Publicações
justNews
www.justnews.pt

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS

Jornal Oficial Jornadas Multidisciplinares de MGF

75 anos 1951-2026 SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Jornal Parceiro

SCIENCE STORY

Os jogos tornam as crianças atentas ou mais distraídas?

P. 2

PUB
1926 2026 100 RECORDATI
Our first 100 years

JORNAL MÉDICO

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Outubro 2026
Ano XIV • Número 150 • 3 euros
PublicaçãoPeriódica

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES



Rodrigo Leão, presidente do XXXIV Congresso de Aterosclerose, lembra que a prevenção e tratamento da doença CDV exige cada vez + intervenção multidisciplinar.

P. 8

PUB
10 A 13 DE MARÇO DE 2027
IX JORNADAS MULTIDISCIPLINARES
DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR
SHERATON PORTO

USF do Minho prioriza acessibilidade

P. 16/23



E mantém enfermeiros com listas organizadas por área geográfica. Na foto, o coordenador, Francisco Fachado, junto à exposição que esteve patente, este verão, na Galeria de Arte desta Unidade da ULS de Braga

SERVIÇO DE MI DA ULS DE SANTA MARIA



FEDERICA PARLATO:
A atração pelos cuidados intermédios

P. 10

Marta Matos
O papel do Serviço Social nas equipas de saúde mental

P. 4

ESPECIAL
Conferência de NUTRICIONISTAS 2026

P. 26/30

Manuela Fonseca assegura, na ULSSJoão, a **Consulta de Enfermagem de Fatores de Risco Cardiovascular**

P. 6



IX JORNADAS MULTIDISCIPLINARES
DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR



P. 7

Para Manuel Barbosa, "a abordagem paliativa faz parte da boa prática da MGF"



Rafaela Veríssimo diz que a MI e a Geriatria têm uma **"complementaridade real"**

P. 14

LUÍS GUEDES MARTINS, PRESIDENTE DA APDPN:

"O diagnóstico pré-natal não termina ao identificarmos uma anomalia fetal"



P. 12

A capa da última edição



JORNAL MÉDICO

Diretor: José Alberto Soares ***Jornal Médico*** é uma publicação da *Just News*, de periodicidade mensal, dirigida a profissionais de saúde e que pretende promover a partilha de boas práticas entre todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, estando isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/13 **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência a *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "Informação".

Publicações

justNews

geral@justnews.pt · agenda@justnews.pt

Tel. 21 893 80 30 · www.justnews.pt

Enfermeiro Paulo Alves distinguido

Paulo Alves, diretor da Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica Portuguesa, recebeu o título de *fellow* do College of Wound Care Specialists, que distingue o seu percurso profissional e o contributo para o desenvolvimento dos cuidados de feridas.

A distinção foi atribuída no Congresso da WUWHS, que decorreu na Malásia.

SCIENCE STORY

OS JOGOS TORNAM AS CRIANÇAS MAIS ATENTAS OU MAIS DISTRAÍDAS?

Estudo com crianças em idade pré-escolar revela que, após uma breve sessão de jogo digital ou tradicional, o desempenho melhora em tarefas que exigem rapidez de resposta, mas diminui naquelas que requerem maior concentração e autocontrolo.

As tecnologias digitais fazem hoje parte do quotidiano de muitas crianças e os videojogos estão entre as formas de brincadeira mais envolventes na idade pré-escolar. No entanto, apesar da sua crescente utilização, o debate sobre as suas consequências cognitivas continua em aberto. Inúmeros estudos abordaram os efeitos a longo prazo no desenvolvimento cognitivo, mas ainda pouco se sabe sobre os efeitos psicológicos imediatos de breves períodos de jogo na primeira infância.

Estudos realizados com crianças em idade escolar, adolescentes e jovens adultos têm mostrado efeitos positivos ou neutros dos videojogos, sem evidências consistentes de impactos negativos. No entanto, em crianças em idade pré-escolar, uma vez que os mecanismos cerebrais responsáveis pela atenção, pelo autocontrolo e pela gestão de distrações ainda estão em desenvolvimento, os efeitos dos videojogos poderão ser mais marcados do que em idades posteriores.

Com o apoio da Fundação Bial, Andrea Facoetti, Sara Bertoni, Sandro Franceschini e Giovanna Puccio (Universidade de Padova, Itália) lideraram um estudo que envolveu 48 crianças com desenvolvimento típico e idade média de 5,4 anos, para avaliar se uma breve sessão de jogo – digital ou não digital – altera temporariamente o equilíbrio entre a atenção e o controlo cognitivo.

No artigo "Brief digital and traditional gameplay transiently reallocate attentional resources in preschool children", publicado na revista científica *Computers in Human Behavior Reports*, os autores explicam que cada participante foi avaliado em três condições distintas: uma condição de controlo sem atividade lúdica, uma sessão de 30 minutos de um videojogo de ação



adaptado à idade (*Mario Kart 8 Deluxe*) e uma sessão de igual duração com um jogo tradicional de construção (Tangram). Após cada condição, as crianças realizaram testes que avaliavam a atenção, o processamento dos sons da fala, a perceção visual e a coordenação motora.

Os resultados mostraram que tanto os videojogos como os jogos tradicionais produziram efeitos imediatos semelhantes. Após as sessões de jogo, as crianças apresentaram melhor desempenho em tarefas que exigiam uma deteção rápida de estímulos relevantes. Em contraste, o mesmo padrão não se verificou quando as tarefas exigiam maior controlo cognitivo. Quando era necessário ignorar distrações visuais, o desempenho das crianças decaiu após as sessões de jogo. Além disso, estes efeitos tornaram-se mais evidentes à medida que aumentava a complexidade das tarefas.

Este estudo sugere que experiências lúdicas breves e emocionalmente envolventes – sejam videojogos ou jogos tradicionais – podem favorecer temporariamente os processos de atenção mais automáticos, em detrimento das capacidades de controlo e regulação, que exigem maior esforço cognitivo em crianças em idade pré-escolar. O fator determinante parece ser o grau de envolvimento psicológico e de ativação atencional proporcionados pela brincadeira, mais do que a natureza do jogo.

APÓS AS SESSÕES DE JOGO, AS CRIANÇAS APRESENTARAM MELHOR DESEMPENHO EM TAREFAS QUE EXIGIAM UMA DETEÇÃO RÁPIDA DE ESTÍMULOS RELEVANTES.

Do ponto de vista educativo, os resultados sugerem que o período imediatamente após uma atividade lúdica intensa poderá ser menos favorável para tarefas que requerem concentração sustentada, autocontrolo ou resistência à distração. Em contrapartida, poderá constituir uma oportunidade para atividades que beneficiem de rapidez de resposta, exploração ativa do ambiente ou deteção eficiente de informação relevante.

"Compreender esta modulação multissensorial e sensório-motora de curto prazo é essencial para orientar a integração do jogo digital nos contextos de aprendizagem da primeira infância", realçam os autores.

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

Science Stories
É a concretização da nossa missão. Desde a sua criação, a Fundação Bial já aprovou para financiamento 947 projetos envolvendo cerca de 1900 investigadores de 31 países. São três décadas de apoios a Projetos de Investigação Científica orientados para o estudo neurofisiológico e mental do ser humano nas áreas da Psicofisiologia e da Parapsicologia. Conheça as histórias por detrás da ciência, mensalmente, também no *Jornal Médico*.

FUNDAÇÃO Bial
Instituição de utilidade pública



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Literacia financeira: um novo determinante da saúde que a Enfermagem não pode ignorar



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

Durante décadas, a promoção da saúde centrou-se, legitimamente, nos comportamentos relacionados com a alimentação, o exercício físico, a vacinação ou a prevenção das doenças crónicas. No entanto, o século XXI tem vindo a demonstrar que os determinantes económicos e sociais influenciam profundamente a saúde das populações. Entre eles, a segurança financeira ao longo do ciclo de vida assume uma relevância crescente. Por isso, talvez tenha chegado o momento de a Enfermagem de Saúde Familiar e a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública nos Cuidados de Saúde Primários começarem a olhar para a literacia financeira como uma área emergente de intervenção em saúde.

As projeções mais recentes indicam que a taxa de substituição das pensões em Portugal poderá diminuir de cerca de 69,4% do último salário bruto em 2022 para apenas 38,5% em 2050, caso não ocorram alterações estruturais significativas no sistema de proteção social. Isto significa que muitos dos atuais trabalhadores poderão enfrentar a reforma com rendimentos substancialmente inferiores aos que auferiam durante a vida ativa.

Embora esta realidade seja habitualmente discutida no âmbito da economia ou da segurança social, as suas consequências são igualmente uma questão de saúde pública. A insuficiência de rendimentos está associada a maior vulnerabilidade social, dificuldades de acesso a recursos essenciais, pior saúde mental, menor adesão terapêutica e agravamento das desigualdades em saúde. Assim, antecipar e prevenir situações de fragilidade financeira futura pode constituir uma estratégia de promoção da saúde tão relevante como muitas das intervenções preventivas que atualmente realizamos.

Neste contexto, os enfermeiros, particularmente os enfermeiros de família, encontram-se numa posição privilegiada para desenvolver ações de sensibilização e capacitação junto da população adulta. A sua proximidade às famílias e o acompanhamento longitudinal ao longo das diferentes etapas do ciclo vital permitem identificar precocemente fatores de vulnerabilidade que poderão comprometer o bem-estar futuro. Tal como promovemos a literacia em saúde para capacitar as pessoas na gestão da doença, também podemos promover competências básicas de planeamento financeiro que favoreçam uma maior autonomia e resiliência económica.

As projeções mais recentes indicam que a taxa de substituição das pensões em Portugal poderá diminuir de cerca de 69,4% do último salário bruto em 2022 para apenas 38,5% em 2050

Naturalmente, esta abordagem não significa substituir especialistas financeiros nem prestar aconselhamento sobre investimentos específicos. O papel da Enfermagem deverá centrar-se na educação para a tomada de decisão informada, ajudando as pessoas a compreender a importância da poupança de longo prazo, do planeamento da reforma, da gestão do orçamento familiar e da avaliação crítica da informação financeira. Em muitos casos, o simples reconhecimento de que a pensão futura poderá não ser suficiente para manter o atual padrão de vida já representa um importante ganho de consciência e de preparação, potenciando firmeza presente e futura neste contexto.

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) possuem igualmente condições excecionais para liderar projetos inovadores nesta área. Integrando a sua missão de capacitação comunitária, poderiam desenvolver programas de literacia financeira dirigidos a diferentes grupos populacionais, desde jovens adultos em início de carreira até trabalhadores de meia-idade e cuidadores informais. Estes programas poderiam ser concretizados através de sessões comunitárias, parcerias com autarquias, instituições de ensino superior, associações locais e entidades especializadas em educação financeira.

Imagine-se, por exemplo, um projeto comunitário denominado "Saúde Financeira para um Envelhecimento Saudável". À semelhança dos programas de prevenção cardiovascular, poderiam ser avaliados indicadores relacionados com o risco económico futuro, identificando níveis de literacia financeira, hábitos de poupança, perceção sobre a reforma e vulnerabilidades socioeconómicas. A partir desse diagnóstico comunitário, seriam implementadas intervenções educativas adaptadas às necessidades locais, promovendo competências que contribuam para a segurança económica das famílias.

Importa recordar que a promoção da saúde, segundo os princípios da Saúde Pública moderna, procura aumentar a capacidade dos indivíduos para exercer controlo sobre os determinantes da sua saúde. Numa sociedade marcada pelo envelhecimento demográfico, pela instabilidade laboral e pelas transformações dos sistemas de proteção social, a preparação financeira para a reforma emerge como um desses determinantes. Ignorá-lo poderá significar, nas próximas décadas, uma população idosa mais vulnerável, dependente e exposta a situações evitáveis de exclusão social.

A Enfermagem tem demonstrado uma extraordinária capacidade de adaptação aos novos desafios da sociedade. Tal aconteceu com a saúde mental, com a literacia em saúde digital ou com os determinantes sociais da saúde. A literacia financeira poderá ser o próximo passo nesta evolução. Não porque os enfermeiros devam transformar-se em consultores financeiros, mas porque ajudar as pessoas a planear melhor o seu futuro económico é, também, uma forma de proteger a sua saúde e por isso, um cuidado de Enfermagem imprescindível.

Num horizonte em que a pensão média poderá representar pouco mais de um terço do último salário, preparar as pessoas para esta realidade deixa de ser apenas uma questão económica. É uma questão de dignidade, autonomia, envelhecimento saudável e qualidade de vida. E esses são, desde sempre, territórios naturais da Enfermagem.

Hipertensão e risco vascular



Rogério Ferreira
Internista, Consulta de Aterosclerose e Hipertensão da ULS de Coimbra

A literatura mais recente sobre hipertensão arterial (HTA) e risco cardiovascular reforça uma mensagem central: reduzir a pressão arterial traz benefício clínico real, mas o valor-alvo deve ser pensado no contexto do risco global, da tolerabilidade e do perfil do doente. Os trabalhos publicados em 2026 convergem na ideia de que o controlo mais apertado tende a diminuir eventos cardiovasculares *major*, embora à custa de maior vigilância para efeitos adversos, sobretudo renais e hemodinâmicos. Este equilíbrio entre benefício e segurança é hoje o eixo principal da decisão clínica em hipertensão.

Meta-análises publicadas no último ano mostram de forma consistente que estratégias de tratamento intensivo da pressão arterial sistólica se associam a menor incidência de AVC, enfarte do miocárdio, mortalidade cardiovascular e mortalidade global. O benefício expectável é robusto e reforça a importância de não banalizar valores persistentemente acima do alvo, sobretudo em doentes de risco alto.

No entanto, estas análises também sublinham que o "quanto mais baixo melhor" não pode ser aplicado de forma automática a todos os doentes. O ganho cardiovascular tem de ser ponderado com o risco de hipotensão, deterioração da função renal, bradicardia e menor tolerabilidade, especialmente em idosos, doentes frágeis e pessoas com doença renal crónica. A mensagem prática é clara: intensificar tratamento faz sentido, mas deve ser individualizado.

Uma meta-análise portuguesa estima uma prevalência de HTA muito elevada, próxima de um terço da população adulta, com maior peso nos homens e nos idosos.

No último ano, foi publicada uma meta-análise portuguesa que estima uma prevalência de HTA muito elevada, próxima de um terço da população adulta, com maior peso nos homens e nos idosos. Este dado tem enorme relevância porque mostra que a HTA continua a ser um problema de saúde pública de primeira linha em Portugal, com impacto direto na carga de AVC, insuficiência cardíaca, doença coronária e mortalidade prematura. Mais do que um diagnóstico frequente, a HTA em Portugal é um determinante estrutural do risco cardiovascular.

Face ao lançamento de *guidelines* sobre HTA, pela Sociedade Europeia de Hipertensão (2023), pela Sociedade Europeia de Cardiologia (2024) e pela AHA/ACC (2025), foram publicados recentemente vários artigos a sintetizar as semelhanças e diferenças entre estas recomendações, destacando-se um importante documento de consenso publicado em parceria pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão e pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Em comum, as várias *guidelines* abordam como o valor de pressão arterial do consultório continua a ser importante para o diagnóstico, mas a confirmação fora do consultório, através de automedição domiciliária ou monitorização ambulatória, é essencial para reduzir erro diagnóstico e evitar tratamento inadequado. Esta abordagem é particularmente útil em fenómenos como hipertensão de bata branca, hipertensão mascarada e controlo insuficiente apesar de valores aparentemente aceitáveis no consultório.

Em termos terapêuticos, a maioria dos doentes beneficia de metas abaixo de 130/80 mmHg, desde que haja boa tolerabilidade. O ponto essencial é evitar simplificações excessivas: a pressão arterial deve ser interpretada em conjunto com risco global, comorbidades e lesão de órgão-alvo.

Por fim, a Norma n.º 001/2026 da DGS é provavelmente o documento com maior impacto imediato na prática portuguesa. A sua importância não está apenas em definir critérios diagnósticos e terapêuticos, mas em organizar um percurso assistencial completo para adultos com HTA, integrando avaliação clínica, risco cardiovascular global, pesquisa de lesão de órgão-alvo, medidas não farmacológicas, terapêutica medicamentosa, seguimento e referenciação.

Ao alinhar a prática nacional com a evidência mais atual, a norma ajuda a reduzir variabilidade clínica e a tornar mais consistente a abordagem entre cuidados de saúde primários, hospitalares e consulta especializada. No contexto português, este enquadramento é particularmente valioso porque transforma evidência científica em ação clínica padronizada e aplicável.

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do 32.º Congresso Nacional de Medicina Interna *(maio 2026).*

O papel do Serviço Social nas equipas multidisciplinares de saúde mental



Marta Matos
Assistente social, doutorada em Serviço Social, investigadora independente

A reforma da saúde mental em Portugal trouxe consigo uma mudança importante na forma de pensar a intervenção: a saúde mental não pode ser reduzida ao diagnóstico, à doença ou à intervenção exclusivamente clínica. Cuidar da saúde mental implica olhar para a pessoa na sua globalidade, considerando as suas relações, condições de vida, contexto familiar, habitação, emprego, rendimento, redes de suporte e participação na comunidade.

É neste contexto que o Serviço Social assume um papel particularmente relevante nas equipas multidisciplinares de saúde mental.

As Equipas Comunitárias de Saúde Mental representam uma mudança de paradigma ao aproximarem os cuidados das pessoas e dos seus contextos de vida. A intervenção deixa progressivamente de estar centrada apenas no hospital e passa a valorizar a comunidade, a continuidade dos cuidados, a recuperação e a inclusão social.

Contudo, aproximar os cuidados da comunidade não significa apenas deslocar profissionais para fora do hospital. Significa compreender que grande parte dos fatores que influenciam a saúde mental se encontra precisamente fora dos serviços de saúde.

Uma pessoa pode ter acesso a acompanhamento psiquiátrico e psicológico, mas continuar a viver numa habitação inadequada, sem emprego, com dificuldades económicas, isolada socialmente ou sem uma rede familiar capaz de assegurar suporte. Estas condições não são elementos secundários. Podem determinar a evolução da situação e a capacidade da pessoa para recuperar e participar plenamente na sociedade.

É neste espaço entre a saúde e as condições concretas de vida que o Serviço Social desempenha uma função essencial.

O assistente social possui competências específicas para compreender a complexidade das situações sociais, identificar fatores de vulnerabilidade e proteção, mobilizar recursos e articular respostas entre diferentes serviços e instituições. A sua intervenção permite estabelecer pontes entre a pessoa, a família, os serviços de saúde e os recursos existentes na comunidade.

Nas equipas multidisciplinares, esta intervenção ganha ainda maior significado. O trabalho em saúde mental não pode ser fragmentado em intervenções isoladas. A pessoa não é apenas um diagnóstico clínico nem pode ser dividida em problemas independentes. É necessário construir uma resposta integrada, na qual diferentes saberes profissionais contribuam para um objetivo comum: a recuperação e a melhoria da qualidade de vida.

> O Serviço Social contribui para trazer para a discussão clínica uma dimensão que muitas vezes permanece invisível: a realidade social da pessoa.

Neste processo, o Serviço Social contribui para trazer para a discussão clínica uma dimensão que muitas vezes permanece invisível: a realidade social da pessoa.

Quem vive com a pessoa? Tem habitação? Tem rendimentos suficientes? Está empregada? Frequenta a escola? Possui uma rede de apoio? Existem situações de violência, isolamento ou exclusão? Que recursos existem na comunidade? Que obstáculos dificultam a adesão ao acompanhamento? Que condições são necessárias para que a pessoa possa recuperar e exercer os seus direitos?

Estas perguntas são fundamentais para uma intervenção verdadeiramente comunitária.

A recuperação em saúde mental não deve ser entendida apenas como redução de sintomas. Recuperar significa também recuperar autonomia, relações, projetos de vida, participação social e capacidade de tomar decisões sobre a própria vida.

Por isso, o Serviço Social pode assumir um papel determinante na construção de projetos de intervenção centrados na pessoa e não exclusivamente na doença.

A articulação com a família e com as redes informais de suporte constitui igualmente uma dimensão importante. As famílias podem ser fundamentais no processo de recuperação, mas também podem enfrentar sobrecarga, desconhecimento e dificuldades na relação com os serviços. Apoiar a pessoa implica, muitas vezes, apoiar também aqueles que dela cuidam.

Da mesma forma, a articulação interinstitucional é indispensável. A saúde mental não se resolve apenas dentro dos serviços de saúde. Exige cooperação com a Segurança Social, autarquias, instituições sociais, escolas, emprego, habitação, organizações comunitárias e outras estruturas que fazem parte da vida quotidiana das pessoas.

O assistente social encontra-se, muitas vezes, numa posição privilegiada para promover esta articulação e evitar que a pessoa fique perdida entre diferentes serviços, respostas e burocracias.

