Paralelamente, como a Sociedade Espanhola de Medicina Interna já estabelece, os serviços de MI deverão ter um número de ecógrafos suficiente para responder a todas as solicitações diárias.”

A relação da MI com as especialidades cirúrgicas e com a MGF

Luís Duarte Costa confirma que as especialidades cirúrgicas “valorizam muito o papel dos internistas”. E logo adianta que “investir na cogestão dos doentes cirúrgicos é uma estratégia acertada”, dando como exemplo as situações de fratura do colo do fémur, “que na enorme maioria dos casos ocorrem em doentes com patologia médica”. Ora, “com o desenvolvimento da medicina, os ortopedistas vão ficando, naturalmente, afastados cada vez mais do tratamento e vigilância de uma hipertenção, de uma insuficiência cardíaca ou de uma insuficiência renal, de uma demência ou de uma síndrome geriátrica”.

“Esta relação simbiótica entre a MI e as especialidades cirúrgicas é um *win-win*, como agora se diz, para todos. O doente sai a ganhar, estando comprovado que tem menos complicações e que o tempo de internamento é menor, com mais ganhos em saúde. Também é positivo para o hospital, pois, consegue otimizar o tratamento, reduzindo os custos associados. Quanto ao cirurgião, acaba por rentabilizar mais o seu tempo, dedicando-se àquilo que só ele sabe

Filho de médicos, é casado com uma especialista em MGF

Luís Duarte Costa nasceu em Lisboa, onde sempre tem vivido, no dia 22 de julho de 1976. Filho de um gastroenterologista e de uma pediatra, acabou por escolher a mesma profissão dos pais. Estudou na Faculdade de Ciências Médicas, terminando o curso no ano 2000. O internato Geral e a formação em Medicina Interna foram feitos no Hospital Curry Cabral.

Tornando-se especialista em 2008, começa logo na primavera desse ano a trabalhar no Hospital da

Luz Lisboa, inaugurado pouco tempo antes. Precisamente uma década depois, em maio, assume a coordenação do atualmente designado Atendimento Urgente de Adultos, cargo que manteve até ao início de 2025.

Após um período de 10 meses, em que foi “conhecer por dentro” o problemático Serviço de Urgência do Hospital Fernando Fonseca, regressou a tempo inteiro ao HLL. É sócio da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna desde os seus

tempos de interno e a primeira função que teve como membro da Direção seria a de secretário-adjunto. Mais recentemente, foi um dos vice-presidentes de Lêlita Santos, a primeira mulher a presidir à SPMI, vindo a suceder-lhe no cargo, para cumprir um mandato que teve início em maio de 2024.

É casado com uma especialista de Medicina Geral e Familiar, o que o aproxima sobremaneira da realidade dos cuidados de saúde primários.

A experiência “enriquecedora” da Urgência do Amadora-Sintra

Embora mantendo o seu período de consultas semanal no Hospital da Luz Lisboa, Luís Duarte Costa esteve a 100% na ULS de Amadora-Sintra enquanto foi diretor do Serviço de Urgência do Hospital Fernando Fonseca (HFF). Foram 10 meses que garante terem sido “enriquecedores” e que se estenderam entre maio de 2025 e fevereiro de 2026.

Tinha acabado de deixar o Atendimento Urgente de Adultos do HLL, que coordenava desde maio de 2016, quando surgiu o convite. Afinal de contas, sublinha, “sempre gostei muito de urgência e as condições que tinha aqui alteraram-se, portanto, achei que devia aceitar”. De referir que Luís Duarte Costa tinha voltado para a enfermaria, “para um projeto de cogestão que não teve nessa altura a possibilidade de avançar”, quando surgiu o desafio do Amadora-Sintra.

“Tinha a promessa de que se iria conseguir resolver o problema estrutural que o hospital tem, que é a falta de camas, e eu acreditei no que me disseram. Percebi que seria um processo que demoraria com certeza algum tempo, mas acabei por chegar à conclusão de que tal não iria acontecer, e por vários motivos. É realmente um hospital subdimensionado, tendo em conta a população que aquela ULS serve, que exigiria triplicar a sua capacidade de internamento, que é de apenas 600 camas”, sublinha.

O internista lembra que os países que integram a OCDE têm uma média de 4,2 camas por mil habitantes, rácio que desce para 3,3 no que respeita a Portugal. E acrescenta: “Na ULS Amadora-Sintra é somente de 1,1 ou 1,0, consoante se considerem ou não as 60

camas do Hospital de Sintra.”

“Aquele hospital anda a funcionar em sofrimento há 30 anos! Para sobreviver, foi-se reorganizando, sendo que o problema é que a pressão ficou concentrada na Urgência. O que faz com que as suas equipas, em vez de atenderem quem a ela recorre, estejam ocupadas a tratar os doentes internados na Urgência, sendo cerca de 75 os que diariamente se encontram nesta situação. Com estas condições, o que ali se faz acaba mesmo por ser extraordinário”, considera Luís Duarte Costa, acrescentando:

“Mas os 10 meses que lá passei, embora tenham sido de grandes dificuldades e alguns dissabores, foram também muito enriquecedores, porque a experiência me permitiu viver o SNS nas 24 horas do dia, numa ULS que enfrenta as maiores dificuldades.

De novo no Hospital da Luz Lisboa, “a ideia é retomar o projeto que ficou pendente da cogestão dos doentes cirúrgicos, até porque a passagem pela Urgência do Amadora-Sintra permitiu-me ter mais contacto com doentes desse tipo que precisam de um internista, e isso foi muito gratificante”.

“A pressão concentrada na Urgência do HFF faz com que as suas equipas, em vez de atenderem quem a ela recorre, estejam ocupadas a tratar os doentes ali internados.”

“O médico de família sente dificuldade em contactar o colega que na unidade hospitalar observa o utente que aquele acompanha ao longo da vida”, lamenta Luís Duarte Costa.

faz”, expõe o presidente da SPMI. No que respeita à ligação da MI com a Medicina Geral e Familiar, Luís Duarte Costa não hesita em afirmar que, “tratando-se de duas especialidades generalistas, uma atuando no ambulatório e a outra no hospital, devem coordenar os cuidados que prestam, sendo certo que não têm estado tão próximas quanto deveriam”. E reconhece haver aqui alguma responsabilidade por parte da MI e, obviamente, do próprio sistema: “Essa relação, tão necessária, é muitas vezes esquecida, ou pouco valorizada, e, portanto, o contacto que o hospital tem com o centro de

saúde é reduzido e frequentemente de má qualidade. O médico de família sente dificuldade em contactar o colega que na unidade hospitalar observa o utente que aquele acompanha ao longo da vida também porque o próprio sistema não está organizado de forma a facilitar a comunicação entre os dois níveis de cuidados.”

De qualquer maneira, Luís Duarte Costa lembra os projetos concretizados pela Medicina Interna e que envolvem a MGF, nomeadamente visando os doentes complexos, como “ótimos exemplos de que é possível as coisas poderem funcionar um pouco melhor”.

LUÍS MADEIRA, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (SPPSM):

“A vontade de desestigmatizar a doença mental grave conduziu, em alguns contextos, a uma perda do valor da Psiquiatria no tratamento”

EM ENTREVISTA À *JUST NEWS*, LUÍS MADEIRA, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (SPPSM), DEFENDE A NECESSIDADE DE REFORÇAR A PSIQUIATRIA ENQUANTO DISCIPLINA MÉDICA E ALERTA PARA OS DESAFIOS QUE ATUALMENTE CONDICIONAM A RESPOSTA ÀS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE. DESTACA A INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS, A DESIGUAL DISTRIBUIÇÃO DE PSIQUIATRAS PELO TERRITÓRIO NACIONAL E A CRESCENTE DIFICULDADE EM DISTINGUIR SOFRIMENTO PSICOLÓGICO DE DOENÇA MENTAL. A POUCO TEMPO DO XX CONGRESSO NACIONAL DE PSIQUIATRIA, QUE DECORRERÁ ENTRE 25 E 28 DE NOVEMBRO, NO CONVENTO DE SÃO FRANCISCO, EM COIMBRA, SOB O LEMA “OS AMBIENTES DA PSIQUIATRIA: DO CORPO À SOCIEDADE”, LUÍS MADEIRA SUBLINHA A IMPORTÂNCIA DE SE PRESERVAR UMA ABORDAGEM CLÍNICA RIGOROSA, CAPAZ DE RESPONDER ÀS NECESSIDADES DOS DOENTES MAIS VULNERÁVEIS.



Luís Madeira: “Nem sempre a doença mental é facilmente reconhecida por profissionais de outras áreas da saúde, sobretudo quando se apresenta de forma menos evidente”

uma devalorização da Psiquiatria e da própria expressão social da doença mental. De facto, o discurso social, político e legislativo tem passado, muitas vezes, a privilegiar exclusivamente a expressão ‘saúde mental’, relegando para segundo plano a doença mental e a Psiquiatria.”

Luís Madeira considera importante reconhecer que a promoção da saúde mental e o combate ao estigma constituem objetivos essenciais, mas não devem fazer desaparecer o reconhecimento da doença mental enquanto realidade clínica:

Luís Madeira: “Hoje em dia, fala-se sobretudo de saúde mental, havendo alguma dificuldade em utilizar explicitamente a expressão doença mental.”

“O resultado é uma indiferenciação entre sofrimentos de natureza e gravidade muito distintas. Surgem dois movimentos em simultâneo: psiquiatriza-se o sofrimento normal da vida e, ao mesmo tempo, perde-se de vista a doença mental propriamente dita. Isto gera confusão sobre quem necessita efetivamente de cuidados especializados, a quem deve recorrer e que tipo de tratamento é adequado.”

“Ao mesmo tempo, assistiu-se a uma expansão muito relevante da Psicologia e de outras áreas da saúde mental, o que representa um desen-

volvimento positivo. O desafio é garantir que esse progresso não conduza à desvalorização da especificidade da Psiquiatria”, afirma.

“Os doentes com doença mental grave necessitam de acompanhamento continuado na comunidade, sem o qual aumentam significativamente a morbilidade e as suas consequências pessoais, familiares e sociais”, alerta o presidente da SPPSM.

A escassez de especialistas constitui, contudo, apenas parte do problema: “À insuficiência de psiquiatras junta-se a falta de recursos para constituir equipas multidisciplinares completas. Em muitos serviços, a atividade acaba inevitavelmente concentrada na urgência e no internamento. Ora, os doentes com doença mental grave necessitam de acompanhamento continuado na comunidade, sem o qual aumentam significativamente a morbilidade e as suas consequências pessoais, familiares e sociais.”

O problema de sempre: o estigma

Apesar da crescente atenção dedicada à saúde mental, Luís Madeira considera que continua a existir um

desafio importante: garantir que a valorização do sofrimento psicológico não conduza à desvalorização da

doença mental enquanto realidade clínica: “Existe o risco de a doença

mental ser progressivamente diluída num conceito muito abrangente de sofrimento mental. São

dimensões relacionadas, mas não

(Continua na pág. 14)

CNP

2026

25-28
Novembro

Convento
de São Francisco
Coimbra

Congresso
Nacional
de Psiquiatria

Os ambientes da psiquiatria:
do corpo à sociedade

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
PSIQUIATRIA e
SAÚDE MENTAL

PCO
NO
GET
DONE
EVENTS

Design by Goldstone Events

“A Psiquiatria acabou por reunir aquilo que sempre me interessou na Medicina”

Luís António Proença Duarte Madeira nasceu em Lisboa, em agosto de 1982. Cresceu numa família numerosa, com tradição académica, onde coexistiam interesses tão diversos como a engenharia, a economia, a filosofia e a arquitetura.

Inicialmente, o seu percurso não passava pela Medicina. Ingressou em Biologia movido pelo interesse na Genética, na Biologia Molecular e nas Ciências Fundamentais. No entanto, cedo percebeu que procurava uma profissão que conjugasse investigação científica com contacto clínico e reflexão sobre a experiência humana. Foi essa convicção que o levou a mudar para Medicina.

Durante o curso, feito na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, manteve uma intensa atividade académica, colaborando

em variadas áreas, entre as quais a Biologia, a Genética, a Fisiologia e a Anatomia. Mais tarde, aproximou-se também da Ética Médica, área que acabaria por marcar de forma decisiva o seu percurso universitário. Paralelamente, iniciou formação em Psicoterapia Centrada na Pessoa, que concluiu ainda antes de terminar a especialização em Psiquiatria.

A escolha da especialidade não foi imediata para quem acompanhava o seu percurso académico: “A Medicina Interna era uma opção mais natural e muitos colegas e professores imaginavam que seguiria essa área. No entanto, a Psiquiatria reunia aquilo que mais me interessava: a integração entre ciência, clínica e compreensão da experiência humana.”

O contacto com Maria Luísa Figueira despertou em Luís Madeira um interesse crescente pela Filosofia da Psiquiatria, área então praticamente desconhecida em Portugal.

Pouco depois de terminar o curso, o contacto com Maria Luísa Figueira despertou um interesse crescente pela Filosofia da Psiquiatria, área então praticamente desconhecida em Portugal. “Foi um encontro determinante no meu percurso. Descobri um domínio que articulava Psicopatologia, Filosofia e prática clínica, precisamente o tipo de reflexão que procurava desenvolver”, recorda Luís Madeira.

Esse interesse conduziu-o, em 2009, ao primeiro mestrado europeu em Filosofia da Psiquiatria, realizado na Universidade de Central Lancashire, em Inglaterra. Conciliar o internato médico, a formação internacional, a investigação e uma intensa atividade científica revelou-se exigente: “Foi um período de grande intensidade, mas também de enorme

crescimento académico e pessoal. Tive a oportunidade de contactar com investigadores de diferentes países e consolidar uma área de trabalho que continua a marcar a minha atividade científica.”

Sobre Maria Luísa Figueira, prefere destacar o impacto que teve na sua formação: “Foi uma das pessoas que mais influenciou o meu percurso académico. Sempre promoveu uma visão exigente da Psiquiatria, incentivando a curiosidade intelectual e a construção de projetos científicos.”

Uma atividade repartida entre a clínica, a investigação e a ética

Concluído o internato de Psiquiatria, em 2015, Luís Madeira permaneceu no Hospital de Santa

(Continua na pág. 14)

(Continuação da pág. 13)

equivalentes. A primeira exige frequentemente intervenção médica especializada; a segunda inclui muitas experiências humanas que não correspondem necessariamente a uma doença.”

Na sua perspetiva, “parte do estigma historicamente associado à Psiquiatria resulta de um contex-



“Se perdermos a capacidade de reconhecer a doença mental enquanto entidade clínica, corremos o risco de dificultar o acesso das pessoas aos cuidados de que efetivamente necessitam”, alerta o psiquiatra.

to em que existiam poucas opções terapêuticas eficazes, criando a percepção de que a doença mental era inevitavelmente incapacitante ou intratável”.

Entretanto, “nas últimas décadas, assistimos a uma evolução muito significativa. Hoje, dispomos de tratamentos farmacológicos, de neuro-modulação, psicoterapêuticos e psicossociais que permitem melhorar

prende-se com o atraso no acesso aos cuidados especializados:

“A falta de psiquiatras em algumas regiões do país constitui um obstáculo importante, mas não é o único. O estigma continua a levar muitas pessoas a adiar a procura de ajuda. Acresce que nem sempre a doença mental é facilmente reconhecida por profissionais de outras áreas da saúde, sobretudo quando

“A falta de psiquiatras em algumas regiões do país constitui um obstáculo importante, mas não é o único”, sublinha Luís Madeira, acrescentando: “Nem sempre a doença mental é facilmente reconhecida por profissionais de outras áreas da saúde, sobretudo quando se apresenta de forma menos evidente.”

Os ciclos da doença mental e da saúde mental

Para Luís Madeira, compreender a evolução da Psiquiatria implica reconhecer que a forma como a sociedade entende a doença mental nunca foi estática: “Ao longo da História, assistimos a diferentes formas de compreender a doença mental, que refletem não apenas o desenvolvimento científico, mas também mudanças culturais, sociais e filosóficas. Em muitos aspetos, estas perspetivas acabam por surgir ciclicamente.”

Na sua leitura, a Psiquiatria contemporânea resulta da convergência entre diferentes tradições: “A Psiquiatria desenvolveu-se através da articulação entre conhecimento empírico, investigação biomédica, reflexão filosófica e diferentes modelos de compreensão da experiência humana. Essa diversidade constitui uma das suas maiores riquezas.”

Ao mesmo tempo, recorda que diversos movimentos culturais das décadas de 1960 e 1970 questionaram o estatuto da doença mental e o papel da Psiquiatria:

“Os movimentos de crítica institucional, a antipsiquiatria, algumas correntes da psicologia humanista e determinados movimentos sociais contribuíram para uma discussão muito importante sobre direitos, autonomia e abuso de poder. Muitos desses contributos foram essenciais. Contudo, em alguns contextos, surgiu também a ideia de que a doença mental poderia ser reduzida apenas a fatores sociais ou relacionais, dispensando uma abordagem médica especializada.”

Na sua perspetiva, algumas destas tensões permanecem atuais: “Assistimos hoje a novos desafios associados às redes sociais, à inteligência artificial e à enorme disponibilidade de informação sobre saúde mental. Estes instrumentos

podem contribuir para aumentar a literacia em saúde, mas também favorecer fenómenos de simplificação excessiva, autodiagnóstico ou difusão de conceitos pouco rigorosos. O desafio consiste em aproveitar o seu potencial sem perder o rigor científico.”

Luís Madeira considera igualmente que o desenvolvimento da psicofarmacologia moderna constituiu um momento decisivo para a afirmação da Psiquiatria contemporânea:

“A partir da segunda metade do século XX passaram a existir tratamentos com eficácia demonstrada para muitas doenças mentais graves. Paralelamente, os sistemas de saúde e os modelos de financiamento começaram a exigir critérios diagnósticos mais objetivos e maior uniformização da prática clínica. Estes dois fatores contribuíram decisivamente para consolidar a Psiquiatria como especialidade médica baseada em evidência.”

substancialmente a qualidade de vida de muitos doentes. Esse progresso não deve fazer esquecer que continuam a existir doenças mentais graves, que necessitam de diagnóstico e de tratamento especializados”.

No entender de Luís Madeira, importa igualmente evitar uma tendência crescente para interpretar todas as formas de sofrimento exclusivamente através de explicações psicológicas ou sociais:

“É importante reconhecer o contexto biográfico, social e relacional de cada pessoa. Mas isso não significa que toda a experiência de sofrimento possa ser compreendida apenas dessa forma. Se perdermos a capacidade de reconhecer a doença mental enquanto entidade clínica, corremos o risco de dificultar o acesso das pessoas aos cuidados de que efetivamente necessitam.”

Outro aspeto que o preocupa

de Psicopatologia da Associação Europeia de Psiquiatria. Desde 2022, dirige igualmente o Departamento

A atividade científica desenvolveu-se em paralelo com uma forte participação institucional.

de Psiquiatria do Hospital CUF Descobertas.

À frente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental desde março de 2026, Luís Madeira considera que a instituição atravessa uma fase particularmente dinâmica: “A SPPSM tem procurado reforçar a sua atividade científica, formativa e institucional. O Congresso Nacional continua a afirmar-se como o principal momento de encontro da Psiquiatria portuguesa, mantendo uma forte participação internacional e uma elevada exigência científica.”



PrEP Online lança 1.^a clínica de telemedicina em Portugal dedicada à prevenção do VIH

A PrEP Online é uma clínica de telemedicina dedicada à prevenção do VIH, criada com o objetivo de tornar o acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP) mais simples, rápido e confidencial. O projeto iniciou a sua atividade a 1 de agosto de 2026 e funciona exclusivamente em formato *online*, permitindo realizar todo o processo de acompanhamento médico à distância.

Este projeto tem uma equipa médica jovem, com experiência na área da Infecciologia e da Saúde Sexual, e que identificou a necessidade de criar uma alternativa mais simples e conveniente para quem pretende iniciar ou manter PrEP. Apesar de constituir uma profilaxia altamente eficaz na prevenção do VIH, o acesso ao acompanhamento médico pode ainda representar uma barreira para algumas pessoas, sobretudo em algumas regiões do país, como a de Lisboa e Vale do Tejo.

Na PrEP Online, o processo começa com uma consulta médica por telemedicina, na qual é feita uma avaliação individualizada, incluindo a análise do risco de infeção pelo



VIH, a adequação da PrEP, possíveis contraindicações, adesão ao tratamento e prevenção de outras infeções sexualmente transmissíveis. São também solicitadas as análises necessárias para garantir que o início da PrEP é seguro.

A consulta e o acompanhamento são realizados de forma totalmente confidencial, procurando criar um espaço seguro e livre de julgamento para abordar questões relacionadas com a prevenção do VIH e a saúde sexual.

“A nossa missão é simplificar o acesso à PrEP em Portugal, sem dei-

xar de garantir um acompanhamento médico de qualidade. Sabemos que ainda existem algumas barreiras, desde os tempos de espera para uma primeira consulta até ao estigma que, por vezes, ainda está associado à saúde sexual. Com a PrEP Online, queremos tornar este processo mais simples, seguro e confidencial. O *feedback* que temos recebido até agora tem sido muito positivo. Os utentes destacam sobretudo a rapidez no acesso à consulta, especialmente aqueles que estavam há vários meses à espera”, explica Ana Catarina Gonçalves, diretora clínica da PrEP Online.

Para além de consultas de PrEP, a clínica pretende contribuir para uma abordagem mais abrangente da saúde sexual, disponibilizando também acompanhamento médico complementar aos seus utentes, nomeadamente em áreas relacionadas com infeções sexualmente transmissíveis, saúde sexual, psicologia, medicina geral e familiar, entre outras.

Mais informações sobre o serviço estão disponíveis em preponline.pt.

Programa MARTE da UCC Baião reconhecido pela DGS como “Boa Prática em Saúde Escolar”

O Programa MARTE - Motivar para a Aproximação, Resiliência, Tolerância e Empatia, desenvolvido pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Baião, da ULS do Tâmega e Sousa, foi classificado pela DGS como “Boa Prática em Saúde Escolar”.



Sónia Brás

Da autoria da enfermeira Sónia Brás, o projeto foi criado e implementado no ano letivo de 2023/2024 pela Equipa Local de Saúde Escolar da UCC Baião, em resposta às necessidades identificadas pelas escolas e pela Equipa Comunitária de Pedopsiquiatria do concelho.

O Programa MARTE tem como objetivos prevenir a violência entre pares e promover competências socioemocionais. Através do trabalho em torno da empatia, da tolerância, da resiliência e das relações interpessoais, procura contribuir para o bem-estar das crianças e dos jovens e para a criação de ambientes escolares mais seguros, saudáveis e inclusivos.



A experiência adquirida e os resultados alcançados permitiram alargar o Programa, no ano letivo de 2025/2026, à área do Baixo Tâmega. A intervenção passou a ser dinamizada pelas equipas de Saúde Escolar nos concelhos de Amarante, Baião, Cinfães, Marco de Canaveses e Resende, com o apoio dos respetivos agrupamentos de escolas e das demais entidades parceiras.

“Esta distinção constitui um motivo de grande orgulho para a UCC Baião e reconhece a qualidade e o impacto do trabalho desenvolvido no âmbito da Saúde Escolar. O Programa MARTE demonstra a capacidade das nossas equipas para identificar necessidades concretas da comunidade educativa e criarem respostas inovadoras, sustentadas e com potencial de expansão”, afirma Anabela Pereira, enfermeira gestora e coordenadora da UCC Baião.

A responsável felicita ainda “a enfermeira Sónia Brás, pela autoria e dedicação ao projeto, bem como todos os profissionais, agrupamentos de escolas e parceiros que têm contribuído para a sua implementação e crescimento”.

Urologia da ULSTS com diagnóstico mais preciso do cancro da próstata

A ULS do Tâmega e Sousa iniciou a realização de biópsias prostáticas de fusão por via transperineal, reforçando a capacidade de resposta do Serviço de Urologia e disponibilizando um método de diagnóstico mais preciso, seguro e eficaz para o cancro da próstata.



Utilizada em centros de referência europeus, esta técnica permite aumentar a precisão do diagnóstico, melhorar a capacidade de deteção da doença e reduzir o risco de complicações associadas ao procedimento.

A biópsia prostática consiste na recolha de pequenos fragmentos da próstata para análise, permitindo con-

fimar ou excluir a presença de cancro. A tecnologia de fusão integra as imagens da ressonância magnética com as imagens ecográficas obtidas em tempo real durante o procedimento, permitindo identificar com maior rigor as áreas suspeitas e orientar a colheita das amostras de forma mais precisa.

De acordo com Fernando Vila, diretor do Serviço de Urologia da ULSTS, “as principais vantagens desta técnica são a maior sensibilidade do exame, reduzindo a necessidade de repetir biópsias, e a menor taxa de complicações, nomeadamente pela redução do risco de infeção”.



ANABELA OLIVEIRA, INTERNISTA, COORDENADORA DO POLO DE ADULTOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO DA ULS DE SANTA MARIA:

“Há 30 anos, sabia-se muito pouco sobre DHM, mas aceitei o desafio”

NO HOSPITAL DE SANTA MARIA, É A MEDICINA INTERNA QUE ACOMPANHA OS ADULTOS COM UMA DOENÇA HEREDITÁRIA DO METABOLISMO, BOA PARTE DELES TRANSITANDO DA PEDIATRIA AO ATINGIREM OS 18 ANOS. ANABELA OLIVEIRA É A CARA DA CONSULTA DESDE QUE A MESMA FOI CRIADA, HOJE EM DIA INTEGRADA NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE DHM.

O facto de, em 1998, Anabela Oliveira ter iniciado a sua carreira no Hospital de Santa Maria como especialista de Medicina Interna precisamente na Secção C do Serviço de Medicina 1, coordenada pelo internista João Saavedra, terá sido, com certeza, decisivo para que viesse a criar uma ligação tão especial às doenças hereditárias do metabolismo (DHM).

O Serviço de Pediatria possuía então, há mais de duas décadas (desde 1975), aquela que foi a primeira Unidade de Doenças Metabólicas do país e em cuja criação esteve envolvido o médico Aguiinaldo Cabral, considerado uma figura pioneira nesta área.

Ora, aquele pediatra começou a verificar que muitos dos seus doentes, uma vez atingidos os 18 anos, precisavam de continuar a ser acompanhados enquanto adultos, parecendo-lhe que a Medicina Interna seria a especialidade mais indicada para dar resposta a essa necessidade. Como Aguiinaldo Cabral era muito amigo de João Saavedra, partilhou com ele a sua ideia.

Foi nestas circunstâncias que surgiu a proposta apresentada a Anabela Oliveira, que recorda: “Há quase 30 anos, sabia-se muito pouco sobre estas doenças, mas eu aceitei o desafio. Constitui uma equipa com uma nutricionista e uma psicóloga, envolvi também os meus internos e foi assim que começámos a Consulta de Doen-

ças Hereditárias do Metabolismo, que fazia parte do Serviço de Medicina 1.”

Anabela Oliveira: “É uma mais-valia para a Medicina Interna dedicar-se a um grupo de patologias com doentes tão complexos.”

Deixa claro que também tomou essa decisão por achar que seria “uma mais-valia para a própria Medicina Interna como especialidade dedicar-se a um grupo de patologias diferente, com doentes tão complexos, em que nós poderíamos ter uma intervenção muito importante”.

Criados há uma década, os centros de referência de DHM existem em cinco unidades locais de saúde: ULS de São João, ULS de Santo António, ULS de Coimbra, ULS de São José e ULS de Santa Maria. Anabela Oliveira salienta a circunstância de na ULSSM a equipa que segue os doentes adultos ser da Medicina Interna.

300 doentes em seguimento

No Polo de Adultos do Centro de Referência de DHM da ULS de Santa Maria são seguidos cerca de 300 doentes. Muitos deles transitaram da Pediatria, ao atingirem os 18 anos, que foi o que aconteceu com seis casos no primeiro semestre de 2026, enquanto outros quatro chegaram, no mesmo período, referenciados da Consulta de Genética. Anabela Oliveira confirma ter um conjunto de doentes já com pelo me-

nos 50 anos e que, portanto, nasceram antes da introdução do teste do pezinho em Portugal, em 1979: “Têm fenilcetonúria, défices cognitivos graves e são totalmente dependentes. O diagnóstico da doença, que felizmente passou a ser feito entre os 3.º e o 5.º dia de vida, permite o encaminhamento imediato para os centros de referência, sendo implementadas medidas que permitem aos doentes não terem qualquer problema.”



“O médico que se dedica às DHM tem que estudar muito e ter bastante disponibilidade para estes doentes”, considera Anabela Oliveira

A insegurança dos pais...

A nossa entrevistada frisa que ao médico que se dedica às DHM “não basta ser curioso, tem mesmo que estudar muito”. Mas há outro aspeto que diz ser fundamental: “Tem que ter bastante disponibilidade para dar resposta a estes doentes e atender às questões colocadas pelos próprios pais, que sentem muita insegurança.”

Daí que, por exemplo, a denominada consulta de transição seja “absolutamente fundamental neste tipo de doenças crónicas e progressivas”.

“Temos que receber quem vem da Pediatria em consulta conjunta para os pais sentirem confiança. Por um lado, porque os pediatras são muito ligados às crianças, enquanto aqui já não há, por exemplo, enfermeiros ou assistentes operacionais dedicados e, a não ser o médico, já ninguém conhece os doentes pelo nome”, refere, prosseguindo:

“O que se pretende é que, uma vez na vida adulta, a prestação de cuidados não falte, mas que eles adquiram progressivamente autonomia. Isso é fundamental. Tem de passar a vir sozinho às consultas, gerir a doença deles. Mas não é fácil para os pais. O diagnóstico foi muitas vezes feito numa situação de descompensação ou através do teste do pezinho. E é um susto saberem que têm uma criança com um problema de saúde que é para a vida!”

No entanto, Anabela Oliveira ressalva ter muitos doentes casados, com filhos e uma atividade profissio-

Uma médica que sonhou ser engenheira da NASA

As viagens espaciais fascinavam de tal forma Anabela Oliveira que, na altura em que frequentava o ensino secundário, desejava ser engenheira aeronáutica da NASA! Mas acabou por chegar à conclusão de que era “um sonho não realizável” e, como até tinha boas notas, decidiu optar por Medicina.

Em boa verdade, ainda vivia em Angola – onde nasceu a 12 de junho de 1964 e que deixou com 10 anos – e já sentia “vontade de intervir no bem-estar dos outros”. Achava mesmo que poderia vir a “fazer bastante pelas pessoas” como médica, pois, tratava-se de uma profissão que até obrigava “a trabalhar no dia do aniversário, ao fim de semana, no Natal”...

Estudou na FMUL, entre 1983 e 1989, com os 18 meses do Internato Geral a serem cumpridos em Santa Maria. O seu “fascínio pela visão holística do doente” já tinha despertado antes do final do curso, muito graças aos “ótimos assistentes de Medicina” que teve, pelo que a escolha da especialidade tornou-se uma coisa óbvia.

Concluiu a formação no hospital que já conhecia bem, num dos quatro serviços de Medicina que então existiam, atualmente concentrados num único.

Os primeiros dois anos como internista passaram-se no Hospital Fernando Fonseca, que acabara de abrir, mas a meio de 1998 um concurso levou-a de volta a Santa Maria. A ligação às doenças hereditárias do metabolismo começaria pouco tempo depois, com a abertura de uma consulta de adultos. É coordenadora do entretanto criado Centro de Referência de DHM, que tem à frente uma pediatria.

Entre março de 2016 e junho de 2022, foi diretora do Serviço de Urgência do CH Universitário de Lisboa Norte. Assistente hospitalar graduada sénior de MI, coordena neste momento a Comissão de Catástrofe e Emergência Interna da ULSSM.

Integra a atual Direção da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e faz parte da Comissão Organizadora do 33.º Congresso Nacional, que se vai realizar em maio de 2027.

nal normal, “em que a figura dos pais acaba por se diluir”, contudo, “temos que ter em atenção que é sempre uma preocupação para a nova família”. E destaca, a propósito, o “segu-

mento muitíssimo apertado” a que fica sujeita, por exemplo, uma doente que tencione engravidar e que tem que obrigatoriamente partilhar conosco essa sua intenção de ser mãe”.





A NOVA APP para Gestão da Diabetes



Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ





Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR
com as
MESMAS TIRAS



TENDO AGREGADO O POLO DE TABUADO EM 2017, ESTA UNIDADE DA ULS DO TÂMEGA E SOUSA CELEBRA EM SETEMBRO DE 2026 O 20.º ANIVERSÁRIO DA SUA CRIAÇÃO

Localizada numa região com elevadíssima incidência de tuberculose, USF Alpendorada | Tabuado prioriza a resposta às patologias respiratórias

A ATUALMENTE DESIGNADA USF ALPENDORADA | TABUADO, SITUADA NO CONCELHO DO MARCO DE CANAVESES, PERTENCE AO LOTE DAS PRIMEIRAS 50 UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR CRIADAS NO NOSSO PAÍS, PREPARANDO-SE A EQUIPA – 7 MÉDICOS, 7 ENFERMEIROS, 5 SECRETÁRIOS CLÍNICOS E 3 INTERNOS DE MGF – PARA CELEBRAR O SEU 20.º ANIVERSÁRIO NO PRÓXIMO DIA 18 DE SETEMBRO. UMA BOA PARTE DOS PROFISSIONAIS FAZ PARTE DO GRUPO INICIAL, ALI SE MANTENDO DESDE 2006, MAS TODOS OS ATUAIS MÉDICOS ENTRARAM NA ÚLTIMA DÉCADA. MODELO B DESDE 1 DE MAIO DE 2008, VIU A DGS ATRIBUIR-LHE A ACREDITAÇÃO SEGUNDO O MODELO ACSA EM SETEMBRO DE 2018. PERTENCIA AO ACES TÂMEGA 1 – BAIXO TÂMEGA QUANDO, EM FEVEREIRO DE 2017, LHE FOI AGREGADO O POLO DE TABUADO, INTEGRANDO ATUALMENTE A ULS DO TÂMEGA E SOUSA. SOB A COORDENAÇÃO DE ISABEL NUNO DESDE O INÍCIO DE 2021, A USF ALPENDORADA | TABUADO SERVE UMA POPULAÇÃO PARTICULARMENTE ATINGIDA PELA SILICOSE PULMONAR, QUE É RESPONSÁVEL POR UMA ELEVADÍSSIMA INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NA REGIÃO E FAVORECE O DESENVOLVIMENTO DE OUTRAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, COMO A DPOC.

Vale a pena, neste princípio de texto, deixar a coordenadora da USF Alpendorada | Tabuado recordar um aspeto inovador da formação em Medicina que a então recém-criada Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho implementou. Isabel Nuno, que em 2004 foi um dos 60 estudantes que iniciaram o 3.º curso de Medicina promovido por aquela instituição, nunca mais se esqueceu da importância que representou para si o módulo curricular denominado “Acompanhamento de uma Família”.

A cada aluno era atribuída uma família que, entre o 2.º e o 6.º anos do curso, deveria visitar periodicamente, com o objetivo, nomeadamente, de compreender o impacto da doença no núcleo familiar, avaliar os determinantes sociais da saúde e a dinâmica da própria habitação. “Eu ia sozinha e esse era logo um aspeto importante, o termos essa liberdade. Obviamente, tratava-se de famílias com as quais os nossos tutores tinham confiança, sendo que nós éramos recebidos como se fizessemos parte delas. E no final tinha-



mos de fazer um relatório”, explica, acrescentando: “Comecei por estranhar imenso entrar na casa de pessoas que não conhecia, mas depois achei interessante e hoje ainda percebo melhor a importância que essas visitas tiveram para mim. Portanto, desde cedo que eu estabeleci ligação com a comunidade, o que para mim foi bastante positivo. Mas houve colegas que, efetivamente, concluíram que não queriam ter contacto com as pessoas dessa forma.”

Isabel Nuno: “Já tinha ouvido falar nesta USF como sendo um exemplo de bom funcionamento...”

Daí que Isabel Nuno afirme que estava praticamente segura de que queria ser mesmo médica de família desde o início do curso de Medicina, onde recebeu uma formação, como já se viu, vocacionada para os cuidados na comunidade.

Avançando no tempo, acolheu com grande entusiasmo o convite que lhe foi feito para fazer parte da USF Alpendorada | Tabuado: “Era a concretização daquilo que eu sempre quis, trabalhar no modelo USF, tendo sido, aliás, para isso que fui formada.



do concelho de Marco de Canaveses. Liliana Pereira, que surge mais à frente nesta reportagem, é a secretária clínica das duas microequipas.

Com instalações adequadas ao número de profissionais que tem e à população que serve – um pouco mais de 3600 utentes –, o polo de Tabuado ocupa um espaço arrendado pelo município e que é parte do 1.º andar do Centro Social Interfreguesias, uma IPSS que apoia os idosos da comunidade.

Com um horário de funcionamento que varia entre as 8h e as 18h, ou entre as 10h e as 20h, consoante o dia da semana, encerra às sextas-feiras durante três horas (das 12:30h às 15:30h), para que os seus profissionais se desloquem até Alpendorada (meia hora de viagem para cada lado), permitindo que todos os elementos da USF estejam juntos na reunião semanal, como a foto publicada nestas páginas documenta.

Embora localizada a menos de 5 km da sede do concelho, o polo de Tabuado serve “uma população bastante envelhecida, ruralizada, com grande necessidade de cuidados domiciliários, um nível de escolaridade mais baixo, mas muito agradecida, que reconhece o nosso trabalho”.

Quanto ao polo-sede de Alpendorada, onde se presta assistência a mais de 10.000 utentes, Isabel Nuno destaca o problema das doenças respiratórias, devido ao facto de haver bastante gente a trabalhar nas pedreiras ali existentes. Na sua esmagadora maioria dedicadas à extração de granito, estão na origem de muitos casos de silicose e, consequentemente, têm feito multiplicar o número de infeções pelo bacilo da tuberculose diagnosticadas.

“A Consulta de Doenças Respiratórias é realmente a mais diferenciada na nossa Unidade”, confirma a coordenadora.

“Nós fazemos consultas de Hipertensão, de Diabetes, de Saúde Materna, de Saúde Infantil, etc., mas a Consulta de Doenças Respirató-

(Continua na pág. 20)

ISABEL NUNO, COORDENADORA DA USF ALPENDORADA: “De uma forma muito natural, acabou por haver um encontro entre a Isabel e a Medicina”

Natural de Guimarães, Isabel Nuno fez 40 anos no passado dia 30 de julho. Desde pequena que no seio familiar foi tendo “exemplos de que cuidar era algo muito importante”. Por isso, embora reconheça “nunca ter tido em criança o sonho de ser médica”, o facto é que, “de uma forma muito natural, acabou por haver um encontro entre a Isabel e a Medicina”.

Haveria de fazer o curso de Medicina em Braga, entre 2004 e 2010, na então denominada Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho. Vale a pena deixar registado que teve como padrinho de curso Pedro Fonte, que, por coincidência, também surge entrevistado nesta mesma edição do *Jornal Médico*, na qualidade de coordenador do GRESP-APMGF.

Entretanto, durante o Ano Comum, feito em Guimarães, Isabel Nuno passou pela USF Pevidém, mas diz que quando iniciou esse estágio de 3 meses nos CSP já estava praticamente 100% segura de qual viria a ser a sua opção em termos de especialidade.

“Gostei imenso de Psiquiatria e até de Cirurgia Geral, mas, inevitavelmente, o meu caminho teria de ser a MGF, por isso, a minha escolha não foi surpresa para ninguém”, salienta.

Identificou a USF + Carandá, em Braga – há uns 4 anos rebatizada USF São Vitor – como o local mais apropriado para fazer o seu internato de MGF. Deu-se a circunstância de dois dos outros internos que a acompanhavam nesta sua nova fase

de formação (Luís Sousa e Dina Fernandes) terem sido seus colegas de curso e de ter conhecido o quarto e último elemento do grupo (Aldara Braga) no Ano Comum.

Aberto o tão esperado concurso, e tendo escolhido o então ACES Baixo Tâmega, fica colocada na UCSP Santa Marinha do Zêzere (Baão), onde permaneceu entre agosto des-



Depara-se então com um internato do 4.º ano, Dinis Brito de seu nome, com quem partilhava a orientadora, que acabou por a marcar. E porquê? “Ele revelava ter uma paixão pela MGF indescritível e ensinou-me muito! Acabou por ser um fio condutor bastante importante no meu processo de integração no internato. Ele está na USF 7 Fontes (Braga) e ainda hoje continuo a querer ouvir a sua opinião relativamente a questões mais burocráticas relacionadas com a coordenação da Unidade.”

Abra-se um parêntesis para deixar expresso que é fácil compreender que Isabel Nuno tenha acabado por ter alguma influência no facto de a sua irmã Joana Nuno, também médica de família, coordenadora da USF Berço (Guimarães) e alguns anos mais nova, ter querido ter Dinis Brito como orientador de formação.

Regressando ao percurso profissional da nossa entrevistada, em 2016, uma vez realizado o exame final do internato, teve a sua “primeira experiência a solo”, ficando uns tempos na USF Tadm (Braga), a substituir uma colega que estava de baixa.

“O colega Dinis Brito foi um fio condutor bastante importante no meu processo de integração no internato.”

Resta acrescentar que é casada com um engenheiro informático e mãe de dois meninos gémeos nascidos em agosto de 2019.

(Continuação da pág. 19)

rias é realmente a mais diferenciada na nossa Unidade. Surgiu, como se percebe, da necessidade de darmos mais atenção aos doentes com síl-cose e DPOC, mas também outras patologias, como a asma”, refere a coordenadora, confirmando que a mesma estava precisamente em fase de implementação quando integrou a USF, em 2017.

“Cada um dos médicos assegu-ra essa Consulta aos utentes da sua lista e, para tal, temos alocada uma hora por semana, exceto na altura do inverno. Entre outubro e fevereiro, durante 5 meses, passa a ser con-sulta aberta, para responder à maior procura que acontece nessa fase do ano”, esclarece.

Comunicação dentro da ULS mais facilitada

Quando Isabel Nuno começou a trabalhar no polo de Tabuado, em 2017, tão recém-especialista como o seu colega Rui Correia, eram cinco os médicos que exerciam em Alpendorada. Menos de uma década de-pois, nenhum deles ali se mantém. “Houve uma rotatividade terrível, que começou em 2019 e só termi-nou depois de eu já ser coordena-dora”, recorda.

Nalguns casos, as saídas acon-teceram porque os profissionais se reformaram, como foi o caso de Rui Maggioli, “que é uma pessoa que admiro imenso e que foi o meu fa-rol durante a minha coordenação, enquanto se manteve na equipa”. A sua lista de utentes seria entregue uns meses depois da sua aposenta-ção a Sandrine Dias, que fora sua interna. Os tempos são agora ou-tros, de muito maior estabilidade no que ao grupo de médicos diz respeito.

Segundo Isabel Nuno, também a entrada em funções do atual Con-selho de Administração da ULS do Tâmega e Sousa terá sido positiva: “A comunicação está agora muito mais



facilitada e os processos mais bem definidos, em prol de uma maior in-tegração de cuidados.”

A coordenadora destaca, nomea-damente, o facto de a diretora clíni-ca para a área dos CSP, a médica de família Sónia Moreira, ter decidido colocar um adjunto como responsá-vel por cada um dos três territórios correspondentes aos antigos ACES: Baixo Tâmega, Vale do Sousa Norte e Vale do Sousa Sul.

“Foi uma vantagem para nós. Não nos podemos esquecer que a área de influência desta ULS é bastante vasta, com uma população enorme e mu-itto dispersa, distribuída por zonas tipicamente urbanas e outras profun-damente rurais, afirma Isabel Nuno, adiantando:

“Paralelamente, também penso que os colegas hospitalares estão neste momento bastante mais sensi-bilizados para a importância que os CSP têm no sistema.”

Alexandre Freitas, enfermeiro de família: “Desde suturas a pequenas cirurgias, colocar alguém a soro, etc., fazemos isso tudo!”

O convite feito a Alexandre Frei-tas para integrar a USF Alpendora-da | Tabuado surgiu porque, com a criação do polo de Tabuado, em 2017, havia necessidade de reforçar a equipa de enfermagem da Unida-de. No entanto, disponibilizou-se para trabalhar na sede, em Alpen-dorada, aceitando trocar com o elemento residente em Murça, que ficaria assim um pouco mais perto de casa.

Alexandre Freitas chegaria final-mente à extensão cinco anos depois, em 2022, quando o seu colega conse-guiu a tão desejada transferência, de-ixando assim de percorrer duas vezes por dia a distância de 80 Km. Quanto ao nosso entrevistado, reconhece



Alexandre Freitas

que teve que “fazer uma adaptação aos novos utentes e a uma realidade diferente, por ser uma zona mais ru-ral e onde há menos riqueza do que em Alpendorada, onde a exploração



da pedra, basicamente granito, faz com que haja muitas empresas dedi-cadas a essa atividade”.

A história de vida de Alexandre Freitas começa na Venezuela, onde nasceu a 10 de novembro de 1969, filho de um casal de emigrantes na-turais do Marco de Canaveses. Veio para Portugal com 14 anos, tendo ficado a estudar no Porto. A escolari-

dade a partir do 11.º ano já a prosse-guiu na terra natal dos progenitores, que, entretanto, regressaram ao país de vez.

Com um pai empreiteiro, pensa-va em formar-se em Engenharia Ci-vil, mas o seu envolvimento, como voluntário, nas atividades da Cruz Vermelha Portuguesa, que abri-ria uma secção na sede do concelho,

fê-lo seguir outro rumo. E foi por isso que decidiu inscrever-se na en-tão Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, terminando o curso em 1994.

Começou a trabalhar na Pedia-tria do Hospital de Chaves, esteve depois na unidade hospitalar de Vila Real – a maior parte do tempo na Medicina Interna, mas também na Psiquiatria –, permanecendo a se-guir uns longos 20 anos na Urgên-cia do Hospital de São Gonçalo, em Amarante.

Aceitou o desafio dos cuidados de saúde primários por uma razão muito pessoal: o contacto diário com

os doentes não o deixava ultrapassar o trauma da morte do pai. “Quase toda a minha vida profissional foi passada a fazer urgência, de que eu gostava muito, mas, apesar desta mu-dança radical, acabei por me adaptar à realidade dos CSP”, afirma. Realida-de que, de qualquer forma, não era totalmente estranha para si, pois, já era há muito tempo casado com uma enfermeira, especialista em Saúde Materna e Obstétrica, há mais de 25 anos nos CSP.

Alexandre Freitas não hesita um segundo quando questionado sobre o que mais gosta de fazer enquanto enfermeiro da USF: “O tratamento direto é, sem dúvida, o que mais me agrada. Se aparecer algum caso aqui em Tabuado que seja para tratar na hora nós fazemo-lo, eu e o médico que forma equipa comigo, o Dr. Rui Correia, que faz urgência na privada e também gosta muito disso. Desde suturas a pequenas cirurgias, colo-car alguém a soro, etc., fazemos isso tudo!”

Fica a ganhar a população local, pois, assim se evitam algumas des-locações ao Serviço de Urgência do Hospital Padre Américo, em Penafiel, distante quase 30 Km, ou mesmo à Urgência Básica da unidade hospita-lar de Amarante, situada a mais de 20 Km.

Desde 2018 que Alexandre Freitas assegura a Consulta de Enfermagem no Centro de Diagnóstico Pneumológico do Marco de Canaveses.

O enfermeiro adquiriu, entre-tanto, um conhecimento muito particular em matéria de doenças infecciosas respiratórias, com espe-cial foco na tuberculose, pois, desde

2018 que assegura a Consulta de En-fermagem no Centro de Diagnóstico Pneumológico do Marco de Canave-ses. Por motivo de obras, este CDP está, aliás, temporariamente a fun-cionar no edifício da USF Bem Viver, na freguesia com o mesmo nome e onde Alexandre Freitas viveu com os pais.

“Na altura, era preciso substituir a colega que tinha saído, mas nin-guém queria aceitar fazer essa con-sulta semanal, pelo receio que havia relativamente a uma doença como a tuberculose. Eu adaptei-me facilmen-te e até gosto, sendo feita fora do meu horário normal na USF. A con-sulta médica é assegurada por dois infeciologistas”, esclarece Alexandre Freitas.

De referir que Marco de Cana-veses é um dos dois concelhos em Portugal que se destacam pela muito elevada incidência de tuberculose – o outro é Penafiel –, tendo registado, em 2024, 20 casos por cada 100 mil habitantes, uma taxa bem superior à média nacional de 14,3.

A razão para tal prende-se com a quantidade de pessoas, maiorita-riamente homens, que se dedicam à extração de granito nas inúmeras pedreiras da região. Sujeitos à poeira de sílica, desenvolvem sílilose, com a inerente deterioração dos pulmões a facilitar sobremaneira, principalmen-te, a infeção pelo bacilo da tubercu-lose.

“No CDP fazemos o diagnóstico, o tratamento e a vigilância dos doen-tes com tuberculose ativa ou latente e procedemos ao rastreio de con-tactos quando surge um novo caso ativo. Especificamente na Consulta de Enfermagem, para além do apoio continuado aos doentes, realizam-se os vários testes imunológicos, como a prova de Mantoux”, explica Alexan-dre Freitas.

Cláudia Meneses, interna do 1.º ano de MGF: “Estou a gostar muito mais desta especialidade do que alguma vez pensei”

Embora tivesse alimentado, ao longo do tempo, a ideia de vir a ser pediatra, quis o destino que Cláudia Meneses se encontre a fazer a sua formação em... Medicina Geral e Fa-miliar, que começou em janeiro des-te ano. E está visivelmente satisfeita:

“É uma especialidade onde também vemos muitas crianças e que já era uma das minhas preferidas durante o curso”, afirma.

Curso que a médica, natural de uma aldeia do concelho de Penafiel e com 30 anos de idade celebrados em maio, fez no Instituto de Ciênc-ias Biomédicas Abel Salazar, no Porto, tendo terminado em 2023. O internato do Ano Comum foi rea-lizado “em dois momentos”, nos anos seguintes, na ULS do Tâmega e Sousa.

O estágio de 6 meses na Pediatria do Hospital de Penafiel deu a Cláudia Meneses “um outro à vontade” para agora lidar com crianças.

Essa circunstância teve pelo me-nos um aspeto positivo: permiti-u-lhe dispor da última metade de 2025 para fazer um estágio de 6 meses no Serviço do Hospital Padre Américo que mais lhe interessava: a Pediatria. O que lhe deu, como confessa, “um outro à vontade” para agora lidar com crianças no polo de Tabuado.



Cláudia Meneses

Convém deixar claro que Cláudia Meneses tratou de se informar junto de vários colegas e o seu desejo era mesmo conseguir fazer a formação em MGF nesta extensão, tendo como orientador o médico Rui Correia, que não estava ao serviço no dia em que esta reportagem foi realizada. Ti-nha, contudo, todo o apoio de Isabel Nuno, a coordenadora, para ir aten-dendo alguns utentes, sob o olhar de dois “visitantes”, o estudante de Medicina Jorge Coutinho e a interna do Ano Comum Maria Inês Carvalho, que ali se encontravam a fazer um estágio.

“Estou a gostar muito mais desta especialidade do que alguma vez pensei que pudesse acontecer”, ad-mite, acrescentando que uma das grandes vantagens da MGF é poder vir a acompanhar o crescimento das crianças que integrarem futuramente a sua lista de utentes, inseridas nas respetivas famílias”, conclui.

(Continua na pág. 22)

MÁRCIA OLIVEIRA, INTERNA DO 2.º ANO DE MGF:

“Ninguém nos ensina na faculdade a abordar a disfunção erétil, a dispareunia ou questões de diversidade sexual”

Márcia Oliveira iniciou o curso de Medicina em 2017, precisamente no ano em que o irmão, seis anos mais velho, concluía a sua formação na Faculdade de Medicina da Uni-versidade do Porto, instituição onde também viria a formar-se.

A nossa entrevistada, que já em pe-quena “brincava aos médicos” com as suas bonecas, considera que “a Medi-cina toma conta da nossa vida” e que é “difícil haver uma entrega a meio gás”, porque “não é possível ajudar o outro a 50%”. Reconhece, contudo, que, “para sermos bons profissionais, tam-bém é importante termos momentos em que não somos médicos!”.

O percurso de Márcia Oliveira haveria de continuar a ser igual ao do irmão também no respeitante à escolha da especialidade de MGF. Aliás, a sua tese de mestrado baseou-se numa investigação na área dos CSP, “e foi na unidade onde ele es-tava a fazer o internato que tive a oportunidade de desenvolver esse projeto. Para além de que, ao longo do curso, as unidades curriculares optativas que fui fazendo estavam ligadas à MGF”.



a MGF”, acrescenta, salientando a “boa experiência” que teve no Inter-nato de Formação Geral, cumprido na ULS da Guarda: “Pude observar como era o funcionamento de uma ULS que já o era desde 2008 e que

enfrentava enormes desafios, como a dispersão dos utentes por uma gran-de área geográfica.”

“Vejo que, mais recentemente, tem havido uma maior procura de interligar os cuidados, de eliminar distâncias e de oferecer aos uten-tes um acompanhamento de maior proximidade”, observa, referindo-se à ULS do Tâmega e Sousa. Quanto à USF Alpendorada | Tabuado, des-taca a integração dos internos na equipa: “Neste momento, somos três internas e sentimos que as nossas opiniões são ouvidas e valorizadas, havendo espaço para participarmos ativamente na vida da unidade.”

Tendo como orientadora a mé-dica Catarina Baía, não poupa nos elogios: “É uma referência, quer pela medicina que pratica e que me ensi-na todos os dias, quer pelo conhe-cimento científico que demonstra, mas também como pessoa. Repre-senta um ponto de equilíbrio, uma vez que eu sou mais impulsiva e ela mais ponderada.”

Márcia Oliveira faz muita con-sulta “ombro a ombro” com a sua orientadora e foi precisamente numa

dessas consultas que despertou para a necessidade de investir mais na abordagem da sexualidade em MGF. Um utente pediu para colocar uma questão relacionada com a sua vida sexual, levando-a a perceber que esta era uma área para a qual sentia não ter recebido preparação suficiente.

Márcia Oliveira: “Percebemos que existia uma lacuna na nossa formação: como abordar o tema da sexualidade.”

“Nós acabámos por colher a his-tória clínica e até marcámos uma te-leconsulta, que depois fui eu que fiz. Em conversa com a minha orienta-dora, concluímos que existia uma lacu-na na nossa formação: como abordar

o tema da sexualidade. E, realmente, somos ensinados, por exemplo, a ca-racterizar muito bem os ‘7 cardinais’ da dor, mas ninguém nos prepara para lidar com uma disfunção erétil ou com uma dispareunia”, lamenta, adiantando:

“Comecei a investigar um pouco sobre a temática, não só do ponto de vista da patologia, mas também por tudo o que se prende com a sexuali-dade, e percebi que tinha particular interesse e sensibilidade para inves-tir na formação nesta área.”

E foi nestas circunstâncias que Márcia Oliveira decidiu inscrever-se, em 2025, no Mestrado em Sexologia promovido pela Faculdade de Psico-logia e Ciências da Educação da Uni-versidade do Porto, com a duração de dois anos letivos. E como tem corrido?

“Tem sido uma experiência mui-to enriquecedora! E devo dizer que aqui na USF toda a gente me incen-tivou a fazer este mestrado! Quem sabe se não acabo depois por obter a competência em Sexologia Clínica... Para já, esta decisão já está a valer a pena pelos ganhos que trouxe para a minha prática clínica.”



LILIANA PATRÍCIA, SECRETÁRIA CLÍNICA:

“Conhecemos os utentes e acompanhamos gerações inteiras de famílias”

Quatro dos cinco elementos que formam o atual Secretariado Clínico da USF faziam parte da equipa inicial, aquando da sua criação oficial, a 18 de setembro de 2006. Um deles é Liliana Patrícia, que tinha na altura 21 anos e estava a um mês de fazer 22 (nasceu a 15 de outubro de 1984).

Trabalhava há perto de dois anos no Centro de Saúde do Marco de Canaveses, com um contrato precário, quando integrou o projeto da Unidade, na sequência do convite que lhe foi feito pela colega Manuela Tavares.

Entretanto, desde que a extensão de saúde em Tabuado passou a ser um polo da USF, em 2017, Liliana Patrícia é o principal elemento a assegurar a parte administrativa, sendo que, por regra, passa ali as segundas e as quartas-feiras, com os restantes dias num regime rotativo entre as suas colegas. Compreende-se que seja a que dedica mais horas àquele polo – afinal, ela é a secretária clínica dos ficheiros dos médicos Isabel Nuno e Rui Correia.

Se é um facto que mais de metade dos enfermeiros que fazem parte da USF também já ali trabalham desde o primeiro dia, o mesmo não sucede com o corpo médico, como refere:

“Nós iniciámos com uma geração de médicos e temos agora outra geração totalmente diferente. Mas nós adaptámo-nos a todos eles, sendo certo que, por vezes, não deixamos de dar a nossa opinião, pois, já estamos cá há tanto tempo que a nossa experiência diz-nos que, com estes utentes que conhecemos tão bem, o caminho para atingirmos os objetivos que queremos pode não ser exatamente o que aparenta ser mais fácil!”

Aliás, a esse respeito, Liliana Pa-

“Por vezes, chegamos aqui utentes com 18 anos, quando ainda no ‘outro dia’ vieram fazer o teste do pezinho!”



trícia confirma: “Conhecemos bem os utentes e as suas famílias, mas, quando eles aqui veem, também olham para nós e percebem logo se estamos num dia bom ou num dia mau. E é emocionante verificar que, por vezes, chegam-nos aqui com 18 anos, quando ainda no ‘outro dia’ vieram fazer o teste do pezinho!”

E será que a população de Alpendorada é muito diferente da de

Tabuado? “Muito! Aqui são bastante mais autónomos, embora não em termos de utilização do quiosque eletrónico, pois, deixámos de ter o segurança que os ajudava e isso veio dificultar-nos a vida! No polo de Tabuado não se coloca a questão do quiosque, mas notamos que os utentes são muito mais dependentes do Dr. Rui Correia e da Dr.ª Isabel Nuno. Por exemplo, depois de irem a uma consulta hospitalar, têm muita necessidade de aparecer logo a seguir apenas para confirmarem com o seu médico de família se estão a ser bem medicados ou não.”

Liliana Patrícia responde logo que não quando alguém lhe pergunta se se imagina a fazer outra coisa: “Eu gosto muito do que faço, mas, por exemplo, não é nada fácil quando temos que dizer o Não a um utente, porque, geralmente, as pessoas não sabem lidar com um Não.”

No entanto, a disponibilidade de toda a equipa, em qualquer um dos dois polos, para servir a população parece evidente. Isso nota-se quando, a propósito do número de utentes que podem recorrer diariamente à denominada consulta aberta, Liliana Patrícia dispara: “O máximo nunca existe nesta Unidade!”

E exemplifica: “Por exemplo, estando nós aqui em Alpendorada rodeados de pedreiras, temos obviamente que prestar os primeiros cuidados a alguém que tenha sido atingido por fragmentos de pedra nos olhos. Perante uma situação destas, não nos podemos esquecer que estamos a 18 km do Hospital de Penafiel. Ou até quando verificamos que realmente a pessoa não tem capacidade para se deslocar à Urgência.”



(Continuação da pág. 21)

José Carvalho, médico de família: “Era preciso dar uma resposta diferenciada aos doentes silicóticos e à patologia respiratória em si”

Fazer de médico e tratar a avó que dele tomava conta enquanto a mãe trabalhava era a brincadeira predileta de José Carvalho, que sempre viveu no Marco de Canaveses, com exceção do período em que estudou Medicina em Coimbra. “Eu vestia uma bata, tinha um estetoscópio de brincar e fazia de conta que auscultava a minha avó. E tratava de feridas, que até é trabalho da enfermagem... Fui crescendo a dizer que havia de ser médico para tratar dela mas também das outras pessoas”, explica.

Quando acabou o curso, em 2012, tinha “quase a certeza” de que queria ser médico de família. Para isso contribuiu sobremaneira o estágio de 2 meses que fez no 6.º ano na extensão do Seixo da então UCSP

Foi no estágio de MGF que fez no 6.º ano que José Carvalho percebeu “como pode ser tão importante o papel do médico de família e também do enfermeiro”.



José Carvalho

Mira, localidade distante uns 50 Km da cidade de Coimbra.

“Nessa altura, eu só ainda tinha feito dois estágios, um deles de Psiquiatria, que, aliás, me fez desistir da ideia de escolher essa especialidade! Nós estávamos num polo em que era só eu, a minha orientadora, a Dr.ª Emí-



Dois aspetos do polo de Tabuado

tudo... Até porque não era nada fácil as pessoas deslocarem-se para Coimbra, ou até para Cantanhede, a quase 20 Km, para resolverem um problema de saúde. Percebi então como pode ser tão importante o papel do médico de família e também do enfermeiro.”

E José Carvalho faz questão de recordar o trabalho de final de estágio, de avaliação familiar, que o colocou a deslocar-se sozinho à residência de um casal que só tinha o apoio da comunidade e da própria unidade de saúde. “Nesse momento, eu percebi que ser médico de família fazia mesmo toda a diferença na vida das pessoas”, desabafa.

Ao acabar o estágio de CSP que fez no Ano Comum, em Penafiel, o seu tutor induziu-o a optar pela USF

Alpendorada ao saber quem seria o seu orientador no internato da especialidade. “Não tens outra opção. Vais escolher essa vaga porque ele é o melhor médico de família que eu conheço!”, disse-lhe.

“O Dr. Rui Maggioli já está reformado. Foi alguém com quem eu aprendi muito, não propriamente a ser médico, mas a ser melhor pessoa!”, garante.

José Carvalho tornou-se especialista na primavera de 2019 e, antes de ser colocado na USF Tâmega, onde ficaria cerca de um ano, esteve algum tempo a substituir Isabel Nuno no polo de Tabuado e, a certa altura, a dar apoio também na USF Terras do Românico.

(Continua na pág. 24)

Cuidados de Saúde Primários na ULS do Tâmega e Sousa: proximidade, acesso e integração



Sónia Moreira

Diretora clínica para a área dos CSP da ULS do Tâmega e Sousa

Assinalar os 20 anos da USF Alpendorada | Tabuado é reconhecer muito mais do que a longevidade de uma unidade. É celebrar duas décadas de uma relação de proximidade com a população, construída por equipas multiprofissionais que acompanham as pessoas ao longo de todo o ciclo de vida. É também uma oportunidade para olhar para o percurso dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na ULS do Tâmega e Sousa e para os desafios que temos pela frente.

Os CSP são a principal porta de

entrada no Serviço Nacional de Saúde. É nas Unidades de Saúde Familiar (USF), nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que se concretiza grande parte da prevenção da doença, da vigilância da saúde, do acompanhamento da doença crónica e dos cuidados de proximidade. Na ULS do Tâmega e Sousa, esta resposta abrange cerca de 475 mil pessoas, distribuídas por 11 municípios, e assenta numa rede de 43 USF, sete UCSP e 11 UCC. É um território extenso e diverso, com realidades urbanas, rurais e de baixa densidade que exigem respostas ajustadas às necessidades de cada comunidade.

A qualidade dos cuidados não pode ser medida apenas pelo número de consultas realizadas. Importa avaliar se as pessoas conseguem aceder aos serviços, se utilizam efetivamente os cuidados, se participam nos programas de rastreio, se recebem acompanhamento adequado na doença crónica e nos grupos de risco e se encontram resposta no domicílio quando dela necessitam. Importa também ouvir os utentes e integrar a sua experiência na melhoria contínua dos serviços.

Importa avaliar se as pessoas conseguem aceder aos serviços, se utilizam efetivamente os cuidados, se participam nos programas de rastreio, se recebem acompanhamento adequado na doença crónica e nos grupos de risco e se encontram resposta no domicílio quando dela necessitam.

A informação de monitorização publicada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em abril de 2026, relativa aos anos de 2024 e 2025, permite observar estas dimensões e comparar a realidade das diferentes ULS. Os resultados da ULS do Tâmega e Sousa são globalmente positivos e refletem o trabalho diário das equipas.

Um dos dados mais relevantes é a manutenção de 100% de utentes com médico de família atribuído, tanto em 2024 como em 2025. No conjunto de Portugal continental, essa proporção foi de 85,3% em 2025. Num contexto nacional marcado por dificuldades no acesso a médico de família, este resultado representa uma conquista coletiva. Mas não é um ponto de chegada: ter médico atribuído deve traduzir-se em acesso atempado, continuidade assistencial e qualidade dos cuidados.

A taxa anual de utilização de consultas médicas também evoluiu favoravelmente, passando de 77,8%, em 2024, para 79,1%, em 2025, acima da média de 70,5% registada em Portugal continental. A dimensão da resposta fica ainda patente no volume de atividade: em 2025, realizaram-se 949.104 consultas médicas presenciais, 912.009 consultas médicas não presenciais e 989.020 con-

sultas de enfermagem presenciais. Mais do que os números, interessa garantir que cada contacto responde a uma necessidade concreta e contribui para a continuidade dos cuidados.

A resposta domiciliária merece igualmente destaque. Em 2025, foram realizadas 13.013 consultas médicas no domicílio, mais 2,1% do que no ano anterior. Numa região progressivamente envelhecida e com população dispersa, cuidar no contexto familiar e comunitário é essencial para promover autonomia, prevenir descompensações e evitar deslocações desnecessárias.

Na vigilância da saúde infantil, 94,4% dos recém-nascidos tiveram pelo menos uma consulta médica nos primeiros 28 dias de vida, um resultado superior à média de 84,1% de Portugal continental. Ao mesmo tempo, a proporção de recém-nascidos com visita domiciliária de enfermagem até ao 15.º dia diminuiu de 64,8% para 62,6%. Apesar de permanecer claramente acima da média nacional de 26,1%, esta evolução mostra que os bons resultados não nos dispensam de identificar áreas a melhorar.

Também nos rastreios se registaram progressos, embora a ritmos diferentes. Entre 2024 e 2025, o nú-

mero de mulheres com registo atualizado de mamografia aumentou 12% e o de mulheres com colpocitologia atualizada cresceu 15,2%. No rastreio do cancro do cólon e reto, o crescimento foi mais modesto, de 0,7%, abaixo da evolução nacional de 2,6%. Estes dados ajudam-nos a definir prioridades e a orientar o trabalho das equipas para quem ainda não está a ser alcançado.

Preservar a cobertura integral por médico de família é, por isso, uma responsabilidade acrescida. Exige continuar a atrair e a fixar profissionais, assegurar respostas perante ausências prolongadas e criar condições para que os médicos possam também apoiar outras áreas fundamentais, designadamente as UCC e as equipas comunitárias de cuidados paliativos. Exige, sobretudo, equipas estáveis, motivadas e com condições para prestar cuidados de qualidade.

Os desafios, contudo, vão muito além da cobertura. É necessário melhorar continuamente a acessibilidade e a capacidade de resposta, reforçar os cuidados domiciliários e de proximidade, investir na prevenção e nos rastreios e aprofundar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

É precisamente neste domínio que o modelo de Unidade Local de Saúde representa uma oportunidade particularmente relevante. A integração dos cuidados de saúde primários e hospitalares não se esgota numa alteração da estrutura organizativa. Concretiza-se na criação de percursos assistenciais partilhados, na simplificação dos circuitos de referen-

Devemos aproximar a diferenciação hospitalar dos CSP sempre que isso acrescenta valor e, simultaneamente, garantir que a pessoa regressa à sua comunidade com um plano de cuidados claro e acompanhado.

ciação, na circulação atempada da informação clínica e numa comunicação mais próxima entre equipas e serviços.

O utente não deve sentir as fronteiras da organização, mas encontrar uma resposta coordenada, independentemente do ponto onde inicia o seu percurso. Devemos aproximar a diferenciação hospitalar dos CSP sempre que isso acrescenta valor e, simultaneamente, garantir que a pessoa regressa à sua comunidade com um plano de cuidados claro e acompanhado.

A história da USF Alpendorada | Tabuado é também a história desta proximidade: uma unidade que cresceu com a comunidade, que se adaptou às suas necessidades e consolidou uma relação de confiança ao longo de 20 anos. Celebrar este percurso é reconhecer os profissionais que o tornaram possível e renovar o compromisso com o futuro.

Os resultados da monitorização da ERS confirmam que estamos num caminho positivo, mas também mostram onde devemos continuar a trabalhar. O propósito mantém-se claro: colocar a pessoa no centro do sistema e prestar cuidados acessíveis, integrados e de qualidade, tão perto quanto possível do lugar onde vive.



CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA

21 • 23 OUTUBRO 2026
CENTRO CONGRESSOS ESTORIL



26.spp-congressos.pt

(Continuação da pág. 23)

Começaria a trabalhar em Alpendorada em agosto de 2020, herdando a lista de um médico que falecera. E de imediato retomou a sua ligação à Consulta de Doenças Respiratórias, que havia sido impulsionada, quando ali tinha estado como interno, pela então coordenadora da USF, a médica Alexandra Rabaçal.

“Essa consulta acabou por se desenvolver, e a sua existência fazia todo o sentido, pois, nesta região, a principal fonte de trabalho é a extração e transformação granítica, sendo que antigamente ou não havia equipamentos de proteção individual ou as pessoas não estavam sensibilizadas para o seu uso. As consequências desse desleixo, chamemos-lhe assim, acabaram por se fazer sentir e, por isso, temos muita silicose pulmonar e, consequentemente, uma elevadíssima incidência e prevalência de tuberculo-



se, muito acima da média nacional”, refere José Carvalho, prosseguindo:

“Era preciso dar uma resposta diferenciada aos doentes silicóticos e à patologia respiratória em si. Para além de que, nos últimos anos, depois de se ter falado tanto de diabetes e de hipertensão, começou a dar-se um pouco mais de atenção a outras doenças também importantes e com uma morbimortalidade relevante, como as do foro respiratório – nomeadamente a DPOC –, que já constituem a 3.ª causa de morte em Portugal.”

O médico lamenta o facto de, contrariamente ao que sucede com a diabetes e com a hipertensão arterial, “o SClínico não contemplar um espaço próprio para o registo das doenças respiratórias como queríamos, tornando mais difícil o nosso trabalho”.

No seu entender, a circunstância de a própria população não estar tão sensibilizada para esta área, bem como as especificidades a nível da terapêutica, nomeadamente no que se refere à técnica inalatória, que tem que ser ensinada e o seu uso aprimorado, “tudo isto justifica a existência da nossa consulta para fazer o seguimento destes doentes”.

José Carvalho destaca o facto de ter terminado agora em junho de pós-graduação em Cuidados Paliativos, na medida em que boa parte das doenças respiratórias – e cita a DPOC e a fibrose pulmonar como exemplos – evolui para uma situação terminal.

“Os cuidados paliativos servem para dar uma resposta mais digna a todas as pessoas que têm uma doença para a qual não há uma possibilidade de melhoria de prognóstico, como sucede com a DPOC, devendo esses cuidados ser proporcionados o mais precocemente possível, em prol

de uma melhor qualidade de vida dos doentes”, afirma.

Elisabete Vieira, enfermeira de família: “Sempre achei que funcionar em equipa era muito melhor em termos de ganhos em saúde”

A enfermeira Elisabete Vieira fez o curso em Coimbra, que terminou em 1997. Três décadas passadas, sente-se realizada com a profissão que tem e, embora no início da sua carreira profissional gostasse da área hospitalar, não hesita em reconhecer que “é mesmo muito gratificante quando se começa a trabalhar como enfermeira de família”. Até porque “é muito bom ter a possibilidade de acompanhar todo o ciclo de vida de uma pessoa”.

Elisabete Vieira, 51 anos, ainda esteve durante um ano no IPO de Coimbra. Rumou depois a norte, para exercer no Centro de Saúde das



Elisabete Vieira

não podia sequer consultar o processo médico. Mas sempre achei que funcionar em equipa era muito melhor em termos de ganhos em saúde, e ainda bem que o modelo USF foi criado e alargado a todo o país. Ele foi evoluindo, mas identifiquei-me imediatamente com o princípio de o médico, o enfermeiro e o secretário clínico terem a sua lista de utentes, atuando em equipa”, afirma, recordando:

“As pessoas iam às 4 ou 5 da manhã para a porta do centro de saúde para terem acesso a uma consulta e isso deixou de se verificar, portanto, os utentes ganharam imenso com a implementação desta forma de prestação de cuidados de saúde que lhes é proporcionada, nomeadamente a sua continuidade no tempo.”

Elisabete Vieira falou com a *Just News* momentos depois de regressar à Unidade, vinda de uma visita domiciliária para tratamento de úlceras de pressão. Ao contrário dos elementos

médicos, que se deslocam a casa dos utentes usando as suas viaturas próprias, a enfermagem utiliza o carro que a Câmara Municipal do Marco de Canaveses colocou à disposição da USF.

“Seguimos há vários anos o procedimento de cada enfermeiro dar resposta no domicílio aos utentes da sua lista”, informa Elisabete Vieira.

E será que, por regra, cada enfermeiro faz os domicílios do seu ficheiro? Elisabete Vieira responde, de imediato, que sim: “À medida que nós eramos auditados, e fomo-lo algumas vezes ao longo do tempo, eram-nos exigidas certas mudanças, e essa foi uma delas, ou seja, que cada um de nós desse resposta no domicílio aos utentes da sua lista, procedimento que seguimos há vários anos.”

De referir que a sua lista continua a ser a mesma que lhe foi atribuída em 2006 – obviamente, com as naturais saídas e entradas de utentes –, o que lhe permite dizer que tem, por exemplo, utentes que conheceu enquanto crianças e que agora são adultos e cujos filhos também acompanha como enfermeira de família.



Termas de São Vicente e, de seguida, no CS do Marco de Canaveses, a cidade de onde é natural.

Faria então uma interrupção de 5 anos nos CSP, durante os quais prestou serviço na Pediatria do Hospital Padre Américo (Penafiel), até ao dia em que regressou à última unidade onde estivera, mais precisamente à extensão de Alpendorada. Que funcionava em instalações que não eram ainda as do edifício que posteriormente viu nascer a USF com o mesmo nome, em setembro de 2006. Integrou, portanto, a equipa inicial de um modelo inovador de prestação de cuidados.

“Eu já exerço há 30 anos! Aliás, lembro-me de quando um enfermeiro



Interior do polo de Alpendorada

FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (JUNHO 2026)

Utentes: 12.817 (16.145 UP)
Idosos (≥ 65 anos): 2468 (Índice de dependência: 27,95%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1518 (Índice de dependência: 17,19%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 3450

ATIVIDADE (JANEIRO-DEZEMBRO 2025)

Consultas médicas
Presenciais: 24.545
Não presenciais: 10.294
Domicílios: 253

Consultas de enfermagem
Presenciais: 25.087
Não presenciais: 764
Domicílios: 1912

PROFISSIONAIS (JUNHO 2026)

Médicos: 7
Ana Barbosa, Catarina Baía, Isabel Nuno, José Carvalho, Mónica Mota, Sandrine Dias, Rui Correia
Enfermeiros: 7
Alexandre Freitas, Elisabete Freitas, Eugénia Ferraz, Heloísa Leitão, Sofia Aguiar, Susana Silva, Vera Almeida
Secretários clínicos: 5
Alexandra Leite, Cristina Guedes, José Guedes, Liliana Patrícia, Manuela Tavares

CONSELHO TÉCNICO (JUNHO 2026)

Susana Silva
Liliana Patrícia
José Carvalho

Nome: Originalmente denominada USF Alpendorada, ficando com o nome da povoação onde foi instalada, a Unidade adotou a designação conjunta USF Alpendorada I Tabuado após alargar a sua atividade assistencial e abrir uma extensão em Tabuado, também no concelho do Marco de Canaveses.

Logótipo: O logótipo da USF tem por base o memorial de Alpendorada, que representa um marco – um sítio de passagem e transição – e os dois rios que delimitam a freguesia, Tâmega e Douro (refletidos pelas riscas azuis do logótipo), sendo a risca amarela a representação dos cuidados de saúde e a verde os montes que caracterizam a região.



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 | cidallampacheco@veranatura.pt

Prémio**BOAS PRÁTICAS EM
MEDICINA INTERNA 2026**

Valorizar o que de melhor se faz na Medicina Interna portuguesa

Bial
Keeping
life in mind.**SPMI**
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna**INTEGRADA NA UNIDADE DE MEDICINA DE AMBULATÓRIO, A CDR ARRANCOU OFICIALMENTE EM JANEIRO DE 2023**

Consulta de Diagnóstico Rápido da ULS do Litoral Alentejano facilita a vida ao doente e afasta-o da Urgência e do Internamento

INTERVIR DE FORMA CÉLERE PERANTE UMA SITUAÇÃO DE DOENÇA NÃO ESCLARECIDA, PROCURAR FAZER O DIAGNÓSTICO SEM O RECURSO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA OU AO INTERNAMENTO — POSSIVELMENTE, COM UMA ÚNICA DESLOCAÇÃO DO DOENTE AO HOSPITAL — E O SEU POSTERIOR ENCAMINHAMENTO PARA A CONSULTA OU INSTITUIÇÃO ADEQUADA VALEU AO PROJETO DA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DA ULSLA A CONQUISTA DO PRÉMIO DE BOAS PRÁTICAS EM MEDICINA INTERNA 2026. A CDR ESTÁ INTEGRADA NA UNIDADE DE MEDICINA DE AMBULATÓRIO, QUE PERTENCE AO SERVIÇO DE MEDICINA DAQUELE QUE É O ÚNICO HOSPITAL DESTA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.

Basta pensar na extensa área geográfica servida pelo Hospital do Litoral Alentejano, localizado em Santiago do Cacém, a uma centena de quilómetros (ou mais!) de alguns dos seus utentes, para se concluir que um projeto com as características da Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) mereceria sempre ser aplaudido. Não só pelos doentes que a ela são referenciados como também pela Administração e os profissionais em geral da própria ULS do Litoral Alentejano, que, consequentemente, acabam por ver

a Urgência e o Internamento da sua unidade hospitalar um pouco menos sobrecarregados.

“Esta Consulta destina-se a doentes que requerem acesso facilitado para estudo de doença não esclarecida, sendo priorizada a suspeita de neoplasia. Pretende-se uma abordagem célere em ambulatório, com a realização de vários exames num único dia, com maior conforto para a pessoa e, inclusive, contribuindo para a redução da pegada ecológica”, resume Lucas Diaz Ruiz, um dos dois internistas que asseguram o funcionamento da CDR e a quem coube a tarefa de apresentar as particularidades da mesma no último Congresso Nacional de Medicina Interna, em maio.

“O que se pretende é, de forma rápida e diminuindo o recurso à Urgência e/ou ao internamento do doente para realização de exames complementares passíveis de serem feitos em ambulatório, estabelecer um diagnóstico ou, pelo menos, uma hipótese diagnóstica consistente. E, posteriormente, orientá-lo para consulta na nossa ULS ou proceder ao encaminhamento para outro hospital, para receber o tratamento devido”, explica o médico.

Está estabelecido que o agendamento da 1.ª consulta, que será presencial, acontece entre 7 a 10 dias após a referência para a CDR e que entre aquela e o momento da alta não passem mais de 21 dias, fazendo-se uso da teleconsulta sempre que possível, evitando-se assim futuras deslocações do doente ao hospital.



Um objetivo importante, sublinha Lucas Diaz Ruiz, “é a realização do maior número possível de exames complementares de diagnóstico no dia da consulta, de acordo com os protocolos estabelecidos com as diferentes áreas: Imagiologia, Patologia Clínica, Pneumologia, Gastrenterologia, Cirurgia Geral e Anatomia Patológica”.

**Lucas Diaz Ruiz**

E chama a atenção para um aspeto importante: “A criação da CDR não exigiu mais recursos humanos,

conduziu antes a uma alteração funcional e organizacional dos mesmos, o que permite a sua replicabilidade noutros contextos. Para isso, deve ser assegurada a metodologia de implementação e o acesso facilitado, garantindo a colaboração dos profissionais das diferentes áreas envolvidas, com a atuação centrada no doente e na sua satisfação.”

O funcionamento da CDR é assegurado pela própria equipa da Unidade de Medicina de Ambulatório, que é constituída, para além dos dois especialistas de Medicina Interna, por três enfermeiras, duas técnicas auxiliares de saúde e uma assistente técnica administrativa.

“Um exemplo inovador e de boas práticas”

Lucas Diaz Ruiz esclarece que o facto de a Consulta de Diagnóstico Rápido ser uma valência da Unidade de Medicina de Ambulatório permite, sempre que necessário, e sem exigir a mobilização de mais profissionais, a utilização das suas diferentes áreas, como o Hospital de Dia Polivalente ou a Sala de Procedimentos, esta última partilhada com o HD de Oncologia, situado próximo, também no 2.º piso.



Isto com vista à realização de alguns exames para diagnóstico, alívio sintomático da pessoa, tratamento/correção de algumas situações, bem como otimização das condições para a realização de outros exames que forem necessários, como os que implicam o uso de técnicas endoscópicas.

No âmbito desta iniciativa da SPMI, que teve o apoio Bial, foram selecionados para apresentação no 32.º Congresso Nacional de Medicina Interna, em maio de 2026, seis projetos candidatos ao Prémio. Começamos por dar a conhecer quem venceu: a Consulta de Diagnóstico Rápido da ULSLA. Na próxima edição do *Jornal Médico*, em outubro, terá destaque o projeto de hospitalização domiciliária do Hospital de Cascais.

TERESA BERNARDO, COORDENADORA DA UNIDADE DE MEDICINA DE AMBULATÓRIO:

“Com a criação da UMA, o que pretendíamos era sobretudo manter estáveis os doentes crónicos”

No período inicial da pandemia, houve necessidade de reorganizar a adaptar diferentes áreas e serviços do Hospital do Litoral Alentejano, passando a Unidade de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados, que funcionava no 2.º piso do edifício, a ser dedicada a internamento de pacientes não covid.

doentes crónicos. Obviamente, recorrendo ao Hospital de Dia de uma forma programada.”

Triagem é feita em conjunto pelos dois internistas

Com os doentes a serem referenciados para a CDR pelo Serviço de Urgência, por outras consultas do hospital ou pelos seus médicos de família, Teresa Bernardo e Lucas Diaz Ruiz procuram fazer a triagem em conjunto, analisando e priorizando aquilo que lhes parece ser mais urgente e, sempre que possível, sem recorrer ao internamento.



“Temos tido uma excelente resposta das outras áreas do hospital de que precisamos.”

“Com o abrandamento da pandemia, esta Unidade foi encerrada. É então que, com grande envolvimento e visão da Dr.ª Adelaide Belo, contando com o apoio do diretor do Serviço de Medicina, Dr. Henrique Rita, e perante um número excessivo de camas de internamento de Medicina (nesta fase, cerca de 70) para um hospital com a dimensão do HLA — e com a pressão do Serviço de Urgência a manter-se —, que surgiu o projeto da Unidade de Medicina de Ambulatório. Esta assegurando o funcionamento do Hospital de Dia Polivalente e de duas consultas diferenciadas, a Consulta de Reavaliação Pós-Alta (CRPA) e a Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR)”, recorda Teresa Bernardo, acrescentando:

“O que pretendíamos era mostrar que a aposta no ambulatório e a proximidade com os utentes, os lares e os colegas dos cuidados de saúde primários, bem como a possibilidade de nos contactarem com muita facilidade... tudo isso contribuiria sobretudo para manter estáveis o mais tempo possível os

“Até agora, temos conseguido o nosso objetivo, com uma excelente resposta das outras áreas do hospital de que precisamos, como a Imagiologia, com quem temos estabelecido um protocolo que permite fazer uma TAC de estadiamento no próprio dia da consulta em 98% dos casos. Nós só temos que verificar, no Hospital de Dia, como está a função renal do doente”, explica a médica, prosseguindo:

“Por exemplo, temos imensos doentes com anemia e o que está muitas vezes subjacente a essa situação é uma neoplasia no tubo digestivo. Socorremo-nos da possibilidade de o doente ser avaliado no Hospital de Dia e fazer ali o suporte de que precisa para efetuar determinados exames, nomeadamente uma endoscopia ou uma colonoscopia.”

Teresa Bernardo sublinha terem “uma preocupação muito grande” em não rejeitar casos visivelmente menos graves: “Felizmente, nem todos envolvem suspeita de doença oncológica, havendo pedidos de



Quem são os dois internistas que estão por detrás da CDR

LUCAS DIAZ RUIZ

Nasceu no País Basco faz agora dia 15 de setembro 52 anos. Os internamentos hospitalares que teve em pequeno, motivados por “alguns acidentes”, aproximaram-no da Medicina. Aos 10 anos foi viver para a Estremadura, acabando a fazer o curso em Badajoz, onde conheceu aquela que viria a ser a sua mulher, de nacionalidade portuguesa, que também ambicionava ser médica. Fizeram ambos o internato da especialidade em Beja. Ela em MGF, sendo atualmente coordenadora da UCSP Santiago do Cacém, no concelho de onde é natural. Ele em MI, opção que tomara logo nos últimos anos da faculdade, tendo iniciado funções no Serviço de MI do Hospital do Litoral Alentejano no final de 2008. Assistente hospitalar graduado, está ligado ao projeto UMA desde o primeiro dia e, portanto, também à Consulta de Diagnóstico Rápido.

TERESA BERNARDO

Natural de Lisboa, fez 61 anos a 16 de junho último. Estava no último ano do internato de MI quando o Hospital do Desterro fechou, concluindo a especialidade já em São José. Hospital onde se manteve durante 5 anos (de 2009 a 2014) na equipa fixa da Urgência. Os 4 seguintes foram passados no Curry Cabral, que só conseguiu deixar no final de janeiro de 2018, para começar a trabalhar no Hospital do Litoral Alentejano a 1 de fevereiro. Por causa do início do ano letivo, o marido e os filhos já tinham chegado uns meses antes a Porto Covo, onde agora a família reside. São 27 os quilómetros que a internista, assistente hospitalar graduada, faz duas vezes por dia, mas sem sacrifício! Coordena a Unidade de Medicina de Ambulatório (UMA) desde que foi criada, a 7 de junho de 2022, e que inclui, nomeadamente, a CDR.

“Pretende-se uma efetividade e proatividade da resposta, com maior conforto para o utente e para quem o acompanha”, salienta o médico.

redução de custos associados a deslocações”, afirma.

O internista está seguro de que a CDR “representa um exemplo inovador e de boas práticas”. Entre outros aspetos, “é centrada no doente e desenvolvida numa perspetiva integradora com os vários níveis de cuidados”. Para além de que “a revisão trimestral de resultados, para permitir implementar medidas corretoras, garante a qualidade do projeto”.

A concluir, Lucas Diaz Ruiz destaca a circunstância de a maioria dos diag-

(Continua na pág. 28)

(Continua na pág. 28)

Prémio

BOAS PRÁTICAS EM MEDICINA INTERNA 2026

Valorizar o que de melhor se faz na Medicina Interna portuguesa



(Continuação da pág. 27)

diagnóstico em que os sintomas podem ser uma síncope, uma lipotímia ou uma lombalgia... Tentamos não recusar um doente porque há muita gente que ainda está desprotegida nesta área geográfica em termos de acompanhamento médico, daí que preferimos vê-lo e depois orientá-lo.”

Estava previsto a Consulta de Diagnóstico Rápido acontecer uma vez por semana, das 9h30 às 15h30, contemplando a realização de 8 primeiras consultas e 4 subsequentes, mas o aumento das referências obrigou a que, desde março de 2026, tenha agora lugar em dois dias da semana.

Entretanto, tal como Lucas Diaz Ruiz não está 100% do tempo dedicado à UMA, uma vez que cumpre todas as segundas-feiras 12 horas no Serviço de Urgência, também Teresa Bernardo mantém, desde 2019, a sua Consulta de Insuficiência Cardíaca, embora a realize no piso 2, para poder acompanhar de perto a atividade do Hospital de Dia.

Relativamente ao Prémio de Boas Práticas em Medicina Interna, falta acrescentar que, enquanto a apresentação da Consulta de Diagnóstico Rápido no 32.º Congresso Nacional de Medicina Interna ficou a cargo de Lucas Diaz Ruiz, a internista representou outra candidatura: a dos percursos assistenciais integrados, um dedicado à pessoa com insuficiência cardíaca e outro ao doente complexo com multimorbilidade, ambos implementados pela ULSLA.



(Continuação da pág. 27)

nósticos ser feita sem o recurso a internamento, que é apenas necessário em situações pontuais, como a não realização de certos exames no Hospital do Litoral Alentejano, quando ocorre instabilidade clínica do doente ou surgindo a necessidade de monitorização após determinados exames/procedimentos.

E frisa: “A resposta diagnóstica célere e o consequente encaminhamento para as especialidades é uma mais-valia no tratamento precoce dos doentes, com impacto na sua qualidade de vida.”

O médico faz ainda questão de sublinhar “o profissionalismo e dedicação de todos os elementos da equipa”.



Vanda Martins, Catarina Arizmendi Filipe, Anabela Encarnação Soares, Lucas Diaz Ruiz, Teresa Bernardo, Susana Caixas, José Sousa e Costa, Liliana Marques Rodrigues e Dina Marisa Agostinho

CATARINA ARIZMENDI FILIPE, PRESIDENTE DO CA DA ULSLA:

“A Unidade de Medicina de Ambulatório constitui uma mais-valia para esta ULS”

Catarina Arizmendi Filipe era vogal executiva na ULS de Castelo Branco quando foi convidada para presidir ao CA da ULS do Litoral Alentejano, cargo que assumiu em junho de 2020. Um ano depois, é confrontada com a proposta de instalar numa então recém-criada nova área de internamento do Serviço de Medicina – espaço que servira anteriormente para responder à avalancha de casos de covid-19 – a denominada Unidade de Medicina de Ambulatório.

“Neste Conselho de Administra-



ção, nós somos defensores de que devemos apostar naquilo que as equipas consideram ser o mais adequado para quem servimos porque, no fundo, são os nossos profissionais que conhecem os seus utentes e, melhor do que nós, sabem quais as suas necessidades”, sublinha a responsável, acrescentando:

“Com efeito, a UMA, com o seu Hospital de Dia Polivalente, a Consulta de Reavaliação Pós-Alta e a Consulta de Diagnóstico Rápido, constitui uma mais-valia para a ULSLA, traduzindo-se em ganhos evidentes para a população, competindo-nos, portanto, sermos os primeiros a incentivar este tipo de iniciativas.”

E Catarina Arizmendi Filipe recorda que, uma vez conseguido o financiamento para avançar com o projeto, houve que alocar ao mesmo dois elementos do Serviço de Medicina, precisamente Teresa Bernardo e Lucas Diaz Ruiz, afirmando: “Eu penso que toda a equipa da Medicina Interna reconhece o valor acrescentado que representa esta Unidade e, muitas vezes com prejuízo pessoal, os seus profissionais acabam por dar mais de si para que consigamos ter esta resposta.”

Aliás, “acreditamos que a imple-

mentação de projetos diferenciadores também podem funcionar como um meio de atração para que novos médicos queiram vir trabalhar connosco”.

José Sousa e Costa: “A CDR é realmente muito útil para os doentes e para a instituição.”

Comentando as dificuldades que a ULSLA sente na captação de profissionais, o seu diretor clínico para a área hospitalar confirma: “Temos uma escassez tremenda de internistas e os que entram têm sido essencialmente colegas que fizeram cá o internato da especialidade.”

José Sousa e Costa, que deixou Lisboa em 2008 para ir dirigir o Serviço de Medicina até entrar para o CA, em 2020, comenta, a esse propósito, que a quebra no número de internos se observa logo na Formação Geral: “Era habitual termos uma dezena e meia todos os anos nos tempos do internato do Ano



Comum, mas em 2026 a ULSLA recebeu apenas dois elementos!”

Quanto à Consulta de Diagnóstico Rápido, “ela é realmente muito útil para os utentes e para a instituição, desde logo porque evita bastantes internamentos, libertando camas”, frisa o diretor clínico, justificando: “Era habitual os doentes ficarem internados quando era preciso acelerar o diagnóstico e queríamos poupá-los a fazerem grandes deslocamentos para realizarem os vários exames que eram necessários.”

CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

Atividade (Janeiro 2024 a abril 2026)

Consultas: 1044

Primeiras: 68,8%

Subsequentes: 31,2%

Referenciação

- Serviço de Urgência: 52%
- Consultas externas: 33%
- Cuidados de saúde primários: 9%
- Hospital de dia: 3,6%
- Serviço de internamento: 1,8%
- Outros hospitais: 0,4%

Destino

- Cuidados de saúde primários: 41,7%
- Consultas hospitalares: 28%
- Hospital de Dia: 19%
- Consultas externas de outros hospitais: 8%
- Serviço de internamento: 3%
- Serviço de Urgência: 0,15%

Mediana desde a referenciação à consulta: 10,7 dias

Grupos diagnósticos principais (ordem decrescente): (ICD10)

- Anemias nutricionais
- Sintomas sinais gerais
- Neoplasias malignas dos tecidos linfáticos (aprox. 50% linfomas)
- Outras formas doença do coração
- Neoplasias de comportamento incerto
- Neoplasias malignas (aparelho respiratório)
- Doenças do esófago, estômago e duodeno
- Doenças do fígado
- Sintomas aparelho circulatório e respiratório
- Neoplasias malignas órgãos digestivos

O funcionamento da CDR é assegurado pela equipa da Unidade de Medicina de Ambulatório, que é constituída por:

2 internistas: Teresa Bernardo e Lucas Diaz Ruiz
3 enfermeiras: Tatiana Varela, Liliana Marques Rodrigues e Anabela Encarnação Soares
2 técnicas auxiliares de saúde: Dina Marisa Agostinho e Vanda Martins
2 assistentes técnicas administrativas: Mónica Calado e Susana Caixas

LAGOA
21 a 23 maio 2026

32 Congresso Nacional
de MEDICINA INTERNA **ESPECIAL**

Reproduzem-se neste Especial alguns artigos originalmente publicados no *Jornal do 32.º Congresso Nacional de Medicina Interna*, distribuído aos participantes no evento, que foi presidido por Nuno Bernardino Vieira e agregou na sua organização os internistas da ULS do Algarve e do Grupo HPA Saúde.

Hospitalização Domiciliária 2026: de onde vimos e para onde vamos?



Olga Gonçalves

Coordenadora do NEHospDom da SPMI. Coord. da UHD da ULS de Gaia e Espinho

Inevitável, impetuosa e acutilante, a questão surge: após uma década de Hospitalização Domiciliária (HD) em Portugal, para onde vamos?

Importa, para manter a fidelidade ao plano inicial, lembrar que partimos da certeza que aliar o conforto de casa à qualidade e à segurança do hospital é possível e facilmente demonstrável.

Se perguntarmos às Equipas das Unidades HD se estão convicidas do trabalho que desenvolvem, se indagarmos junto dos doentes já tratados, das suas famílias e dos seus

cuidadores se estão agradados com o desempenho destes profissionais, a resposta será indubitavelmente: Sim! Nos dois casos.

Paradoxalmente, o impacto da sua atuação permanece pouco divulgado no seio do SNS, numa penumbra que não faz jus ao caráter pluridisciplinar, multifacetado e versátil destas Equipas.

Logo à partida, debatemo-nos com a “falta de lembrança” de muitos colegas em referenciar à respetiva Equipa HD os doentes que indiciam cumprir os critérios de admissão. Com o crescendo de experiência das UHD, são cada vez menos os doentes não-admissíveis por razões clínicas! Contrapondo aquela inação, surge o rept do próprio doente que, conhecendo a HD, demanda se não pode ficar internado em casa...

Depois, sobrevêm os entraves de cariz social, que extrapolam o âmbito hospitalar e interpelam toda a comunidade à busca de soluções. São honrosas, muitas vezes efémeras e sempre escassas as respostas à carência de cuidadores, como se não se torne este um problema de todos, “mais dia, menos dia”.

Dimensionadas tantas vezes a uma expressão mínima, às Equipas não lhes tem “sobrado tempo” para

promover o que fazem e como fazem. Somam-se em muitos milhares os quilómetros percorridos, em muitas horas o tempo dispensado à administração terapêutica, realização de pensos, procedimentos auxiliares de diagnóstico, ensinso e transmissão de conhecimentos que estimu-

A par de outras equipas de saúde, também as UHD concorrem para a resposta atempada a quem careça ficar internado. Não informar sobre a HD é alavancar para a estagnação.

lam à gestão da doença, das expectativas e das oportunidades disponíveis para uma vida saudável.

Estudo multicêntrico revela barreiras na referenciação para a Hospitalização Domiciliária



Sofia Fontes Ribeiro

Assist. hospitalar graduada em Medicina Interna. Responsável da UHD da ULS Santo António

A referenciação de doentes para HD mantém-se um processo complexo no quotidiano hospitalar. Observa-se uma adesão limitada a este modelo, sugerindo a presença de barreiras organizacionais e culturais ainda não ultrapassadas.

A referenciação de doentes para Hospitalização Domiciliária (HD) mantém-se um processo complexo no quotidiano hospitalar. Apesar de critérios clínicos, geográficos e sociais bem definidos, observa-se uma adesão limitada a este modelo, sugerindo a presença de barreiras organizacionais e culturais ainda não ultrapassadas.

O Núcleo de Estudos da Hospitalização Domiciliária desenvolveu um estudo prospetivo, observacional e multicêntrico que se propôs analisar a discrepância entre a elegibilidade teórica dos doentes e a referenciação real para a HD dos doentes internados nos serviços de Medicina Interna (SMI). O estudo procurou igualmente evidenciar as dificuldades estruturais e processuais que ainda limitam a expansão deste modelo assistencial.

Uma análise preliminar dos processos clínicos eletrónicos permitiu identificar padrões institucionais de elevada relevância. A caracterização dos 14 centros participantes demonstrou uma elevada heterogeneidade e sinais consistentes de sobreloação dos SMI (107%), refletindo elevada pressão assistencial estrutural. As unidades de HD dos respetivos hospitais apresentam-se como uma alternativa ao internamento convencional, mas com necessidade de expansão, registando taxas de ocupação médias de 99%.

Foram analisados 1253 doentes

internados nos SMI participantes. Destes, 20% foram considerados potencialmente elegíveis para HD, após exclusão dos internamentos sociais, correspondendo a 244 doentes passíveis de antecipar o regresso ao domicílio, com impacto relevante na redução da pressão dos hospitais do SNS.

No entanto, ao comparar a elegibilidade com a referenciação efetiva, verificou-se que mais de 60% dos doentes elegíveis não foram referenciados para HD nos três dias subsequentes à data do estudo, evidenciando uma discrepância relevante entre potencial candidato e a prática clínica.

Os resultados evidenciam variabilidade entre instituições, em recursos e pressão assistencial. Torna-se imperativo compreender de que forma a organização hospitalar influencia as decisões de referenciação e identificar estratégias que promovam a transição precoce e segura dos cuidados hospitalares para o domicílio, reforçando a importância desta investigação.

da HD, no benefício de muitos mais doentes?

Sabemos para onde queremos ir: trilhando o caminho da abordagem global do doente e da sua situação sociofamiliar, abranger mais doentes, outras fases de vida, outros estádios de doença; intensificar a interação com outros protagonistas do SNS, favorecendo uma concreta integração de cuidados; pugnar pela sustentabilidade e fazer uso hábil e impulsionador dos recursos tecnológicos.

Sabemos por onde ir: na senda da competência, do empenho, da curiosidade científica, do bom ambiente no seio das Equipas, da discussão construtiva multidisciplinar, em Sociedade HD.

Queremos concretizar sempre mais este sonho tenaz que nos foi relembrado, há um ano, na Covilhã! Queremos difundir em eco o sentimento de que “em casa é que é bom”. Queremos manter a tônica do cuidar e tratar atendendo à pessoa concreta, na melhor orientação diagnóstica, na mais atual e adaptada resposta terapêutica e na observância estrita de uma sábia economia de meios.

Sabemos, queremos, no que de nós depende.

Do que de nós não depende precisamos de urgente confirmação: É para aí que vamos!

Apesar da existência de critérios objetivos, a referenciação para as unidades de HD continua a representar um desafio na prática clínica, eviden-

Verificou-se que mais de 60% dos doentes elegíveis não foram referenciados para HD nos três dias subsequentes à data do estudo.

ciando resistência persistente na comunidade hospitalar, sublinhando a necessidade de intervenção dirigida para ultrapassar a atual inércia do sistema.

Diabetes tipo 1 – Prevenir? Rastrear? Onde podemos intervir?

A diabetes tipo 1 é uma doença autoimune cujo diagnóstico tardio pode levar a complicações graves como a cetoacidose diabética. O conhecimento sobre este processo de autoimunidade subjacente à diabetes tipo 1 é cada vez maior. Sabe-se que se inicia meses ou

anos antes do diagnóstico clínico da doença em pessoas geneticamente predispostas, tratando-se assim de uma fase pré-sintomática da doença. A presença de autoanticorpos (GAD, IA-A2, IA-A e ZnT8A) contra a célula beta pancreática são biomarcadores associados ao surgir da doença.

Quando se detetam dois ou mais anticorpos considera-se estágio 1 e nesta fase não há alterações da glicemia; no estágio 2 as pessoas apresentam alterações da glicemia em jejum ou na prova de tolerância à glucose oral, sendo esta uma fase de disglucemia, culminando no estágio 3, com uma hiperglicemia

sintomática e doença ativa.

Os critérios para definir normoglicemia, disglucemia e hiperglicemia são a glicemia em jejum, PTGO com 75 g de glucose e a HgA1c.

Assim, a deteção precoce deste processo autoimune entra na nossa prática clínica como uma prioridade, permiti-



Mónica Reis

Coord. da Unidade Integrada de Diabetes da ULS do Estuário do Tejo. Coord. do Núcleo de Estudos de Diabetes Mellitus da SPMI

tindo o diagnóstico precoce da doença e, obviamente, a implementação de estratégias de prevenção com o objetivo de reduzir as complicações agudas e preservar a função residual das células beta. Abre-se ainda a possibilidade de considerar algumas terapêuticas, já aprovadas atualmente, que atrasam a progressão da doença para a fase sintomática.

Há 100 anos, a descoberta da insulina foi um marco no cuidar da pessoa com diabetes tipo 1. Desde então, muito se tem evoluído na sua abordagem terapêutica. Passámos das seringas e agulhas para canetas e cartuchos, depois para canetas descartáveis e inteligentes que fazem conexão com sistemas de monitorização da glicemia que nos traçam perfis glicémicos e respostas glicémicas de forma cronológica.

Nos anos 60, surgem as primeiras bombas de insulina que, ao longo dos anos, se tornam tecnologicamente mais fáceis de manejar e com cada vez menores dimensões, permitindo o seu uso generalizado entre os diabéticos tipo 1. Passámos de insulinas humanas para análogos de insulina com os mais variáveis tempos de biodisponibilidade, desde as ultrarrápidas às ultralentas.

Atualmente, a diabetes tipo 1 encontra-se num momento de mudança de paradigma absolutamente extraordinário.

Há 100 anos, a descoberta da insulina permitiu a estas pessoas sobreviverem, 100 anos depois discutimos o rastreio precoce da diabetes tipo 1; falamos de terapêuticas que atrasam o surgimento da doença, que permitem e dão tempo para que haja uma adaptação à mesma. Quem sabe o que mais poderemos esperar desta linha de investigação e de evolução na abordagem da Diabetes tipo 1?

E se alguns de nós possam considerar que este tema não é pertinente numa reunião de Medicina Interna porque a diabetes tipo 1, nomeadamente o momento do seu diagnóstico, continua no pensamento médico muito ligado à infância/adolescência, tal não corresponde à realidade. O diagnóstico da diabetes tipo 1 tem dois picos: na infância, entre os 4-7 anos, e na adolescência, entre os 10-14 anos.

No entanto, mais de 50% dos casos são diagnosticados na idade adulta. Assim, a Medicina Interna tem realmente um papel muito importante no acompanhamento das pessoas com diabetes tipo 1, não só no momento do diagnóstico bem como no acompanhamento ao longo da sua vida adulta.

Ventilação não invasiva e oxigenoterapia: ponte com o domicílio



Pedro Carreira

Assist. hospitalar graduado de MI, Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina, ULS da Arrábida

Há não muito tempo, falar de ventilação não invasiva e oxigenoterapia era quase sinónimo de dependência e internamentos prolongados. Esse tempo passou – e a queda dessa barreira representa um ganho concreto para doentes, famílias e instituições.

A ventilação não invasiva (VNI) e a oxigenoterapia deixaram de ser apenas terapêuticas de suporte em contexto agudo. Hoje, integram cada vez mais um percurso clínico contínuo, que se estende do internamento hospitalar até ao domicílio do doente – e, com ele, até à vida real de quem trata e de quem é tratado.

Esta transição, aparentemente simples no conceito, levanta desafios complexos na prática clínica diária. Quando iniciar VNI? Que doentes beneficiam realmente de manter suporte ventilatório após a estabilização? E como garantir segurança e eficácia clínica fora do ambiente hospitalar, sem a rede de contenção que o internamento oferece?

Na doença respiratória crónica, em particular na DPOC e nas síndromes de hipoventilação, a decisão de prolongar o suporte ventilatório para o domicílio exige mais do que critérios gasométricos. Exige integração clínica, leitura funcional do doente e antecipação do risco de descompensação. A evidência tem vindo a evoluir, mas permanece uma área onde a individualização é determinante – e onde a experiência do clínico ainda faz diferença, muitas vezes mais do que qualquer protocolo.

Paralelamente, a oxigenoterapia continua a desempenhar um papel central em doentes com hipoxemia documentada. No entanto, o seu uso após a alta hospitalar obriga a uma maior precisão na indicação e na monitorização, evitando tanto a subutilização como a prescrição excessiva – dois erros com consequências clínicas distintas, mas igualmente relevantes.

Nos últimos anos, a hospitalização domiciliária e os programas de transição de cuidados vieram alterar de forma significativa este paradigma. A possibilidade de manter VNI e oxigenoterapia no domicílio, com suporte estruturado, permite reduzir internamentos prolongados e melhorar a experiência do doente, mas introduz também novos desafios organizacionais e clínicos que os internistas conhecem bem – e que raramente têm resposta simples.

A tecnologia tem sido um elemento decisivo nesta evolução. A monitorização remota de dispositivos ventilatórios, a análise de adesão e a possibilidade de ajustes à distân-

cia aproximam progressivamente o domicílio do ambiente hospitalar, esbatendo fronteiras tradicionais na prestação de cuidados. Mas a tecnologia não substitui o julgamento clínico – complementa-o.

O desafio central que se coloca hoje não é apenas o de tratar, mas o

de garantir continuidade. Como assegurar o acompanhamento adequado destes doentes quando saem do hospital? Que modelos de seguimento – presencial ou remoto – permitem detetar precocemente a deterioração clínica e evitar reinternamentos?

O impacto real destes programas

na história natural da doença permanece uma questão em investigação ativa. Os dados disponíveis são encorajadores, mas ainda heterogêneos, e a sua tradução para a prática clínica diária exige adaptação aos recursos existentes e às características de cada doente. A conferência “Ventilação não invasiva

e oxigenoterapia: a ponte entre o hospital e o domicílio” procurou precisamente explorar este território em transição – entre o hospital e o domicílio –, onde a tecnologia, a evidência e a experiência clínica se cruzam para construir um modelo de cuidados mais contínuo, mais próximo e, em última análise, mais eficaz.



Juntos por uma vida melhor

Tratamento da Apneia do Sono Ventiloterapia Oxigenoterapia

Com mais de 40 anos de experiência em Cuidados Respiratórios Domiciliários em Portugal, proporcionamos um serviço de qualidade e inovador, pautado pelos nossos valores:



RESPONSABILIDADE

Há 40 anos que mantemos o compromisso de apoiar as pessoas que vivem com doenças respiratórias crónicas.



PROXIMIDADE

Ouvimos as necessidades dos doentes e prestamos um serviço personalizado de qualidade e inovador em estreita coordenação com médicos e outros profissionais de saúde.



EXCELÊNCIA

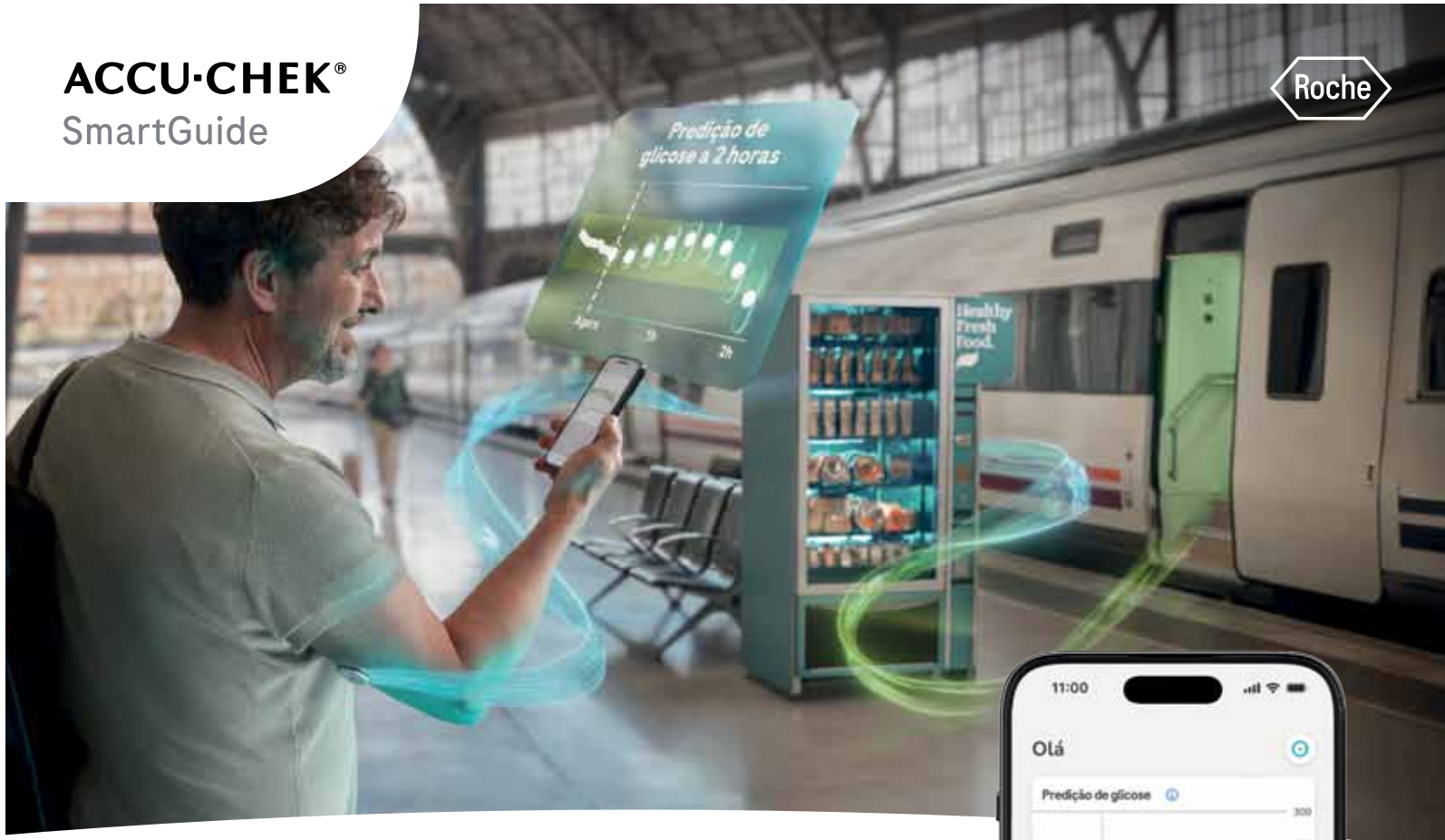
Com a inovação como facilitador, o nosso objetivo é contribuir para resultados de saúde importantes para os doentes, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida.

pt.vitalaire.com



OMPD-548/1

ACCU-CHEK®
SmartGuide



O Poder da Predição na Gestão da Diabetes

O novo sensor **Accu-Chek SmartGuide** para a MCG* prevê os valores futuros de glucose¹, através das suas funcionalidades preditivas, para que as pessoas com diabetes possam tomar uma ação e reduzir o risco de excursões glicémicas.²

*MCG - Monitorização Contínua da Glicose

**Sensor participado para pessoas com diabetes mellitus tipo 1 com idade igual ou superior a 18 anos, mediante prescrição médica e de acordo com as normas em vigor. Para mais informações consulte o seu médico ou profissional de saúde.



Saiba mais

Informação destinada a profissionais de saúde.

1. A app Accu-Chek SmartGuide Predict prevê a evolução estimada da glicemia nas próximas 2 horas (Predição de Glucose), o risco estimado de valor de glucose baixo nos próximos 30 minutos (Predição de glucose baixa), e o risco estimado de hipoglicemia noturna nas próximas 7 horas (Predição de glucose baixa Noturna, ativo entre 21:00 e 02:00). 2. Simulation study, data on file, Roche Diabetes Care GmbH, 2025. Accu-Chek, Accu-Chek SmartGuide e Accu-Chek SmartGuide Predict são marcas comerciais da Roche. Todos os outros nomes de produtos e marcas comerciais são propriedade dos respetivos detentores. Os ecrãs que o utilizador vê poderão ser diferentes dos da aplicação. © 2025 Roche Diabetes Care | Roche Sistemas de Diagnósticos, Lda, | Estrada Nacional, 249-1 | 2720-413 Amadora, Portugal | Tel.: +351 21 425 70 00 | MC-PT-01482 | Maio 2026

COMPARTICIPADO!*

Porque temos tão poucos hipertensos controlados?



Fernando Martos Gonçalves
Serviço de MI da ULS de Loures-
-Odivelas. Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão

A hipertensão arterial continua a representar uma das maiores contradições da medicina contemporânea.

É uma condição altamente prevalente, de diagnóstico aparentemente simples, com terapêuticas eficazes, seguras e amplamente disponíveis. Ainda assim, permanece insuficientemente controlada numa proporção muito significativa da população. Esta realidade não traduz apenas uma limitação clínica individual; reflete uma falha coletiva na capacidade de transformar conhecimento científico em ação organizada, sistemática e mensurável.

O mais recente Relatório Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Hipertensão é particularmente claro e preocupante. Em 2024, cerca de 1.4 mil milhões de adultos viviam com HTA, mas apenas pouco mais de um em cada cinco apresentava a pressão arterial controlada. O mesmo relatório recorda que, a cada hora, morrem mais de mil pessoas por acidente vascular cerebral ou doença coronária atribuíveis à HTA. Estes números sublinham a magnitude do problema e a urgência da intervenção.

A OMS salienta ainda que melhorar a deteção, o tratamento e o controlo da hipertensão nos cuidados de saúde primários constitui uma das estratégias com maior potencial para reduzir a morbilidade cardiovascular prematura.

A pergunta impõe-se: **porque temos tão poucos hipertensos controlados?**

A resposta não é simples. É, inevitavelmente, multifatorial.

A primeira razão reside no **sub-diagnóstico**. A HTA é, na maioria dos casos, uma doença silenciosa, assintomática e sem limitação funcional evidente durante anos. Muitos doentes

tes só são identificados após a ocorrência de uma complicação cardiovascular, cerebrovascular, renal ou cardíaca. Mesmo quando a pressão arterial é medida, nem sempre o é de forma adequada: persistem erros técnicos, utilização de dispositivos não validados, ausência de confirmação por medições repetidas e recurso insuficiente à automedicação domiciliária ou à monitorização ambulatória da pressão arterial.

As recomendações mais recentes da European Society of Hypertension, da European Society of Cardiology e da American Heart Association/American College of Cardiology reforçam, de forma consistente, a importância da medição rigorosa, da confirmação diagnóstica e da utilização apropriada da medição fora do consultório (AMPA e MAPA).

A segunda razão é a **inércia terapêutica**. Muitos doentes diagnosticados permanecem durante meses ou anos com valores tensionais acima do objetivo, sem intensificação adequada do tratamento. Esta inércia pode ter múltiplas causas: receio de efeitos adversos, preocupação com hipotensão, hesitação perante a polimedicação, consultas espaçadas ou aceitação tácita de valores considerados “quase controlados”. No entanto, as recomendações atuais apontam para uma abordagem mais ativa, estruturada e orientada para objetivos claros.

A HTA é frequentemente tratada de forma demasiado fragmentada.

A terceira razão prende-se com a **complexidade desnecessária da estratégia terapêutica**. A HTA é frequentemente tratada de forma demasiado fragmentada: monoterapia prolongada, titulação lenta, múltiplos comprimidos, horários difíceis e ausência de algoritmos simples de decisão. Contudo, a evidência favorece estratégias baseadas em combinações terapêuticas, preferencialmente em dose fixa, com intensificação protocolada e seguimento próximo. Quando o tratamento é simples, acessível e compreensível, a probabilidade de controlo aumenta;

A HTA é frequentemente tratada de forma demasiado fragmentada: monoterapia prolongada, titulação lenta, múltiplos comprimidos, horários difíceis e ausência de algoritmos simples de decisão.

quando é complexo ou mal explicado, a eficácia diminui.

A quarta razão é a **adesão insuficiente**, muitas vezes interpretada de forma redutora como “falta de colaboração” do doente. Na realidade, a adesão terapêutica é um fenómeno multidimensional. Depende da literacia em saúde, da relação médico-doente, da perceção individual de risco, dos efeitos adversos, do número de comprimidos, do custo, da disponibilidade dos fármacos, das crenças pessoais e da própria natureza assintomática da doença. Muitos doentes não sentem a hipertensão como uma ameaça imediata. Por isso, controlar a pressão arterial exige mais do que prescrever: exige explicar, envolver, simplificar e acompanhar.

A quinta razão é **social e ambiental**. A HTA está profundamente ligada ao excesso de sal, à obesidade, ao sedentarismo, ao consumo excessivo de álcool, ao stress crónico, à privação de sono, à alimentação pouco saudável e às desigualdades sociais. O controlo da hipertensão arterial depende, por isso, não apenas de melhores cuidados clínicos, mas também de políticas públicas eficazes, tais como redução do teor de sal nos alimentos, promoção da atividade física, prevenção da obesidade, acesso a alimentação saudável e disponibilidade contínua de medicamentos anti-hipertensores de qualidade.

A sexta razão é **organizacional**. Continuamos, demasiadas vezes, a tratar a hipertensão como um episódio isolado de consulta e não como

uma prioridade de saúde pública. O controlo efetivo exige registos clínicos estruturados, indicadores de desempenho, auditoria, chamadas ativas, consultas de reavaliação, envolvimento da enfermagem, participação da farmácia comunitária, automedicação domiciliária, telemonitorização quando adequada e responsabilização institucional pelos resultados. Sem organização, mesmo a melhor evidência perde impacto.

Há ainda um fator adicional. Os **objetivos terapêuticos tornam-se mais exigentes**. Parte do aparente insucesso no controlo resulta de metas mais ambiciosas, baseadas no reconhecimento de que o risco cardiovascular aumenta de forma contínua com a pressão arterial. Assim, doentes anteriormente considerados “aceitavelmente controlados” podem hoje ser classificados como não controlados à luz de recomendações mais recentes. Esta mudança é exigente, mas traduz uma evolução positiva. Controlar melhor a pressão arterial significa prevenir mais eventos cardiovasculares, renais e cerebrovasculares.

Finalmente, importa distinguir a **hipertensão verdadeiramente resistente da pseudoresistência**. Uma proporção dos doentes tem, de facto, hipertensão difícil de controlar, associada a doença renal crónica, hiperaldosteronismo primário, apneia obstrutiva do sono, obesidade, diabetes, toma simultânea de outros fármacos ou elevado consumo de sal. Contudo, muitos casos rotulados como resistentes resultam antes de medição incorreta, baixa adesão, doses insuficientes, ausência de diurético adequado ou falta de intensificação terapêutica.

Em síntese, temos poucos hipertensos controlados não porque nos falte conhecimento científico, mas porque ainda falhamos na implementação consistente das medidas que já sabemos serem eficazes. Sabemos medir, diagnosticar, tratar e reduzir o risco. O desafio está em garantir que esse conhecimento chega, de forma organizada e contínua, a todos os doentes.

Controlar a hipertensão arterial é, hoje, menos um problema farmacológico e mais um desafio de organização clínica, literacia, adesão, equidade e saúde pública. A pergunta **“Porque temos tão poucos hipertensos controlados?”** deve, por isso, conduzir a uma mudança de paradigma: deixar de encarrar a hipertensão como uma sucessão de consultas isoladas e passar a tratá-la como um programa estruturado de prevenção cardiovascular.

MI 25/26: O QUE HÁ DE NOVO EM...

Diabetes mellitus



Isabel Lavadinho
Assist. hospitalar graduada de MI, ULS do Alto Alentejo. Membro do Secretariado do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus da SPMI

A diabetes mellitus (DM) continua a atravessar momentos de enorme inovação científica, com uma atualização de conceitos e abordagens simultaneamente célere e cada vez mais centrada na prática clínica e no impacto real na vida do doente. Vivemos um tempo em que o rigor da evidência científica se funde com o pragmatismo do dia-a-dia, procurando soluções que não só tratam a patologia, mas que melhoram efetivamente a qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Selecionar os marcos mais relevantes deste último ano não foi tarefa fácil, uma vez que a inovação na DM (pelo caráter abrangente e multissistémico da patologia) tem avançado em múltiplos e diversos aspetos.

Comecei pelos mais recentes dados do Observatório Nacional da Diabetes, que foram comunicados em novembro de 2025 e nos revelaram um panorama desafiador. Em Portugal, os números continuam a testar a nossa capacidade de resposta: uma prevalência crescente e um subdiagnóstico que mantém quase metade dos doentes na sombra. Esta realidade exige uma mudança de paradigma, sustentada nos factos mais recentes e disruptivos da área.

Um dos estudos com maior aplicabilidade em termos práticos é, sem sombra de dúvida, o ONWARDS 9. A transição para terapêuticas insulínicas de periodicidade semanal, guiadas por monitorização contínua, veio humanizar o tratamento. Reduzir a carga de centenas de injeções anuais não é apenas uma questão de conveniência; é devolver dignidade ao doente,

transformando o estigma da cronicidade numa gestão mais ligeira e eficaz.

O ONWARDS 9 destaca-se ao incluir pessoas com DM tipo 2, promovendo a expansão da insulina semanal e da monitorização contínua. Os resultados são contundentes: a titulação de insulina semanal guiada por CGM revelou-se tão eficaz quanto segura, com reduções significativas na HbA1c e ganhos expressivos no TIR (*time in range*).

Simultaneamente, assistimos ao surgimento de moléculas com uma potência metabólica sem precedentes. Destaco os dados do estudo TRANSCEND-T2D-1, cujos resultados integrais serão apresentados na 86.ª Edição das Sessões Científicas da ADA, em junho de 2026. Os dados do retratutide (um tri-agonista GIP/GLP-1/glucagon) revelados até ao momento são entusiasmantes. Não estamos apenas perante uma redução drástica da HbA1c, mas sim perante uma perda ponderal massiva e sustentada e melhorias substanciais nos perfis tensional e lipídico. É uma molécula que promete revolucionar o mapa metabólico do doente.

Desenham-se objetivos que outrora pareciam ficção científica.

No horizonte, desenham-se agora objetivos que outrora nos pareciam reservados à ficção científica: a possibilidade de restaurar a secreção endógena de insulina na DM tipo 1. Sabíamos já que o transplante de ilhéus pancreáticos reduzia, ou poderia inclusive eliminar, a necessidade de insulina em pessoas com DM tipo 1. No entanto, é um processo limitado pela disponibilidade de órgãos, pela qualidade variável dos ilhéus e pela necessidade de múltiplos transplantes provenientes de vários dadores. Recentemente, foi estudada a infusão de ilhéus pancreáticos diferenciados a partir de células estaminais numa amostra de pessoas com DM tipo 1, com excelentes resultados.

Quanto às diretrizes da ADA 2026, a filosofia de abordagem alterou-se consideravelmente, promovendo um envolvimento ativo e multidisciplinar. O foco é agora absoluto na proteção de órgão, na deteção precoce e na simplificação da gestão

da patologia através da tecnologia.

O futuro já não é uma “miragem” distante; é uma realidade que moldamos diariamente nas nossas consultas, onde a tecnologia e o pragmatismo se fundem para que a diabetes deixe de ser a definição da vida do doente e passe a ser apenas uma condição de mais fácil controlo, melhorando a qualidade de vida de quem com ela convive diariamente. Como internistas, cabe-nos liderar esta transição, transformando a complexidade tecnológica em acessibilidade e funcionalidade pragmática para os nossos doentes.



MI 25/26: O QUE HÁ DE NOVO EM...

A inovação em IC não foi apenas farmacológica, foi epidemiológica, conceptual, biológica e organizacional



Pedro Moraes Sarmiento
Equipa de Insuficiência Cardíaca, Hospital de Dia de IC, Serviço de MI, Hospital da Luz Lisboa. Coord. adjunto do NEIC-SPMI

A insuficiência cardíaca continua a ser uma das grandes síndromes da medicina contemporânea, mas os trabalhos publicados nos últimos meses mostram que a sua evolução já não depende apenas da chegada de novos fármacos. O que está em causa é uma mudança mais ampla, que atravessa a epidemiologia, a forma como pensamos a doen-

ça, a sua fisiopatologia e até a organização dos cuidados. Em conjunto, estes avanços sugerem que estamos perante uma nova etapa na abordagem da insuficiência cardíaca. O estudo PORTHOS veio lembrar-nos que a IC está mais próxima da realidade quotidiana do que muitas vezes imaginamos. Ao demonstrar uma prevalência de 16,54% na população portuguesa com 50 ou mais anos, e ao evidenciar o predomínio

A mensagem é clara: a IC é demasiado heterogénea para caber numa taxonomia excessivamente dependente de um único parâmetro.

do fenótipo com fração de ejeção preservada, o trabalho sublinha o peso silencioso da doença na comunidade⁽¹⁾. Mais do que uma simples estimativa epidemiológica, este resultado obriga-nos a reconhecer que muitos doentes vivem com IC sem diagnóstico e sem tratamento adequado, num contexto de envelhecimento populacional e de elevada carga de comorbilidade. Os dados do PORTHOS, assim como a metodologia empregue, levaram também a comunidade científica a questionar o que entendemos por IC e como a classificamos. Esse debate conceptual, que há muito se anunciava, voltou a ganhar força. No editorial de Sandersen e Cleland, a classificação tradicional da IC é descrita como obsoleta⁽²⁾. A crítica não retira valor clínico à fração de ejeção, mas chama a atenção para os seus limites como principal critério organizador da doença. A mensagem é clara: a IC é demasiado heterogénea para caber numa taxonomia excessivamente dependente de um único parâmetro. É neste contexto que ganha particular interesse a proposta de Milton Packer para uma fisiopatologia

Nem sempre um ensaio considerado “neutro” é clinicamente irrelevante.

para a IC com fração de ejeção preservada centrada não apenas na presença de obesidade mas sim na presença de adiposidade⁽³⁾. Segundo este modelo, a adiposidade visceral não é apenas um marcador de risco, mas pode ter um papel central na fisiopatologia da doença. A inflamação, a expansão volémica e a remodelagem cardíaca, resultantes da libertação de adipocinas, surgem então como peças de um mesmo puzzle biológico. Esta perspetiva ajuda a explicar por que razão tantos doentes com HFpEF apresentam obesidade, diabetes e síndrome metabólica, e abre espaço para uma abordagem mais dirigida ao fenótipo metabólico. Na vertente da terapêutica farma-

cológica, o ensaio VICTOR trouxe novo material para uma discussão já aberta no seio da oncologia. Embora o vericiguat não tenha atingido de forma significativa o objetivo primário composto de mortalidade cardiovascular ou hospitalização por IC, o estudo mostrou resultados positivos nos objetivos secundários de mortalidade cardiovascular, mortalidade global e morte súbita⁽⁴⁾. A leitura destes resultados obriga a prudência: nem sempre um ensaio considerado “neutro” é clinicamente irrelevante. Poderemos ignorar da prática clínica resultados que impactam significativamente na mortalidade dos doentes com base apenas no objetivo primário? Segundo os autores, o estudo VICTOR foi desenhado para estudar o objetivo secundário, pelo que estes resultados apoiam o papel do vericiguat como adição eficaz à terapêutica médica otimizada na IC com fração de ejeção reduzida. Por fim, as recomendações portuguesas para a cardiomiopatia amiloideótica por transtirretina representam uma inovação de natureza organizacional⁽⁵⁾. Ao sistematizarem o rastreio, o diagnóstico e o tratamento,

estas orientações procuram reduzir o subdiagnóstico e uniformizar a prática clínica. Numa doença em que o reconhecimento precoce faz toda a diferença, a normalização de percursos assistenciais é, por si só, uma forma concreta de inovação. Em conclusão, o que se pretende mostrar ao enumerar estes trabalhos é que a IC entrou numa fase em que já não basta tratar melhor. É preciso diagnosticar mais cedo, classificar melhor, compreender melhor os mecanismos biológicos e organizar melhor os cuidados. É essa convergência que torna a época que vivemos num período particularmente marcante nesta área da medicina moderna.

Bibliografia:

1. Rui Baptista, Ana Maria Rodrigues, Filipa Bernardo, et al. Heart failure in the Portuguese population aged ≥ 50 years: prevalence and phenotypes in the PORTHOS study. *European Heart Journal* 2026; 00: 1-17.
2. John E. Sandersen and John G.F. Cleland. The current classification of heart failure is obsolete. *European Jour-*

- nal of Heart Failure 2026; 28:159-164.
3. Milton Packer. The Adipokine Hypothesis of Heart Failure With a Preserved Ejection Fraction A Novel Framework to Explain Pathogenesis and Guide Treatment. *JACC.* 2025;86:1269-1373.
4. Javed Butler, Ciaran J McMullan, Kevin J Anstrom, et al. Vericiguat in patients with chronic heart failure and reduced ejection fraction (VICTOR): a double-blind, placebo-controlled, randomised, phase 3 trial. *Lancet* 2025; 406: 1341-50.
5. Nuno Marquesa, Sílvia Aguiar Rosa, Filipa Cordeiro, et al. Portuguese recommendations for the management of transthyretin amyloid cardiomyopathy (Part 1 of 2): Screening, diagnosis and treatment. Developed by the Task Force on the management of transthyretin amyloid cardiomyopathy of the Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases of the Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2025; 44: 7-48.

MESA-REDONDA SOBRE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA

Doença renal crónica: prioridades na otimização terapêutica



Ana Nascimento
Assist. hospitalar graduada em MI. Coord. da Consulta de Medicina – IC, ULS do Alto Minho. Membro do Secretariado do NEIC-SPMI

A insuficiência cardíaca (IC) e a doença renal crónica (DRC) coexistem frequentemente e constituem um grande desafio clínico e de saúde pública. Ao partilharem fatores de risco e vias fisiopatológicas,

numa interação bidirecional, a disfunção num órgão pode acelerar a lesão no outro. Estima-se que cerca de um terço dos doentes com IC apresente DRC concomitante, com prevalência crescente associada à idade e gravidade da IC. Por outro lado, na DRC, o risco cardiovascular é particularmente relevante, verificando-se maior mortalidade cardiovascular do que progressão para doença renal terminal em todos os estádios de DRC, reforçando a necessidade de atuar na modificação do risco cardiovascular. Nos últimos anos assistiu-se a uma mudança de paradigma terapêutico, passando-se de uma visão centrada no órgão para uma abordagem global e integrada. Agentes inicialmente desenvolvidos para indicações cardiovasculares – como os *inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA)*, *antagonistas dos receptores mineralocorticoides (ARM)*, *inibidores da neprilissina e do recetor da angiotensina (ARNI)*

– e terapias metabólicas, *nomeadamente os inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (iSGLT2)*, demonstraram benefícios renais significativos, além dos efeitos cardiometabólicos favoráveis. Paralelamente, terapias inicialmente destinadas à proteção renal assumem hoje um papel central na gestão da IC. Ensaios clínicos como o CIBIS-II, PARADIGM-HF, DAPA-HF e EMPEROR-Reduced demonstram que a terapêutica modificadora de prognóstico (TMP) reduz a morbilidade e a mortalidade numa ampla gama de função renal, incluindo doentes com DRC avançada. Apesar destes doentes continuarem sub-representados nos ensaios aleatorizados, estudos observacionais e meta-análises não demonstram atenuação do benefício cardiovascular para taxas de filtração glomerular (TFG) mais baixas. Contudo, a implementação da TMP permanece muito abaixo do preconizado pelas *guidelines*. Estudos

observacionais mostram que apenas 15-45% dos doentes com IC recebem terapêutica quadrupla otimizada, com redução progressiva da sua utilização à medida que a TFG diminui, atingindo valores próximos de 5% nos estádios mais avançados. Adicionalmente, durante as hospitalizações por IC, assiste-se a uma descalção terapêutica. Um dos principais contribuintes para esta lacuna de implementação é o medo dos efeitos renais adversos da TMP, particularmente o agravamento da função renal (*“worsening renal failure”* - WRF) e a hipercalcemia. O WRF, geralmente definido por aumento da creatinina sérica ≥ 0,3 mg/dL ou um declínio na TFG ≥ 25%, ocorre frequentemente após início ou intensificação terapêutica. Contudo, quando associado a descongestão eficaz e bloqueio neuro-hormonal, não reflete uniformemente dano renal estrutural – pequenas reduções iniciais da TFG podem coexistir com diminuição da

albuminúria e, em alguns pacientes, estabilização ou mesmo melhoria do risco cardiovascular global. A hipercalcemia constitui outra barreira importante, mas o seu risco pode

A gestão da IC em pacientes com DRC entrou numa era de convergência terapêutica. O principal desafio já não é a falta de terapias eficazes, mas sim a sua subutilização.

ser mitigado. Os iSGLT2 e os ARM não esteroides reduziram a incidência de hipercalcemia clinicamente significativa. Os inibidores da aldosterona sintase são terapias emergentes. Os ARNI apresentam melhor tolerabilidade relativamente aos iSRAA convencionais e os novos quelantes de potássio – patiromero e ciclossilicato de zircónio sódico – permitem manter e otimizar terapêuticas fundamentais. Em conclusão, a gestão da IC em pacientes com DRC entrou numa era de convergência terapêutica. O principal desafio já não é a falta de terapias eficazes, mas sim a sua subutilização, impulsionada por preocupações relativas a alterações da função renal previsíveis e transitórias, bem como barreiras socioeconómicas e do sistema de saúde. Uma interpretação contextualizada da função renal, integrada no estado clínico e na resposta terapêutica, é essencial para evitar a descalção desnecessária da terapêutica modificadora de prognóstico.



Publicações **justNews**
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.



33º

Congresso Nacional

MEDICINA INTERNA

Líder do

HOSPITAL

5.0

Humanismo

Inovação

Integração

20-22 maio 2027
Centro de Congressos de Lagoa

ORGANIZAÇÃO



SPMI
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna

PRESIDENTE
António Martins Baptista

SECRETÁRIO-GERAL
Luís Santos Pinheiro

SECRETARIADO

ad medic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS