Revista Portuguesa de Cardiologia 45 (2026) 541–542

Revista Portuguesa de
Cardiologia
Portuguese Journal of Cardiology
www.revportcardiol.org

CURRENT PERSPECTIVES

Cooperar para cuidar: cardiologia entre Portugal e Moçambique

Cooperating to care: cardiology between Portugal and Mozambique

Rui Plácido[a,b,*], Bebiana Faria[c], António Pires[d], Ana Filipa Amador[e], Diogo Ferreira[f], José Ricardo[g], Jorge Moreira[e], Víctor Gil[h]

[a] *Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Portugal*
[b] *Centro de Investigação em Mecanismos de Doença, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal*
[c] *Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Portugal*
[d] *Serviço de Cardiologia Pediátrica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal*
[e] *Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde de São João, Portugal*
[f] *Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Portugal*
[g] *Clínica Girassol, Angola*
[h] *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*

Recebido a 8 de março de 2026; aceite a 11 de março de 2026
Disponível na Internet a 1 de agosto de 2026

''Agora é preciso coragem para ter esperança.'' — Mia Couto

Exmo. Senhor Editor,

A cardiologia ensina-nos a quantificar gradientes e pressões, mas há realidades que não cabem em milímetros de mercúrio. A Missão ''Coração com Moçambique 2025'', promovida pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), integra uma estratégia de cooperação clínica e formativa sustentada entre Portugal e Moçambique, orientada para criação de capacidade local e continuidade assistencial. Decorreu na província de Maputo entre 27 de junho e 11 de julho de 2025, com atividade principal em Marracuene, e presença regular no Hospital Central de Maputo e na Universidade Eduardo Mondlane.

O objetivo foi tão simples quanto exigente: rastrear doença cardiovascular em populações vulneráveis e, sobretudo, capacitar equipas locais para que o impacto perdure para além de duas semanas. Este ponto — a continuidade — tornou-se a medida mais importante do nosso trabalho, porque os doentes não regressam a casa com ''um relatório''; regressam com uma vida para viver num sistema que, muitas vezes, não dispõe do mínimo necessário.

Em Marracuene, na Escola Sagrado Coração, integrados no programa PEN-Plus para doenças crónicas não transmissíveis, realizámos rastreio ecocardiográfico a 588 crianças e adolescentes (570da 7.ª à 12.ª classe e 18 do internato), ao longo de 9 dias completos (cerca de 60 horas efetivas). Trabalhámos com sondas portáteis e postos de rastreio em salas adaptadas, com privacidade improvisada e equipamentos partilhados. Uniformizámos o rastreio de patologia cardíaca e, no que respeita à doença cardíaca reumática, aplicámos

* Autor para correspondência.
Correio eletrónico: placidorui@gmail.com (R. Plácido).

https://doi.org/10.1016/j.repc.2026.03.015
0870-2551/© 2026 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

os critérios da *World Heart Federation*, classificando os exames como ''sem alterações relevantes'', ''*borderline*'' ou ''com critérios de doença cardíaca reumática''. Observámos 542 exames sem alterações relevantes, 26 *borderline* com indicação para reavaliação e dois achados patológicos não reumáticos (CIA *ostium secundum* e válvula aórtica bicúspide). Não identificámos, nesta amostra, exames com critérios de doença cardíaca reumática. A par do rastreio, a formação prática em ecocardiografia dirigida a clínicos locais foi central: cada exame futuro, por mãos treinadas no terreno, vale mais do que qualquer número registado numa missão.

No Hospital Central de Maputo houve um marco que simboliza o que estas missões podem gerar quando são desenhadas para ''deixar capacidade'': a implementação da ecocardiografia transesofágica (ETE), com realização dos primeiros exames em ambulatório por equipa local apoiada no terreno, usando a sonda oferecida pela SPC. Durante a missão foram realizados 14 ETE e 63 ecocardiogramas transtorácicos (ETT). Nos ETE destacaram-se valvulopatias reumáticas (n=5), exclusão de fonte cardioembólica (n=3), regurgitação mitral degenerativa (n=3) e cardiopatias congénitas (n=3). Nos ETT, as categorias mais frequentes incluíram valvulopatias reumáticas significativas (n=18), miocardiopatias (n=12, incluindo *peripartum* e padrões compatíveis com doença restritiva/fibrose endomiocárdica), doença hipertensiva do coração (n=11), doença isquémica (n=7), doença pericárdica (n=5), hipertensão pulmonar (n=4), cardiopatias congénitas não cianóticas (n=3) e endocardite infeciosa (n=3). Foram ainda implantados dois *pacemakers* definitivos em contexto eletivo. Realizámos quatro sessões clínicas estruturadas (hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca, crise hipertensiva e cardiopatias congénitas com *shunt*), reforçando competências e uniformizando abordagens diagnósticas e terapêuticas.

Na Universidade Eduardo Mondlane avaliámos 95 doentes (adultos e pediátricos) com exame clínico e ecocardiografia; 32 tinham ecocardiograma sem alterações relevantes, 17 achados *borderline* e 46 doença cardíaca estabelecida, com orientação para referenciação. A componente formativa foi diária e transversal, dirigida a médicos de Medicina Geral e Familiar, internos e estudantes (ECG, ecocardiografia à cabeceira, hipertensão arterial e suas urgências, fibrilhação auricular e cardiopatias congénitas). Realizámos também sessões no Hospital Provincial da Matola. A missão incluiu ainda a visita à Casa da Amizade para avaliação clínica e ecocardiográfica de 11 crianças vivendo com VIH, sem alterações patológicas relevantes.

Escrevemos esta carta porque a cardiologia portuguesa ganha quando olha para além das suas paredes. No terreno, a falta de recursos não é um conceito - é um doente jovem com doença grave; é a decisão tomada com o que existe (e não com o que seria desejável); é a frustração de quem sabe o que poderia fazer, se tivesse meios. E é também a dignidade de equipas que, apesar de limitações estruturais, continuam a tratar, ensinar e aprender. Missões como esta não são caridade episódica; são investimento em saúde global, diplomacia científica e formação mútua. Nós ensinámos — e aprendemos — e regressámos mais competentes, mais humildes e mais responsáveis.

O futuro destas iniciativas passa por continuidade: tele-mentoria, currículos estruturados, reforço de equipamento essencial e circuitos de referenciação que permitam que o diagnóstico se transforme em tratamento. Quando um jovem com valvulopatia avançada não chega a tempo a uma intervenção, a estatística transforma-se em biografia, e a biografia numa perda evitável. Em 2025, voltámos com o coração cheio, mas também com um dever claro: manter a ponte viva, para que o ''coração'' partilhado não seja um episódio, mas um compromisso.

Financiamento

Os autores declaram não ter havido qualquer financiamento para a realização deste estudo.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse relacionados com este estudo.