Apesar da relevância desta intervenção, continuam a existir desafios.

A multidisciplinaridade não acontece automaticamente pela simples existência de diferentes profissionais numa mesma equipa. Exige reconhecimento dos diferentes saberes, comunicação, objetivos partilhados e respeito pela especificidade de cada profissão.

É fundamental evitar que o modelo comunitário reproduza, fora do hospital, uma lógica excessivamente centrada no paradigma biomédico. Uma equipa verdadeiramente multidisciplinar deve integrar diferentes perspetivas na avaliação e na intervenção, reconhecendo que os problemas de saúde mental possuem dimensões clínicas, psicológicas, sociais, familiares, culturais e éticas.

Também é necessário garantir condições adequadas para que os profissionais possam desenvolver o seu trabalho. A intervenção comunitária exige tempo, estabilidade das equipas, recursos e capacidade de articulação. Não pode depender exclusivamente da disponibilidade individual dos profissionais ou da capacidade das instituições para responderem informalmente às necessidades.

A saúde mental é uma responsabilidade coletiva.

O Serviço Social não substitui as restantes profissões e não deve ser chamado apenas quando surgem "problemas sociais". A dimensão social está presente desde o início do processo de avaliação, intervenção e recuperação.

Reconhecer este contributo significa reconhecer que a saúde mental se constrói também nas condições em que as pessoas vivem.

> O Serviço Social não substitui as restantes profissões e não deve ser chamado apenas quando surgem "problemas sociais". A dimensão social está presente desde o início do processo de avaliação, intervenção e recuperação.

Portugal tem perante si a oportunidade de consolidar um modelo de saúde mental mais próximo, integrado e centrado na pessoa. Para que essa transformação seja efetiva, será necessário reforçar as equipas comunitárias, garantir recursos adequados e valorizar todos os profissionais que delas fazem parte.

Entre esses profissionais, o Serviço Social tem um contributo específico e insubstituível: ajudar a compreender a pessoa no seu contexto, transformar necessidades em respostas, aproximar serviços e comunidade e defender o direito de cada pessoa a participar plenamente na sociedade.

Uma política de saúde mental verdadeiramente comunitária não pode limitar-se a tratar a doença. Deve criar condições para que as pessoas possam viver, recuperar, relacionar-se e construir projetos de vida na comunidade.

E é precisamente aí que o Serviço Social tem muito para dar.

Vacinação contra a gripe e a COVID-19

A campanha de vacinação sazonal outono-inverno 2026-2027 contra a gripe e contra a COVID-19 começou a 30 de setembro, em unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), farmácias comunitárias aderentes e outros locais previstos.

A principal novidade desta campanha é a vacinação gratuita contra a gripe das crianças dos 2 aos 4 anos (inclusive). E a inclusão no esquema vacinal da administração de duas doses às que têm entre 6 e 23 meses de idade. Esta medida reforça a proteção das crianças e contribui para a redução da transmissão da doença na comunidade.

Nos grupos elegíveis para esta vacina incluem-se os profissionais da prestação direta de cuidados. Estão incluídos os estabelecimentos do setor privado e social.

Na estratégia para 2026-2027 da vacinação contra a COVID-19, mantém-se ao longo de todo o ano, é restringida a grupos específicos de maior risco clínico e o limiar etário passa dos 60 para os 70 anos de idade, e a residentes em estruturas e contextos particularmente vulneráveis.

Podem vacinar-se em farmácia comunitária ou na ULS:

– Contra a gripe as pessoas entre os 18 e os 59 anos com patologias de risco, mantendo-se a vacinação entre os 60 e os 84 anos, independentemente da existência dessas patologias.

– Contra a COVID-19 as pessoas entre os 18 e os 69 anos com patologias de risco, mantendo-se a vacinação entre os 70 e os 84 anos, independentemente da existência dessas patologias.

As crianças dos 2 aos 4 anos e as pessoas com 85 ou mais anos podem vacinar-se na ULS.

A vacinação sazonal outono-inverno constitui a medida mais eficaz para prevenir doença grave, hospitalização e morte associadas à gripe e à COVID-19, contribuindo para a redução da pressão sobre os serviços de saúde durante os meses de maior circulação dos vírus respiratórios e para reforçar a proteção dos profissionais e das pessoas que vivem ou trabalham em contextos de maior vulnerabilidade.

Saiba mais sobre este assunto em www.dgs.pt.

DGS Direção-Geral da Saúde

Enfermeira da ULS da Lezíria apresenta modelo de acompanhamento pós-alta em congresso internacional

A ULS da Lezíria esteve representada na *World Nursing Science Conference* (WNSC 2026), realizada nos dias 18 a 20 de setembro, em Miami (EUA), através da participação de Dina Isabel Coito Bernardino, enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, que apresentou um modelo de acompanhamento da pessoa após a alta hospitalar pelos enfermeiros dos CSP.

A comunicação, intitulada *"Post-Hospital Discharge Follow-Up by Nurses in Primary Health Care as a Model for Integration and Safe Transition of Care"*, abordou a importância de uma intervenção de enfermagem precoce no período que se segue à alta hospitalar, com o objetivo de reforçar a continuidade e a integração dos cuidados.

O modelo apresentado assenta numa avaliação de enfermagem precoce, na identificação das necessidades da pessoa e do cuidador, na referenciação para os recursos adequados e na melhoria dos circuitos de informação entre os cuidados hospitalares e os CSP.

É destacada, em particular, a relevância dos primeiros três dias após a alta hospitalar, período em que podem surgir dificuldades relacionadas com a gestão da medicação, o reconhecimento de sinais de alerta, o autocuidado, a alimentação, o apoio do cuidador e o acesso aos recursos de saúde e da comunidade.

Da avaliação geriátrica à medicina centrada na pessoa



Paulo Sousa Almeida
Internista com competência em Geriatria e Nutrição Clínica, Serviço de MI, ULS de São João. FMUP. Membro do Secretariado do NEGERMI e NENC da SPMI

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios dos sistemas de saúde contemporâneos e coloca a Medicina Interna perante uma realidade clínica progressivamente mais complexa. Os doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna apresentam frequentemente multimorbilidade, polimedicação, fragilidade, declínio funcional e múltiplas síndromes geriátricas, tornando insuficiente uma abordagem exclusivamente centrada na doença aguda.

A idade cronológica, isoladamente, revela-se cada vez menos útil para caracterizar risco e orientar decisões clínicas, sendo necessária uma avaliação multidimensional capaz de compreender a vulnerabilidade biológica, funcional e social do doente mais velho. Mais do que tratar doenças isoladas, importa compreender fatores clínicos e funcionais que condicionam prognóstico, qualidade de vida e autonomia. A carga de síndromes geriátricas nos doentes hospitalizados é particularmente elevada.

Dados recentes demonstram que os adultos mais velhos internados apresentam uma mediana de cinco síndromes geriátricas por doente, incluindo fragilidade, incapacidade funcional, défices sensoriais, quedas e polimedicação, verificando-se um aumento progressivo do risco de mortalidade à medida que estas se acumulam. Estes resultados reforçam a necessidade de integrar sistematicamente a Avaliação Geriátrica Global na prática clínica hospitalar, permitindo identificar vulnerabilidades frequentemente não reconhecidas pelos modelos tradicionais centrados em diagnósticos isolados.

A área cardiovascular ilustra de forma paradigmática esta mudança conceptual. O estudo SENIOR-RITA mostrou que, em adultos mais velhos com enfarte agudo do miocárdio, uma estratégia invasiva sistemática não reduziu significativamente o risco do desfecho principal comparativamente a uma abordagem conservadora.

Estes resultados reforçam a importância de considerar fragilidade, funcionalidade, cognição e objetivos individuais na

> Dados recentes demonstram que os adultos mais velhos internados apresentam uma mediana de cinco síndromes geriátricas por doente, incluindo fragilidade, incapacidade funcional, défices sensoriais, quedas e polimedicação.

tomada de decisão terapêutica. De igual modo, a gestão da hipertensão no doente frágil exige individualização, sendo a desprescrição uma área emergente de investigação clínica. O benefício potencial de uma intervenção deve ser ponderado em função da reserva fisiológica, expectativas e impacto funcional.

Apesar da crescente necessidade de cuidados geriátricos, a evolução da Geriatria na Europa permanece heterogénea. Estudos recentes mostram diferenças significativas no reconhecimento da diferenciação médica, formação estruturada, disponibilidade de serviços e número de geriatras entre países. Simultaneamente, profissionais de saúde identificam necessidades formativas importantes em áreas como Avaliação Geriátrica Global, fragilidade e cuidados multidisciplinares.

Apesar dos desafios estruturais, projetos portugueses recentes mostram o desenvolvimento progressivo de modelos de cuidados geriátricos assentes na Avaliação Geriátrica Global, ortogeriatria, oncogeriatria, unidades geriátricas agudas e modelos integrados de cuidados.

Paralelamente, a Geriatria continua a expandir-se em áreas de grande relevância clínica. A prevenção de quedas mantém-se uma prioridade, sendo as recomendações recentes centradas numa abordagem multifatorial baseada na funcionalidade e na fragilidade.

Também a vacinação emerge como estratégia essencial para promover o envelhecimento saudável e prevenir o declínio funcional. Em Portugal, recomendações recentes propõem uma abordagem estruturada para vacinação do adulto mais velho, reforçando o papel da prevenção ao longo do ciclo de vida.

O doente da Medicina Interna é frequentemente um doente geriátrico e o futuro dos cuidados passa pela integração sistemática dos princípios geriátricos na prática clínica diária.

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do 32.º Congresso Nacional de Medicina Interna *(maio 2026).*

Pós-graduação em Saúde Mental Perinatal

A Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem (FCSE) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) vai lançar a primeira pós-graduação em Saúde Mental Perinatal, uma formação destinada a capacitar os profissionais de saúde para identificar e intervir precocemente nas perturbações mentais que podem surgir entre a conceção e o primeiro ano após o parto. O curso decorre a partir de janeiro 2027 em regime presencial.

O programa aborda os processos normativos da gravidez, do parto e do pós-parto, bem como a psicopatologia perinatal e as respetivas intervenções de diagnóstico e tratamento. Inclui ainda conteúdos sobre a amamentação, o sono do bebé, a vinculação e o impacto da saúde mental na parentalidade, bem como o impacto psicológico da infertilidade e do luto reprodutivo.

O corpo docente é multidisciplinar e reúne especialistas em psiquiatria e saúde mental, psiquiatria perinatal, ginecologia e obstetrícia, pediatria e neonatologia, pedopsiquiatria, MGF, psicologia clínica e psicoterapia, enfermagem de saúde materna e saúde mental, serviço social e aleitamento materno.

A Pós-Graduação em Saúde Mental Perinatal destina-se a enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e nutricionistas.



MANUELA FONSECA, RESPONSÁVEL PELA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR DA ULS DE SÃO JOÃO:

"Esta Consulta nasceu da minha inquietação com a doença CDV"

ESTA É A HISTÓRIA DE UMA CONSULTA QUE NÃO É NADA COMUM EM PORTUGAL E QUE EXISTE GRAÇAS À VONTADE E À PERSEVERANÇA DA UMA ENFERMEIRA TRANSMONTANA, QUE A INICIOU NO SÃO JOÃO EM 2019 E A VIU SER OPERACIONALIZADA EM NOVEMBRO DE 2025.



"Foram os próprios doentes que validaram a consulta", afirma Manuela Fonseca

"Há coisas que só se percebem bem quando se está na linha da frente!", garante Manuela Fonseca, deixando bem claro o seguinte: "A minha inquietação com a doença cardiovascular não nasceu numa sala de aula nem da leitura de uma diretriz, mas sim no Serviço de Urgência, há mais de 20 anos, a ver chegar, um atrás do outro, enfartes e AVCs."

Eram "tantos e tão repetidos" que a enfermeira acabou a questionar-se sobre quantos desses episódios não poderiam ter sido evitados. Foi a pergunta que a acompanhou daí para a frente e que, muitos anos depois, daria origem à Consulta de Enfermagem de Fatores de Risco Cardiovascular que realiza no Hospital de São João.

Quando integrou a Consulta Externa de Cardiologia naquela unidade hospitalar do Porto, Manuela Fonseca percebeu claramente que os utentes apresentavam um profundo défice de literacia cardiovascular:

"As pessoas conheciam mal os seus próprios fatores de risco e, sobretudo, ignoravam o que estava ao seu alcance para os controlar. Sabiam o nome dos medicamentos, mas não a razão pela qual os tomavam. Tinham hipertensão, dislipidemia, excesso de peso... mas raramente havia quem se sentasse com elas o tempo suficiente para transformar diagnósticos em decisões do dia-a-dia. Esse espaço vazio era, para mim, evidente. E evitável!"

Estávamos em 2019 quando Manuela Fonseca decidiu que tinha que fazer alguma coisa, "por convicção e não por decreto". Organizou dossiers em papel, agendou as primeiras consultas de enfermagem e começou a acompanhar e a seguir os doentes de forma estruturada. Não havia sistema informático, nem agenda própria, apenas um gabinete e "a determinação de fazer diferente".

Confessa que "nem sempre foi fácil". No início, "as equipas de saúde tiveram alguma dificuldade em entender o objetivo de uma consulta de enfermagem dedicada aos fatores de risco cardiovascular". Mas diz compreender porquê: "Era algo novo, sem lugar óbvio no organograma habitual dos cuidados hospitalares!"

Mas aconteceu uma coisa que ainda hoje diz recordar com particular satisfação: "Foram os próprios doentes que validaram a consulta. Passaram a procurar-me sistematicamente, a regressar, a trazer dúvidas. À medida que isso se tornava rotina, as equipas foram percebendo que se estava a fazer algo de diferente e a interessarem-se por saber o quê. A consulta não se impôs por argumentos, mas sim por resultados."

Com o eclodir da pandemia de covid-19, Manuela Fonseca tomou a decisão de não suspender a consulta, chegando a facultar o seu número de telemóvel aos doentes, para que estes se sentissem acompanhados, numa altura em que o isolamento e o medo ameaçavam desfazer meses de trabalho.

"A adesão terapêutica não podia ser vítima colateral da pandemia. E não foi. Aprendi, nesses meses, que a proximidade é, em si mesma, uma intervenção clínica", observa.

Uma consulta com registo informático, bem como agendamento e marcação autónomos

Sete anos depois do seu arranque, chegados a 3 de novembro de 2025, deu-se o passo que faltava, com a Consulta de Enfermagem de Fatores de Risco Cardiovascular a passar a registo informático, com agendamento e marcação autónomos.

"Pode parecer um detalhe técnico, mas não é. Foi a passagem do improviso à instituição, com o reconhecimento de que aquilo que começou num dossier de papel tinha lugar próprio no funcionamento do Serviço de Cardiologia", sublinha a enfermeira.

Atualmente, Manuela Fonseca dedica por inteiro os dias de segunda-feira à consulta. A referenciação dos doentes é feita diretamente pelos cardiologistas do Hospital de São João e, mais recentemente, tem também origem nas consultas de Insuficiência Cardíaca e de Hipertensão e Risco Cardiovascular asseguradas pela Medicina Interna.

Manuela Fonseca: "Esta não é uma extensão da consulta médica, é uma intervenção autónoma, com identidade própria."

"O círculo de quem confia neste trabalho tem vindo a alargar-se!", comenta, com satisfação, a enfermeira, que adianta ter acompanhado nos primeiros oito meses de registo informático 76 utentes, num total de 212 consultas. "Não são contactos únicos, são percursos!", esclarece.

A primeira consulta demora cerca de uma hora. Porque, afinal, "é aí que se conhece verdadeiramente a pessoa – a sua história, os seus receios, as suas comorbilidades, a sua vida real, aquela onde os conselhos têm de caber". As consultas seguintes têm uma duração aproximada de 30 minutos e ajustam-se às necessidades de cada um.

"Para cada doente há um plano individualizado. E há uma coisa que faço questão de afirmar com clareza: esta é uma consulta de enfermagem, da responsabilidade do enfermeiro especialista. Não é uma extensão da consulta médica, é uma intervenção autónoma, com identidade própria", refere, acrescentando:

"Noutros países existem, há muito, programas de prevenção coordenados por enfermeiros, e as próprias recomendações europeias apontam explicitamente para modelos multidisciplinares, com coordenação da enfermagem. O conceito não é, portanto, uma novidade. O que me parece verdadeiramente distintivo é a institucionalização autónoma desta consulta num Serviço de Cardiologia em Portugal. É o facto de ter deixado de ser uma iniciativa individual para se tornar uma estrutura reconhecida, o que, no nosso contexto, ainda é raro."

Esse reconhecimento do valor do projeto tem-se manifestado de diversas formas, nomeadamente com a enfermeira a ser desafiada pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, presidida por Cristina Gavina, a levar esta consulta a diferentes contextos, através da realização de rastreios, por exemplo, na Assembleia da República.

"É um sinal de que a prevenção cardiovascular conduzida por enfermeiros está, finalmente, a encontrar o seu lugar", diz Manuela Fonseca.

A escolha de transformar a enfermagem numa verdadeira ferramenta de prevenção e mudança

Consciente das dificuldades de acesso a cuidados de saúde na região do país que a viu nascer, Manuela Fonseca acreditou que seria possível contribuir para mudar essa realidade escolhendo "a nobre profissão que é ser enfermeira". Natural da aldeia de Peredo da Bemposta, localizada no concelho de Mogadouro, distrito de Bragança, com 50 anos feitos a 16 de abril, a nossa entrevistada terminaria o curso de Enfermagem em 1997.

Começou por trabalhar no Hospital de Santo António, foi docente no ensino superior, exerceu vários anos em contexto de Serviço de Urgência e atualmente integra a Consulta Externa de Cardiologia do Hospital de São João.

Enquanto investigadora, participa em vários ensaios clínicos nacionais e internacionais, como coordenadora do Grupo de Estudos de Enfermagem em Diabetes da Sociedade Portuguesa de Diabetologia e também como membro do Grupo de Trabalho de Enfermagem Cardiovascular da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Integra ainda a Direção da Heart Porto – Associação de Pessoas com Doenças do Miocárdio (APDM).

Em termos de formação, fez o Mestrado em Educação para a Saúde e é especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. "O contexto social, a comunidade, a família e olhar a pessoa para lá da doença foram determinantes para esta escolha de transformar a enfermagem numa verdadeira ferramenta de prevenção e mudança", frisa Manuela Fonseca.

Entretanto, a decisão de realizar uma pós-graduação em Gestão e Administração Hospitalar justifica-a com a convicção que tinha de que lhe acrescentaria "competências no sentido de ter uma visão mais ampla da gestão, organização e transformação dos cuidados de saúde".

"A combinação da especialidade de Enfermagem em Saúde Comunitária com a formação em Gestão e Administração Hospitalar permite identificar necessidades de saúde, intervir junto das pessoas e da comunidade. Mas também possibilita potenciar as competências de organizar recursos, liderar equipas, desenvolver projetos, avaliar resultados e transformar essas necessidades em respostas concretas dentro das organizações", afirma Manuela Fonseca.

Até porque, como faz questão em sublinhar, "eu não quero apenas prestar bons cuidados, eu quero construir melhores cuidados"!



MANUEL BARBOSA, COORDENADOR DA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS MAIA/VALONGO:

"A abordagem paliativa faz parte da boa prática da especialidade de MGF"

CONVIDADO A PARTICIPAR COMO PALESTRANTE NAS IX JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF, EM MARÇO DE 2027, MANUEL BARBOSA IRÁ FOCAR-SE NUMA TEMÁTICA QUE CONHECE BEM, A DOS CUIDADOS PALIATIVOS (CP). NESTA ENTREVISTA, O MÉDICO DE FAMÍLIA DA ULS DE SÃO JOÃO REALÇA O PAPEL QUE OS SEUS COLEGAS DE MGF TÊM NESTA MATÉRIA.



Manuel Barbosa: "Os Cuidados Paliativos continuam demasiado associados aos últimos dias de vida..."

"O médico de família acompanha a pessoa ao longo do tempo, da pré-conceção ao luto, conhece a sua história, a família, o contexto e aquilo que para ela é importante. Essa visão longitudinal e global torna-se especialmente valiosa quando surge uma doença grave, progressiva ou ameaçadora da vida", começa por contextualizar Manuel Barbosa, para logo afirmar que "a abordagem paliativa faz parte da boa prática da especialidade de MGF".

"A linguagem importa!", exclama o coordenador da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) Maia/Valongo, sublinhando que as pessoas não "vão para paliativos" nem "passam a ser dos paliativos". O que acontece é que "têm necessidades paliativas, que variam ao longo da trajetória da doença e apresentam diferentes graus de complexidade. Algumas podem ser respondidas através de uma abordagem paliativa básica ou generalista nos CSP, enquanto outras exigem a intervenção de equipas especializadas em Cuidados Paliativos".

"O essencial é reconhecer essa variação e construir verdadeiros cuidados partilhados entre as equipas de saúde familiar e de CP", conclui.

Manuel Barbosa usa a imagem da pirâmide para deixar claro que a três níveis de prestação correspondem outros tantos de formação:

"A abordagem básica deveria integrar todos os cursos pré-graduados da área da saúde, enquanto os profissionais mais expostos a doentes com necessidades paliativas precisam de formação intermédia, se possível prática, nomeadamente nos internatos de MGF, Medicina Interna e Oncologia Médica. As equipas específicas de CP devem ter formação avançada."

No entanto, "não adianta termos um topo excelente, o que, infelizmente, é cada vez menos o caso de Portugal, se a base for frágil, sendo aqui que reside grande parte do potencial da MGF para aliviar sofrimento".

A resposta às necessidades paliativas, porém, "não se esgota nesta pirâmide clínica", alerta Manuel Barbosa, destacando, nomeadamente, a figura do cuidador informal, mas não se esquecendo de referir a comunidade e a sociedade em geral. Adverte, contudo, que "sem literacia e sem uma conversa mais natural sobre doença grave, dependência, morte e luto continuaremos a perpetuar mitos e a procurar respostas demasiado tarde".

A intervenção fulcral da MGF

Manuel Barbosa deixa um apelo: "Precisamos de mudar a forma como falamos de Cuidados Paliativos. Continuam demasiado associados aos últimos dias de vida, à doença oncológica, à desistência ou à morfina." Defende que sejam vistos "pela positiva, como cuidados ativos, globais e coordenados, orientados para o alívio do sofrimento e para a qualidade de vida da pessoa e da família, começando cedo e coexistindo com tratamentos dirigidos à doença".

A intervenção da MGF é fulcral: "Em vez de esperar pelo momento em que alguém possa ser considerado 'terminal', importa perceber que necessidades existem, que sofrimento está presente, o que é previsível acontecer nas semanas ou meses seguintes e que decisões vale a pena preparar. As trajetórias de doença e os instrumentos de identificação precoce ajudam, mas nenhum destes substitui o conhecimento clínico e longitudinal que o médico de família tem daquela pessoa."

"Referenciar não é entregar o doente, é alargar a equipa que cuida dele", afirma Manuel Barbosa.

Há algo que o nosso entrevistado considera central: "Referenciar não é entregar o doente, é alargar a equipa que cuida dele." Por isso, "quando surgem sintomas de difícil controlo, sofrimento psicológico, social ou espiritual complexo, instabilidade clínica, conflitos na tomada de decisão ou grande sobrecarga do cuidador, a equipa especializada deve conseguir intervir atempadamente, tendo o médico de família um papel importante, precisamente pela continuidade da relação e pelo conhecimento da pessoa e da família".

Para Manuel Barbosa, muito do que os CP exigem está no núcleo da especialidade de MGF: "Cuidar da pessoa inteira, comunicar, acompanhar a família, trabalhar com incerteza, antecipar e decidir em função dos objetivos daquela pessoa. Há depois necessidade de formação, tempo, condições e acesso célere a apoio especializado quando a complexidade aumenta".

Responder às várias dimensões do sofrimento

A ECSCP Maia/Valongo, integrada na ULS de São João, acompanha, no domicílio, pessoas dependentes com necessidades paliativas complexas. Iniciou atividade assistencial a 23 de outubro de 2019 e já acompanhou mais de 1000 doentes e respetivas famílias e cuidadores. Coordenada por Manuel Barbosa, a equipa é constituída por 4 médicos, 4 enfermeiros, assistente social e psicóloga, "procurando responder às dimensões física, psicológica, social e espiritual do sofrimento".

"O modelo assenta em cuidados partilhados com os CSP. A ECSCP pode intervir em consultoria aos profissionais ou através de acompanhamento programado, sobretudo nos casos mais complexos ou instáveis. A intervenção inclui controlo de sintomas, comunicação e planeamento de cuidados, apoio à família e ao cuidador e articulação com os restantes recursos da ULS e da comunidade", explica Manuel Barbosa, que adianta:

"A equipa também desenvolve formação, colabora com a comunidade e faz investigação. Recebemos alunos do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP e de mestrados em Cuidados Paliativos de diferentes áreas, e ainda profissionais em estágio para obtenção de competências reconhecidas pelas respetivas ordens."

Atraído pelos CP logo no internato

Manuel Barbosa nasceu no Porto em 1988, formou-se na FMUP (2006-2012) e é assistente graduado de MGF. Fez o Ano Comum no então CH de Entre-Douro-e-Vouga e a Formação Específica na ULS de Matosinhos, tornando-se especialista em 2018. Foi durante o internato que se aproximou dos Cuidados Paliativos, concluindo em 2016 o mestrado nesta área na Universidade Católica Portuguesa. Mais tarde, realizou a pós-graduação em Gestão e Direção de Serviços de Saúde na Porto Business School (2018/2019). Com competências reconhecidas pela Ordem dos Médicos em Medicina Paliativa e Gestão dos Serviços de Saúde, é assistente convidado e doutorando em CP na FMUP e integra a Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e o Colégio da Competência em Medicina Paliativa da OM.

"Em CP, criar pontes é mais importante do que criar territórios. A qualidade depende menos de discutir a quem 'pertence' o doente e mais de garantir continuidade e resposta adequada em cada momento", observa.

RODRIGO LEÃO, PRESIDENTE DO XXXIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE ATEROSCLEROSE:

"A prevenção e tratamento da doença cardiovascular exige cada vez mais uma intervenção multidisciplinar"

"A ATEROSCLEROSE ENGLOBA VÁRIAS DIMENSÕES DO RISCO CARDIOVASCULAR", REFERE O INTERNISTA RODRIGO LEÃO, 42 ANOS, QUE VAI PRESIDIR À EDIÇÃO DE 2026 DO CONGRESSO PORTUGUÊS DE ATEROSCLEROSE, A DECORRER ESTE MÊS DE OUTUBRO NO CENTRO DE CONFERÊNCIAS DE TROIA. ESSE FACTO TAMBÉM CONTRIBUIRÁ, NO SEU ENTENDER, PARA QUE A EXISTÊNCIA DA PRÓPRIA SOCIEDADE, QUE TEM NESTA REUNIÃO O SEU PRINCIPAL EVENTO ANUAL, FAÇA CADA VEZ MAIS SENTIDO. NESTA CONVERSA COM A *JUST NEWS*, O ESPECIALISTA DE MEDICINA INTERNA, QUE ESTÁ AGORA AINDA MAIS DEDICADO AO NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO ARTERIAL DA ULS DE SÃO JOSÉ, DESDE SEMPRE SEDIADO NO HOSPITAL DE SANTA MARTA, CONFIRMA O EMPENHO QUE ESTÁ A SER FEITO NO SENTIDO DE SE REUNIREM CONDIÇÕES PARA QUE O MESMO, NO FUTURO, SEJA RECONHECIDO COMO CENTRO DE EXCELÊNCIA EM HIPERTENSÃO.



"Perante um doente com risco cardiovascular, temos que estar atentos a toda uma série de dimensões que começamos a perceber serem cada vez mais importantes", refere Rodrigo Leão

No entender de Rodrigo Leão, faz algum sentido que a Medicina Interna seja uma especialidade fortemente representada na Sociedade Portuguesa de Aterosclerose. Afinal, "é o internista que, com uma postura holística, também estará mais vocacionado para olhar para o doente de risco cardiovascular de uma forma abrangente, menos compartimentada, algo que o conhecimento que temos vindo a ganhar nesta área nos ajudou a perceber ser necessário".

"Daí que, embora tradicionalmente se associasse de forma imediata aterosclerose a dislipidemia, sabemos, hoje em dia, tratar-se de uma doença multifatorial cuja abordagem engloba várias dimensões do risco cardiovascular", lembra o internista da ULS de São José.

"Quando estamos perante um doente com risco cardiovascular, não tratamos só a hipertensão, a dislipidemia ou a diabetes, temos que estar atentos a toda uma série de dimensões que começamos a perceber serem cada vez mais importantes", refere, prosseguindo:

"É por isso que temos sessões no XXXIV Congresso Português de Aterosclerose sobre a obesidade ou a síndrome cardiorrenal metabólica, sobre o envelhecimento ou as diferenças de género, sobre a importância do estilo de vida saudável ou da prática de exercício físico."

E embora a Medicina Interna seja uma especialidade que tem a facilidade de ver a pessoa com um todo, Rodrigo Leão logo adianta ser a discussão destes temas com profissionais de outras áreas "muito enriquecedora, principalmente para o próprio doente. Ganhamos nós em termos de conhecimento e ganha o doente com a possibilidade de fazermos uma melhor abordagem à prevenção ou ao tratamento da sua patologia cardiovascular".

O nosso entrevistado, que já integra há uns anos a Direção da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, sendo atualmente um dos seus vice-presidentes, confirma haver cada vez mais cardiologistas e médicos de família envolvidos na Sociedade, que também agrega, para além de um número significativo de endocrinologistas, profissionais de outras áreas, como farmacêuticos, bioquímicos ou enfermeiros.

"A prevenção, seja primária ou secundária, e o tratamento da doença cardiovascular, exigem cada vez mais uma intervenção multidisciplinar e de equipa", frisa Rodrigo Leão. E apresenta como exemplo o que sucede no Hospital de Santa Marta com a prevenção secundária no doente pós-síndrome coronária, que é assegurada conjuntamente pela Medicina Interna e pela Cardiologia, em paralelo com a Medicina Geral e Familiar.

"Novos Rumos, Novos Horizontes"

"Num tempo de rápida evolução científica, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de uma abordagem mais ampla e integrada à doença cardiovascular, que vá além das fronteiras tradicionais e incorpore diferentes dimensões do risco, da prevenção e da intervenção clínica", escreve o presidente do XXXIV Congresso Português de Aterosclerose na nota de apresentação do evento, justificando, de certa forma, o lema escolhido para o mesmo: "Novos Rumos, Novos Horizontes".

"Os novos rumos têm que ver com o conhecimento que a ciência e a evidência nos têm vindo a proporcionar. Isso vai traduzir-se nos novos horizontes, que se prende com a forma como vemos o nosso doente, que já não é alguém só com hipertensão ou apenas com diabetes. Temos de encarar a prevenção e o tratamento cardiovascular como um trabalho de equipa, numa abordagem muito mais abrangente e não compartimentada", diz Rodrigo Leão.

A vontade de ter em Santa Marta um Centro de Excelência em HTA

O início de carreira de Rodrigo Leão está muito ligado ao Núcleo de Investigação Arterial do Hospital de Santa Marta, cujo fundador, o internista Pedro Marques da Silva, conheceu quando começava o internato de Medicina Interna, em 2012. Dá-se então o seu envolvimento na Consulta de Hipertensão e Dislipidemias, que nunca mais deixou.

Dinamizar a Consulta – nomeadamente em termos de reforço a nível de recursos humanos – é, neste momento, um desejo deste internista, mas também uma necessidade. "Acompanhamos muitos doentes e o tempo de espera por uma consulta é elevado!", refere.

No âmbito da reorganização das consultas na ULS de São José, verificada há cerca de um ano, "foi decidido concentrar as de hipertensão e dislipidemias/aterosclerose em Santa Marta. Até porque, com a reorganização e a progressiva aposentação de alguns dos colegas que se dedicavam a estas áreas, os doentes acabaram por ser concentrados em Santa Marta".

Investir nos critérios de referenciação e no contacto direto com os médicos de família é, para Rodrigo Leão, algo também importante de se fazer. Por um lado, porque, com a criação da ULS, as unidades de CSP enviam agora mais utentes para Santa Marta, mas também porque "há margem para aperfeiçoarmos os critérios e os circuitos de referenciação, garantindo que chegam à consulta diferenciada os doentes que mais podem beneficiar dela".

Investir nos critérios de referenciação e no contacto direto com os médicos de família é, para Rodrigo Leão, algo também importante de se fazer.

O falecimento de Pedro Marques da Silva, em janeiro de 2020, e a pandemia de covid-19 foram dois acontecimentos decisivos para que deixasse de se fazer investigação própria no Núcleo de Investigação Arterial, que integra a Unidade Funcional de Medicina Interna 4 da ULS de São José, atualmente coordenada por Miguel Toscano Rico.

"Estamos a retomar a atividade científica, com a participação em dois ensaios clínicos, um deles internacional, e a ideia é desenvolvermos a nossa própria investigação e conseguirmos ser reconhecidos pela Sociedade Europeia de Hipertensão como Centro de Excelência em Hipertensão", afirma Rodrigo Leão.

"Temos de encarar a prevenção e o tratamento cardiovascular como um trabalho de equipa, numa abordagem muito mais abrangente e não compartimentada", diz Rodrigo Leão.

Salvaguardando o facto de a realidade não ser a mesma em todo o país, o nosso entrevistado diz notar que "os colegas de MGF estão cada vez mais imbuídos de um espírito de cooperação e interessados na identificação precoce destes doentes, de forma a conseguir prevenir mais patologia cardiovascular. Ora, isso faz com que eles necessariamente decidam participar mais nestes fóruns, como o Congresso de Aterosclerose, e que colaborem mais com sociedades como a SPA".

"A Medicina Interna já faz isso há muito tempo porque tem que ver com a natureza da própria especialidade, mas também porque não podemos estar sozinhos neste combate à doença cardiovascular. Precisamos da Cardiologia e da Nefrologia, por exemplo, como necessitamos de nos aproximar de outras especialidades que têm doentes de alto risco, como as Doenças Infeciosas ou a Reumatologia", considera Rodrigo Leão.

O também professor da NOVA Medical School reconhece que "temos medicamentos cada vez mais eficazes para abordar estes doentes, mas é preciso não esquecer que não será a terapêutica que vai substituir a necessidade de adoção de um estilo de vida saudável por parte das pessoas".

Considerando que "tem que ser desenvolvido um trabalho de fundo na prevenção primária da doença cardiovascular", parece-lhe que "a MGF está cada vez mais imbuída do espírito de que tem que se começar a trabalhar desde uma idade muito precoce na promoção de um estilo de vida saudável por parte da população". Isso para que "depois nós consigamos ser mais eficazes com as armas terapêuticas que temos".



20-22 maio 2027
Centro de Congressos de Lagoa
33º Congresso Nacional MEDICINA INTERNA
Presidente: António Martins Baptista, diretor do Serviço MI da ULSSM
SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

FEDERICA PARLATO, INTERNISTA, UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE MEDICINA INTERNA DA ULS DE SANTA MARIA:

"Era preciso abolir a dicotomia entre doentes de cuidados intensivos e de enfermaria"

NO ENTENDER DA INTERNISTA, HAVIA QUE PREENCHER UMA LACUNA QUE EXISTIA NA ULSSM RELATIVAMENTE A UM DETERMINADO TIPO DE DOENTES E A CRIAÇÃO DA UNIDADE DE INTERMÉDIOS DE MI REPRESENTA UM PASSO IMPORTANTE NESSE SENTIDO.


"Tem sido um desafio e um privilégio poder participar do zero na criação desta Unidade", reconhece Federica Parlato

"Era preciso abolir a dicotomia entre doentes de cuidados intensivos e doentes de enfermaria convencional. Eles são dinâmicos e tornava-se necessário colmatar este *gap*", é assim que Federica Parlato justifica, de alguma forma, a recente abertura da Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina Interna no piso 3 do Hospital de Santa Maria. No seu entender, assiste-se a "uma mudança de paradigma" que explica a aposta, nos últimos anos, em abrir unidades deste género em diferentes países europeus, incluindo Portugal.

E faz questão de esclarecer que a sua inauguração oficial, a 26 de janeiro de 2026, representou o concretizar de um projeto idealizado pelo internista João Madeira Lopes, "que lutou muito para que se tornasse realidade", acabando por assumir a sua coordenação. Juntaram-se a ele três recém-especialistas do Serviço de MI, que reconhecem o seu gosto em lidar com o tipo de doentes que esta Unidade assiste, completando assim a equipa fixa da mesma.

Um desses elementos é precisamente Federica Parlato, que integrava a Área C do Serviço de Medicina Interna da ULSSM, uma das quatro em que aquele está dividido, coordenada por Luís Santos Pinheiro, que, aliás, é o secretário-geral do 33.º CNMI.

"Tem sido extremamente motivador, e ao mesmo tempo um desafio e um privilégio, poder participar do zero na criação de uma Unidade destas. Não se trata apenas de abrir camas, é todo um processo que envolve organização, comunicação, aprender algo novo diariamente... E a ideia é vir a promover a rotatividade entre os colegas do Serviço, para que todos possam dar o seu contributo para o funcionamento da Unidade e aportar melhorias ao mesmo", refere a médica, acrescentando:

"Na verdade, muitos dos doentes que passam por aqui nós já os tratávamos nas enfermarias convencionais, mas agora estamos em condições de lhes oferecer um perfil de segurança mais adequado. Para além de lhes proporcionar um percurso assistencial de continuidade que, na minha opinião e segundo está descrito na literatura, até é mais eficiente em termos da gestão de recursos."

Federica Parlato: "Recebemos doentes de elevada complexidade e que precisam de uma vigilância bastante apertada."

E prossegue: "São doentes de elevada complexidade e que, com frequência, não têm propriamente indicação para serem admitidos em unidades de cuidados intensivos, embora precisem de uma vigilância bastante apertada. Permitimos, assim, que o Serviço de Urgência possa ter uma maior capacidade de resposta, pois, não podendo esses doentes ser transferidos para uma enfermaria, acabavam por ficar retidos em camas de SO."

Federica Parlato refere que à Unidade de Cuidados Intermédios de MI também podem chegar "vindos da enfermaria, como *step up*", bem como dos cuidados intensivos, por "já não precisarem de suporte de órgão". Ou de outras áreas, como a Ortopedia, "porque não podem ser cristalizados numa única especialidade", ou mesmo do bloco operatório.

"Hoje, por exemplo, vamos receber um doente que vem da Unidade de Queimados", informa, sublinhando: "O facto de lidarmos com uma grande variedade de patologias é, aliás, ótimo também do ponto de vista formativo, tendo em atenção os vários internos e alunos de Medicina que por aqui vão passando."

Tendo iniciado atividade com 3 camas, a que foram adicionadas outras 3 em março – distribuídas por dois quartos outrora ocupados por 8 camas da enfermaria 2C –, a Unidade tem em permanência dois enfermeiros e dois assistentes operacionais. A equipa fixa de médicos assegura o período entre as 8h e as 14h, sendo que fora desse horário é a Urgência Interna do Serviço de MI que responde às intercorrências, que também permite viabilizar a avaliação bidiária dos casos e faz, inclusive, a gestão das vagas e das transferências de doentes que forem necessárias.

Os outros elementos da atual equipa fixa

João Madeira Lopes, 59 anos, é o coordenador da Unidade. Chegou a Santa Maria em abril de 1999, depois de concluir o internato feito em Santa Marta. Confirma o seu grande envolvimento no projeto, que conta "vários anos de preparação", e diz que já existe uma planta com uma área física que contempla o número de camas ideal para esta Unidade: 12. Faz questão de elogiar o espaço e a metodologia de trabalho da Unidade de Intermédios do Serviço de MI da ULS de São João.

Maria Inês Parreira, 31 anos, que cumpriu o seu internato de MI na ULS de Santa Maria, fez o derradeiro estágio na Unidade de Intermédios de São José (6 camas). Tornou-se especialista em outubro de 2025, mesmo a tempo de integrar a Unidade logo no seu primeiro dia de atividade.

Miguel Carrilho, 41 anos, licenciou-se primeiro em Ciências Farmacêuticas e só mais tarde em Medicina, tendo tantos meses de internista como a sua colega Maria Inês. Conhece os Intermédios do São João porque fez lá um estágio de 3 meses. Quando soube que a Unidade ia abrir, mostrou logo o seu interesse em fazer parte da equipa.



"Foi na pandemia que percebi que gostava do doente crítico"

Os 9 meses de Erasmus que Federica Parlato fez na FMUL, no 5.º ano do curso de Medicina, entre 2012 e 2013, foram decisivos para que regressasse a Portugal, em janeiro de 2015, para cumprir o internato do Ano Comum no Hospital Fernando Fonseca. E o estágio (que estendeu por mais tempo do que o previsto!) realizado no Serviço de MI 3 acabou por fazê-la apaixonar-se pela especialidade que tem hoje.

Natural de Palermo, na Sicília, com 36 anos completados em agosto e neta, filha e sobrinha de médicos, formou-se em Itália, em julho de 2014, tendo escolhido mais tarde o hospital que já conhecia bem (Santa Maria) para fazer o internato de MI, que iniciou em 2017.

Quando obteve o título de especialista, em outubro de 2022, já tinha sido conquistada pelo gosto de lidar com o doente crítico. A pandemia de covid-19 fez com que o estágio obrigatório de 6 meses na Medicina Intensiva tivesse durado, afinal, mais de um ano e com que as próprias enfermarias de MI "ficassem irreconhecíveis".

"Foi nessa altura que eu percebi que, apesar de ter adorado o tempo que passei nos cuidados intensivos, seria nos intermédios que gostaria de trabalhar", recorda.

Depois de um intervalo na sua atividade motivada pelo facto de ter sido mãe, voltou ao hospital em outubro de 2023, nessa altura já como especialista. É assistente convidada na FMUL e integra a Comissão Organizadora do 33.º Congresso Nacional de Medicina Interna.

SIGA MGF - IV Jornadas de Referenciação

As Jornadas MGF em ALERTa evoluíram e agora são o SIGA MGF - IV Jornadas de Referenciação! Este projeto é organizado pelos internos de formação específica em MGF da ULS de Santa Maria e tem como principal objetivo promover a articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares, fomentando um espaço de partilha e discussão que permita clarificar critérios de referenciação e alinhar práticas, contribuindo para uma referenciação mais eficiente e centrada no doente.

Estas Jornadas dão continuidade ao projeto anteriormente desenvolvido sob a designação "Jornadas MGF em alerta", preservando o objetivo que tem norteado este projeto desde a sua criação: reforçar a comunicação e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. A nova designação e identidade visual refletem a evolução da plataforma de referenciação utilizada nos CSP, que transitou do sistema Alert para a plataforma RSE SIGA, razão pela qual o evento adota agora a denominação "SIGA MGF - IV Jornadas de Referenciação".

As Jornadas decorrerão em formato presencial num novo espaço, o Fórum Lisboa, nos dias 29 e 30 de outubro. Na página de Instagram https://www.instagram.com/sigamgf/ é possível acompanhar todas as novidades sobre o programa, que inclui duas sessões paralelas, dedicadas à PrEP e à terapêutica hormonal de substituição.





LUÍS GUEDES MARTINS, PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (APDPN):

"O diagnóstico pré-natal não termina ao identificarmos uma anomalia fetal"

A NECESSIDADE DE SE COMPREENDER A PRÓPRIA DOENÇA FETAL PARA ALÉM DO SEU DIAGNÓSTICO SURGE, NO ENTENDER DE LUÍS GUEDES MARTINS, 46 ANOS, PRESIDENTE DA APDPN, COMO UMA DAS GRANDES TRANSFORMAÇÕES NA ÁREA EM QUE ESTE GINECOLOGISTA E OBSTETRA DESENVOLVE ATIVIDADE.



"Temos de passar do diagnóstico para a compreensão da doença fetal", diz o presidente da APDPN

"Durante muitos anos, o grande desafio era identificar uma anomalia fetal. Hoje, diagnosticamos mais patologias, mais precocemente e com maior detalhe, conjugando uma ecografia cada vez mais sofisticada com novas ferramentas de diagnóstico genético", afirma Luís Guedes Martins, confirmando que o diagnóstico pré-natal "evoluiu muito", acabando por criar uma "responsabilidade adicional" a quem o realiza:

"Já não basta dizer aos pais que existe determinada anomalia. Temos de explicar o que significa, qual o espectro possível da doença, que informação adicional podemos obter, qual poderá ser o prognóstico e, em algumas situações, se existe possibilidade de intervenção. Esta passagem do diagnóstico para a compreensão da doença fetal é uma das grandes transformações da nossa área."

Segundo o presidente da APDPN, "o diagnóstico pré-natal continua a ser fundamental, mas integra-se hoje numa Medicina Fetal muito mais abrangente". E explica:

"Quando diagnosticamos uma cardiopatia congénita, por exemplo, queremos caracterizar a anatomia, compreender a fisiologia cardiovascular, procurar anomalias associadas, avaliar uma eventual etiologia genética, antecipar a evolução e planear o nascimento. O feto passou progressivamente a ser encarado como um verdadeiro doente, num percurso assistencial que começa antes do nascimento e não termina no parto."

No entanto, embora reconheça que a Medicina Fetal "evoluiu de forma extraordinária", o especialista do Centro Materno Infantil do Norte, que integra a ULS de Santo António, deixa bem claro que "nenhuma ecografia, exame genético ou programa de rastreio consegue garantir que uma criança nascerá sem qualquer doença ou malformação".

"A capacidade de identificar uma anomalia depende da idade gestacional, da posição fetal, das condições de visualização, das características da própria alteração e do momento em que ela se manifesta. Algumas malformações só se tornam evidentes mais tarde e outras podem permanecer muito difíceis ou impossíveis de identificar no período pré-natal", esclarece.

De facto, existem malformações graves que podem não ser diagnosticadas antes do nascimento, mesmo quando a ecografia é realizada por profissionais muito experientes e em centros altamente diferenciados. "Isso não significa necessariamente", sublinha, "que tenha existido um erro, pois, há limites biológicos e tecnológicos no diagnóstico pré-natal". Daí que "uma ecografia normal, embora seja uma informação importante e tranquilizadora naquele momento, não é nem deve ser apresentada como uma garantia absoluta de normalidade".

Luís Guedes Martins refere que o primeiro trimestre de gravidez deixou há muito de ser apenas o momento da datação da mesma e do rastreio de aneuploidias:

> **Luís Guedes Martins: "Uma ecografia normal não é uma garantia absoluta de normalidade."**

"A evolução tecnológica permite avaliar estruturas cada vez mais precocemente, incluindo o coração e o sistema nervoso central. Mas diagnosticar mais cedo não significa afirmar mais do que aquilo que podemos demonstrar. Quanto mais precoce é a avaliação maior tem de ser o conhecimento da embriologia, da evolução normal das estruturas e das limitações da técnica. Saber reconhecer a incerteza também é diferenciação."

Entretanto, confirma que "a integração entre fenótipo fetal e genética tornou-se incontornável, sendo que a ecografia orienta a investigação e a genética pode ajudar-nos a compreender a etiologia, o prognóstico e o risco de recorrência".

Sublinha, contudo, que uma maior capacidade diagnóstica traz também "resultados de significado incerto", fazendo com que o desafio não seja apenas obter informação, mas também interpretá-la e comunicá-la. É por isso que a Medicina Fetal moderna é "necessariamente multidisciplinar", envolvendo, consoante a situação, obstetras, geneticistas, neonatologistas, cardiologistas e cirurgiões pediátricos, psicólogos e outras áreas diferenciadas.

E quando não existe possibilidade de tratamento curativo?

"É talvez aí que a Medicina Fetal mais nos exige enquanto médicos. Há situações em que é possível fazer diagnósticos muito sofisticados, mas não conseguimos modificar a história natural da doença. A nossa responsabilidade não termina: temos de fornecer informação rigorosa e compreensível, explicar as opções dentro do enquadramento clínico e legal e respeitar o processo de decisão dos pais."

"Quando uma família decide prosseguir uma gravidez perante uma doença fetal limitante da vida, os cuidados paliativos perinatais permitem preparar antecipadamente o percurso assistencial, o parto, os cuidados ao recém-nascido e o acompanhamento da família. Não realizar tratamentos desproporcionados não significa deixar de cuidar. Cuidar continua sempre a ser a nossa obrigação", lembra Luís Guedes Martins.

Considerando a área em que se especializou "exigente, mas fascinante", faz questão de salientar que "por detrás de cada imagem ecográfica existe uma criança em desenvolvimento e uma família que espera de nós conhecimento, rigor e capacidade para a acompanhar. Podemos ter tecnologia cada vez mais sofisticada, mas o objetivo permanece simples: utilizar esse conhecimento para cuidar melhor".

A curiosidade em saber mais sobre uma malformação fetal

Professor catedrático de Medicina da Mulher do ICBAS, assistente graduado sénior de Ginecologia e Obstetrícia, diretor do Serviço de Obstetrícia da ULS de Santo António e do Centro de Medicina Fetal do Centro Materno Infantil do Norte, Luís Guedes Martins é presidente da APDPN e vice-presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia (FSPOG).

Mantendo a atividade clínica como centro do seu percurso, conciliando-a com o ensino, a investigação e a direção, a Medicina Fetal surgiu durante a formação em Ginecologia e Obstetrícia, "pelo fascínio de observar, através da ecografia, a anatomia e a fisiologia antes do nascimento", como refere.

"O interesse não se limitava a identificar uma malformação, queria compreender como se formava, como poderia evoluir e quais as suas consequências", sublinha Luís Guedes Martins.

Essa curiosidade haveria de o conduzir ao estudo das malformações fetais e, em particular, à Cardiologia e à Neurologia Fetal, áreas onde anatomia, fisiologia, diagnóstico, prognóstico e incerteza se cruzam e que, ainda hoje, o "obrigam permanentemente a estudar", reconhece.

Reunião Anual da APDPN 2026

A Reunião Anual da APDPN 2026 decorreu nos passados dias 18 e 19 de setembro, no Edifício Abel Salazar, no Porto. Segundo Luís Guedes Martins, "procurou aproximar ciência e prática clínica, refletindo a evolução do diagnóstico pré-natal para uma Medicina Fetal mais abrangente". O programa percorreu o doppler em Medicina Fetal, novas terapêuticas na pré-eclâmpsia e a hérnia diafragmática congénita, desde o diagnóstico e estratificação prognóstica à terapia fetal, estabilização neonatal, ECMO e seguimento.

Segundo o presidente da APDPN, "houve ainda espaço para uma dimensão particularmente exigente: a doença fetal grave ou limitante da vida, incluindo interrupção médica da gravidez, planeamento assistencial, cuidados após o nascimento, apoio psicológico e cuidados paliativos perinatais".

No âmbito do evento, realizaram-se três cursos pós-Reunião.

MARQUE NA AGENDA

24º Congresso Português de Obstetrícia e Ginecologia

12 | 13 | 14 novembro 2026

COIMBRA
Convento São Francisco

INSCRIÇÕES ONLINE
até 2 de novembro



ORGANIZAÇÃO: Mundiconvenius

Tel: (+351) 213 565 345
(chamada para rede fixa nacional)

fspog@congressofspog.pt
inscricoes@congressofspog.pt

www.congressofspog.pt

FSPOG Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia
Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal
SPG Sociedade Portuguesa de Ginecologia
SPMR Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução
Sociedade Portuguesa da Contracepção
APDPN Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré Natal

RAFAELA VERÍSSIMO, COORDENADORA DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE GERIATRIA DA SPMI (NEGERMI):

"A Medicina Interna e a Geriatria têm uma complementaridade real"

A POUCOS DIAS DA 9.ª REUNIÃO DO NEGERMI, A SUA COORDENADORA, QUE TEM A COMPETÊNCIA EM GERIATRIA DESDE 2018 E INTEGRA A ATUAL DIREÇÃO DO RESPETIVO COLÉGIO DA OM, DIZ QUERER "APROXIMAR MAIS OS INTERNISTAS DA GERIATRIA".



Rafaela Veríssimo: "É preciso que todos os internistas saibam um pouco de Geriatria e utilizem os instrumentos que esta área possui para tratar melhor as pessoas mais velhas"

Rafaela Veríssimo defende que, "no contexto do envelhecimento populacional a que assistimos, é mesmo preciso que todos os internistas saibam um pouco de Geriatria e utilizem os instrumentos que esta possui para tratar melhor os doentes mais velhos. Mesmo que nunca venham a interessar-se especialmente por esta área".

A atual coordenadora do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna considera que "a MI e a Geriatria têm uma complementaridade real". E justifica: "A MI aborda o doente agudo mais velho no internamento com a sua capacidade de intervenção rápida e a Geriatria preocupa-se com os outros problemas que aquele tem e que impactam na sua doença. Que têm a ver com a sua fragilidade, com o número de comorbilidades que apresenta, com a própria preservação da sua autonomia e com as síndromes geriátricas que acompanham as doenças do envelhecimento."

"É esta complementaridade que nós precisamos de promover nos serviços de Medicina Interna, para que também a visão do sistema possa mudar em termos da abordagem prática de ver estes doentes, procurando dar-lhes mais qualidade de vida após o internamento", sublinha a médica.

O interesse de Rafaela Veríssimo pela Geriatria levou-a a fazer um estágio nesta área no Hospital Universitário Ramón Y Cajal, em Madrid, quando estava no último ano do internato de MI, em 2014. Deu-se a circunstância de logo no ano seguinte ter sido criada no então CH de Vila Nova de Gaia/Espinho a primeira Unidade de Geriatria no país, com a valência de Ortogeriatria, a que se mantém ligada desde então e que passou a coordenar em 2017.

"Tenho tido, assim, a oportunidade de conseguir promover as boas práticas de Geriatria em enfermaria de MI, sendo sempre uma mais-valia poder implementar aquilo que se aprendeu fazendo parte de uma equipa formada por elementos que estão predispostos a isso e obtendo resultados bastante bons", comenta.

A coordenadora do NEGERMI confirma que o número de pessoas com interesse pela Geriatria tem vindo a aumentar, adiantando: "O que queremos agora no Núcleo de Geriatria é criar pontos de ligação com colegas de diferentes ULS que já têm a competência pela Ordem dos Médicos ou alguma formação na área e, dessa forma, conseguir que as boas práticas em Geriatria sejam aplicadas nos diferentes serviços de MI."

> **"A evolução tem sido lenta" no que respeita ao número de internistas interessados pela Geriatria.**

Rafaela Veríssimo reconhece que "a evolução tem sido lenta" no que respeita ao número de internistas interessados pela Geriatria: "Não aconteceu como era expectável, na linha do que se vem observando no resto da Europa. Apesar da motivação e da sensibilidade demonstradas por inúmeros colegas para esta área, a par do envelhecimento da população e do surgimento de tantos problemas a ele associados, seria de esperar que houvesse mais médicos de MI a querer fazer formação neste campo."

Lembrando que Portugal e a Grécia são os únicos dois países da Europa onde a Geriatria não é reconhecida como especialidade, a nossa entrevistada diz haver várias razões para a situação que descreveu, destacando desde logo um motivo forte:

"O problema é que ainda falta formação estruturada e organizada em Geriatria nos serviços de MI, bem como a criação de unidades mais dedicadas. Esta evolução tem sido condicionada por diferentes fatores, entre os quais a necessidade de uma maior sensibilização e de um apoio institucional mais consistente para esta área."

"Nesta matéria, precisávamos de uma consistência nacional que não temos. Atualmente, há muitos profissionais no norte do país e também na zona de Lisboa dedicados à Geriatria há vários anos, cujo conhecimento e experiência poderiam ser ainda mais valorizados pelas instituições onde trabalham. Nomeadamente através da criação de condições para desenvolver projetos que, em estreita articulação com a MI, possam fazer a diferença na qualidade dos cuidados prestados às pessoas mais velhas", afirma Rafaela Veríssimo, mostrando-se, apesar de tudo, algo otimista relativamente ao futuro:

"Os colegas de MGF têm sido uns bons aliados"

A coordenadora do NEGERMI reconhece o interesse crescente de internos e especialistas de Medicina Geral e Familiar pela área, revelando-se "uns bons aliados na procura de sistemas de organização da Geriatria em Portugal". E sublinha que "o cuidado ao idoso, desde a prevenção ao tratamento, é transversal a muitas especialidades, sendo que os colegas dos CSP são normalmente os primeiros a confrontarem-se com os problemas das pessoas mais velhas. Muitos deles têm feito formação connosco e acabaram por obter também a competência em Geriatria realizando estágios em unidades da MI com idoneidade para tal".

"Nos últimos três ou quatro anos, com o avançar das políticas em saúde viradas para o envelhecimento saudável, parece haver agora um maior interesse institucional e político por esta área. Pelo que, enquanto Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI, isso faz-nos refletir que podemos e devemos ter alguma intervenção na redação de propostas técnicas que se enquadrem nessa estratégia."

PUB

9ª REUNIÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE GERIATRIA

30 e 31 de outubro 2026

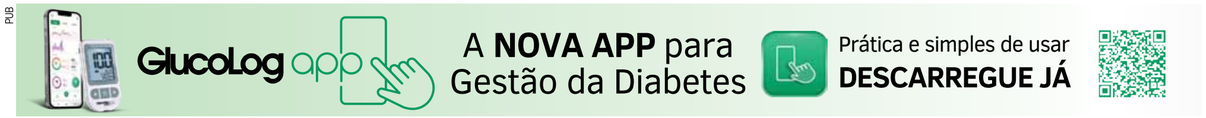
Lagoas Park Hotel

NEGERMI

75 anos 1951–2026 SPMI

LIVE MEDICINA INTERNA

justNews

PUB


PUB


CRIADA HÁ 12 ANOS, ESTA UNIDADE DA ULS DE BRAGA ATÉ TEM GALERIA DE ARTE ABERTA AO PÚBLICO E UMA BIBLIOTECA COM CARACTERÍSTICAS MUITO PRÓPRIAS

USF do Minho mantém enfermeiros com listas organizadas por área geográfica e prioriza a acessibilidade dos utentes a cuidados de saúde

TENDO INICIADO ATIVIDADE A 13 DE OUTUBRO DE 2014 E COORDENADA HÁ MAIS DE UMA DÉCADA POR FRANCISCO FACHADO, A USF DO MINHO LOCALIZA-SE NO 2.º E ÚLTIMO PISO DE UM EDIFÍCIO PROFUNDAMENTE REESTRUTURADO, NUM ESPAÇO ONDE ATÉ EXISTEM GABINETES PARA OS INTERNOS FAZEREM AS SUAS CONSULTAS. A EQUIPA CONTINUA A CONSIDERAR UMA MAIS-VALIA A APLICAÇÃO DO MODELO DE FUNCIONAMENTO EM QUE OS ENFERMEIROS TÊM LISTAS DE UTENTES PRÓPRIAS ORGANIZADAS POR ÁREA GEOGRÁFICA, DESTACANDO A APOSTA NA FORMAÇÃO DE FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ACOLHENDO MÉDICOS INTERNOS, ENFERMEIROS ESPECIALISTAS E ALUNOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM. RECENTEMENTE, A UNIDADE ADERIU AO PROJETO-PILOTO DO ARMAZÉM AVANÇADO EM FARMÁCIA, E ATÉ EXISTE UMA GALERIA DE ARTE E UMA BIBLIOTECA AO DISPOR DOS UTENTES, O QUE TAMBÉM DIFERENCIA E DEFINE ESTA USF. A UMA VINTENA DE PROFISSIONAIS AINDA SE JUNTAM SETE INTERNOS DE MGF.





Francisco Fachado: "É absolutamente prioritário garantir a acessibilidade dos doentes aos serviços de saúde."

Francisco Fachado foi um dos três médicos de família que saíram da USF de Gualtar e se mudaram para o conhecido "Edifício do Carandá", a uns 5 Km de distância, para fundarem a USF do Minho. Os outros dois foram José Rui Caetano e Margarida Lima, que haveria de ser a primeira coordenadora desta Unidade. Acompanharam-nos dois elementos do secretariado clínico.

Aliás, já tinha sido precisamente com esse objetivo que arrancara, nos primeiros dias de abril desse ano, a UCSP com o mesmo nome, antecipando, desde o início, a aplicação de um modelo de funcionamento coincidente com a da futura USF, no âmbito do processo de candidatura à constituição de uma unidade de saúde familiar.

A USF do Minho acabou por ficar instalada no 2.º andar de um edifício que já tinha pelo menos uns 20 anos quando foi tomada a decisão de o reestruturar de raiz, preparando-o para vir a acolher quatro unidades. No piso inferior encontra-se a Sanus Carandá (criada em dezembro de 2012) e no rés-do-chão funcionam a USF Dr. Pelaez Carones (maio de 2009) e a USF Salutis (dezembro de 2016).

Ocupando na altura um espaço "a cheirar a novo", Francisco Fachado esclarece que aproximadamente 40% do mobiliário que ainda hoje serve profissionais e utentes – móveis, prateleiras, mesas ou marquesas – "estava prestes a ir para o lixo, tendo sido reciclado". Mas o mais correto será dizer que foi devidamente restaurado.

"Vivia-se a época das restrições, no pós-troika", explica o médico, que se empenhou na tarefa de fazer sucessivas visitas a um armazém onde se guardava equipamento descartado por outras unidades e do antigo Hospital de São Marcos, selecionando o que lhe parecia mais apropriado até completar o material necessário para as atividades da Unidade. Contava depois com a colaboração do antigo ACeS, que disponibilizou uma equipa de manutenção, constituída por uma dupla de elementos que se encarregou de recuperar todo o material selecionado, "a quem devemos muito a Unidade que temos atualmente".

Francisco Fachado assumiu a coordenação da USF do Minho em setembro de 2015, onze meses depois do início de atividade, na sequência da saída de Margarida Lima, convidada para presidir ao Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Cávado I – Braga. Nessa altura, já existiam seis das sete equipas de saúde familiar que há atualmente.

A altura da COVID-19 terá sido, para o coordenador, a fase mais complicada que viveu durante estes anos à frente da Unidade. Aliás, esse foi, sem dúvida, um fator de peso para atrasar o processo de transição para modelo B, que só se concluiu com a entrada em 2022.



"Uma das prioridades em que me foquei no início da pandemia, numa altura de grande incerteza e escassez de informação, foi garantir que esta USF não fechasse e que a equipa trabalhasse protegida, em segurança e sem medo. Nunca pensei que alguma vez fosse viver uma situação destas", sublinha, apontando, no entanto, uma grande vantagem:

"Como é evidente, eu acompanhava o que se passava em Espanha. Como a epidemia lá tinha sempre duas ou três semanas de avanço, era possível nós anteciparmo-nos aos problemas que já sabíamos que iriam surgir aqui."

A mais-valia das listas de utentes organizadas por área geográfica

A trabalhar em Braga desde 2003 e mantendo a ligação por motivos familiares com Santiago de Compostela – 180 km para ir e outros tantos para voltar! –, Francisco Fachado considera-se "um afortunado". E porquê? "Porque a vida me permitiu trabalhar com paixão no que sempre sonhei. Sinto-me privilegiado por ter encontrado uma segunda casa, por ter sido sempre bem acolhido e por ter tido a oportunidade de aprender tanto com os profissionais com quem me fui cruzando ao longo dos anos como com os próprios utentes. Aliás, muitos deles já me acompanham desde que comecei a trabalhar como recém-especialista na antiga Extensão de Saúde de Ruães, há 20 anos!"

"Esta é uma área central de Braga, mas nós temos utentes de todo o concelho, incluindo zonas mais rurais. Eu, por exemplo, tenho 300 que vieram comigo de Ruães, que é semirrural", refere, adiantando que dois terços dos utentes do ficheiro que tinha na USF Gualtar também continuam a ser seguidas por si, integrando uma lista que oscila em torno dos 1700 utentes.

Francisco Fachado considera "absolutamente prioritário garantir a acessibilidade dos utentes aos serviços de saúde, permitindo assegurar, em simultâneo, uma atividade de assistencial de qualidade e salvaguardar a vida pessoal e familiar dos profissionais, um equilíbrio crucial hoje em dia". No seu entender, "fala-se muito de humanização, mas sem acessibilidade ela também não existe".

Falando mais na qualidade de alguém que tem a responsabilidade de gerir uma equipa, está consciente de que "vivemos um período de mudança que exige repensar paradigmas tradicionais. As novas gerações de profissionais redefiniram as suas prioridades, colocando a salvaguarda da sua esfera pessoal numa posição central".

No entanto, prossegue, "isso tem que ser compatibilizado com uma atividade assistencial de qualidade. Uma prioridade desta equipa passa por garantir a acessibilidade, tanto que os utentes reconhecem sempre isso quando respondem aos nossos inquéritos".

A circunstância de os enfermeiros da USF do Minho terem os seus ficheiros de utentes organizados por área geográfica é, decididamente, uma característica muito própria desta Unidade, em que um médico tem oportunidade de trabalhar com todos os enfermeiros e vice-versa.

"Como é evidente, para os utentes, o conceito de equipa de família mantém-se na mesma", frisa Francisco Fachado, reconhecendo que "o que custa é organizar o horário, pois, eu posso ter muitos utentes em comum com um enfermeiro e poucos com outro, sendo que, no final, todos temos que cumprir o mesmo número de horas de trabalho". Para além disso, exigiu a criação de procedimentos internos de trabalho para garantir que todos os elementos da equipa atuassem da mesma forma e com uma maior articulação.

"Embora este modelo de organização de ficheiros tenha sido, entretanto, abandonado por outras unidades que funcionavam dessa forma, aqui mantém-se porque a equipa de enfermagem lhe reconhece uma enorme mais-valia. Permite-lhes, por exemplo, ter um conhecimento mais profundo da comunidade e articular de forma muito mais eficaz com os recursos da zona geográfica do seu ficheiro, tais como as respostas sociais, as IPSS ou as redes de apoio domiciliário, para além de assegurar

(Continua na pág. 18)

FRANCISCO FACHADO, COORDENADOR DA USF DO MINHO

Chegou a Portugal para fazer o internato de MGF e por cá ficou



Francisco Fachado González, 55 anos, nasceu e cresceu em Santiago de Compostela, a capital da Galiza, e foi sempre aquilo a que se pode chamar um aluno responsável. No final do curso de Medicina, embora estivesse um tanto ou quanto inclinado para Cirurgia Geral, veio fazer em Portugal o internato de Medicina Geral e Familiar, na então Extensão de Saúde de Gualtar do Centro de Saúde de Braga I.

Chegou em 2003 e, contrariamente ao que imaginava que viesse a acontecer, mais de 20 anos depois, continua a trabalhar no nosso país. Olhando para trás, assegura que esta especialidade lhe deu muito mais do que esperava e que não se arrepende minimamente de ter feito esta escolha.

Do período de internato, destaca a sua orientadora de formação, a médica Teresa Macedo, "que me ensinou o que é verdadeiramente ser um médico de família", bem como a coordenadora da unidade, Margarida Lima, "outra pessoa que me ajudou muitíssimo". Duas figuras que atualmente continuam a ser uma referência fundamental para o seu percurso.

Obtido o título de especialista em 2006, rumou à Extensão de Saúde de Ruães do então CS de Braga III, onde permaneceu entre abril de 2006 e dezembro de 2007, regressando então a Gualtar, no momento em que iniciava atividade como USF com o mesmo nome, coordenada por Margarida Lima.

Por lá ficou uns 6 anos, até ao arranque do processo que conduziu à criação da USF do Minho e que implicou a constituição formal da USCP com o mesmo nome, a 7 de abril de 2014. Daí que na Unidade coordenada por Francisco Fachado se assinalem sempre dois aniversários, em abril e em outubro.

Contudo, admite que "nunca perdeu o gosto pela cirurgia", pelo que o seu próximo objetivo é conseguir implementar uma consulta de pequena cirurgia na USF, garantindo uma resposta mais próxima aos utentes, em prol da humanização dos serviços de saúde.

(Continuação da pág. 17)

uma gestão muito mais eficiente do tempo nas visitas domiciliárias de enfermagem", explica.

O sucesso da Galeria de Arte

Há que reconhecer que a existência de uma Galeria de Arte numa unidade de saúde não é algo propriamente normal, seja nos CSP ou noutras instituições do SNS ou mesmo privadas, mas o facto é que se mantém muito ativa, com exposições sucessivas (e não só...) desde fevereiro de 2023, no espaço amplo e aberto da sala de espera.









"Já tinham existido experiências esporádicas prévias noutras unidades, pelo que a minha principal preocupação era garantir que não sofresse interrupções e perdurasse no tempo. Hoje, estamos perante um projeto totalmente consolidado: a cada três meses inauguramos uma nova exposição, com uma planificação feita com quase um ano de antecedência", refere Francisco Fachado, acrescentando:

Para o coordenador, a Galeria "serve para humanizar o serviço que prestamos, aumentando a satisfação dos nossos utentes".

"Cria-se uma dinâmica muito interessante dentro da equipa, pois, as inaugurações acontecem habitualmente à sexta-feira, coincidindo com o horário da reunião semanal da equipa – que, nesse dia, é dedicada unicamente a este propósito. Assim, todos os elementos estão presentes num momento de partilha e interação com os artistas."

O coordenador entente que é uma iniciativa muito positiva, "porque serve para humanizar o serviço que prestamos, aumentando a satisfação dos nossos utentes. Não nos podemos esquecer que uma USF ou um hospital são espaços frequentemente associados a conotações negativas, por exemplo, à ansiedade e à dor. Curiosamente, talvez como reflexo deste ambiente, registamos um número residual de reclamações por parte dos nossos utentes", conclui.

Com a divulgação do calendário de exposições na agenda cultural do concelho de Braga, "Braga Cultura", a Galeria da USF do Minho encontra-se também aberta à comunidade em geral, recebendo a visita de pessoas que não são utentes da Unidade.

Para Francisco Fachado, a recém-criada Biblioteca, situada no mesmo espaço físico da Unidade, constitui "um complemento à Galeria" no objetivo de humanizar os nossos serviços.



Ana Paula Caldas, enfermeira de família: "Eu tenho muito orgulho nesta equipa de enfermagem"

Feitas as contas, Ana Paula Caldas, 57 anos, trabalhou duas décadas no antigo Hospital de São Marcos e no ano em que aquele fechou portas, 2011, mudou-se para os CSP, onde está, portanto, há uns 15 anos. Natural de Braga, enfermeira desde 1990, em 1995 já era especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ainda esteve uns dois anos na Medicina, mas pediu transferência para a Cirurgia quando começou a especialização. Integrou a equipa que inaugurou os Cuidados Intensivos e transitou depois para a Neurocirurgia. Esteve ainda envolvida no processo de acreditação do hospital, "em regime de voluntariado". Na Unidade Formativa, trabalhou em muitos projetos de formação contínua de todos os profissionais do hospital.

A UCSP Ruães foi a única unidade dos CSP onde exerceu (um pouco mais de 3 anos) antes de aceitar o convite para fazer parte da equipa da nova USF do Minho. Estávamos, portanto, em 2014 e... "Acontece que foi um desafio!", reconhece Ana Paula Caldas, que sentiu necessidade de melhorar os seus conhecimentos em determinadas áreas.

"O facto de poder trabalhar com toda a equipa médica é uma mais-valia, é muito mais enriquecedor", diz Ana Paula Caldas.

Fez, por exemplo, uma pós-graduação em feridas, "porque as que nos aparecem para tratar aqui são completamente diferentes daquelas com que se lida em contexto hospitalar". E acrescenta: "Também tive que fazer formação em Saúde Infantil porque sempre tinha trabalhado apenas com adultos!"

Nota-se claramente que está satisfeita com o seu papel de enfermeira de família: "Tenho os meus utentes, as minhas famílias." E há outro aspeto que lhe agrada particularmente, a circunstância de na USF do Minho a enfermagem continuar a funcionar por área geográfica:



Ana Paula Caldas

"Há unidades em Braga que já mudaram o modelo de funcionamento, mas eu considero que o facto de trabalhar por área geográfica possibilita-me conhecer os recursos sociais, os apoios domiciliários e o contexto da comunidade dessa área. E a circunstância de trabalhar com toda a equipa médica é uma mais-valia, sendo muito mais enriquecedor."

Ana Paula Caldas faz parte do Conselho Técnico da USF desde sempre, reconhecendo que, com a criação da ULS, "o trabalho aumentou, havendo, nomeadamente, muito mais reuniões, o que até se compreende, tendo em conta que ainda estamos numa fase de padronizar e protocolarizar muita coisa". E também é membro da Comissão de Auditoria Clínica da ULS de Braga.

Instrutora em Suporte Básico de Vida há mais de 25 anos, salienta que, quando chegou aos CSP, percebeu que havia pouca formação nessa matéria. Com outros enfermeiros, acabou por se formar um grupo que propôs ao então ACES começar a preparar profissionais dos CSP de várias áreas, "o que tem sido um desafio fantástico", aproveitando para alertar: "Temos cada vez mais paragens cardiorrespiratórias até em jovens adultos!"

Ana Paula Caldas não termina a conversa com a *Just News* sem deixar de afirmar ter "muito orgulho na equipa de enfermagem da USF do Minho, porque fomos crescendo ao longo destes anos. Somos sete e, neste momento, quatro têm uma especialidade e, dentro em breve, outros dois elementos também serão especialistas. E todas vamos fazendo pós-graduações em diversas áreas".

Teresa Tomaz, médica de família: "Quisemos ver se o contacto dos profissionais da USF com a arte os tornava mais empáticos"

Teresa Tomaz nasceu há 37 anos no Hospital de Chaves e com 18 deixou Trás-os-Montes para ir estudar Medicina em Santa Maria, achando que poderia vir a ser psiquiatra, mas a verdade é que depois passou o curso todo a pensar em Reumatologia. E porquê? A doença da mãe, que era acompanhada em Ponte de Lima, fez com que desde pequena tivesse contacto com essa especialidade, apreciando a forma como as consultas decorriam.



Teresa Tomaz

Depois de acabar o curso, em 2014, haveria de rumar a Viana do Castelo para fazer o internato do Ano Comum, convencida de que o seu futuro como médica estava traçado. Mas enganou-se! E explica que, em 2015, depois de ler dois livros que foram "muito importantes" para si, teve "uma crise de identidade" que a levou a concluir que o ambiente hospitalar não seria o mais adequado para si. Entretanto, o estágio que fez na USF Gil Eanes "mudou muito a minha perspetiva da MGF. Adorei!", recorda.

Acabaria a fazer o internato da especialidade na USF do Minho, tendo como orientador o médico Francisco Fachado. A uma semana do início da pandemia é integrada na vizinha USF Salutis, onde ficaria 6 meses. O concurso colocá-la-ia na então UCSP Adaúfe, ainda em Braga, onde ficou como coordenadora, até em março de 2023 regressar à Unidade onde fizera a sua formação, integrando o Conselho Técnico desde a primavera de 2025.

Mas agora é necessário voltar atrás no tempo para falar do projeto científico que Teresa Tomaz e o seu orientador de formação realizaram e que está, aliás, publicado. "Desenvolvemos um programa de arte para os profissionais da USF, médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Quisemos ver se o contacto destes com ambientes artísticos os tornaria mais empáticos com os utentes, que inquirimos antes e após termos proporcionado aos colegas, inclusive, aulas sobre cinema, fotografia e literatura", explica.

Segundo a médica de família, a conclusão a que se chegou foi que, realmente, "se expusermos regularmente os profissionais de saúde a projetos artísticos, há uma maior perceção de empatia por parte dos utentes". Entretanto, "os inquéritos que temos feito permitem-nos concluir que eles estão muito satisfeitos com a existência da Galeria de Arte, que, aliás, faz parte do Roteiro Cultural da cidade".

Responsável, desde 2022, por uma iniciativa digital pessoal a que deu o nome de "Ler a Doença", em que propõe "leituras relacionadas com uma condição de saúde, uma população vulnerável ou uma doença", não admira que Teresa Tomaz se tenha envolvido, já como especialista, na criação da Biblioteca da USF do Minho.

Teresa Tomaz: "O utente é convidado a levar um livro para casa, sem ter a obrigação de trazer outro em troca."

"O utente é convidado a levar um livro para casa, sem ter a obrigação de trazer outro em troca, até porque temos aqui comunidades estrangeiras ou com questões sociais que, muito provavelmente, nem sequer terão essa possibilidade. E também não se pretende que esta Biblioteca seja um depósito de livros que as pessoas já não querem. A ideia é que o utente para quem um determinado livro teve um significado especial o queira partilhar com outras pessoas, deixando-o aqui para ele circular. É por isso que se trata de um projeto dinâmico de ir e vir", esclarece.

Ana Helena Pinto, enfermeira de família: "Esta é uma Unidade em que estamos todos a trabalhar para o mesmo"

Natural de Viana do Castelo, e tendo completado 55 anos este verão, Ana Helena Pinto iniciou a sua atividade profissional em 1995, no Hospital de São Marcos. Nos 6 anos em que lá permaneceu, passou pelo Serviço de internamento de Ortope-

(Continua na pág. 20)

JOSÉ RUI CAETANO, MÉDICO DE FAMÍLIA:

"Há 20 anos, ter uma lista com 1800 utentes era perfeitamente gerível. Agora..."

"Eu não quero ter menos tempo de trabalho. Eu queria era ter mais tempo para estar com os meus utentes. É completamente diferente a procura que se verifica hoje em dia daquela que existia antes. Há 20 anos, ter uma lista com 1800 nomes era perfeitamente gerível. Agora é muito complicado, assegura José Rui Caetano.

Para este médico de família, que faz 51 anos a 10 de outubro, "não há milagres, a população está mais envelhecida e, portanto, tem mais doenças". E logo adianta que não se imagina a trabalhar daqui a 10 anos ao ritmo a que o faz hoje, deixando expresso que "justiça deve ser feita em relação a esta Unidade, porque toda a equipa se esforça efetivamente".

"Temos que mostrar aquilo que fazemos na MGF", diz José Rui Caetano.

Aliás, no seu entender, "temos que mostrar aquilo que fazemos, havendo pessoas que passam por aqui e que ficam, na verdade, surpreendidas com o que veem acontecer". É também um pouco com esse objetivo – tornar mais visível para o exterior a realidade da MGF – que, como responsável pela Direção do Internato Médico de MGF de Braga, cargo que assumiu em 2023, dá grande relevância às Formações Mensais de Internos e Orientadores (FMIO).

"Nesta ocasião, em que juntamos todos os médicos internos e orientadores, são apresentados trabalhos, procuramos estabelecer pontes com o hospital, criando sessões mais interativas e práticas, visando melhorar a nossa prestação de cuidados no dia-a-dia. Por exemplo, se nos formos focar no tema da Imunoalergologia, procuramos ter presentes no debate, normalmente em torno de casos clínicos, colegas dessa área", esclarece José Rui Caetano.

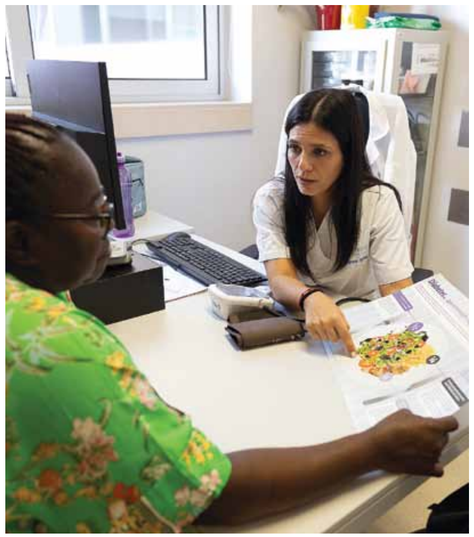
Convém referir que este evento, tal como outras atividades em que o médico tenha que participar na função de responsável de Internato, ocorrem fora do seu horário na USF. Com uma única exceção, a reunião mensal que os diretores têm com a Coordenação do Internato de MGF da Zona Norte.

José Rui Caetano costuma dizer que é da zona de Viseu, mais concretamente Cabanas de Viriato, mas na verdade nasceu em França, onde a mãe era professora e o pai funcionário da Michelin, e só veio viver para Portugal com 17 anos, para estudar Medicina em Coimbra. Fez depois o internato Geral de 2 anos em Aveiro.



Mudou-se então com a mulher para Guimarães, ela para fazer o internato de Medicina Interna e ele o de MGF. A sua opção terá sido influenciada, conta, pela proximidade que observava haver com o médico que o acompanhou em criança. Fez a sua formação numa unidade localizada em Ronfe, que pertencia ao Centro de Saúde das Taipas.

Tornar-se-ia especialista em março de 2007 e, acompanhado de uma colega que também terminara o internato, foram os dois colocados na mesma extensão, cada um com uma lista de 2500 utentes! E assim se passou um ano, até que seriam ambos convidados para integrar a equipa da nova USF São Nicolau, em Guimarães. Entretanto, avançando uns três ou quatro anos, o nosso entrevistado chega, em 2011, à USF Gualtar, onde já se encontravam Francisco Fachado e Margarida Lima. O passo que os três deram a seguir conduziria à criação da USF do Minho.





(Continuação da pág. 19)

dia mulheres com orto-traumatologia pediátrica e pelo Bloco Operatório como enfermeira de anestesia.

Tendo concluído a licenciatura de Enfermagem como especialista em Cuidados na Comunidade na Universidade Católica de Braga, em 2001, iniciou então funções no Centro de Saúde de Barcelos. E esclarece: "Os cuidados de saúde primários já me aliciavam, embora eu goste de todas as áreas em que já trabalhei no âmbito da enfermagem. Mas devo dizer que é extremamente interessante ter uma visão mais abrangente da família e o poder cuidar ao longo de todo o ciclo de vida, apesar da sua complexidade e exigência."



Ana Helena Pinto

Foi em 2009 que, conseguindo a transferência para Braga, chegou à unidade de Ruães. A partir de um certo momento, acumulou com o cargo de assessora da vogal de Enfermagem do Conselho Clínico do ACES Cávado I – Braga, tendo acabado por se dedicar por inteiro a esse novo desafio profissional.

"É extremamente interessante ter uma visão mais abrangente da família", refere Ana Helena Pinto.



Pertenceu à Equipa Coordenadora Local dos Cuidados Continuados Integrados de Braga e no já então designado Conselho Clínico e de Saúde, em 2015, presidido por Margarida Lima, que fora a primeira coordenadora da USF do Minho, Ana Helena Pinto assume as funções de vogal de Enfermagem.

Terminado o mandato, no final de 2018, integra a USF do Minho como enfermeira de família, mas colocando ao dispor da mesma os seus conhecimentos e experiência adquiridos. Nessa medida, tem "colaborado ativamente nos processos de contratualização e nos planos de acompanhamento interno, para além do contacto direto com os utentes, de que gosto muito".

Já enquanto elemento da USF, aceitou o convite para coordenar uma equipa auditora da ERA (Equipa Regional de Apoio), que tinha como missão auditar as unidades que se haviam candidatado a modelo B.

Segundo Ana Helena Pinto, "aqui, estamos todos a trabalhar para o mesmo, queremos o bem dos nossos utentes, de quem temos, aliás, um *feedback* muito positivo. Procuramos dar a maior acessibilidade possível e fazemos o nosso melhor, com competência e profissionalismo".

Vera Marques, enfermeira de família: "É necessário avaliar o que contribui para que a depressão pós-parto ocorra"

Com um interesse especial por tudo o que envolva grávidas, bebés e mães, e tendo ficado com o "bichinho da investigação" da forma que mais à frente se verá qual foi, Vera Marques está deveras entusiasmada com o estudo que desenhou sobre depressão pós-parto e que deverá arrancar logo no início de 2027.

"Achei que era um tema interessante de análise por ser um problema subdiagnosticado e por pensar ser importante nós, enquanto unidade de saúde, trabalharmos em equipa para, efetivamente, conseguirmos perceber qual a prevalência da depressão no pós-parto e procurarmos adaptar os nossos cuidados à realidade", justifica a enfermeira, prosseguindo:

"Aquilo que eu fui verificando, no dia-a-dia e em conversa com as minhas colegas, foi que não tínhamos uma rotina sistematizada de avaliar, através de uma escala, este tipo de episódio depressivo, que sabemos poder ter repercussão não só a nível da mãe mas também da criança e de toda a família. Temos que avaliar a efetiva prevalência, perceber o que contribui para que essa situação ocorra e delinear um plano de intervenção nas grávidas para prevenir a depressão pós-parto ou minimizar as suas consequências."



Vera Marques

Vera Marques elaborou o projeto de investigação, falou com as colegas da equipa de enfermagem – que apoiaram imediatamente a ideia – e apresentou a sugestão ao coordenador da Unidade e ao Conselho Técnico. Quando falou com a *Just News*, a meio de julho, o mesmo estava em fase de submissão à Comissão de Ética para a Saúde da ULS de Braga para ser aprovado.

Entretanto, o estudo também já foi apresentado em reunião multiprofissional na USF do Minho e foram estabelecidas estratégias para aplicar os questionários e definir a intervenção. O que está pensado é incluir no projeto todas as grávidas que surgirem em consulta ou que tenham o parto a partir de 1 de janeiro de 2027.

A comparação dos dados que a escala fornecer na gravidez e nas seis semanas após o parto permitirá então identificar a existência de risco de depressão. Paralelamente, é aplicado um questionário sociodemográfico, com diferentes variáveis, incluindo a caracterização do próprio apoio dos profissionais da USF no acompanhamento da utente.

"Só assim conseguiremos perceber se aquela mãe desenvolveu uma depressão pós-parto porque faltou o apoio devido da equipa, por ter uma família desestruturada, ou por haver um histórico de antecedentes de saúde que justifiquem o episódio", comenta Vera Marques.

Em princípio, grávidas não faltam na USF do Minho. Só esta enfermeira tem 27 na sua lista. É certo que é a que tem mais utentes nesse estado, mas ainda há outras seis listas. Feitas as contas, no total, são mais de uma centena.

E será que Vera Marques já se deparou com situações de depressão pós-parto? "Sim!" E terá chegado a alguma conclusão? "O objetivo deste trabalho é conseguir obter resultados com base científica e não empírica. Mas a impressão que tenho é que a maior parte dos casos terá na sua origem uma sobrecarga de tarefas e pouco suporte familiar."

Vera Marques: "A impressão que tenho é que a sobrecarga de tarefas e o pouco suporte familiar estão na origem de muitas depressões pós-parto."

Natural de Braga, onde nasceu há 42 anos, a nossa interlocutora confessa que "desde pequenina que queria ser parteira, influenciada pela minha ama, que era uma senhora que fazia os partos da freguesia". Daí o curso de Enfermagem, feito em Bragança e que lhe deu o título em 2007. Ficaria durante os 10 anos seguintes ligada ao Centro de Saúde de Barcelos, primeiro numa UCSP e depois numa USF.



2017 foi o ano em que, logo em janeiro, integrou a USF do Minho e depois, mais tarde, concluiu a especialidade e o mestrado na área de Saúde Comunitária, sendo também especialista em Saúde Familiar por certificação de competências.

O "bichinho da investigação" adquiriu-o com a realização do estudo que então fez, já nesta USF, e que deu origem à sua tese de mestrado. Quis perceber até que ponto a literacia em saúde da mãe terá influência na situação de obesidade do filho, envolvendo no projeto 135 crianças com 5 anos. O resultado foi claro: "Influencia fortemente!"

As últimas palavras de Vera Marques, que é casada com um enfermeiro que há uns 4 anos trocou os Cuidados Intensivos do São João por uma USF também em Braga, são para confirmar o seguinte: "Esta Unidade funciona muito bem, é extremamente organizada e é um prazer trabalhar cá!"

Ricardo Jorge Silva, médico de família: "Existe aqui uma flexibilidade na gestão das tarefas que permite ir além da medicina"

Ricardo Jorge Silva, que é, na ULS de Braga, um dos seis delegados do Sindicato dos Médicos do Norte, da Federação Nacional dos Médicos (FNAM), dos quais dois representam os CSP, não hesita em comentar:



Ricardo Jorge Silva

"Uma das coisas positivas na USF do Minho é o facto de existir uma flexibilidade na gestão das tarefas que vão para além da medicina, o que nos permite fazer rearranjos nos horários, ajustes de agendas, de forma a permitir a atividade sindical, académica ou artística."

No decorrer da conversa com a *Just News*, não deixa de lembrar

(Continua na pág. 22)

ANDREIA MONTEIRO SILVA, ENFERMEIRA DE FAMÍLIA:

"Propus que a USF entrasse no projeto-piloto do Armazém Avançado em Farmácia"

A Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian já tinha sido incorporada na Universidade do Minho quando Andreia Monteiro Silva, 41 anos, terminou o seu curso, em 2007. E começou logo a trabalhar na área que queria, a dos CSP, no Centro de Saúde de Vieira do Minho, de onde é, aliás, natural.



Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar, tem a Competência Acrescida Avançada em Intervenção Avançada em Feridas, reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, fazendo parte da Direção da ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas.

"A área das feridas ensinou-me que a qualidade dos cuidados depende de tanto do conhecimento clínico como da forma como organizamos os recursos", garante a enfermeira, que ainda se lembra do dia exato em que começou a trabalhar na USF do Minho – 22 de agosto de 2017.

Para além da atividade assistencial, Andreia Monteiro Silva é responsável pela gestão do armazém de material clínico. "É um trabalho pouco visível para o utente", reconhece, "mas garante que a equipa tem os materiais certos, no momento certo e na quantidade certa". Para além de que "um armazém bem organizado reduz o desperdício, evita ruturas de *stock*, controla prazos de validade e liberta tempo para o que interessa: cuidar das pessoas".

Com a criação da ULS de Braga, em janeiro de 2024, mudou o sistema utilizado na área da Farmácia e Logística, passando do Iberia para o Glintt. Mais tarde, conta, "propus que a USF entrasse no projeto-piloto do Armazém Avançado em Farmácia. Hoje, a farmácia é gerida pelo Glintt e a logística por RFID, o que dá mais rastreabilidade e uma reposição muito mais eficiente".

O RFID (*radio-frequency identification*) é uma tecnologia de identificação por radiofrequência: cada caixa ou produto tem uma etiqueta que emite um sinal captado por um leitor, sem contacto nem leitura manual de código de barras. E qual é a vantagem? "Permite saber, em tempo real, o que está em *stock*, onde está e quando atinge o nível mínimo, disparando a reposição automaticamente."

"Estamos também a reorganizar o espaço fisicamente, com um sistema de gestão visual simples, onde qualquer profissional encontra rapidamente o que precisa. Reutilizamos caixas de supermercado para substituir as caixas de cartão dispersas, uma solução barata e sustentável", salienta Andreia Monteiro Silva, prosseguindo:

"Este cuidado com os recursos vai ao encontro do próprio compromisso ambiental da ULS de Braga, que tem Certificação Ambiental ISO 14001 e já foi avaliada pela ADENE em economia circular. Reduzir desperdício de material e evitar validades perdidas não é só uma questão de organização, é também sustentabilidade na prática."

Com uma intervenção inspirada no *lean healthcare* e na filosofia *kaizen* – melhoria contínua através de pequenas mudanças –, "não são precisos grandes investimentos, reorganizar uma prateleira ou tornar um consumível mais visível já traz ganhos reais de eficiência", diz a enfermeira. E explica que se aplica igualmente a normalização de processos, os níveis mínimos e máximos de *stock* e o princípio FEFO (*first expire, first out*) na rotação dos materiais.

"Se o material não estiver disponível ou for difícil de encontrar isso já afeta o cuidado prestado", afirma Andreia Monteiro Silva.

"Vejo esta organização como uma extensão dos cuidados: podemos ter o melhor conhecimento científico, mas se o material não estiver disponível ou for difícil de encontrar isso já afeta o cuidado prestado. A qualidade começa antes de chegarmos ao utente", frisa.

"A inovação em saúde não vem só da tecnologia ou de grandes projetos, vem também de equipas que olham para o seu dia-a-dia e implementam soluções simples", assegura, admitindo ser exatamente isso que torna o projeto inovador:

"Não utilizamos tecnologia dispendiosa nem uma grande obra, usamos caixas de supermercado, reutilizamos prateleiras, recorremos a etiquetas e a bom senso. Aqui, a inovação não está no investimento, está em olhar para um problema do dia-a-dia e resolvê-lo de forma prática, replicável e sustentável", garante.

"No fundo, o objetivo é ter um armazém funcional e intuitivo, que apoie a equipa e liberte mais tempo para os utentes. Porque um armazém bem gerido não é só um espaço de arrumação, significa qualidade, segurança e cuidado", conclui Andreia Monteiro Silva.

PEDRO FONTE, MÉDICO DE FAMÍLIA:

"Na escolha do inalador, começamos por avaliar se o dispositivo é adequado à pessoa"

Pedro Fonte obteve o título de especialista em MGF na sequência do exame final de internato realizado em março de 2014. Após uma brevíssima passagem de alguns dias por uma outra unidade, seguiu diretamente para a então UCSP do Minho, cujo início oficial de atividade como USF aconteceria a 13 de outubro do mesmo ano.

A Unidade iniciou atividade com seis médicos. Três deles, que já integravam o ACES de Braga, trouxeram consigo as respetivas listas de utentes. Os restantes, entre os quais Pedro Fonte, começaram a constituir as suas listas sobretudo com pessoas que até então não tinham médico de família. É por isso que, recuando a essa altura, descreve a sua lista como "um conjunto de retalhos". E mais:

"Em consequência disso mesmo, eram pessoas que, de uma forma geral, não tinham um seguimento regular, nem sequer diagnósticos, nalguns casos, até começarem a ser aqui trabalhadas por mim. Mesmo as que recorriam a algum subsistema de saúde mostravam ter um acompanhamento irregular."

Pedro Fonte: "Tenho uma lista em envelhecimento, com muitos utentes na casa dos 40 e 50 anos."

Com certeza também por esse motivo, a pirâmide etária da sua lista "engrossa bastante no centro", significando isso que tem "muitos utentes na casa dos 40 e 50 anos". Daí que Pedro Fonte se refira a ela como "uma lista em envelhecimento, mas ainda com uma percentagem relativamente significativa de pessoas mais novas".

"Esta distribuição etária reflete-se nas doenças que acompanho. À medida que a lista envelhece, é expectável que aumente o número de pessoas com hipertensão, diabetes ou DPOC. No caso da asma, a relação com a idade não é tão marcada", comenta.

A USF do Minho dispõe de um procedimento estruturado para a Consulta de Doenças Respiratórias, nomeadamente para o acompanhamento de doentes com DPOC. Pedro Fonte considera que esta organização, embora desejável, ainda não é uma prática generalizada nos cuidados de saúde primários.

E, no âmbito dessa Consulta, como funcionam, por exemplo, os ensinos no que diz respeito à utilização de inaladores?



"Na escolha do inalador, procuramos avaliar se o dispositivo é adequado à pessoa, tendo em conta, por exemplo, a sua capacidade inalatória. Ensinamos depois a técnica inalatória e verificamos se o consegue utilizar corretamente", responde, acrescentando:

"Vamos fazendo a nossa Consulta de Doenças Respiratórias com a frequência adaptada a cada doente e procurando, com alguma regularidade, ir revendo a técnica inalatória."

As patologias do foro respiratório não são assunto nada estranho para Pedro Fonte, antes pelo contrário. Desde logo porque a relação com o GRESP – Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF – iniciou-se ainda durante o internato da especialidade, tendo-se intensificado bastante a partir de 2014.

Começou a participar em ações formativas, a envolver-se na produção de documentos e chegando, a certa altura, a coordenar os grupos de trabalho de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e de Provas Funcionais Respiratórias. Posteriormente, em 2021, integrou a Comissão Coordenadora. Finalmente, em abril deste ano, foi anunciado como novo coordenador do GRESP, o 5.º na história deste Grupo fundado em novembro de 2005, sucedendo no cargo a Cláudia Vicente.

Tendo nascido em Guimarães há 42 anos, formou-se na Escola de Medicina da Universidade do Minho, instituição onde é, aliás, desde 2012, assistente convidado. Em 2009 fez o internato do Ano Comum na sua cidade-natal, onde realizou também o internato de MGF, na USF Ponte.

Relativamente à sua ligação ao International Primary Care Respiratory Group (IPCRG), promovida por Jaime Correia de Sousa, que já foi seu presidente, faz parte do projeto *COPD Right Care* desde a sua criação, em 2021, integrando a respetiva *Strategy Team* e coordenando o grupo português.

(Continuação da pág. 21)

que "a Entidade Reguladora da Saúde já reconheceu, há uns anos, que uma USF modelo B gera riqueza pela qualidade dos cuidados que presta. Ora, isso só se consegue fazer tendo equipas motivadas e 'bem' remuneradas, mas também protegidas, pois, se alguém entrar em *burnout* deixa simplesmente de prestar cuidados".

"O trabalho sindical vai muito nesse sentido, isto é, em lutar por condições de trabalho e remuneração adequadas, conseguindo fazer-se uma gestão equilibrada entre o tempo dedicado à profissão e o reservado à família e ao lazer para podermos prestar os melhores cuidados", afirma, prosseguindo:

"Infelizmente, o que se verifica é a saída dos colegas do SNS, um crescente número de utentes sem médico de família e mais complicações a ocorrerem, porque o atendimento à população não está a ser tão bom quanto se queria que fosse. Felizmente, na USF do Minho, com espírito de equipa e entreajuda, vamos conseguindo manter a bitola."

Ricardo Jorge Silva, 43 anos, admite que podia ser hoje psicólogo, ter-se dedicado às Matemáticas Aplicadas, ou poderia mesmo ter optado pela Enologia, até porque o seu avô produzia vinho, mas não foi nada disso que aconteceu. Natural de Arcos de Valdevez, uns 60 Km a norte de Braga, optou por Medicina, curso que iniciou em 2002, na FMUL, e no final do qual já tinha a decisão tomada: ser médico de família, até porque "mesmo a Medicina Interna não vê crianças, nem grávidas, não faz saúde da mulher..."





Deixou Lisboa para cumprir os dois internatos em Braga, tendo escolhido a USF de Gualtar para se especializar em MGF, tendo como sua orientadora Margarida Lima. Médica, exemplo em comportamentos e posturas, que lhe "abriu as portas" de alguns projetos da Universidade do Minho e o influenciou a dedicar-se ao sindicalismo.

Tornando-se especialista no início de 2014, teve uma passagem de 6 meses pelo Centro de Saúde de Vieira do Minho, mas já estava programada a sua admissão na equipa da USF do Minho, o que aconteceu dias depois do início oficial de atividade desta, a 13 de outubro.

Ricardo Jorge Silva: "Devemos investir na promoção da literacia em dor junto da MGF em geral."

Embora esteja ligado à criação do Grupo de Estudos de Dor da APMGF, e apesar de admitir ser uma área pela qual tem "um interesse particular", Ricardo Jorge Silva diz não colocar a hipótese de vir um dia a propor a criação de uma Consulta de Dor. A razão é simples:

"No meu entender, devemos investir na promoção da literacia em dor junto da MGF em geral, para termos mais facilidade no manejo das situações e, dessa forma, conseguirmos orientar melhor os doentes nos CSP. As consultas de dor seriam o passo seguinte, para a aplicação das técnicas e dos tratamentos que necessitam de ajustes que não se coadunam com a ocupada agenda do médico de família."

"A dor é merecedora do tipo de atenção mais diferenciada que têm outras doenças crónicas, como a diabetes ou a hipertensão, porque, de facto, atinge muita gente e é causa de uma grande perda de qualidade de vida e de–absentismo laboral significativo", frisa.



Ângela Files Pinto, interna do 4.º ano de MGF: "Nesta USF, ganhamos experiência clínica relevante no contacto com os utentes que é muito importante para nós"

Natural de Felgueiras, Ângela Files Pinto, 29 anos, concluiu o curso de Medicina, que fez em Braga, no ano de 2021. O internato do Ano Comum seria cumprido em Guimarães, reconhecendo que o estágio feito numa USF de Fafe a ajudou a ter a certeza de que queria mesmo ser médica de família. O que se virá certamente a concretizar em março de 2027, depois de realizado o exame final.



Admite ter acabado por desenvolver, nestes últimos anos, um gosto especial pela área da Geriatria, mas terão sido "algumas lacunas" que sentiu no contacto com utentes de mais idade que a levaram a fazer uma pós-graduação na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em 2024. A sua ligação ao Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF não demorou a acontecer, tendo vindo a participar em algumas das suas atividades.

"Para mim, o mais importante foi mesmo conseguir gerir melhor essas consultas, que são sempre mais desafiantes, por envolverem doentes com várias patologias e polimedicados. Os 20 minutos estabelecidos são muitas vezes insuficientes para uma abordagem adequada a estes utentes idosos", afirma Ângela Files Pinto.

"Tive muita sorte com o meu orientador de formação!", considera Ângela Files Pinto.

Fazendo um rápido balanço destes últimos quatro anos passados na USF do Minho, a médica interna destaca o que a marcou mais:

"Em primeiro lugar colocaria o meu orientador de formação, o Dr. José Rui Caetano, que não conhecia antes de vir para cá. Tive muita sorte! A seguir, tenho que salientar o espírito de equipa que aqui vim encontrar, tal como a relação criada com os próprios utentes. E finalmente destaco as boas instalações!"

"Uma das coisas que comentamos com colegas de outras unidades é precisamente a escassez de gabinetes, impedindo-os de fazer consulta autónoma logo no 1.º ano, mas também, nalguns casos, mesmo no 4.º ano. Ora, tendo nós que realizar pelo menos 1500 consultas no último ano do internato, há quem, por falta de condições, tenha maior dificuldade em atingir esse objetivo", lamenta, concluindo:

"A USF do Minho permite-nos terminar o internato com experiência clínica relevante no contacto com os utentes em contexto de consulta que é muito importante para nós."

Diana Falcão, interna do 4.º ano de MGF: "Faço um balanço positivo, encontrei o meu caminho na MGF"

O percurso formativo de Diana Falcão, 37 anos, teve uma fase menos linear, mas o final do seu internato de MGF aproxima-se a passos largos. Antes do próximo Natal já será especialista em Medicina Geral e Familiar. Mas vejamos, rapidamente, qual o caminho que percorreu desde que saiu de Barcelos, de onde é natural, para ir estudar… Engenharia Biomédica, em Coimbra.

Diz que foi "uma tentativa honesta", mas acabou por concluir que não devia prosseguir para além do 1.º ano, "porque era mais Física e menos Biologia...". Acabou então por mudar para Medicina, curso que fez na FMUC e que terminou em 2015.



Uma vez feito o internato do Ano Comum, em Santarém, optou por Medicina Interna, cuja formação foi fazer no Hospital de Vila Franca de Xira. No entanto, no final do 3.º ano do internato, resolveu que deveria dar outro rumo à sua vida. E é assim que, em janeiro de 2022, inicia o internato de MGF na USF do Minho. "Não a conhecia, mas procurei informar-me e acabei por colocá-la nos primeiros lugares da minha lista de prioridades", recorda.

"Faço um balanço bastante positivo da minha passagem por esta Unidade. Dou-me bem com o meu orientador, o Dr. Ricardo Jorge Silva, e sempre me senti apoiada por ele. Para além disso, a formação dos internos é organizada e as nossas reuniões mensais também ajudam a que se potencie a elaboração de trabalhos. Temos assistentes que estão envolvidos em diversos projetos, como é o caso do Dr. Pedro Fonte, relativamente ao GRESP e à Escola de Medicina da Universidade de Braga", salienta, acrescentando:

"Há pessoas muito ativas e com espírito crítico, que ajudam muito quem está a fazer o internato."

Entretanto, graças à influência do seu orientador, que tem uma ligação especial à área da dor, Diana Falcão confessa: "Aprendi a gostar da dor!" Aliás, faz parte, desde 2022, do Grupo de Estudos da Dor da APMGF. Tem uma pós-graduação em Avaliação do Dano Pós-Traumático pela FMUP.

Diana Falcão: "Encontrar a MGF foi mais do que uma escolha."

Em jeito de conclusão, diz que "encontrar a MGF foi, mais do que uma escolha, reconhecer uma forma de exercer medicina que se harmoniza com os meus valores, com a importância que atribuo à relação humana e com a vontade de cuidar da pessoa para além da doença".

Quanto à abrangência da especialidade, "foi simultaneamente fonte de motivação e de inquietação", até porque "ser médico de família exige um conhecimento transversal, capacidade de adaptação e disponibilidade para lidar diariamente com a incerteza". E mais: "Implica acompanhar as diferentes fases da vida, interpretar sintomas ainda pouco definidos, gerir multimorbilidade e integrar as dimensões física, psicológica, familiar e social da pessoa."

Tânia Correia, secretária clínica: "Nós temos muita acessibilidade à consulta aberta"

Bem se pode concluir que o primeiro trabalho de Tânia Correia que mais se aproximou da área da Saúde foi a de técnica auxiliar no Instituto Nacional de Medicina Legal, mais precisamente no Gabinete Médico-Legal e Forense do Cávado, situado na ULS de Braga.



Pouco tempo depois já desempenhava as funções de assistente operacional no Serviço de Neurocirurgia daquela unidade hospitalar, onde esteve durante 6 meses. Entretanto, concorreu a um concurso de Constituição de Reserva de Recrutamento de Assistente Técnica na ULS de Braga, sendo selecionada para a USF Pelaez Carones, substituindo um elemento que estava de baixa médica, exercendo ali funções durante um ano e meio.

Coincidindo com o regresso desse secretário clínico ao trabalho, os recursos humanos da ULS entraram novamente em contacto consigo a informar que tinha surgido uma ausência por baixa médica de uma profissional na USF do Minho, localizada no mesmo edifício. Perguntaram-lhe se estava interessada no lugar e aceitou. "Estou aqui desde fevereiro e fui muito bem recebida por toda a gente, incluindo pelos utentes, sentindo-me integrada nesta equipa", garante.

Destaca a "grande acessibilidade" que existe na marcação de consultas por parte dos utentes e acrescenta que estes não recorrem à consulta de doença aguda para mostrar o resultado de um exame que tenham feito. "Deixam-no aqui para o médico de família orientar no mesmo dia ou nos seguintes", diz.

Aliás, acrescenta que na USF do Minho "temos muita acessibilidade de consulta aberta disponível, desde as 8h às 20h, sendo que, regra geral, sobram vagas". E adianta que, quando chega o inverno, "reorganizam-se os períodos destinados às consultas de vigilância, para que haja ainda mais disponibilidade de consultas abertas, dando resposta à maior procura que então se regista".

Rita Rodrigues, secretária clínica: "Está sempre alguém do Secretariado ao telefone a retribuir as chamadas e a orientar os *e-mails* recebidos"

Foi em 2019 que Rita Rodrigues, 34 anos, concorreu através do PREVPAP (Programa de Regularização Extraordinária de Vínculos Precários na Função Pública), integrando os quadros como assistente operacional no então ACES de Braga. Esteve apenas um mês nessas funções, pois, sugeriram-lhe que, com as habilitações que tinha, podia progredir para a carreira de assistente técnica. Obviamente, aceitou a oportunidade e foi colocada em "estágio" numa USF a assimilar as funções dessa categoria.

Faz parte da equipa da USF do Minho desde maio de 2022, que já conhecia por ali ter estado anteriormente, como assistente operacional, a substituir uma profissional que estava em período de férias. "Na altura, gostei logo da equipa e do ambiente que proporcionava", recorda.

Quanto ao funcionamento do Secretariado Clínico, esclarece: "Se estivermos os cinco elementos ao serviço, três ficam no turno da manhã, por ser mais exigente, e dois no da tarde. Normalmente, está um colega no balcão e dois no *back-office*, mas um destes avança para o *front-office* se houver mais afluência de utentes." Entretanto, "está sempre alguém do secretariado clínico ao telefone a retribuir todas as chamadas e a orientar os *e-mails* recebidos, fazendo isso parte do nosso compromisso para com os utentes".



Outra das tarefas importantes do Secretariado é o planeamento dos transportes de doentes não urgentes, cabendo à ULS de Braga a atribuição desses mesmos serviços às entidades transportadoras

Desde janeiro de 2025 que existe uma nova função que é da responsabilidade da USF, a distribuição dos *produtos* de apoio para absorção de urina e fezes *(fraldas)*: "Os utentes com insuficiência económica e uma incapacidade superior a 60% tem acesso a fraldas gratuitas. Somos nós que fazemos o pedido, a receção do material e a entrega."





FICHA TÉCNICA USF DO MINHO

DATAS
UCSP do Minho: início a 07/04/2014
USF Modelo A: desde 13/10/2014
USF Modelo B: desde 01/01/2022

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (SETEMBRO 2026)

Utentes inscritos: 12.031 (15.144 UP)
Idosos: 2276 (Índice depend.: 28,19%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1681 (Índice depend.: 20,82%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 3292

ATIVIDADE (JAN-DEZ 2025)

Consultas médicas
Presenciais: 25.083
Não presenciais: 20.752
Domicílios: 192

Consultas de enfermagem
Presenciais: 17.227
Não presenciais: 1520
Domicílios: 1077

PROFISSIONAIS (SETEMBRO 2026)

Médicos: 7
Nomes:
Francisco Fachado
Helena Machado
José Rui Caetano
Pedro Fonte
Ricardo Jorge Silva
Sandra Oliveira
Teresa Tomaz
Enfermeiros: 7
Nomes:
Ana Helena Pinto
Ana Paula Caldas
Ana Paula Ferreira
Andreia Silva
Catarina Costa
Helena Pereira
Vera Marques
Secretários clínicos: 5
Nomes:
Carolina Santos
Gracinda Barbosa
Ilda Pereira
José Manuel Santos
Rita Rodrigues

CONSELHO TÉCNICO (SETEMBRO 2026)

Ana Paula Caldas
José Manuel dos Santos
Teresa Tomaz

Nome: Mais do que uma designação geográfica, a USF do Minho é um compromisso vivo com a nossa identidade. Braga e o Minho formam uma simbiose perfeita: Braga é o coração urbano e a energia que dinamiza a região, enquanto o Minho fornece a alma e o calor humano inconfundível. Juntos, unem a tradição secular de uma terra rica em cultura à vitalidade de uma cidade que olha sempre em frente para cuidar de perto da sua gente.

Logótipo: O logótipo da USF do Minho traduz visualmente esta simbiose ao evocar o tradicional coração minhoto como símbolo secular da sua identidade cultural, fundindo a alma da região com a vibrante energia urbana da cidade de Braga num círculo de acolhimento, confiança e proximidade que norteia a nossa prestação de cuidados de saúde centrada no utente.

justNews

ANUNCIOU ANTÓNIO MARTINS BAPTISTA NA SESSÃO DE ABERTURA DAS JORNADAS ORGANIZADAS PELO SERVIÇO QUE DIRIGE

Serviço de Medicina Interna da ULS de Santa Maria prepara-se para abrir Hospital de Dia e Unidade de AVC

ANTÓNIO MARTINS BAPTISTA, DIRETOR DO SERVIÇO DE MI DA ULSSM, DISSE ESTAR PARA BREVE A ABERTURA DO HOSPITAL DE DIA E TAMBÉM DE UMA UNIDADE DE AVC. O ANÚNCIO FOI FEITO NA SESSÃO DE ABERTURA DAS JORNADAS DE MEDICINA INTERNA DAQUELA ULS, JOMI'26. A CRIAÇÃO DE UMA CONSULTA DE ALTA RESOLUÇÃO DE MI É TAMBÉM UM OBJETIVO, COM CAPACIDADE PARA AVALIAR RAPIDAMENTE DOENTES COMPLEXOS. ENTRETANTO, O PRESIDENTE DA SPMI, LUÍS DUARTE COSTA, HAVERIA DE SE REFERIR ÀQUELE QUE CONSIDERA SER O MAIOR PROBLEMA ESTRUTURAL DO SNS, "O DESENCONTRO ENTRE A FORMA COMO ORGANIZAMOS OS CUIDADOS E A FORMA COMO AS PESSOAS HOJE ADOECEM". O EVENTO DECORREU DIAS 17 E 18 DE SETEMBRO, NO GRANDE AUDITÓRIO DA FMUL.





António Martins Baptista, Anabela Oliveira, Lígia Peixoto (secretária-geral) e Milton Camacho (presidente da Comissão de Orçamento)

"Alguém tem de ser capaz de integrar a complexidade do doente, definir prioridades, coordenar decisões e acompanhá-lo ao longo de todo o seu percurso", sublinhou o diretor do Serviço de MI da ULSSM.

"Está próxima a abertura do nosso Hospital de Dia, que permitirá desenvolver modelos assistenciais alternativos ao internamento convencional, tratar e investigar doentes de forma programada, evitar internamentos desnecessários e assegurar uma maior continuidade de cuidados", afirmou o presidente das Jornadas que o Serviço de Medicina Interna da ULS de Santa Maria organizou pelo 3.º ano consecutivo.

Mas António Martins Baptista fez questão de acrescentar que também está para breve a inauguração de uma Unidade de AVC no Serviço que dirige desde setembro de 2023. "Vai reforçar a nossa capacidade de resposta a uma das patologias mais relevantes em medicina aguda, permitindo integrar ainda melhor o diagnóstico, o tratamento, a monitorização e a reabilitação precoce destes doentes", disse.

E quis deixar claro que "são partes de um mesmo projeto, o de construir um Serviço de MI moderno, completo e capaz de acompanhar os doentes nos diferentes níveis de complexidade e gravidade da doença".



António Martins Baptista

Na sessão de abertura, para além da presidente executiva das 3.as Jornadas, Anabela Oliveira, intervieram João Eurico da Fonseca, diretor da FMUL; Ana Isabel Lopes, diretora clínica para a área hospitalar da ULSSM, também em representação do presidente do CA, Carlos das Neves Martins; e ainda a enfermeira diretora, Carla Martins Ribeiro; o presidente da APMGF, Nuno Jacinto; e o presidente da SPMI, Luís Duarte Costa.

O momento musical, a finalizar, foi assegurado pelo Quartet'Utópico, formado por Tomás Robalo Nunes, infeciologista na ULS de Almada-Seixal, Leonor Simões, que está a terminar o internato médico de Formação Geral, Mariana Rosado, da Faculdade de Letras, e Madalena Couto, interna de Neurologia na ULS de São José.



António Martins Baptista, Luís Duarte Costa, João Eurico Fonseca, Ana Isabel Lopes, Carla Martins Ribeiro e Anabela Oliveira

Luís Duarte Costa: "Goste-se ou não, somos indispensáveis!"

Na sua intervenção, Luís Duarte Costa, atual presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, aproveitou para lembrar que a MI é, de todas as especialidades médicas do adulto, "a única cujo objeto não é um órgão, nem uma doença, nem um procedimento, é o doente inteiro".

"É a característica que nos torna, goste-se ou não, indispensáveis!", frisou, justificando: "Porque o doente que temos à nossa frente, cada vez mais, não tem uma doença, tem seis! Não tem 40 anos, tem 85! Não precisa de um gesto técnico, precisa de alguém que olhe para o conjunto e decida o que é prioritário, o que pode esperar e o que o pode matar primeiro."

O presidente da SPMI não poupou nas palavras: "O problema é que o hospital à volta deste doente permanece organizado como se ele não existisse. Continuamos organizados por órgão, por especialidade, por procedimento, como se o doente típico de 2026 fosse ainda o doente de uma só doença, tratável num único serviço, por um único especialista. Não é! E este desencontro entre a forma como organizamos os cuidados e a forma como as pessoas hoje adoecem é, para mim, o maior problema estrutural do SNS."

No seu entender, esse problema resolve-se "reformando a organização hospitalar à volta do doente complexo e multimórbido", mas também "mudando a forma como pagamos o trabalho hospitalar, porque um sistema que financia sobretudo o procedimento penaliza estruturalmente quem trata a complexidade, quem passa horas a decidir sobre seis diagnósticos em vez de executar um gesto técnico".



Luís Duarte Costa

Luís Duarte Costa lembrou que a SPMI e o Colégio da Especialidade de MI estão empenhados "em propor modelos de reorganização, certificação e financiamento que reconheçam o valor do trabalho cognitivo e da gestão da complexidade, e não apenas o volume de atos".

"O doente que temos à nossa frente, cada vez mais, não tem uma doença, tem seis! Não tem 40 anos, tem 85! Não precisa de um gesto técnico, precisa de alguém que olhe para o conjunto e decida o que é prioritário, o que pode esperar e o que o pode matar primeiro", afirmou o presidente da SPMI.



Ana Tornada (presidente da CO) com Anabela Oliveira



Luís Duarte Costa, António Martins Baptista e Nuno Jacinto

António Martins Baptista: "O doente real não vem dividido por órgãos!"

António Martins Baptista, que discursara antes do presidente da SPMI, já tinha deixado explícito que "o doente real não vem dividido por órgãos", ou seja, "não chega ao hospital com uma insuficiência cardíaca isolada, uma pneumonia isolada, uma doença renal isolada, uma diabetes isolada, chega-nos muitas vezes com todas elas ao mesmo tempo".

"Alguém tem de ser capaz de integrar essa complexidade, definir prioridades, coordenar decisões e acompanhar o doente ao longo de todo o seu percurso. Esse alguém é o internista!", afirmou.





"Olhar para o doente como um todo" é precisamente – comentou – "uma das maiores forças da MI". A esse propósito, não deixou de se referir a um terceiro projeto que o seu Serviço está empenhado em concretizar: a criação de uma Consulta de Alta Resolução de Medicina Interna.

"Trata-se de uma consulta capaz de avaliar rapidamente doentes complexos, organizar num período curto a investigação diagnóstica necessária e evitar aquilo que tantas vezes acontece no sistema de saúde: doentes que recorrem sucessivamente a várias consultas, exames e serviços, até conseguirem uma resposta integrada para o seu problema", explicou.

Recordando a recente abertura, no início de 2026, da Unidade de Cuidados Intermédios, disse que veio "completar uma dimensão assistencial que era fundamental para um Serviço de MI de um hospital universitário e que era igualmente indispensável para podermos assegurar a nossa idoneidade formativa total".

"A MI trata cada vez mais doentes complexos, frequentemente idosos, multimórbidos, com descompensações simultâneas de várias patologias e com graus muito diferentes de gravidade. Entre a enfermaria convencional e os cuidados intensivos, existe agora um espaço assistencial essencial", salientou António Martins Baptista.

E, pelos vistos, o Serviço de MI da ULS de Santa Maria estará a tornar-se mais atrativo: "Abrimos recentemente concurso para dez vagas de especialistas e concorreram 14. Num momento em que tantos serviços têm dificuldade em atrair médicos, este é um sinal que devemos valorizar."





CONFERÊNCIA DECORREU NA TORRE DO TOMBO E MOBILIZOU MAIS DE UMA CENTENA DE PARTICIPANTES

Nutricionistas debateram em Lisboa o presente e o futuro da profissão

"DEBATES QUE ALIMENTAM O FUTURO DA NUTRIÇÃO" FOI O NOME DADO À CONFERÊNCIA QUE JUNTOU RECENTEMENTE EM LISBOA UM NÚMERO SIGNIFICATIVO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA. A NUTRIÇÃO COMO MOTOR DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO E SUSTENTÁVEL E O PAPEL DOS NUTRICIONISTAS NA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS FORAM OS DOIS TEMAS CENTRAIS DO EVENTO, ORIGINANDO UM DEBATE CUJO RESUMO SE APRESENTA NAS PÁGINAS SEGUINTES.



O Auditório da Torre do Tombo, em Lisboa, acolheu, no passado dia 15 de abril, no âmbito de uma Conferência de Nutricionistas, mais de uma centena de participantes, incluindo diretores de serviços de Nutrição dos setores público e privado, diretores de licenciaturas de Ciências da Nutrição e Nutrição e Dietética, jovens e seniores empreendedores, membros estagiários da Ordem dos Nutricionistas e estudantes.

As palavras de abertura estiveram a cargo de João Gouveia Martins, nutricionista no Hospital Ortopédico de Sant'Ana, que falou em representação da Comissão Organizadora da Conferência, justificando assim a sua realização:

"Este evento surge quando colegas de gerações, áreas de atuação e zonas geográficas diferentes começaram a constituir um grupo com a finalidade de promover um encontro que envolvesse o debate efetivo de assuntos pertinentes e urgentes para os nutricionistas. Uma Comissão com colegas de idades, linhas de pensamento, origens, carreiras, estilos e trajetos académicos diferentes, mas com uma preocupação comum, a sua profissão."

João Gouveia Martins: "Delineámos duas mesas com temas importantes e urgentes, e acreditamos que são mesmo questões estratégicas para o nosso presente e futuro."



Comissão Organizadora: João Gouveia Martins, Catarina Rosa Domingues, Catarina Trindade, Maria do Carmo Sequeira, Paulo Niza, Ana Rachid, Ana Brito Costa e Ana Helena Pinto



João Gouveia Martins

"Delineámos duas mesas com temas importantes e urgentes, e acreditamos que são mesmo questões estratégicas para o nosso presente e futuro: a Nutrição como motor de desenvolvimento económico e sustentável e o papel dos nutricionistas na reforma do Sistema de Saúde português", explicou João Gouveia Martins, que enumerou algumas das questões que nas horas seguintes iriam estar a ser debatidas:

De que forma podemos articular as universidades, as empresas e o Estado para otimizar a formação e integração dos nutricionistas em áreas cruciais para o desenvolvimento económico e dos sistemas de saúde? Qual pode ser o papel do nutricionista para a inovação, a qualidade e a competitividade das nossas empresas e perante eventuais transformações e reformas? Como podemos pensar ou repensar os modelos de gestão da nutrição nos sistemas de saúde atuais ou futuros? Como é que os nutricionistas dos setores público, privado e social podem articular entre si para dar resposta aos cuidados de saúde dos portugueses?

MESA "NUTRIÇÃO COMO MOTOR DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO E SUSTENTÁVEL"

Moderadores
- **Ana Helena Pinto,** fundadora da Nutrition for Happiness
- **Paulo Niza,** diretor delegado e coordenador do Serviço de Dietética e Nutrição da Santa Casa da Misericórdia de Lagos

Convidados
- **Catarina Sousa Guerreiro,** coordenadora da licenciatura em Ciências da Nutrição da FMUL
- **Helena Real,** secretária-geral da Associação Portuguesa de Nutrição e Docente no IUCS-CESPU
- **Sílvia Cunha,** diretora do Dep. Municipal de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida e Juventude na CM do Porto

► De que forma o nutricionista pode contribuir para a coesão territorial, nomeadamente para o desenvolvimento local e regional?

► Como pode a nutrição ser integrada nas políticas de desenvolvimento rural, inovação e sustentabilidade?

► Atendendo ao potencial do setor primário, de que forma podem articular as universidades, as empresas e o Governo para otimizar a formação e integração dos nutricionistas nesta área?

"O grande papel do nutricionista ao nível territorial, ao nível local e ao nível da coesão dos territórios é similar ao de um tradutor. O nutricionista com visão estratégica, altamente diferenciado e com conhecimentos muito robustos na área da nutrição e alimentação vai ser um elemento-chave na tradução do que é a ciência e no uso do conhecimento científico para o funcionamento do território. Isto na perspetiva da ligação que faz entre os produtores, as empresas e as instituições no território que têm um trabalho diário muito importante junto da população, entre as quais as escolas, as IPSSs e as instituições de investigação", afirmou Sílvia Cunha, para quem "o nutricionista vai simplificar um conjunto de processos para a tomada de decisão".

Na opinião de Helena Real, "podemos pensar em proximidade no território quando um nutricionista está a realizar nutrição clínica no seu consultório, por via do que faz no dia-a-dia, na sua prescrição alimentar pensando nos alimentos mais sustentáveis". E acrescentou:

"Temos que ser agregadores, ao nível de perceber os produtores, o transformador, o distribuidor e o prescritor, sendo que podemos ser uma peça fundamental nesta dinâmica do sistema alimentar. Podemos posicionar-nos nas transições do sistema alimentar, através de autarquias e comunidades, para sistemas mais sustentáveis, como agente agregador e de mudança."

Para Catarina Sousa Guerreiro, "a Academia tem um papel importante ao nível da formação, e se há alguns anos ela era mais direcionada para determinadas áreas, nomeadamente a área clínica, atualmente existe o cuidado em desenvolver uma oferta formativa que permita aos estudantes poderem integrar estruturas e garantir uma maior ligação ao nível local".

Referindo-se ao ensino pré-graduado, "exige-se que haja estratégias e competências desenvolvidas em termos de comunicação e de gestão de projetos, ou seja, em áreas que permitam ao nutricionista trazer valor ao raciocínio mais global". Quanto ao ensino pós-graduado "tem que ganhar maior relevo, tendo margem para crescimento a nível nacional".

► Qual pode ser o papel estratégico do nutricionista na gestão do desperdício como ferramenta de eficiência económica e ambiental?

► Qual o papel do nutricionista para a inovação, qualidade e competitividade das empresas?

► Como pode Portugal posicionar-se internacionalmente através da ciência e inovação em nutrição? Que papel podem ter os nutricionistas na exportação de conhecimento, tecnologia e modelos alimentares sustentáveis?

Catarina Sousa Guerreiro admitiu que, quanto a esta temática, "a Academia tem muito por fazer, embora tenha percorrido já algum caminho". E exemplificou com o esforço que os responsáveis da licenciatura em Ciências da Nutrição da FMUL **têm feito para** que, no primeiro ano, os estudantes acompanhem diferentes contextos em que os nutricionistas desenvolvem a sua atividade.



Catarina Sousa Guerreiro, Helena Real, Sílvia Cunha, Ana Helena Pinto e Paulo Niza

Relativamente ao setor empresarial, "nas suas diferentes versões, nomeadamente na área do desenvolvimento do produto, é suposto na Academia o licenciado ter competências em sustentabilidade, gestão, economia e marketing que lhe permita dialogar com os diferentes elementos no setor empresarial, para que falem a mesma linguagem".

"Temos sentido o interesse gigante da comunidade pela área do desenvolvimento do produto, nomeadamente a indústria, que tem vindo à Academia procurar o *know-how* tendo por base a evidência científica de como posso trazer para o mercado um produto de confiança atendendo ao seu potencial, sendo o nutricionista virado para a investigação procurado por esse setor", confirmou, sublinhando que "ainda não estamos capacitados na formação pré-graduada, pelo que a formação pós-graduada terá o seu papel".

"O desperdício tem uma ligação muito forte com a sustentabilidade alimentar. Aliás, há estudos que mostram que se conseguíssemos mitigar grande parte do desperdício alimentar muitos dos problemas relacionados com as alterações climáticas seriam resolvidos", considerou Helena Real.

Por exemplo, na área clínica, "é importante olharmos para a prescrição alimentar e ver como conseguimos reduzir o desperdício alimentar através de mensagens e estratégias que trabalhamos com os nossos clientes", salientando que ele "acontece essencialmente na área da produção primária e ao nível do consumidor". A nível das empresas, "podemos trabalhar nomeadamente na promoção da saúde do local de trabalho, onde ainda existe muito por fazer".

Para Sílvia Cunha, "a lógica do nutricionista como tradutor em escolhas acessíveis, culturalmente adequadas e socialmente justas mantém-se no setor empresarial, e até se torna mais intensa. O nutricionista é um ativo estratégico na empresa do ponto de vista da competitividade, seja de âmbito público ou privado".

É mesmo, no seu entender, "um fator crítico para o sucesso da empresa, o que se deve às suas competências e formação de base, o que lhe permite intervir em todos os processos, do planeamento à decisão. Isto traduz-se em poupanças reais, na melhoria dos processos e no reforço da qualidade dos serviços prestados. Mas o papel do nutricionista vai mais além desta perspetiva de eficiência económica, nomeadamente, na regulação dos produtos, como na melhoria da qualidade nutricional, na possibilidade de

(Continua na pág. 28)



(Continuação da pág. 27)

auxiliar nos processos de tornar a rotulagem mais clara e no desenvolvimento de soluções mais equilibradas e distintas".



► Atendendo à transição tecnológica, como deve ser delineada a requalificação profissional do nutricionista em domínios relevantes, tais como a inteligência artificial, digitalização e biotecnologia?

"O nutricionista nunca vai ser substituído pela tecnologia. Ela vai permitir, pelo contrário, ampliar e melhorar a prática dos nutricionistas nas suas diferentes áreas de atuação. É fundamental que se repensem os modelos de formação e a transição profissional, pois, temos que ter profissionais capacitados para lidar com a tecnologia", afirmou Sílvia Cunha, assegurando: "Os nutricionistas são os únicos profissionais que estão posicionadas para efetivamente conseguirem assegurar nos territórios a saúde das populações na área da alimentação e nutrição, sendo fundamenteis e insubstituíveis."

Catarina Sousa Guerreiro está convicta de que "vamos ter que nos adaptar àquilo que a inteligência artificial consegue fazer e nós temos que a entender e com ela saber lidar, caso contrário, vamos ser substituídos. A Academia tem um papel central na transição tecnológica, embora na área da saúde ainda estamos a perceber como lidar com a IA. Existe o interesse, a expectativa e a necessidade de desenvolver formação neste contexto".

MESA "O PAPEL DOS NUTRICIONISTAS NA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS"

Moderadores
- **Ana Brito Costa,** nutricionista da ULS de São José e docente na FMUL
- **Ana Rachid,** fundadora dos Projetos Ana Rachid – Nutrição Infantil e Nutrition In Growth Conference
- **Catarina Rosa Domingues,** nutricionista do Hospital de Cascais

Convidados
- **Andreia Ferreira,** coordenadora da Unidade de Dietética e Nutrição do Hospital Lusíadas
- **Bruno Sousa,** diretor do Serviço de Nutrição do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
- **José Camolas,** nutricionista da ULS de Santa Maria e docente na Egas Moniz School of Health & Science e na FMUL
- **Patrícia Almeida Nunes,** diretora do Serviço de Dietética e Nutrição da ULS de Santa Maria

► Atendendo à necessidade de planear e construir o futuro dos nutricionistas no sistema de saúde português, quais os dados/evidências atualmente disponíveis sobre a realidade dos modelos de gestão, organização do trabalho e monitorização da satisfação dos nutricionistas?

Começando por considerar haver "uma grande heterogeneidade em termos de gestão", Patrícia Almeida Nunes afirmou: "Sabemos efetivamente o que é melhor num determinado modelo do que noutro e a partir daí fazemos planos de ação e de melhoria. Temos alguns indicadores clínicos, nomeadamente, a prevalência da desnutrição, o tempo de internamento, a taxa de complicações e a mortalidade. Especificamente sobre a nutrição, faltam-nos mais indicadores sobre os quais possamos trabalhar."

"Quando queremos definir o número de nutricionistas para um Serviço, acho que temos que efetivamente fazer mudanças de futuro", defendeu, afirmando: "Temos que ir mais além, ou seja, desfocar do ponto central que é o número de camas para todos estes pontos de ação que o serviço de nutrição tem e aí sim podemos trabalhar de forma sustentável."



Lembrando que "no setor privado temos que nos adaptar à realidade de cada instituição, ou seja, ao seu modelo de gestão", Andreia Ferreira disse ser fundamental "demonstrar a evidência daquilo que fazemos e de que forma somos um ganho para a instituição". E destacou a importância de "indicadores como a taxa de identificação de risco nutricional, a taxa de avaliação do estado nutricional, quantos doentes foram avaliados por um nutricionista, ou quanto tempo esteve internado um doente que era avaliado por nós".

Bruno Sousa sublinhou que já existe desde 2018 um despacho contemplando a organização dos serviços de nutrição, mas que o mesmo não está a ser cumprido em todos os locais. E deixou claro: "Deve existir um Serviço de Nutrição autónomo, articulado com os restantes serviços e que esteja dependente da Direção Clínica. Já existem documentos mas temos que os colocar em prática para que exista efetivamente, do ponto de vista global, em todo o país, uma gestão igual entre todos os serviços, sejam eles privados ou públicos."

José Camolas alertou para o seguinte: "Reparem que um desafio para as ULS no futuro, com financiamento por capitação, não é fazer mais consultas, mas sim fazer menos. Nessa medida, os indicadores que hoje ainda são importantes para justificar a nossa presença, nomeadamente o número de apoios em sede de internamento, a resposta célere e eficaz das notificações de risco, o número de consultas externas, para o futuro vão ter que deixar de o ser." E prosseguiu:

"Vai interessar muito mais saber em que medida o facto de um nutricionista ter ido prestar apoio em sede de internamento reduziu a duração deste substancialmente, em que medida determinada intervenção contribuiu para que não houvesse novo internamento, ou o facto do nutricionista em sede de cuidados de saúde primários estar mais próximo de ser cada vez mais um nutricionista de família, evitando que a pessoa com diabetes vá ao hospital com episódio de descompensação metabólica, repita o internamento e depois requeira cuidados diferenciados, e com isso tenha que fazer uma amputação, deixando, assim, de contribuir para a produtividade do país", exemplifica.

► Porque é que a nutrição continua a ser vista como custo e não como investimento? Que modelos de financiamento poderiam alterar esta perceção?

Andreia Ferreira destacou a importância de se conseguir demonstrar a relevância da intervenção do nutricionista em contexto de equipa multidisciplinar, que resulta frequentemente numa redução dos dias de internamento dos doentes que têm este acompanhamento, sendo quem no seu entender, "todas as especialidades médicas e não médicas precisam do nutricionista em qualquer momento".



Ana Rashid, Catarina Rosa Domingues, Ana Brito Costa, José Camolas, Andreia Ferreira, Patrícia Almeida Nunes e Bruno Sousa

"Todos sabemos que somos chamados para eventos de todas as áreas, como da diabetes e da ortopedia, por exemplo. Num papel mais ativo a nível nacional, devíamos trabalhar e debruçar-nos sobre alguns pontos que nos permitissem quantificar a qualidade dos serviços que prestamos, mostrando como eles tiveram impacto na evolução do estado de saúde dos doentes e, consequentemente, na redução dos dias de internamento", referiu.

Bruno Sousa focou-se num aspeto: "Os serviços de Nutrição têm que produzir mais, fazendo investigação e contabilizando-a na nossa produção. É fundamental para a nossa prática e para a valorização da nossa intervenção. Mas precisamos de mais dados. Necessitamos de mais ajuda na digitalização e na informatização, nomeadamente face aos nossos processos hospitalares e dos centros de saúde, de forma a extrair mais dados. Para o efeito, é necessário fazer muitas vezes reajustes nas aplicações informáticas, incluindo a criação de um programa desenhado pelo próprio Serviço de Nutrição."

José Camolas não tem dúvidas: "Os dados são fundamentais, pois, a nossa atividade precisa de ser devidamente documentada para alavancar tomadas de decisão. Mas, se calhar, não necessitamos de uma infinidade de dados, mas sim de dados estratégicos. Por exemplo, a demora média dos utentes que têm plano nutricional personalizado ou que não têm, ou qual é o controlo clínico metabólico das pessoas com diabetes que têm acompanhamento nutricional."

"Toda a atividade que nós temos é também geradora de custo, quanto mais não seja o tempo que gastamos com ela. O modelo de financiamento por capitação implica exatamente que os cidadãos que são servidos por uma ULS valham todos o mesmo, ou seja, uma utente que nunca vai ao hospital e que vai uma vez por ano ao centro de saúde vale o mesmo que uma utente que é seguida por vinte especialidades e por três nutricionistas no hospital e que todos os meses vai fazer um penso ao centro de saúde porque tem a diabetes descompensada", afirmou, concluindo:

"Portanto, este modelo em que nós transitamos, ou seja, menos para indicadores de doença e mais para indicadores de saúde, é supostamente o futuro dos cuidados. A dificuldade é que necessitamos de mais dados em sede de cuidados hospitalares. Em sede comunitária, perante o modelo e estrutura das ULS, existe um objetivo, que é ter uma população saudável, representando menos custos em saúde."

Frisando que no sistema público "temos vários modelos de registo, de difícil extrapolação de dados", Patrícia Almeida Nunes dedicou alguma atenção ao que se passa nos cuidados de saúde primários: "Em contexto de CSP não podemos falar somente em número de consultas, embora seja o dado mais usado. Por exemplo, um nutricionista tem 1000 consultas em CSP e temos que fazer uma análise crítica a essas consultas, ver em que contexto aconteceram. E depois existe um *pool* de outras atividades relativamente às quais não existem dados."

Entretanto, "a nível hospitalar, se pensarmos na forma como o codificador vê o papel do nutricionista, podemos começar a mudar as mentalidades. E pensar que, efetivamente, aquele codificador vai olhar para alguns pontos do processo clínico e efetivamente ver que todos os nutricionistas estão a fazer o registo e isto pode ajudar a fazer diferente."

► Devem os nutricionistas ter maior autonomia clínica, incluindo maior capacidade de prescrição e requisição de análises no âmbito do seu domínio técnico?

"Sim, obviamente! Com base em evidência científica, a autonomia já foi conquistada em diversos locais. Nos outros, é batalhar para que isso aconteça", resumiu Patrícia Almeida Nunes.

Para Andreia Ferreira, "relativamente à questão da prescrição das análises, os resultados laboratoriais fazem parte da avaliação nutricional, tanto no âmbito da consulta como no internamento. Obviamente que no internamento temos contacto direto com o médico mais regular, mas no âmbito da consulta torna-se mais difícil, pois, dependemos de alguém que prescreva as análises".

"Se é preciso fazer um diagnóstico nutricional e monitorizar uma terapêutica nutricional, o nutricionista devia ter ferramentas para o fazer e não devia gastar o tempo de outro profissional de saúde, que tem um custo. Em sede de CSP, porquê incutir ainda mais tarefas aos médicos de família quando há profissionais mais vocacionados para o fazer? Nenhuma profissão vai ser reconhecida se não se reconhecer a ela própria. Portanto, cabe-nos a nós, em primeiro lugar, ter noção do valor que temos e, depois, mostrá-lo todos os dias", recomendou José Camolas.

► Atendendo a que o Governo considera como objetivo estratégico o reforço da saúde em proximidade, de que forma os nutricionistas podem contribuir para a desburocratização do modelo de gestão e a flexibilidade da organização de trabalho nos CSP?

A opinião de José Camolas é esta: "Os nutricionistas devem estar presentes, de uma forma vertical, em todas as fases de vida das pessoas. Mas também precisam de o estar, de uma forma horizontal, nomeadamente os nutricionistas clínicos hospitalares, no último patamar na linha. Antes

(Continua na pág. 30)



ESPECIAL **Conferência de NUTRICIONISTAS 2026**

Torre do Tombo **LISBOA**

(Continuação da pág. 29)

disso está também o nutricionista na escola e na autarquia, de uma forma mais transversal. Desde logo, os CSP só se tornam mais eficientes se tiverem um bom uso. Contudo, há uma assimetria gigante, ou seja, durante algum tempo, na realidade do SNS, foi mais fácil ter nutricionistas nos hospitais do que nos CSP. Durante anos, a ARS de Lisboa tinha apenas um nutricionista. São necessários mais recursos e fazer bom uso dos que já existem."

alimentar, passando automaticamente para plano alimentar escrito, e conseguimos enviar por *email* para o utente. Provavelmente, no futuro, a IA pode ajudar-nos muito a este nível. Cabe a nós ir melhorando a nossa prática", considerou Bruno Sousa.

Para Andreia Ferreira, "uma coisa fundamental na articulação de cuidados é todos vermos o que os outros fazem e isso às vezes não acontece na realidade". E está certa de que "a uniformização de registos em sistema facilitaria muito a interligação entre diferentes níveis de cuidados".



► De que forma os nutricionistas podem contribuir para a eficiência e modernização do SNS, tornando-o uma rede ágil e próxima das pessoas, capaz de responder aos desafios demográficos, tecnológicos e sociais da atualidade?

"No Serviço de Nutrição do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira criámos um novo portal para nos facilitar o trabalho, nomeadamente fazer os cálculos e o plano

"É muito importante a questão da comunicação intersectorial até em termos de definição de estratégias, entre público e privado. Existe para a nossa área uma norma para a alta hospitalar e neste momento aquilo que vemos é que poucos nutricionistas são utilizadores e isto marca a nossa diferença e posição", sublinhou Patrícia Almeida Nunes.

► Sendo as parcerias entre os setores público, privado e social uma necessidade para dar resposta aos cuidados de saúde dos portugueses, como é que os nutricionistas dos diferentes setores podem articular-se entre si?

"Atualmente, o que acontece é que contacto o colega por telefone a informar sobre o processo do utente. Se tivesse o sistema único, bastaria escrever a minha intervenção. Acho que é ambiciosa, mas fundamental a uniformização dos registos", comentou Andreia Ferreira.

"A questão da informática é um entrave nesta área e não só", lamentou Patrícia Almeida Nunes, acrescentando: "Existem colegas que utilizam quatro modelos de registo não interligados entre si. O sistema único seria facilitador, com as devidas adaptações locais, e os nutricionistas devem fazer parte desse projeto, pois, uma coisa é ser delineado pelo informático, outra é pelo próprio utilizador."

"O processo clínico é da pessoa, logo devia caminhar com a pessoa, independentemente do contexto onde está a receber cuidados. E isso protege-a, pois, assim vai ter os melhores cuidados e não terá replicação de exames, nem sobreposição de terapêuticas. Se calhar, quando tirarmos o ego de cada um de nós enquanto profissionais na gestão do processo, a coisa agiliza-se bastante", afirmou José Camolas.

► Relativamente à comunicação em saúde, como devem os nutricionistas posicionar-se nas redes sociais atualmente?

► De que forma podemos atuar para combater a desinformação nutricional e alimentar resultante da "comunicação em saúde", nomeadamente nas redes sociais, por parte de profissionais de saúde não nutricionistas? Qual o impacto da mesma no reconhecimento e eficácia da nossa atuação?

Na opinião de Patrícia Almeida Nunes, "temos que ser agentes de mudança e estar alinhados com estes novos desafios, e, acima de tudo, ter bases científicas credíveis de fácil acesso, em que efetivamente devemos ter aqui parceiros, não só a DGS como a Ordem dos Nutricionistas".

Para Andreia Ferreira, "a persistência na área clínica tem que se manter e os profissionais que passam a informação com base na evidência científica têm que continuar a fazê-lo, assim como o facto de haver registo de quem é e quem não é nutricionista".

"Devemos comunicar e utilizar as redes sociais para chegarmos ao nosso público-alvo, mas acho fundamental existirem dois aspetos cruciais, evidência científica e ética. Já começamos a ver muitos casos de pessoas que não sabem o que comer, um problema muitas vezes originado por nutricionistas, e isso afeta a profissão", sublinhou Bruno Sousa.

De acordo com José Camolas, "aquilo que se exige aos nutricionistas, com supervisão da Ordem, é que, em primeiro lugar, se identifiquem como tal, e em segundo, se estiverem a fazer publicidade ao alimento x ou y têm que dizer que é publicidade. Porque quem os está a ouvir tem o direito de discernir entre aquilo que é a atividade do nutricionista com conflitos de interesses ou sem conflitos de interesses."

► No mundo atual, em que nos deparamos diariamente com IA, como podem os nutricionistas participar no seu desenvolvimento?

Andreia Ferreira considera que "não conseguimos ir contra a IA. Temos que nos adaptar e nos valorizar enquanto profissionais. Um dos pontos-chave é a humanização dos cuidados. Podemos utilizar a IA em nosso auxílio, tornando-nos mais eficientes, mas sempre com o *know-how* de nutricionista".

Bruno Sousa é de opinião que "a IA pode ser extremamente útil, temos que aproveitar estas novas ferramentas, evoluindo e aprendendo com elas e utilizando-as da forma correta. Com elas, podemos facilitar a nossa intervenção e ter mais tempo para o doente, para a humanização dos cuidados".

"Acho que, acima de tudo, o nutricionista tem um papel na promoção da literacia alimentar digital, com recurso à base legal que nos falta e é emergente", lembrou Patrícia Almeida Nunes.

Para José Camolas, "a IA traz-nos ganhos de eficiência e outra coisa, fundamental, é a capacidade da tecnologia registar a consulta e termos mais tempo para a interação com os utentes".



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
GET DONE EVENTS
Design by Getdone Events



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

admédic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS