

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
 Mensal • Janeiro 2026
 Ano XIII • Número 142 • 3 euros

Publicação Periódica

“Importa detetar cedo a instabilidade da DPOC e prevenir novas agudizações”, sublinha Rui Costa, comentando as novas recomendações GOLD 2026, tema de uma das sessões da próxima edição do Allergy & Respiratory Summit.



P. 6



VIII JORNADAS
 MULTIDISCIPLINARES DE
 MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2026
 19 a 21 de março
 PORTO



ESPECIAL

P. 24/35

XIX
CNP

Congresso Nacional
 de Psiquiatria



P. 8

ALBINO OLIVEIRA MAIA:

“Considero a Sociedade de Psiquiatria dinâmica, participativa e promissora”

PSIQUIATRAS NUNO MADEIRA
 E RICARDO MOREIRA LEMBRAM:

“A esquizofrenia descompensada exige um controlo rápido dos sintomas psicóticos que obrigam a internamento”

P. 26/27



P. 18/23



As duas médicas que foram coordenadoras da USF Coimbra Sul vão aposentar-se em 2026, mas querem continuar a servir os seus utentes. São elas Isabel Carvalho (na foto grande, entre Almerinda Rodrigues, do CA da ULS de Coimbra, e o MF Bruno Moreno) e Conceição Nunes Vicente (foto pequena).

Reconhecida pela Ordem dos Médicos

Formação em Geriatria já pode ser feita nos CSP

P. 10/14



A médica Sofia Tavares Almeida foi a 1.ª a ter como orientador um MF, o também geriatra Manuel Viana



ALLERGY & RESPIRATORY
 SUMMIT 2026

CENTRO DE CONGRESSOS - HOTEL SHERATON PORTO
 5, 6 E 7 DE FEVEREIRO

A capa da última edição



JORNAL MÉDICO

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

Publicações



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

ULS do Oeste arranca com Hospital no Domicílio Sénior

Entrou em funcionamento no início de janeiro o projeto Hospital no Domicílio Sénior, uma iniciativa conjunta da ULS do Oeste e da Segurança Social. Este novo modelo de resposta pretende levar cuidados hospitalares a utentes residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), garantindo maior proximidade, conforto e segurança.

Numa 1.ª fase, o projeto é implementado em regime piloto, abrangendo uma ERPI por concelho - Bombarral, Caldas da Rainha, Obidos e Peniche. Esta etapa inicial integra dois eixos essenciais:

- Formação e capacitação dos profissionais das ERPI;
- Criação de uma linha telefónica de suporte assistencial, disponível para orientar e agilizar a resposta aos cuidados de saúde necessários.

Haverá ainda uma forte componente de articulação entre os serviços de saúde e as ERPI, promovendo uma resposta mais integrada e eficaz aos utentes, reduzindo deslocações desnecessárias, evitando episódios de urgência e reforçando a continuidade de cuidados em ambiente familiar e seguro.

Ordem dos Enfermeiros lança este ano o *Livro Branco da Enfermagem*



Luís Filipe Barreira
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

2026 será um ano importante para a Ordem dos Enfermeiros (OE). Entre os inúmeros projetos estruturais em curso, destaca-se o lançamento do *Livro Branco da Enfermagem*, que tem a ambição de ser a “Bíblia da profissão”. A sua apresentação oficial está agendada para maio de 2026, durante o VII Congresso dos Enfermeiros, que decorrerá em Gondomar.

O *Livro Branco da Enfermagem* será um documento que sistematiza o conhecimento científico, técnico e profissional da Enfermagem e que servirá de base à formulação de propostas concretas e exequíveis para a próxima década. Estas propostas destinam-se a decisores políticos, Governo, instituições de ensino, empregadores, organizações nacionais e internacionais e, naturalmente, aos próprios enfermeiros, reforçando o seu papel na definição do futuro da profissão.

Através do *Livro Branco da Enfermagem*, a Ordem quer alertar para questões de empregabilidade e condições laborais, para o problema da emigração de enfermeiros, para a carência de recursos em Portugal e para as políticas de retenção de recursos humanos, numa altura em que o país estima a falta de quase 14 mil enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde.

Estes números, que refletem a realidade da Enfermagem em Portugal, impõem uma reflexão e um debate aprofundados sobre as políticas que devem ser desenhadas a médio e longo prazo, de forma a

garantir a sustentabilidade da profissão, frequentemente descrita como a “espinha dorsal” do Sistema de Saúde.

Atualmente, a Enfermagem enfrenta desafios complexos, que atravessam diferentes níveis do Sistema de Saúde. A valorização da carreira, a melhoria das condições de trabalho, a retenção de profissionais, o desenvolvimento e a formação contínuos, bem como a adaptação às transformações demográficas, tecnológicas e organizacionais, são desafios que exigem respostas sustentadas em evidência científica e que implicam um compromisso coletivo. Sem uma abordagem estruturada e concertada, corremos o risco de perder oportunidades para fortalecer a profissão e melhorar o Sistema de Saúde.

O *Livro Branco da Enfermagem*, que foi também concebido para responder às necessidades no setor da Saúde, assenta num diálogo construtivo e numa colaboração alargada. A OE acredita que só com a participação ativa de todos os intervenientes do Sistema de Saúde será possível definir eixos estratégicos robustos e sustentáveis.

As prioridades do SNS para 2026



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

tratamentos indispensáveis aos nossos doentes. No entanto, para que o acesso melhore, será fundamental definir prioridades na ação.

A primeira prioridade deveria passar necessariamente pela autonomia de gestão das Unidades Locais de Saúde. Não é razoável exigir melhores resultados a organizações que não dispõem de verdadeira capacidade para decidir e agir. Autonomia não significa ausência de regras nem perda de controlo público. Significa permitir que quem gere possa, de facto, gerir: organizar equipas, afetar recursos, adaptar respostas às necessidades reais das populações.

Este reforço da autonomia exigirá também uma revisão séria da carreira de administração hospitalar. Os administradores hospitalares são peças-chave na gestão intermédia das ULS e na concretização das políticas de saúde no terreno. Desvalorizar esta carreira é fragilizar a capacidade do SNS para se transformar.

A segunda prioridade deverá ser melhorar a gestão de recursos humanos. Falta um sistema claro de avaliação, de reconhecimento do mérito e de incentivos alinhados com aquilo que realmente importa: cuidar melhor dos doentes. Um sistema que trata todos por igual, independentemente do contributo, acaba por desmotivar quem se empenha mais e por nivelar por baixo. É urgente, medir resultados em saúde, avaliar o impacto dos cuidados prestados e reconhecer as equipas que entregam mais valor ao SNS.

A terceira prioridade passa por repensar os percursos dos doentes e a forma como as equipas trabalham em conjunto. O SNS continua excessivamente fragmentado, organizado em silos que dificultam a continuidade dos cuidados. O futuro exige percursos mais integrados, com maior articulação entre níveis de cuidados e com outras entidades do sistema, como farmácias comunitárias, associações de doentes e o setor social. Exige também uma melhor

Autonomia, pessoas e integração deveriam ser temas centrais em 2026.

distribuição de tarefas dentro das equipas de saúde, aproveitando de forma mais inteligente as competências de cada grupo profissional.

Autonomia, pessoas e integração deveriam ser temas centrais em 2026. Se o próximo ano se limitar a um conjunto de reformas anunciadas e prioridades difusas, o SNS continuará a perder capacidade. Se, pelo contrário, houver coragem para decidir e capacidade para executar, será possível reforçar o SNS, tornando-o mais eficaz, mais humano e mais próximo dos cidadãos.

demográficas e epidemiológicas do país e assegurar o acesso a Serviços de Saúde Mental de qualidade”.

De acordo com a diretora do Departamento de Psiquiatria e SM, Gláucia Lima, o concelho da Moita “é o segundo da nossa área de influência com mais utentes e podemos assim criar uma resposta com maior proximidade”.

Desta forma, ao estar mais perto da comunidade, a responsável refere que “permite-nos compreender melhor as suas necessidades, intervir de

forma mais eficaz e reforçar o nosso compromisso com uma SM mais inclusiva, digna e acessível”.

A equipa é constituída por 2 psiquiatras, 2 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente técnica e 1 técnico auxiliar de saúde. Para além das consultas médicas e das consultas de Psicologia, serão disponibilizados tratamentos de enfermagem da área da Psiquiatria, sessões de Terapia Ocupacional individual e de grupo e sessões de Musicoterapia.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Entre firmezas e infirmezias: um novo ano de esperança com a Enfermagem



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

Há definições que não são apenas conceitos: são lentes. A minha definição de Enfermagem – a *Ciência e a Profissão que estuda, diagnostica, prescreve e intervém nas firmezas e infirmezias das Pessoas Humanas* – tem-me servido como bússola para interpretar o mundo. E se há ano que exigiu esta lente foi 2025. Um ano em que as infirmezias deixaram de ser apenas biológicas e se tornaram, de forma quase palpável, sociais, políticas, económicas e emocionais. Um ano em que a Humanidade pareceu oscilar entre a fadiga e a reinvenção.

E, no meio de tudo isto, os enfermeiros e as enfermeiras estiveram – mais uma vez – onde sempre estiveram: no centro da vida real, onde as estatísticas ganham rosto e onde as políticas se traduzem em consequências humanas.

Estando a iniciar um novo ano, parece-me oportuno fazer um balanço de 2025, com as lentes da Enfermagem e um olhar para as infirmezias:

E, ainda assim, a Enfermagem manteve-se firme. Porque a profissão nunca dependeu de consensos políticos para existir: depende de Pessoas Humanas. E essas continuam a adoecer, a nascer, a morrer, a sofrer e a reerguer-se – independentemente do ciclo eleitoral.

A pressão económica sobre os sistemas de saúde atingiu níveis críticos. A escassez de recursos, a sobrecarga dos serviços e a dificuldade em reter profissionais tornaram-se desafios diários. Mas os enfermeiros e enfermeiras responderam com criatividade, adaptabilidade e uma capacidade quase orgânica de reorganizar o caos. A Enfermagem sempre foi uma ciência da eficiência humana: fazer o melhor possível com o que existe, sem nunca perder de vista a dignidade da pessoa.

Se 2025 foi o ano de vários diagnósticos, 2026 precisa de ser o ano da intervenção, da ação e dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem. E aqui, mais do que nunca, a Enfermagem é chamada a ocupar o seu lugar natural: o da liderança humana, científica e social.

2025 consolidou aquilo que já sabíamos: o futuro da saúde é crónico, complexo e comunitário. As doenças não transmissíveis continuaram a crescer, a saúde mental tornou-se uma prioridade incontornável e as vulnerabilidades populacionais ficaram mais visíveis. E é precisamente neste cenário que a Enfermagem revela a sua força: porque diagnostica padrões, prescreve intervenções sustentadas e acompanha trajetórias de vida, não apenas episódios clínicos.

Vamos olhar, contudo, para o futuro: 2026 – O Ano da Firmeza Possível.

Se 2025 foi o ano de vários diagnósticos, 2026 precisa de ser o ano da intervenção, da ação e dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem. E aqui, mais do que nunca, a Enfermagem é chamada a

ocupar o seu lugar natural: o da liderança humana, científica e social.

A saúde continuará a deslocar-se para fora dos hospitais. Enfermeiros/as de família, enfermeiros/as de Saúde Comunitária e de Saúde Pública serão fundamentais para reconstruir redes de proximidade, combater a solidão e promover literacia em saúde. Além de todas as outras áreas de especialidade na resposta às pessoas em diferentes etapas do seu ciclo de vida e respostas de saúde-doença.

2026 será um ano decisivo para consolidar a prescrição, o diagnóstico e a intervenção autónoma em Enfermagem. Não como reivindicação corporativa, mas como resposta necessária a sistemas de saúde saturados e populações cada vez mais complexas. A firmeza dos/as próprios/as enfermeiros/as também não é infinita. 2026 precisa de ser o ano em que se reconhece que a saúde dos profissionais é um indicador de saúde pública. Sem equipas saudáveis não há sistemas resilientes.

A inteligência artificial, a telemonitorização e os sistemas digitais continuarão a expandir-se. Mas a Enfermagem tem algo que nenhuma tecnologia consegue replicar: a capacidade de interpretar o que não é dito, de cuidar do que não é visível, de tocar o que não é mensurável.

Não no sentido partidário, mas no sentido ético: participar na construção de políticas públicas, influenciar decisões, defender populações vulneráveis. A Enfermagem é, por natureza, uma profissão política – porque cuida de pessoas que vivem em sociedades.

Uma Mensagem de Esperança: A Firmeza que vem da Enfermagem: se 2025 nos mostrou as infirmezias do mundo, 2026 pode ser o ano em que recuperamos as firmezas. E não será por milagre, mas por trabalho humano – o trabalho de quem cuida. Os enfermeiros e as enfermeiras são, e continuarão a ser, guardiões de firmeza em tempos de incerteza. São tradutores de sofrimento, arquitetos de esperança, cientistas da vida quotidiana. São, acima de tudo, profissionais que sabem que cada pessoa é um universo e que cada gesto pode ser uma intervenção terapêutica.

Entramos em 2026 com desafios imensos mas também com uma certeza: enquanto houver Enfermagem haverá futuro. Porque a Enfermagem não cuida apenas de corpos (como tantas vezes se pensa) – cuida de sociedades inteiras.

E talvez seja essa a maior firmeza que podemos oferecer ao mundo.

Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Allergy & Respiratory Summit 2026



Centro de Congressos Sheraton Porto
5 a 7 de fevereiro
Organização: Mário Morais de Almeida e Rui Costa

20.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global



Grande Real Santa Eulália
19 a 22 de fevereiro
Organização: Sociedade Portuguesa de Hipertensão

VIII Jornadas Multidisciplinares de MGF



Centro de Congressos Sheraton Porto
19 a 21 de março
Organização: Formédica – Sociedade de Formação e Educação Médica

MGF Summit 2026



Online
29 e 30 de abril
Organização: Grupo de médicos internos da ULS de Coimbra

6.ªs Jornadas MGF Além Fronteiras



Centro de Congressos de Aveiro e online
29 e 30 de abril
Organização: Associação MGF Além Fronteiras

XIII Jornadas Médicas Maia Valongo



Junta de Freguesia de Águas Santas
14 e 15 de maio
Organização: Internos da ULS São João

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT



Idadismo – uma pandemia a prevenir



Catarina Lobão
Enf.ª espec. em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Prof.ª adjunta na Escola Sup. Enferm. Univ. Coimbra – Unid. Científico-Pedagógica Enferm. do Idoso. Investig. na Health Sciences Research Unit: Nursing – UICISA:E Coimbra

O envelhecimento da população é um processo contínuo, natural e irreversível do ciclo de vida, representando uma conquista mas também um dos principais e mais preocupantes fenómenos demográficos das sociedades modernas.

A forma como envelhecemos depende da relação que mantemos com o ambiente social e físico ao longo da nossa vida. Se, por um lado, este processo expõe a pessoa a um conjunto de limitações físicas, mentais e sociais, por outro lado, é desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável, ativa e autónoma o máximo de tempo possível.

A pessoa é confrontada ao longo da sua vida com o idadismo. Este conceito refere-se a estereótipos (a forma como pensamos), a preconceitos (como sentimos) e a discriminação (como agimos), com base na idade, dirigidos a outros ou contra si mesmo.



Adriana Coelho
Enf.ª espec. em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Prof.ª adjunta na Escola Sup. Enferm. Univ. Coimbra – Unid. Científico-Pedagógica Enferm. do Idoso. Investig. na Health Sciences Research Unit: Nursing - UICISA:E Coimbra

O idadismo começa na infância e é reforçado com o tempo. A própria linguagem popular constitui um reflexo das conceções culturais e sociais partilhadas por uma comunidade, sendo os ditados e provérbios um meio privilegiado de transmissão de valores, de normas e até de estereótipos. No que respeita à velhice, muitos desses enunciados cristalizam perceções negativas ou paternalistas sobre as pessoas idosas, contribuindo para a perpetuação do idadismo.

Entre os exemplos mais representativos encontram-se expressões como “De velhinho se torna a menino”, que sugere uma regressão do indivíduo idoso a um estado infantil. Tal formulação traduz a visão social da velhice como uma fase de dependência e de perda de autonomia, reforçando a ideia de incapacidade e de fragilidade física ou cognitiva.

De modo semelhante, o ditado “Burro velho não aprende línguas” expressa a crença de que o envelhecimento está associado

à rigidez mental e à impossibilidade de adquirir novos conhecimentos. Esta visão reproduz um estereótipo cognitivo negativo, ao negar a plasticidade e a capacidade de aprendizagem ao longo da vida, contrariando evidências científicas que demonstram a manutenção das competências intelectuais em idades avançadas, especialmente quando estimuladas.

O ditado “Burro velho não aprende línguas” expressa a crença de que o envelhecimento está associado à rigidez mental e à impossibilidade de adquirir novos conhecimentos.

Por sua vez, o provérbio “Teme a velhice porque nunca vem só” associa o envelhecimento a um conjunto de experiências inevitavelmente negativas, como a doença, a solidão ou a pobreza. Este discurso reflete uma visão fatalista e pessimista da velhice, que a entende como um período de perdas sucessivas, alimentando o medo social de envelhecer e contribuindo para atitudes discriminatórias face às pessoas idosas.

Estes três provérbios são, entre muitos outros exemplos, formas subtis e persistentes de idadismo. Ao associarem o envelhecimento a perda, inutilidade, dependência ou declínio, tais expressões contribuem para consolidar visões estigmatizantes sobre a pessoa idosa, interferindo na forma como a sociedade percebe, valoriza e se relaciona com a velhice.

O impacto do idadismo sobre a saúde da pessoa idosa está bem documentado no Relatório Mundial sobre o Idadismo (2022). O mesmo documento divulga três estratégias para reduzir o idadismo: políticas e leis; intervenções educacionais; intervenções de contacto intergeracional.

As políticas e leis constituem a base institucional para combater a discriminação em função da idade. Através de legislação e políticas públicas, assegura-se que as pessoas idosas tenham igualdade de direitos e oportunidades em áreas como o emprego, a saúde e a participação social. Estas medidas criam normas que desencorajam práticas idadistas e promovem a valorização da pessoa idosa na sociedade.

As intervenções educacionais procuram transformar perceções e atitudes negativas sobre o envelhecimento. Através da educação formal, da formação profissional e de campanhas de sensibilização, é possível desconstruir estereótipos e promover uma visão mais positiva e realista da velhice. A educação atua na mudança cultural necessária para reduzir o preconceito etário.

Um exemplo concreto de intervenção educacional na redução do idadismo é o projeto desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra, que criou um jogo educativo destinado a sensibilizar diferentes faixas etárias para o processo de envelhecimento e a desconstruir estereótipos associados ao mesmo. Através de uma abordagem lúdica e pedagógica, este recurso promove a reflexão sobre mitos e preconceitos relacionados com a idade, incentivando atitudes de empatia, de respeito e de valorização da pessoa idosa.

Por fim, as intervenções de contacto intergeracional visam aproximar pessoas de

diferentes idades, criando oportunidades de convivência e cooperação. Esse contacto direto e positivo contribui para a empatia, o respeito mútuo e a compreensão das potencialidades de cada geração. Um exemplo concreto deste tipo de intervenção são projetos como “A Hora do Conto”, em que pessoas idosas partilham histórias e experiências com crianças em contexto escolar, promovendo a transmissão de saberes e o diálogo entre gerações.

Também iniciativas como “Adotar um Avô/ Uma Avó”, que estabelecem laços afetivos entre jovens e idosos em estruturas residenciais para pessoas idosas ou comunidades locais, ilustram bem esta estratégia, ao favorecerem a criação de vínculos significativos, combatendo simultaneamente o isolamento social e os estereótipos associados ao envelhecimento.

Apenas através do respeito e da valorização intergeracional é possível construir uma sociedade verdadeiramente inclusiva.

A prevenção do idadismo é uma responsabilidade coletiva, que deve envolver pessoas de todas as idades, pois, apenas através do respeito e da valorização intergeracional é possível construir uma sociedade verdadeiramente inclusiva; caso contrário, o idadismo tende a disseminar-se silenciosamente, transformando-se numa “pandemia social” que afeta a dignidade e o bem-estar de todos.

Prevenir hoje é garantir respeito amanhã, pois, a correr bem, todos vamos envelhecer!

15th SYMPOSIUM OF BIAL FOUNDATION

BEHIND AND BEYOND THE BRAIN

Aquém e Além do Cérebro End-of-life experiences

Casa do Médico - Porto
April 8 to 11, 2026

Organizing Committee:

President
AXEL CLEEREMANS (Brussels)
ETZEL CARDEÑA (Lund)
MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)
RUI COSTA (Seattle, WA)
RAINER GOEBEL (Maastricht)
VEENA KUMARI (London)
CHRIS ROE (Northampton)
STEFAN SCHMIDT (Freiburg)
HELANÉ WAHBEH (Novato, CA)

Participants:

ETZEL CARDEÑA (Lund)
MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)
FANNY CHARASSE (Brussels)
AXEL CLEEREMANS (Brussels)
RUI COSTA (Seattle, WA)
RAINER GOEBEL (Maastricht)
BÁRBARA GOMES (Coimbra)
JANICE HOLDEN (Denton, TX)
ALLAN KELLEHEAR (Newcastle upon Tyne)
CHRISTOF KOCH (Seattle, WA)
VEENA KUMARI (London)
CHARLOTTE MARTIAL (Liège)
MIRA MENZFELD (Zurich)
MICHAEL NAHM (Freiburg)
SAM PARNIA (New York)
MARIETA PEHLIVANOVA (Charlottesville, VA)
YESCHE REGEL (Bonn)
MICHAEL RERA (Paris)
CHRIS ROE (Northampton)
STEFAN SCHMIDT (Freiburg)
MÁRIO SIMÕES (Lisbon)
JIM TUCKER (Charlottesville, VA)
JULIA VERNE (London)
HELANÉ WAHBEH (Novato, CA)
MARJORIE WOOLLACOTT (Eugene, OR)

Bial
FOUNDATION

www.bialfoundation.com
info@bialfoundation.com



Relatório anual sobre a implementação do Cartão da Pessoa com Doença Rara

Em cumprimento da Norma da DGS n.º 01/2018, verificou-se que durante o ano de 2024 foram emitidos 1593 CPDR, para um registo de 515 doenças raras diferentes, das quais 117 são novas doenças codificadas pela primeira vez no ano de 2024. Trinta e quatro unidades de consultas de especialidade médica emitiram CPDR neste ano.

A definição europeia de doença rara, adotada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), corresponde às doenças com uma prevalência não superior a 5 por 10.000 habitantes (Comissão Europeia, 2014).

As doenças raras apresentam as seguintes características:

- a) São doenças crónicas, muitas delas graves e degenerativas, frequentemente hereditárias;
- b) Manifestam-se em qualquer grupo etário;
- c) Apresentam uma grande diversidade de sinais e sintomas, que variam não só de doença para doença,

Trinta e quatro unidades de consultas de especialidade médica emitiram CPDR neste ano.

mas também de pessoa para pessoa;

- d) Podem ser muito incapacitantes, com impacto na qualidade e na esperança de vida;
- e) Nem sempre têm tratamento específico;
- f) Podem implicar elevado sofrimento para o doente e para a sua família;
- g) Pela sua raridade, pode associar-se um aumento da dificuldade no diagnóstico.

A variabilidade de abordagem, tratamento e acompanhamento clínico, especialmente em situações de urgência e emergência, justificam a necessidade de criação de um mecanismo de proteção especial para a pessoa com doença rara. A Resolução da Assembleia da República n.º 34/2009, aprovada e publicada no *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 88, de 7 de maio, recomendou ao Governo a criação de um “Cartão” para a pessoa com doença rara.

Neste âmbito, a DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde, desenvolveu em 2014 um instrumento para proteção especial dos portadores de doença rara, denominado “Cartão da Pessoa com Doença Rara” (CPDR).



Cirurgia robótica do joelho pioneira no SNS em Braga

A ULS de Braga acaba de anunciar “um passo decisivo na evolução da cirurgia ortopédica, ao realizar a sua primeira artroplastasia total do joelho e duas artroplastias unicompartmentais com recurso ao sistema robótico CORI”. Estas últimas assumem particular relevância por corresponderem às primeiras cirurgias deste tipo realizadas no SNS.

Esta plataforma robótica permite “uma abordagem altamente precisa, favorece o equilíbrio protésico e potencia percursos de recuperação mais eficazes, alinhando a atividade

assistencial com padrões internacionais de excelência, segurança e inovação”.

Segundo Nuno Tavares, responsável pela Unidade do Joelho do Serviço de Ortopedia da ULS de Braga, “a cirurgia robótica representa um avanço significativo na personalização do tratamento”. O especialista explica que “este tipo de abordagem permite um posicionamento mais rigoroso dos componentes e um cálculo exato das suas dimensões, tornando possível uma prótese mais adaptada ao doente que temos em mãos”.





RUI COSTA, MÉDICO DE FAMÍLIA, COCOORDENADOR DO ALLERGY & RESPIRATORY SUMMIT, COMENTA AS RECOMENDAÇÕES GOLD 2026:

“Importa detetar cedo a instabilidade da DPOC e prevenir novas agudizações”

AS MAIS RECENTES ORIENTAÇÕES GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, REFERENTES A 2026, SOFRERAM ALGUMAS ATUALIZAÇÕES IMPORTANTES, UMA DAS QUAIS SE REFERE À FORMA COMO DEVE SER CLASSIFICADO UM DOENTE COM DPOC. O MÉDICO DE FAMÍLIA RUI COSTA FAZ UMA ESPÉCIE DE ANTEVISÃO DO QUE VAI SER APRESENTADO NUMA DAS SESSÕES DA PRÓXIMA EDIÇÃO DO ALLERGY & RESPIRATORY SUMMIT, CUJA 3.ª EDIÇÃO DECORRERÁ ENTRE 5 E 7 DE FEVEREIRO.



“O médico de família tem o poder de cortar o ciclo de agudização-declínio funcional com intervenções rápidas e sustentadas”, considera Rui Costa

Rui Costa apresenta-a como uma “nova definição prática de risco” ao referir-se à diretriz GOLD 2026 que considera ser “suficiente a ocorrência de uma única agudização moderada ou grave no último ano para que o doente com DPOC seja automaticamente reclassificado como integrando o Grupo E, ou seja, agudizador e de alto risco”.

Até agora, a GOLD – iniciativa lançada em 1997, numa colaboração entre a Organização Mundial de Saúde e o Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue dos EUA – indicava serem necessárias pelo menos duas agudizações moderadas ou uma grave para proceder a essa mudança na classificação do doente.

“Essa regra aplica-se independentemente de haver hospitalização ou não. Uma agudização moderada tratada com um corticoide oral e/ou antibiótico já obriga a rever todo o plano terapêutico. O objetivo é claro, detetar cedo a instabilidade da doença e prevenir novas agudizações”, sublinha Rui Costa.

Quanto ao diagnóstico, o ex-coordenador do GRESP - Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF diz não haver alteração: “Continua a “depender de uma es-

pirometria pós-broncodilatador com FEV₁/FVC < 0,7 como critério principal”. No entanto, salienta, “devemos rastrear a doença pulmonar obstrutiva crónica em pessoas expostas a fatores de risco – como o tabaco, as poeiras ocupacionais e a poluição –, mesmo que não apresentem sintomas marcados, para a realização de diagnóstico mais precoce”.

Em doentes selecionados, exames complementares como a TAC de alta resolução ou o teste de difusão (DLCO) “ajudam a caracterizar melhor a doença”, sendo que, “na avaliação de risco já não contemplamos apenas agudizações e sintomas, cruzamos agora quatro dimensões”.

Rui Costa refere os sintomas (CAT ≥ 10 ou mMRC ≥ 2), o histórico de agudizações (bastando uma para alto risco), os biomarcadores (sobretudo eosinófilos no sangue como guia para uso de ICS), o fenótipo clínico (enfisematoso, bronquítico crónico ou asma-DPOC *overlap*). “Esta abordagem multidimensional permite uma terapêutica mais personalizada e previsível”, assegura.

A GOLD 2026 recomenda que todos os doentes incluídos no Grupo E comecem com LAMA + LABA. No entanto:

- Se eosinófilos ≥ 300 cells/ μ L. → considerar desde logo terapia tripla (LAMA + LABA + ICS).
- Se eosinófilos entre 100-300 cells/ μ L. → ponderar ICS se agudizações recorrentes.
- Se abaixo de 100 cells/ μ L. → ICS geralmente não indicado, salvo se asma associada.

Rui Costa: “Na GOLD 2026, cada agudização, mesmo isolada, é um sinal de alerta que muda a classificação e a terapêutica.”

“Entretanto, foi reforçada a cautela contra o uso indiscriminado de ICS, apenas se justificando quando o perfil inflamatório indica benefício para evitar complicações como a pneumonia”, explica Rui Costa, adiantando uma outra novidade: “A valorização de associações fixas, incluindo terapêutica tripla num único dispositivo, e de broncodilatadores de ultralonga ação, que permitem regimes de dose única diária, com um benefício real para a adesão.”

“No fundo, o objetivo é conseguir um tratamento eficaz iniciado precocemente, com ajuste rápido e mais personalizado”, remata.

Na gestão das agudizações, a GOLD 2026 descreve três níveis:

- Ligeira: deve aumentar-se a utilização de SABA ± SAMA inalado/nebulizado.
- Moderada: requer corticoide oral de curta duração (prednisolona 40 mg/dia x 5 dias) e, se critérios de infeção presentes, antibiótico por 5-8 dias.
- Grave: envolve hospitalização, oxigenoterapia controlada e, eventualmente, ventilação não invasiva.

“A grande recomendação é que todas as agudizações, independentemente da gravidade, devem ser seguidas de uma revisão clínica no prazo máximo de duas a quatro semanas”, resume Rui Costa, acrescentando:

“Essa revisão clínica serve para avaliar a resposta ao tratamento; para

O papel estratégico do MF

“Nos CSP somos a primeira linha na identificação precoce, na reclassificação pós-agudização e na personalização da terapêutica com vigilância e seguimento contínuo da pessoa com DPOC”, frisa Rui Costa, salientando a importância de “garantir o uso correto da técnica inalatória e a adesão ao tratamento, pois, “têm impacto direto na prevenção de agudizações e nos resultados em saúde”. Aconselha mesmo o uso do acrónimo EDU-CAR (Exemplificar, Demonstrar, Usar, Corrigir, Anotar, Reavaliar).

Deixa ainda o apelo à coordenação com os cuidados de saúde secundários quando forem necessárias terapêuticas diferenciadas, mas assegurando o seguimento contínuo. E reforça: “A mensagem deixada pela GOLD 2026 é muito simples, esperar para ver já não é aceitável quando falamos de agudizações.”

rever a técnica inalatória e a adesão ao inalador, que são essenciais para garantir o sucesso terapêutico; para reclassificar o risco e ajustar a terapêutica de manutenção, com o frequente escalar para terapêutica dupla ou tripla.”

Prevenção e medidas não farmacológicas

A nível da prevenção e da implementação de medidas não farmacológicas, o papel preventivo do médico de família continua a ser, de acordo com as normas GOLD 2026, fundamental em quatro aspetos:

- Cessação tabágica: com uma intervenção estruturada e o apoio

contínuo a todos os fumadores.

- Vacinação: influenza anual, pneumococo, VSR, covid-19, tosse convulsa e herpes zóster.
- Reabilitação pulmonar: integrando precocemente para melhorar a capacidade funcional e reduzir os sintomas.

- Educação do doente: desde o uso da técnica inalatória correta à gestão dos sinais precoces de agudização.

São ainda acrescentadas recomendações sobre telecomunicações e ferramentas digitais para doentes de alto risco, que permitem a emissão de alertas precoces e a intervenção rápida.

LUÍS FILIPE BARREIRA, BASTONÁRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS:

“Os enfermeiros não pretendem substituir outros profissionais”

“OS ENFERMEIROS NÃO PRETENDEM SUBSTITUIR OUTROS PROFISSIONAIS, APENAS QUEREM EXERCER PLENAMENTE AS SUAS COMPETÊNCIAS”, AFIRMOU LUÍS FILIPE BARREIRA, BASTONÁRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, NA SESSÃO DE ABERTURA DA IV CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS, QUE DECORREU NO INÍCIO DE DEZEMBRO, EM FÁTIMA.

Um dos temas em destaque na intervenção de Luís Filipe Barreira foi o da prescrição por enfermeiros, que é defendida como uma evolução natural da profissão, embora o assunto “tenha sido

sempre tratado com desconfiança e como um ato de ousadia”, comentou, acrescentando:

“Não é ousadia, é bom-senso, é evolução, é resposta às necessidades concretas das pessoas. Em muitos paí-



Foto Nuno Fernandes

Para concluir, disse que “o país não pode ficar preso ao passado”, considerando que “vivemos um tempo novo, em que precisamos de concentrar esforços naquilo que verdadeiramente importa e resolver o problema das pessoas”. E mais: “O que os portugueses pretendem dos governantes e dos profissionais de saúde é que atuem com sentido de responsabilidade e cooperação, colocando o interesse público acima de qualquer questão corporativa.”

Por último, Luís Filipe Barreira salientou o facto de a edição deste ano da Convenção Internacional dos Enfermeiros ter atingido “o limite máximo de 3500 inscrições”, um número recorde neste evento anual. “A Convenção cresce em dimensão e significado. Agora é tempo de organizar projetos que respondam às necessidades dos enfermeiros. O futuro não se faz com intenções, faz-se com ações”, afirmou.

Ana Povo: “Os enfermeiros são a espinha dorsal do SNS.”

Entretanto, em representação da ministra da Saúde, a secretária de Estado da Saúde, Ana Povo, destacou que “os enfermeiros são a espinha dorsal do SNS” e comentou a questão das eventuais disputas entre classes profissionais: “Nenhuma profissão consegue responder isoladamente às necessidades dos utentes. Todos os profissionais têm um papel insubstituível. O que nos fragiliza não são as diferenças, mas a falta de entendimento e de cooperação. O que nos fortalece é a capacidade de trabalhar lado a lado, colocando o interesse dos cidadãos acima de qualquer rivalidade corporativista.”

Ana Povo apelou ainda a que sejam colocadas de lado “disputas de territórios” e que se passe a agir no SNS numa “lógica de complementaridade”. Até porque “o utente não quer saber quem faz mais ou quem manda mais, quer ser cuidado com dignidade, com rapidez e, acima de tudo, com qualidade”.

Afirmou ainda: “Este Congresso prova que os enfermeiros estão prontos para liderar este caminho de cooperação. Que sejam também um exemplo para todas as profissões da Saúde.”

Não tendo tido oportunidade de comparecer presencialmente, o primeiro-ministro enviou uma mensagem na qual agradeceu, “profundamente, a todos os enfermeiros que diariamente servem os portugueses”. Luís Montenegro reforçou que “estão na primeira linha dos cuidados de saúde de qualidade”, enaltecendo o trabalho desenvolvido pela Ordem e pelo seu bastonário “na defesa do Sistema de Saúde e para responder aos desafios estruturais” que o país enfrenta”. Garantiu também que o Governo “continuará a valorizar a carreira dos enfermeiros e as suas condições de trabalho”.

ALBINO OLIVEIRA MAIA, PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA DO XIX CONGRESSO NACIONAL DE PSIQUIATRIA:

“Considero a Sociedade de Psiquiatria dinâmica, participativa e promissora”

NESTA ENTREVISTA, O AINDA VICE-PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL CONVERSOU COM A *JUST NEWS* NA SUA QUALIDADE DE PRESIDENTE DA CO DO XIX CONGRESSO NACIONAL DE PSIQUIATRIA, QUE DECORREU ENTRE 19 E 22 DE NOVEMBRO, MAS TAMBÉM COMO CANDIDATO A PRESIDIR À SPPSM NO MANDATO 2029-2032. A SUA ELEIÇÃO FOI, ENTRETANTO, CONFIRMADA, O QUE SIGNIFICA QUE ALBINO OLIVEIRA MAIA SERÁ, DURANTE OS PRÓXIMOS TRÊS ANOS, O PRESIDENTE ELEITO DESTA SOCIEDADE, INTEGRANDO A FUTURA DIREÇÃO, QUE TOMARÁ POSSE NAS PRÓXIMAS SEMANAS.

JN – No seu entender, que Sociedade é esta a cuja presidência resolveu candidatar-se?

AOM – Considero a SPPSM uma Sociedade dinâmica, participativa e extraordinariamente promissora. Acho que a Psiquiatria portuguesa deve muito àqueles que a construíram. Saliento que 2025 é um ano em que temos oportunidade de nos lembrar disso, porque celebrámos 20 anos de congressos da SPPSM. É uma oportunidade de olhar para trás, de ver quem ajudou a erguer esta Sociedade e observar a forma como esses colegas permitiram que ela seja um elemento agregador, apesar de se tratar de uma especialidade médica que, pela sua enorme diversidade e pelo seu pendor muito humanista, poderia sofrer do problema contrário, que é o da dispersão dos seus membros. Temos pessoas que olham, vivem e contribuem para a Psiquiatria de forma distinta umas das outras, havendo muitas linguagens diferentes.

A SPPSM tem, em grande medida, um papel agregador de todas estas várias realidades e o Congresso Nacional de Psiquiatria é, penso eu, o momento anual em que os psiquiatras, os internos e outros profissionais relacionados com a saúde mental podem encontrar-se, conversar e ver o que de melhor se possa estar a fazer em Portugal e lá fora. É uma construção de enorme valor e é inequívoca. Não há nada que se compare. Não há qualquer outra sociedade ou veículo alternativo à SPPSM para reunir os psiquiatras e os profissionais que a nós se associam.

Mas o facto de termos estes congressos com tanta qualidade, que chamam muita gente e têm um enorme sucesso, significa que temos outras responsabilidades para as quais é necessário começar a olhar. Há já uns anos que a SPPSM tem vindo a investir num veículo científico que

seja simultaneamente da Sociedade e da própria Psiquiatria: a *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. Penso que é muito importante continuar a apostar nesse projeto, fazendo-o crescer e progredir. Essa é uma missão com grande significado para a SPPSM, para que o contributo científico não se esgote na realização de um Congresso e se torne mais perene, acessível em qualquer momento. Penso que a *Revista* pode perfeitamente cumprir esse objetivo, sendo muito bom que cresça e se desenvolva.

JN – Na sua opinião, que papel pode a SPPSM desempenhar relativamente à chamada sociedade civil?

AOM – Para que a SPPSM continue a desenvolver-se, é muito importante que, para além de representar os psiquiatras, reconheça a importância que tem junto da sociedade civil, individualmente ou em interação com diversas outras estruturas, como, por exemplo, a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental.

É fundamental que haja uma entidade como a SPPSM, com características eminentemente científicas, que tenha um papel de relevo no reconhecimento da importância da saúde mental, que alerte para a necessidade de acesso a tratamentos estabelecidos, assim como à inovação, das pessoas que têm uma doença psiquiátrica ou mental. Mas que diga concretamente o que é necessário fazer, o que faz falta, quais os instrumentos a que as pessoas podem e devem aceder. Considero que a SPPSM está bem posicionada e tem a idoneidade necessária para assumir esse papel, sendo nesse sentido que deve caminhar.

JN – Como vice-presidente da SPPSM, teve oportunidade de fazer algo a esse respeito?



“Para que a SPPSM continue a desenvolver-se, é muito importante que, para além de representar os psiquiatras, reconheça a importância que tem junto da sociedade civil”, considera Albino Oliveira Maia

AOM – Enquanto vice-presidente, assumi um pouco essa preocupação numa área muito específica e que está em evolução do ponto de vista científico, que se prende com a utilização de alguns agentes psicotrópicos, que é o caso dos psicadélicos, como um instrumento terapêutico.

Tive a preocupação, que, devo dizê-lo, é também pessoal, de envolver a Sociedade em ações em que se conjugava a ciência com a necessidade de

“Eu defendo que temos que contribuir e colaborar com outros agentes que nos ajudem a fazer aquilo que tem que ser feito, que é dar mais saúde a quem mais precisa.”

comunicar com os agentes da sociedade civil. Gostaria de fazer crescer e estabelecer este papel de garante de qualidade científica em relação àquilo que são os instrumentos para a saúde e para o tratamento da doença

mental a que as populações estão, ou deviam estar, a ter acesso.

JN – O facto de na SPPSM existir a figura do presidente eleito será, com certeza, uma mais-valia, certo?

AOM – É isso mesmo! Nesse aspeto, nós funcionamos de modo semelhante a outras sociedades científicas, como, por exemplo, a Sociedade Europeia de Psiquiatria. Com efeito, cada Direção da SPPSM inclui igualmente, entre os seus elementos, o presidente cessante e o presidente eleito. Isto é também, de alguma forma, uma garantia de continuidade. É uma boa maneira, penso eu, de reduzir a existência de clivagens muito abruptas em relação a estilos, missões e estratégias quando uma nova Direção inicia funções.

JN – Assumirá a presidência da SPPSM no início de 2029, daqui a três anos. Que evolução pensa que tem havido, entretanto, na área da Psiquiatria e Saúde Mental?

AOM – Aquilo que eu identifico como tendo sido a maior mudança neste domínio nos últimos anos prende-se com a atenção dada à questão da saúde mental, tendo para tal contribuído, em certa medida, a crise originada pela pandemia de covid-19, nomeadamente com os confinamentos a que obrigou. Nessa altura, a saúde mental das pessoas que viviam sozinhas, dos jovens e dos idosos, bem como dos que já an-

tes estavam doentes, deixou de ser uma preocupação estritamente dos psiquiatras e dos psicólogos. Aliás, ao contrário do que anteriormente acontecia, passou a ser a sociedade a pedir a nossa intervenção.

No entanto, não estou seguro de que essa reação tenha tido grandes consequências naquilo que foi sempre, e continua a ser, a preocupação dos psiquiatras, que é o acesso à psicoterapia, à medicação, à neuromodulação, a elementos preventivos. Não estou convencido de que tenha havido essa transição, que a maior preocupação pública tenha resultado num maior acesso a cuidados.

O desafio que se vai colocar na próxima década é não deixar esmorecer o entusiasmo e canalizá-lo no sentido de otimizar ou, pelo menos, melhorar o acesso a cuidados de saúde baseados na evidência de quem tem pior saúde mental, de quem está mais doente. Entretanto, no domínio científico, a SPPSM pode e deve ter um papel relevante, sendo certo que estamos também perante um problema político e societal. É aí eu defendo que temos que contribuir e colaborar com outros agentes que nos ajudem a fazer aquilo que tem que ser feito, que é dar mais saúde a quem mais precisa!

Nota: Este é um extrato da entrevista originalmente publicada no Jornal do XIX Congresso Nacional de Psiquiatria (nov 2025). Inclui ligeiras ajustes.



MANUEL VIANA, MÉDICO DE FAMÍLIA COM A COMPETÊNCIA DE GERIATRIA:

“Não existem doenças específicas dos idosos, mas sim formas de apresentação diferentes”

MANUEL VIANA ESTÁ VISIVELMENTE AGRADADO COM O FACTO DE A FORMAÇÃO PRÁTICA EM GERIATRIA PODER SER AGORA REALIZADA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS POR “AJUDAR A PROMOVER A ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA”. ATÉ PORQUE, NO SEU ENTENDER, “EM CADA USF DEVIA HAVER, PELO MENOS, UM MÉDICO DE FAMÍLIA COM A COMPETÊNCIA DE GERIATRIA”.

Médico de família com a competência de Geriatria, Manuel Viana sabe do que fala ao sublinhar: “Os sinais e sintomas dos processos patológicos sobre-põem-se aos do envelhecimento. Co-existem frequentemente várias doenças crónicas que interagem entre si e que levam a perda da funcionalidade, causando dependência e penalizando a qualidade de vida. Não existem doenças específicas dos idosos, mas sim formas de apresentação diferentes e, por vezes, atípicas – as síndromes geriátricas.”

E enumera uma série dessas síndromes, frisando que “o idoso que manifeste alguma delas deve ser estudado, para se determinar de que doença padece, já que pode ser qualquer uma”:

Os exemplos seguintes mostram que a lista não é pequena: as quedas, a imobilidade, a incontinência urinária, os quadros de *delirium*, a deterioração cognitiva, a depressão, a desidratação, a obstipação, as úlceras de pressão, a malnutrição, a privação sensorial (má visão e audição) ou a hipotermia, não esquecendo a iatrogenia, ou seja, as doenças provocadas pelo

ato médico, com destaque para o excesso de medicação e as interações entre fármacos.

Mas, para Manuel Viana, “a síndrome de fragilidade é a expressão mais problemática do envelhecimento da população”. Trata-se de “um estado de declínio fisiológico progressivo em múltiplos sistemas orgânicos, com redução da resposta homeostática a stressores *minor*, levando a uma alteração desproporcionada no estado de saúde

“A síndrome de fragilidade é a expressão mais problemática do envelhecimento da população”, considera o especialista em MGF e geriatra.

e a vulnerabilidade aumentada a quedas, incapacidade, institucionalização e morte”.

Na abordagem às várias patologias que os doentes mais velhos podem apresentar, o nosso entrevistado frisa ser fundamental considerar o seguinte: “Mais importante do que a idade cronológica, interessa avaliar a idade biológica do utente que temos à nossa frente, se é robusto (FIT) ou, pelo contrário, se é frágil.”

E é muito claro quando alerta para o facto de que, no caso dos doentes frágeis, “a aplicação das múltiplas *guidelines* de uma doença específica pode não ser apropriada ou até revelar-se mesmo perversa”, justificando: “Os idosos mais frágeis e com multimorbididades estão sub-representados ou foram excluídos dos ensaios clínicos e meta-análises, não devendo, por isso, os resultados dos estudos ser extrapolados para esta população.”

Idoso frágil: um novo grupo vulnerável ou de risco

Já há muito tempo que Manuel Viana manifesta a necessidade de



“Uma das grandes funções do médico geriatra é a prevenção da iatrogenia, respeitando o princípio hipocrático *Primum non nocere*”, diz Manuel Viana

se incluir no SClínico, “para além dos já existentes, um novo grupo vulnerável ou de risco”: o do idoso frágil. E porque? “Porque os atuais

traduzem uma realidade demográfica já desatualizada, com o recente e progressivo envelhecimento da população!”

Manuel Viana: “A Avaliação Geriátrica Global é o principal contributo que a Geriatria traz como especialidade, privilegiando a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida.”

Ou então, em alternativa, que “em cada USF houvesse pelo menos um ou dois médicos de família com a competência de Geriatria, que poderiam ter uma carteira adicional de serviços, modalidade já prevista e fácil de implementar”. E para quê? “Avaliariam os doentes frágeis, dependentes e com multimorbididades referenciados pelos restantes colegas, com os quais discutiríamos o plano individual de cuidados que resultaria da Avaliação Geriátrica Global.”

Manuel Viana defende que este tipo específico de avaliação “é o principal contributo que a Geriatria traz como especialidade, por ser biopsicossocial, familiar e funcional, que visa não só elencar os

(Continua na pág. 12)

SOFIA TAVARES ALMEIDA, INTERNA DO 4.º ANO DE MGF:

“O estágio de Geriatria nos CSP tem a vantagem de se poder avaliar o idoso num contexto de ambulatório”

SOFIA TAVARES ALMEIDA, 28 ANOS, CONFESSA QUE MESMO ANTES DE INICIAR O CURSO DE MEDICINA JÁ SENTIA UM CARINHO ESPECIAL PELA POPULAÇÃO GERIÁTRICA. MAS FOI SOBRETUDO ENQUANTO INTERNA DE MGF QUE, “AO COMEÇAR A TRATAR PESSOAS MAIS VELHAS, PERCEBI SER ESSA, SIM, A MINHA PAIXÃO”. TORNOU-SE AGORA A PRIMEIRA MÉDICA A REALIZAR UM ESTÁGIO PRÁTICO NOS CSP RECONHECIDO PELO COLÉGIO DA COMPETÊNCIA DE GERIATRIA DA OM, MAIS UM PASSO QUE DEU NO SENTIDO DE VIR A OBTER, COMO ESPERA, A COMPETÊNCIA NESTA ÁREA.

Natural da Maia, Sofia Tavares Almeida fez o curso na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e o internato geral no então CHU de São João, concretizando assim o sonho de ser médica. O desejo de “poder lidar com uma panóplia grande de doenças” levou-a a decidir-se pela especialização em Medicina Geral e Familiar.

Não foi ao acaso que escolheu a USF Valongo para se tornar médica de família. Sabia que tinha sido a primeira unidade de saúde familiar no País a obter a classificação de nível “Ótimo” no processo de Acreditação e está convicta de que tomou a decisão certa. Começou o internato em 2023, iniciando agora em janeiro de 2026 o 4.º e último ano da sua formação em MGF.

“A pós-graduação em Geriatria Clínica foi fundamental para a formação prática que tenho estado a fazer, dando-me as bases mais teóricas.”

O seu “particular gosto pela população geriátrica” levou-a a tomar a decisão de fazer uma pós-graduação em Geriatria Clínica na FMUP, entre outubro de 2023 e julho de 2024. “Deu-me aquelas bases mais teóri-

sulta de Gerontopsiquiatria, no Hospital de São João. E a sua formação prática em Geriatria haveria de se intensificar nos últimos tempos.

O mês de setembro seria todo ele passado na USF São João do



“A AGG demora, normalmente, pelo menos uma hora a fazer, o que não é viável numa consulta de 20 minutos”, sublinha Sofia Tavares Almeida

cas, o que eu acho ter sido fundamental para a formação prática que tenho estado a fazer”, assegura. “E foi aí que, numa das aulas, conheci o Dr. Manuel Viana!”, esclarece.

Sofia Tavares Almeida aproveitaria, entretanto, um estágio de Psiquiatria realizado no âmbito do internato da especialidade para acompanhar Lia Fernandes na Con-

Porto, num estágio orientado por Manuel Viana. Na primeira quinzena de outubro acompanhou Rafaela Veríssimo na ULS de Gaia-Espinho, onde esta internista coordena a Unidade de Ortogeriatria e a Consulta de Geriatria.

Seguiu-se o mês de novembro,

(Continua na pág. 12)

USF São João do Porto foi a 1.ª unidade de CSP a proporcionar um estágio prático com vista à obtenção da competência de Geriatria

Por indicação do respetivo Colégio, a Ordem dos Médicos alterou recentemente os critérios de acesso à competência de Geriatria, nomeadamente aquele que contempla a formação prática. Esta deixou de ser realizada apenas e exclusivamente numa unidade de Geriatria, nacional ou estrangeira, com idoneidade reconhecida pelo Colégio.

Com efeito, o estágio ou trabalho clínico de pelo menos 300 horas pode agora ser cumprido numa unidade, serviço ou estabelecimento com atendimento a idosos dos cuidados de saúde primários ou secundários, desde que tutelado por um médico com competência de Geriatria pela OM. Para além de que o mesmo pode ser feito em mais do que um local, desde que pelo menos num dos casos decorra em dias consecutivos e com um mínimo de 100 horas.

A USF São João do Porto, que integra a ULS de Santo António, acabou por ser a primeira unidade de

CSP a proporcionar formação prática para obtenção da competência de Geriatria, ao receber, no passado mês de setembro, a interna de MGF Sofia Tavares Almeida. Esta teve como orientador Manuel Viana, médico de família daquela USF que há muito se interessa particularmente pelo utente geriátrico.

Aliás, ambos tiveram oportunidade de partilhar esta experiência inédita na última edição do Congresso Português de Geriatria e Gerontologia, que se realizou no final de novembro, em Lisboa. Foram os protagonistas da sessão intitulada “A Competência e a Formação em Geriatria”, que teve como moderador Álvaro Ferreira da Silva, membro da Direção do Colégio da Competência de Geriatria, e que foi presidida pelo cardiologista Manuel Carrageta e pelo médico de família José Augusto Simões, respetivamente, presidente e vogal da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.



Sofia Tavares Almeida, Manuel Carrageta, José Augusto Simões, Álvaro Ferreira da Silva e Manuel Viana



**VIII JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

2026
19 a 21 de março
PORTO



(Continuação da pág. 11)

todo ele dedicado a um novo estágio, desta feita no Centro Geriátrico de Oliveira de Azeméis, sob a orientação do respetivo coordenador, Gonçalo Sarmento, médico do Serviço de Medicina Interna da ULS de Entre Douro e Vouga. Para este início de 2026, está já previsto mais um período de formação com outro internista com competência em Geriatria, Paulo Sousa Almeida, na Consulta de Oncogeriatria, efetuada no âmbito da Unidade com o mesmo nome criada na ULS de São João.

Sofia Tavares Almeida faz questão de referir a ligação que também estabeleceu com o Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e a sua participação na elaboração do *Plano de Cuidados do Idoso - Guia Prático para a Consulta de MGF*.

A grande mais-valia da Avaliação Geriátrica Global (AGG)

O estágio que Sofia Tavares Almeida cumpriu na USF São João do Porto possibilitou-lhe “consolidar a avaliação de doentes idosos, treinando o diagnóstico e a gestão das patologias mais frequentemente observadas em contexto de ambulatório nesta faixa etária”.

A experiência que ganhou com a aplicação sistemática da Avaliação Geriátrica Global (AGG) é algo que a médica destaca, sublinhando a grande mais-valia deste modelo: “É um processo diagnóstico multidimensional, que avalia o indivíduo como um todo, com o intuito de criar um plano de cuidados personalizado e, em última instância, melhorar a qualidade de vida, a autonomia e a independência do idoso.”

Sofia Tavares Almeida aproveitava para enumerar as componentes analisadas na avaliação a que o idoso é submetido:

- Física/biológica: visão/audição, pé e calçado, tensão arterial, estado nutricional, risco de osteoporose, saúde oral, sono, existência de dor, incontinência urinária/fecal, etc.

- Funcional: autonomia, independência, marcha e risco de queda, existência e gravidade de sarcopenia.
 - Emocional: sintomas depressivos e ansiosos.
 - Cognitiva: queixas mnésicas, presença de défice cognitivo ou demência.
 - Socioeconómica/ambiental: existência de apoios/cuidadores, riscos no domicílio, dificuldades económicas.
 - Farmacológica: revisão da medicação habitual, averiguação de fármacos potencialmente inapropriados para a população geriátrica, bem como de eventuais interações medicamentosas.
- “Para a avaliação das diferentes componentes temos à nossa disposição escalas bem definidas e validadas para a realidade portuguesa, o que permite aumentar a precisão e a confiabilidade dos resultados”, refere a nossa entrevistada, acrescentando:
- “A avaliação geriátrica é realizada de forma multidisciplinar e, apesar de não existirem critérios validados relativamente aos idosos que mais podem beneficiar com a AGG, esta tem indicação sobretudo naqueles que apresentam alguma fragilidade ou com fatores de risco, incluindo, por exemplo, o recurso frequente a cuidados de saúde.”

“Após a criação de um plano de cuidados, os CSP favorecem a reavaliação do doente ao longo do tempo.”

Excluídos da mesma ficarão, em princípio, os idosos saudáveis e completamente funcionais, mas também os que apresentam múlti-

plas comorbilidades e elevado grau de dependência (*too healthy* ou *too sick*), “uma vez que estes podem não beneficiar das intervenções propostas”.

Sofia Tavares Almeida explica que os colegas da USF lhe referenciavam os idosos e que, após ser feita a avaliação, “era elaborada uma lista de problemas, discutida posteriormente com o médico assistente, que desenhava um plano de cuidados e fazia a interligação com os restantes elementos da equipa”.

As avaliações eram realizadas em consulta na Unidade ou em contexto de domicílio, “com a grande vantagem de se poder avalliar os fatores de risco ambientais do utente, relacionados, por exemplo, com uma maior possibilidade de queda ou com eventuais condições socioeconómicas precárias”.

“Os estágios de Geriatria efetuados nos CSP têm a vantagem de se poder avaliar o idoso num contexto de ambulatório, sendo frequentemente detetados fatores de risco para certas patologias antes de as mesmas se manifestarem. Para além de que permitem que seja observado como está habitualmente no seu quotidiano, por exemplo, vendo como caminha e que apoios de marcha usa, que dificuldades e problemas tem no seu dia-a-dia e como é o ambiente em que está inserido”, resume a médica interna, que frisa ainda:

“Os CSP favorecem igualmente, na sequência da criação de um plano de cuidados, a reavaliação do doente ao longo do tempo e, sendo necessário, o ajuste da terapêutica prescrita.”

O balanço final do estágio realizado por Sofia Tavares Almeida na USF São João do Porto, sob a tutoria do médico de família Manuel Viana, revela-se, pelos vistos, muito positivo: “Tive uma ótima experiência, e os próprios utentes a quem realizei uma Avaliação Geriátrica Global, que, infelizmente, não seria possível numa consulta normal, não só colaboraram como se mostraram agradecidos.”

(Continuação da pág. 11)

problemas de saúde mas, sobretudo, hierarquizá-los. E priorizando não apenas os problemas médicos mas também os funcionais, os psicológicos, os familiares e os



Sofia Tavares Almeida e Manuel Viana

Para o médico, “o modelo clínico de atendimento nas instituições hospitalares para as pessoas mais velhas, frágeis ou com multimorbilidades é o modelo biomédico tradicional.”

zação em Geriatria”. Isto porque “o modelo clínico de atendimento nas instituições hospitalares para as pessoas mais velhas, frágeis ou com multimorbilidades é o modelo biomédico tradicional, cujo objetivo é a recuperação da doença que motivou o recurso ao hospital”.

“Não considera o impacto negativo na funcionalidade que uma hospitalização pode provocar numa pessoa frágil”, diz Manuel Viana, apresentando o exemplo de um doente que recorre ao hospital com uma pneumonia e acaba internado numa enfermaria tradicional.

“Não estando esta preparada para acolher um doente idoso e frágil, pode levar ao surgimento de

(Continua na pág. 14)

HTA, diabetes *mellitus* e dislipidemia: três patologias muito prevalentes

Manuel Viana releva a circunstância de a síndrome de fragilidade ser “um instrumento clínico muito útil para a estratificação de risco na população idosa altamente heterogénea e para orientar a decisão terapêutica na presença de doenças como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* e a dislipidemia, três patologias muito prevalentes e cuja gestão ocupa boa parte da atividade do médico de família”. Deixa, na primeira pessoa, as seguintes considerações:

Hipertensão arterial

As recentes *guidelines* da Sociedade Europeia de Hipertensão (2023) abordam a HTA no idoso em dois grupos: entre os 65 e os 79 anos e os ≥ 80 anos. A maioria dos indivíduos no “grupo 65-79” têm funcionalidade preservada, baixo nível de fragilidade, enquan-

to o “grupo ≥ 80 ” apresenta uma grande heterogeneidade funcional, com uma percentagem substancial de indivíduos frágeis/dependentes.

É importante que seja feita uma avaliação inicial do estado funcional / nível de fragilidade, usando métodos simples e rápidos, devendo a mesma ser repetida com frequência, uma vez que o estado de saúde dos idosos se pode deteriorar rapidamente. Os mais frágeis e dependentes devem ser tratados de uma forma individualizada, de acordo com comorbilidades e questões de polifarmácia, corrigindo outros fatores e terapêuticas que diminuam a PA, privilegiando o alívio de sintomas e a qualidade de vida.

A redução do tratamento anti-hipertensor (desprescrição) pode/deve ser considerada em idosos

“A síndrome de fragilidade é um instrumento clínico muito útil para a estratificação de risco na população idosa altamente heterogénea e para orientar a decisão terapêutica.”

com uma TAS < 120 mmHg ou na presença de hipotensão ortostática severa ou de um nível de fragilidade elevado.

Diabetes *mellitus* (DM)

A prevalência de DM tem vindo a subir nos idosos com o aumento da esperança média de vida, tal como a fragilidade e a sarcopenia, que é a expressão fenotípica da fragilidade.

A sarcopenia define-se como a perda de força e de massa muscular. DM, fragilidade e sarcopenia partilham mecanismos etiopatogénicos, existindo um verdadeiro círculo vicioso: a DM agrava a sarcopenia e esta agrava a DM. Deve-se, por isso, rastrear a fragilidade e a sarcopenia antes da abordagem terapêutica do doente idoso com DM.

O paradigma atual do tratamento da DM mudou de uma es-

(Continua na pág. 14)



(Continuação da pág. 12)

var a sarcopenia, com tudo o que isso implica, como, por exemplo, o aumento do risco de quedas – a grande síndrome geriátrica, cujas consequências (fraturas e traumatismos cranioencefálicos) são tão ou mais graves do que os eventos cardiovasculares, para a prevenção dos quais prescrevemos os fármacos antidiabéticos. A prescrição dos aGLP-1 deve ser sempre acompanhada da prescrição de exercícios de resistência e de uma dieta adequada, para evitar a perda de massa muscular.

Para o rastreio e diagnóstico de sarcopenia, o EWGSOP (Grupo Europeu para o Estudo da Sarcopenia nos Idosos) propõe a seguinte abordagem por etapas:

- Detecção de casos – usando o questionário SARC-F.
- Avaliar a força muscular – usando um dinamómetro para a força de preensão palmar ou o teste de elevação da cadeira.
- Confirmar sarcopenia através da avaliação da massa muscular – usando a DXA, a bioimpedância ou a TAC/RMN. Não tendo acesso a estas técnicas, podemos usar o périmetro geminal.
- Avaliar o grau de severidade da sarcopenia – usando a

velocidade da marcha, o TUG (*time up and go*) ou o SPPB (*short physical performance battery*).

Dislipidemia

Os ensaios clínicos deveriam também incluir idosos frágeis, com multimorbilidades, limitações físicas e cognitivas e institucionalizados. Os objetivos (*endpoints*) dos estudos nestas faixas etárias deveriam ser os que realmente interessam aos idosos: melhor qualidade de vida, mais funcionalidade e mais tempo livre de incapacidade física e cognitiva e de institucionalização.

Por exemplo, em relação à dislipidemia, ainda não há evidência, baseada em ensaios randomizados, que apoie o uso de estatinas em prevenção primária em adultos maiores de 75 anos. Nesse sentido, aguardam-se os resultados dos estudos STAREE e PREVENTABLE, que incluem como objetivos principais o tempo de sobrevida livre de demência e de incapacidade – que é o que realmente importa ao idoso na manutenção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida, e não apenas tratar as doenças ou a diminuição dos eventos cardiovasculares (MACE).

(Continuação da pág. 12)

síndromes geriátricas, tais como *deli-rium*, depressão, imobilidade, sarcopenia, obstipação ou incontinência”, observa.

Um serviço vocacionado para atender estes doentes “deverá utilizar uma abordagem interdisciplinar, como a Avaliação Geriátrica Global, realizada por uma equipa multidisciplinar com formação em Geriatria,

que inclua médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social”.

“O objetivo é que a hospitalização cause o menor dano possível e que, inclusivamente, possa ser uma oportunidade de reabilitação funcional, física e cognitiva, com maior probabilidade de regresso ao domicílio após a alta nas melhores condições possíveis”, afirma Manuel Viana.



Competência de Geriatria foi criada em 2014

A Competência de Geriatria foi criada pela Ordem dos Médicos em 2014, tendo sido, na altura, nomeada uma Comissão Instaladora composta pelos internistas Manuel Teixeira Veríssimo e Gorjão Clara e o médico de família Alberto Pinto Hespanhol. Viriam a ser admitidos pouco depois neste Colégio 69 médicos de várias especialidades.

Em outubro de 2016 era eleita a primeira Direção, formada por: Manuel Teixeira Veríssimo (MI) – presidente, Alberto Pinto

Hespanhol (MGF), Benilde Teresa Barbosa (MI), João Gorjão Clara (MI), Alvaro Ferreira da Silva (MGF), Sofia Duque (MI) e Eduardo Doutel Haghighi (MI).

A atual Direção, recém-eleita, é constituída por: Lia Fernandes (Psiqu.) – presidente (desde 2018), Alvaro Ferreira da Silva (MGF), Ana Viegas (MGF), Lia Marques (MI), Manuel Viana (MGF), Paulo Sousa Almeida (MI), Ralaela Veríssimo (MI), João Fonseca (MI) e Fernando Osório (Cirurg.)

Portugal no topo dos 5 países do mundo com mais idosos residentes



Álvaro Ferreira da Silva
Médico de família. Membro da Direção do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

Segundo os Censos 2021 do Instituto Português de Estatística, atualizados em 2023, o número de residentes em Portugal era de 10,6 milhões, 2,5 milhões dos quais tinham 65 ou mais anos e 380 mil idade igual ou superior a 85 anos. Por outro lado, o número de jovens entre 0-14 anos diminuiu de 1,5 para 1,3 milhões e o de residentes entre 15-64 anos baixou de 6,8 para 6,7 milhões.

Estes dados revelam que o único grupo etário que aumentou no nosso país nos últimos 10 anos foi o dos mais idosos, definidos pela OMS como tendo 65 ou mais anos.

O índice de envelhecimento (relação entre a população idosa, com 65 ou mais anos, e a população jovem, até aos 14 anos) aumentou do indicador 131, em 2012, para o indicador 188, em 2023. Segundo as projeções do INE, continuará a ser essa a tendência, significando, assim, que será cada vez maior a diferença entre o número de idosos e o de jovens.

De acordo com o Eurostat, estes dados demográficos colocam Portugal no topo dos 5 países do mundo com mais idosos residentes.

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, em 2023, existia um total de 35.754 camas nas 112 unidades hospitalares públicas e 131 hospitais e clínicas do setor privado. Por sua vez, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) dispunha de 10.460 camas.

As 2622 Estruturas Residenciais

para Idosos (ERPI) – anteriormente designadas por lares – disponibilizavam 105.638 camas, a grande maioria delas (75%) instaladas e geridas pelo chamado terceiro sector social, o das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com destaque para as 388 Santas Casas da Misericórdia. Estas estão distribuídas por todos os distritos de Portugal Continental e Regiões Autónomas e apoiam diariamente 160 mil utentes, contando com 52 mil colaboradores diretos. As restantes ERPI são na sua maioria privadas, sendo muito reduzido o número das que são disponibilizadas pelo sector público.

De referir que o modelo de Hospitalização Domiciliária, criado em 2015, dispõe de 366 camas adritas a ULS/hospitais, tendo sido tratados 11.500 utentes em regime de internamento no seu domicílio durante o ano de 2024.

Em 2023, nos países da OCDE, a percentagem de camas em cuidados de longa duração (*long term care*) para a população com mais de 65 anos era de 11,5%. Em Portugal, regista-se uma baixa densidade

destas camas, com um índice reduzido e calculado em 1,7%. Este facto indica falta de infraestruturas e uma lacuna significativa na resposta às necessidades da população idosa.

A Direção do Colégio tem vindo a admitir novos profissionais, cujo número ascendia a 126 em novembro de 2025.

A Ordem dos Médicos, interessada na temática do envelhecimento, criou em 2014 a Competência de Geriatria, homologada pelo seu Conselho Nacional Executivo, presidido pelo próprio bastonário, Professor Doutor José Manuel Silva. Nessa altura, foi nomeada uma Comissão Instaladora composta pelos

Professores Doutores Manuel Teixeira Veríssimo, João Gorjão Clara e Alberto Pinto Hespanhol. Após a publicitação dos critérios de admissão por consenso, o título foi inicialmente atribuído pela OM a 69 médicos.

Em 2016, e após ato eleitoral, a Direção do Colégio da Competência de Geriatria tem vindo a admitir novos profissionais, cujo número ascendia a 126 em novembro de 2025, sendo 68 do género feminino e 58 do masculino. De acordo com a inscrição nas secções regionais da OM, a sua distribuição geográfica era a seguinte: SR Sul – 48; SR Centro – 40; SR Norte - 38.

Apenas 6 desses médicos não são titulares de qualquer especialidade, sendo que todos os outros são detentores de pelo menos uma especialidade, subespecialidade ou outra competência. A Medicina Interna (57) e a Medicina Geral e Familiar (51) são, de longe, as especialidades mais representadas, mas também a Cardiologia, a Medicina Intensiva, a Psiquiatria, a Medicina Física e de Reabilitação ou até a Cirurgia estão presentes.

NÓS SOMOS MULTIDISCIPLINARES

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

5563* internos e especialistas de MGF

que já participaram, até agora, no evento anual mais mobilizador e de maior notoriedade em Portugal na área dos Cuidados de Saúde Primários.

* Número acumulado desde 2019 e atingido em março de 2025, sendo, obviamente, atualizado a cada nova edição das Jornadas.



JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VIII JORNADAS
19-21 MARÇO 2026
SHERATON PORTO HOTEL

INFORMAÇÃO

SESSÃO CLÍNICA PROMOVIDA PELA JABA RECORDATI MOBILIZA MÉDICOS DE FAMÍLIA

Vitamina B12 injetável é essencial na gestão da dor e para uma visão clínica integrada do doente

DUAS ESPECIALISTAS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR DEMONSTRARAM, NUMA RECENTE SESSÃO CLÍNICA REALIZADA EM LISBOA PELA JABA RECORDATI E DIRIGIDA A MÉDICOS DE FAMÍLIA, QUE O RECURSO À ADMINISTRAÇÃO DA VITAMINA B12 É ESSENCIAL PARA A GESTÃO DA DOR EM MUITAS SITUAÇÕES E QUE A SUA INCLUSÃO EM PLANOS TERAPÊUTICOS CONTRIBUI, EM GRANDE MEDIDA, PARA UMA VISÃO CLÍNICA INTEGRADA DO DOENTE. TAL EVIDÊNCIA FICOU REFORÇADA APÓS A EXPOSIÇÃO DE QUATRO CASOS CLÍNICOS PARADIGMÁTICOS, QUE DEMONSTRARAM A EFICÁCIA DA ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA B12 POR VIA INTRAMUSCULAR PARA O TRATAMENTO DE SITUAÇÕES GRAVES DE DOR CRÓNICA OU AGUDA, COM GANHOS SOBRETUDO AO NÍVEL DA ADESAO TERAPÊUTICA E DA SUA UTILIZAÇÃO EM DOENTES COM COMORBILIDADES.

A relevância da vitamina B12 para o organismo é desde há muito conhecida, revelando-se essencial em áreas como a síntese do ácido desoxirribonucleico, a regulação do metabolismo energético, a formação de células sanguíneas como os eritrócitos e a integridade do sistema nervoso. Na reunião, que decorreu no final de novembro, Susana Corte-Real, médica de família na USF S. Julião, em Oeiras, recordou que, perante um quadro evidente de défice de vitamina B12, com sintomatologia de dor associada, a equipa de saúde que acompanha o doente deve ponderar a introdução de terapêutica que colmate tal carência.

Segundo aquela especialista, existe, todavia, um conjunto de fatores críticos a salvaguardar ao tomar esta decisão: “Contamos com várias formulações de vitamina B12 ao nosso dispor, entre as quais temos de fazer uma escolha. Devemos perceber, antes de mais, que patologias estamos a tratar concomitantemente, compreender se existem mais vantagens na versão oral ou na injetável, conhecer a gravidade dos sintomas, detetar a necessidade, ou não, de início imediato e mais agressivo de tratamento, ou apurar a importância de instituir um tratamento profilático para prevenção da deficiência de vitamina B12.”



Susana Corte-Real

Presentemente, a administração de vitamina B12 pode efetivar-se através das formas ativas metilcobalamina, adenosilcobalamina e hidroxicobalamina, e ainda da forma sintética cianocobalamina. Ao avaliar este leque de opções, Susana Corte-Real sublinhou o facto de a adenosilcobalamina ser “um cofator para a metilmalonil-CoA mutase, uma enzima crítica para a produção de energia, o que significa que



esta vitamina B12 desempenha um papel importante no combate a sintomas de fraqueza e astenia”. Para além de que “tem um impacto importante na melhoria da cognição”.

Susana Corte-Real: “A administração intramuscular pode ser feita num regime diário, semanal ou mensal.”

Já no que respeita à forma de administração, garantiu que “a formulação injetável por via intramuscular parece ser a melhor opção se queremos uma resposta rápida, se temos deficiências vitamínicas graves, se existe um envolvimento neurológico acentuado, se estamos perante um caso grave de má absorção ou se considerarmos que o doente não cumprirá uma terapêutica oral diária”.

E acrescentou que “a administração intramuscular pode ser feita num regime diário, semanal ou mensal, e assim temos a certeza de que o doente está a aderir. Devemos aqui pensar, por exemplo, em situações de pessoas com demência, que não conseguem tomar a medicação de modo autónomo. Também faz sentido esta escolha se existem comorbilidades e desejamos evitar

mais potenciais interações medicamentosas”.

As práticas relativas à dose e à via de administração da vitamina B12 variam consideravelmente entre países e sociedades científicas, porém, de acordo com Susana Corte-Real, “o bom senso diz-nos que, se estivermos perante casos ligeiros, podemos optar por suplementação oral, mas em situações moderadas a graves é boa prática começar pela formulação injetável”.

Formulação injetável de vitamina B12 é recurso eficaz e económico no controlo da dor em fase aguda

Na sua apresentação, Madalena Rodrigues, médica de família na USF Castelo, em Sesimbra, lembrou que a vitamina B12 é uma excelente opção para o tratamento da dor e por múltiplos motivos, a começar pelos efeitos secundários das outras terapêuticas e respetivo custo: “Muitas vezes, para a abordagem da dor, nomeadamente a neuropática, temos de usar anti-inflamatórios agressivos, com efeitos secundários cardíacos e gastrointestinais, ou alguns medicamentos cujo princípio ativo de marca é muito caro e apresentam muitos efeitos secundários, nomeadamente sedativos. Este é um aspeto que temos de ter em atenção, em particular no que respeita a doentes idosos e polimedicados, uma vez que a administração de vitamina B12 está associada a um preço acessível e a inocuidade no que respeita a efeitos secundários.”

Já relativamente à eficácia deste fármaco, a especialista em MGF sublinhou que a vitamina B12 “atua através de um mecanismo muito se-

melhante ao dos medicamentos inibidores da COX-2 que anteriormente usávamos, mas sem os efeitos deletérios a nível cardiovascular que aqueles fármacos demonstraram ao longo de décadas”. Madalena Rodrigues destacou ainda o papel fundamental que a vitamina B12 administrada por via injetável intramuscular pode desempenhar em relação às doenças desmielinizantes:

“Por exemplo, perante uma hérnia discal não operável, nomeadamente a nível cervical, a compressão permanente da estrutura nervosa desencadeia dor e alterações da sensibilidade. Sem abortarmos esta compressão da bainha de mielina não conseguimos diminuir a sensação de dor, a parestesia ou a falta de sensibilidade. Este processo de desmielinização a longo prazo também acontece, nomeadamente, no caso da síndrome do túnel cárpico não abordável cirurgicamente. Nestas situações, a vitamina B12 deve



Madalena Rodrigues

ser administrada por via injetável, já que estamos a falar de uma dor em fase aguda, cujo processo inflamatório não pode ser contrariado rapidamente com a administração de um fármaco oral.”

A administração intramuscular de vitamina B12 deve ser considerada para um vasto leque de situações de dor e de alteração da sensibilidade

Um momento marcante desta sessão foi aquele em que as palestrantes expuseram quatro casos clínicos, posteriormente analisados e trabalhados pelos participantes, que estavam divididos em grupos. Da reflexão conjunta a propósito destes casos resulta a evidência de

que a vitamina B12, administrada por via intramuscular, pode ser extremamente útil na gestão de diferentes tipos de sintomas como dor crónica e aguda, parestesias e alterações de sensibilidade, mesmo em doentes complexos e com comorbilidades, em quadros como

Eficaz na redução de diferentes tipos de dor e sem problemas de tolerabilidade

No decurso desta sessão clínica, Madalena Rodrigues deixou patente a utilidade da vitamina B12 no controlo da dor numa multiplicidade de patologias: “Nas exacerbações das gonartroses, das coxartroses ou das tendinites verifica-se um estado pró-inflamatório latente. Se conseguirmos criar picos de vitamina B12, através de terapêutica injetável, tal propiciará uma diminuição da inflamação e do edema.” E mais: “Também em situações de doença de Alzheimer a diminuição de vitamina B12 no indivíduo acelera a desmielinização e gera um stress oxidativo e uma autofagia das membranas e dos neurónios, algo que pode ser combatido precisamente com a sua administração.”

“Muitos doentes têm contraindicações para fazer anti-inflamatórios ou não toleram doses elevadas de opióides”, lembrou Madalena Rodrigues.

Por outro lado, a vitamina B12 não surge associada a problemas de intolerabilidade ou de interação medicamentosa, como sucede com outros fármacos usados de forma comum para o controlo da dor, recorda a médica de família: “Muitos doentes, particularmente idosos e polimedicados, têm contraindicações para fazer anti-inflamatórios ou não toleram doses elevadas de opióides, devido à obstipação ou a eventos do sistema nervoso central. Também é vulgar encontrar doentes, tanto idosos como jovens, para quem é difícil encontrar dosagens toleradas de gabapentinóides que sejam eficazes na redução da dor originada por compressão nervosa.”

Acresce que em quadros de dor aguda a vitamina B12 é bastante útil por estarem disponíveis formulações injetáveis e intramusculares, como referiu Madalena Rodrigues:

“Numa lombalgia aguda, por exemplo, não vamos conseguir atingir rapidamente níveis de inibição de noradrenalina com recurso a duloxetina ou a amitriptilina, enquanto

tal é possível por via injetável pelo facto de a vitamina B12 apresentar efeitos na inibição da recaptção da serotonina.” Por último, frisou a sua relevância também para a neuropatia

diabética: “Nesta condição, se está em causa a destruição da bainha de mielina face à glicosilação, é possível contrariar a lesão do nervo graças à vitamina B12.”

INFORMAÇÃO







A NOVA APP para Gestão da Diabetes

 Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ



GlucoMen[®] areo[®]

Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR
com as MESMAS TIRAS





A.MENARINI diagnostics
Viva uma Vida Nova

TENDO SIDO COLEGAS DE CURSO, INTEGRAM A ULS DE COIMBRA E NUNCA DEIXARAM O CENTRO DE SAÚDE DE SANTA CLARA

As duas médicas que foram coordenadoras da USF Coimbra Sul vão aposentar-se em 2026, mas querem continuar a servir os seus utentes

COM INÍCIO DE ATIVIDADE A 20 DE OUTUBRO DE 2014 E PASSAGEM A MODELO B CONCRETIZADA EM DEZEMBRO DE 2019, A USF COIMBRA SUL TEVE NA SUA ORIGEM UM CONJUNTO DE PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE DE SANTA CLARA, MAIS CONCRETAMENTE DA UCSP QUE ALI CONTINUOU A FUNCIONAR APÓS A CRIAÇÃO, DOIS ANOS ANTES, DA USF RAINHA SANTA ISABEL, TENDO AS DUAS SEDE NO MESMO EDIFÍCIO. A MÉDICA DE FAMÍLIA CONCEIÇÃO NUNES VICENTE FOI A SUA 1.ª COORDENADORA, TENDO-LHE SUCEDIDO NESSA TAREFA A COLEGA ISABEL CARVALHO, QUE MANTÉM A SUA BASE DE ATIVIDADE EM MARCO DOS PEREIRO, QUE ACOLHE AQUELA QUE É A ÚNICA EXTENSÃO DA USF COIMBRA SUL. ALI PASSAM A MAIOR PARTE DO SEU TEMPO DUAS DAS SEIS MICROEQUIPAS (MÉDICO + ENFERMEIRO) E UM DOS QUATRO ELEMENTOS DO SECRETARIADO CLÍNICO. PARA ALÉM DOS NOMES QUE SÃO REFERIDOS NAS PRÓXIMAS PÁGINAS, INTEGRAM TAMBÉM ESTA UNIDADE DA ULS DE COIMBRA A MÉDICA LILIANE CARVALHO E AS ENFERMEIRAS MILENA ALEXANDRE, ANA MOURA E ANA ANTUNES.



O que até acaba por ser uma grande vantagem quando os utentes em causa são os mais pequenitos, pois, os gabinetes médico e de enfermagem de cada microequipa são contíguos e comunicantes, o que se torna muito mais prático e confortável para todos: para os profissionais, para os pais e, principalmente, para as próprias crianças. Isabel Carvalho, que coordena a USF Coimbra Sul há uma década, afirma que se consegue assim, com o horário de funcionamento estabelecido para o polo de Marco dos Pereiros, “um muito melhor aproveitamento dos recursos humanos, sem que o atendimento prestado à nossa população seja prejudicado, antes pelo contrário”.

O horário de funcionamento da extensão da USF Coimbra Sul em Marco dos Pereiros foi sofrendo ajustes ao longo do tempo, tendo agora a porta aberta todos os dias úteis entre as 8 e as 13 horas, com exceção das quartas e sextas-feiras, em que encerra um pouco mais cedo, pelas 12h30. Dois médicos, duas enfermeiras e uma secretária clínica asseguram a assistência aos utentes durante as manhãs, mas acabam por completar os seus horários de trabalho no polo de Santa Clara, onde fica a sede da Unidade, num local da cidade de Coimbra que não fica muito distante do Convento de São Francisco ou do Portugal dos Pequenitos. Por exemplo, na véspera do dia em que esta reportagem foi feita (primeira quinta-feira de dezembro), a



Elementos do polo de Marco dos Pereiros com a diretora clínica da área dos CSP da ULS de Coimbra

recomendação oficial para que qualquer utente nessa situação contacte prioritariamente o SNS 24. “É evidente que fomos obrigados a criar tempos de consulta para o próprio SNS 24 poder agendar diretamente para a Unidade, mas procuramos, sempre que possível, facilitar a vida aos nossos utentes, contactan-

Sul, desde logo por esta Unidade ter nascido no seio do que era o Centro de Saúde de Santa Clara, que aquela profissional integrou há 40 anos. E depois porque, durante todo este tempo, a médica tem estado alocada à extensão de Marco dos Pereiros, na União de Freguesias de Santa Clara e Castelo Viegas. A USF Coimbra Sul serve, portanto, uma população manifestamente urbana e outra suburbana e com características mais rurais. “As patologias acabam por ser transversais, mas o nível de vida é melhor aqui do que na cidade, tanto que é em Santa Clara que temos os casos sociais graves, seja de abandono e isolamento de idosos como de toxicodependência, por exemplo”, indica a coordenadora, prosseguindo: “Nesta zona de Marco dos Pereiros e arredores, por outro lado, há



Isabel Carvalho esclarece que, “de forma pontual, vão sendo aceites novas inscrições, principalmente para completar famílias, seja porque nascem crianças ou porque alguém casa e traz o cônjuge. Também temos inscrito alguns imigrantes de várias nacionalidades”. Como forma de encontrar uma resposta para o crescente número de imi-

Isabel Carvalho: “De forma pontual, vão sendo aceites novas inscrições, principalmente para completar famílias.”

grantes sem médico de família que procuram auxílio médico, principalmente brasileiros, indianos, paquistaneses e angolanos, “funcionamos com serviços mínimos”. E exemplifica: “Damos apoio no encaminhamento das grávidas para a maternidade e asseguramos as consultas básicas e as vacinas no caso dos recém-nascidos...”. No âmbito de um acordo estabelecido entre a USF Coimbra Sul e a USF Rainha Santa Isabel, que esteve em vigor pelo menos até ao final de 2025, cada uma delas tem vindo a assegurar esse apoio em meses alternados, uma gestão que não tem sido complicada de fazer até pela proximidade física das duas unidades dentro do edifício de Santa Clara. Em novembro, essa responsabilidade coube à USF de Isabel Carvalho, que faz questão de deixar claro que as situações agudas não são abrangidas por esta medida, pela simples razão de haver, atualmente, “diversos

(Continua na pág. 20)

ISABEL CARVALHO, COORDENADORA DA USF COIMBRA SUL:

“Fui-me habituando ao espaço, aos utentes, e os utentes a mim, e, por isso, nunca tive vontade de deixar Marco dos Pereiros”

Isabel Maria de Carvalho Mar-ques dos Santos nasceu em Luan-da no dia 22 de julho de 1956. Isto porque o pai, engenheiro de formação, tinha ido trabalhar para Angola. Quando a guerra começou, a família decidiu vir embora. Isabel Carvalho tinha 5 anos e a irmã 6 meses. Não sabe por que razão ficaram a viver em Santarém, mas foi aí que fez a sua instrução primária.

até deu algum jeito!”. Já estava a trabalhar quando casou – fará em breve 45 anos – com um colega de curso, Luiz Miguel Santiago, que viria também a especializar-se em Medicina Geral e Familiar. A filha mais velha já tinha nascido quando foram cumprir, em Seia, o designado serviço médico na periferia. “Nunca gostei da área hospitalar!”, faz questão de esclarecer Isa-



Mudaram-se então para Coimbra na altura em que iniciou o equivalente ao atual 5.º ano de escolaridade, no Colégio de São José. Prosseguiu depois os estudos no Liceu D. Duarte, o único da cidade que era misto. A médica diz que quando começou o curso na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em 1973, “devíamos ser uns 700 ou 800”, sendo que, em 1979, “terminaram mais de 500”. Lembra que estava no 1.º ano quando aconteceu o 25 de abril e, por isso, houve algumas cadeiras com passagens administrativas, “que foi o caso da Anatomia, o que

bel Carvalho, que chegou a Marco dos Pereiros em 1983, para nunca mais dali sair, nem sequer quando assumiu a coordenação da USF Coimbra Sul, em novembro de 2015. E, no entanto, até vive na cidade, mais perto do polo de Santa Clara. “Fui-me habituando ao espaço, aos utentes, e os utentes a mim, e, portanto, nunca tive vontade de mudar!”, esclarece, adiantando que, embora esteja decidida a não antecipar a aposentação, o seu maior desejo é poder “passar a pasta” da coordenação e dedicar-se a tempo inteiro à atividade puramente clínica!

(Continuação da pág. 19)

locais para onde o SNS 24 pode fazer o seu encaminhamento”.

Elsa Bernardo, enfermeira de família: “Acho que o trabalho em equipa e por objetivos veio melhorar a qualidade dos serviços prestados”

Elsa Bernardo tem a particularidade de viver e trabalhar onde nasceu

CONCEIÇÃO NUNES VICENTE, MÉDICA DE FAMÍLIA, 1.ª COORDENADORA DA USF COIMBRA SUL:

“Eu gosto mesmo é da consulta, de conversar com o utente, sobretudo de o ouvir”

“Eu nunca me senti atraída pelo ambiente hospitalar”, reconhece Conceição Nunes Vicente, 69 anos de idade celebrados a 18 de outubro último, assegurando que jamais se imaginou a exercer como médica num hospital. De qualquer forma, se dúvidas tivesse relativamente ao seu futuro percurso profissional elas seriam afastadas depois da “experiência muito boa” que teve a oportunidade de viver quando foi cumprir o denominado serviço médico na periferia.



embora tivéssemos tido um pouco de dificuldade relativamente ao pessoal administrativo. Mas depois foi tranquilo e tem sido um projeto muito positivo”. Tendo assumido a coordenação da Unidade no início, a médica acabou por ficar nessa função apenas cerca de um ano. E explica porquê: “Cheguei à conclusão de que não tinha perfil para desempenhar uma tarefa que exige ‘pulso duro’ e que tem uma componente de burocracia muito grande. Devo dizer, a esse respeito, que a Dr.ª Isabel Carvalho tem feito um trabalho espetacular. Por outro lado, eu gosto mesmo é da consulta, de conversar com o utente, sobretudo de o ouvir.”

“Agora, as pessoas confiam muito mais no médico de família.”

Fazendo equipa com a enfermeira Luísa Apóstolo, que integra o Conselho Técnico da Unidade, Conceição Nunes Vicente diz que, no início, a sua lista tinha uns 1500 utentes, número que ascende neste momento a 1800. “Agora, as pessoas confiam muito mais no médico de família, inclusive, eu tenho bastantes utentes que eram de subistemas de saúde e que vieram inscrever-se na USF”, observa.

Filha de um militar que era enfermeiro e com um avô que também dedicou a sua vida à Enfermagem, a primeira coordenadora da USF Coimbra Sul conta que, em pequena, gostava de “mexer em gases e adesivos” e de “tratar as bonecas”, tendo a Medicina surgido “de forma muito natural”.

Casada com um neurologista que conheceu quando estudava em Coimbra, foi colega de Isabel Carvalho e do marido desta, tendo, aliás, os quatro terminado o curso no mesmo dia. Tem quatro filhas, incluindo uma pediatra e uma neurologista, e seis netos.

Admite estar a pensar em aposentar-se em breve, embora esteja esperançada em que possa continuar a exercer com um horário reduzido – se tal lhe for proposto –, pela necessidade que tem do contacto diário com os utentes.

“Como costumou dizer, tenho aqui muitos ‘netos’. Há ‘gente de berço’ que eu conheci quando comecei e que agora já tem filhos!”, diz.

ais, construídas pela Câmara Municipal de Coimbra há pelo menos 20 anos e “coladas” a instalações da Junta de Freguesia e a uma loja dos CTT.



Elsa Bernardo

“Entre os 6 e os 10 anos, eu andava sempre por ali e muitas vezes pedia para espreitar a enfermeira Alexandrina, que ainda hoje é viva, a fazer os tratamentos às pessoas. Mais tarde, embora ainda tenha andado muito indecisa entre Biologia e Enfermagem, acabei por me decidir”, recorda Elsa Bernardo, que frequentaria a Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, terminando o curso em fevereiro de 1995.

No mês seguinte já estava a trabalhar no Hospital dos Covões, no Serviço de Gastroenterologia, e passado algum tempo transitou para o Bloco de Oftalmologia nos HUC. Dois anos depois conseguiu o que queria, entrar nos CSP, tendo permanecido cerca de um ano no Centro de Saúde de Góis, a 45 km de casa, antes de ingressar no CS de Santa Clara, sendo colocada inicialmente na extensão de Cernache.

“Estive lá 11 anos, sozinha, com dois médicos, no entanto, ainda hoje digo que me custou muito a vir embora”, reconhece. Mas, com duas filhas pequenas a entrar na escola, pediu a transferência para a extensão de Marco dos



Pereiros, que se concretizaria em 2007.

Elsa Bernardo tem a mesma lista de utentes desde que a USF Coimbra Sul foi criada, em 2014 – constituindo hoje uma microequipa com o médico Bruno Moreno –, mas a verdade é que já lida com alguns desses doentes há 18 anos, “embora na altura não funcionássemos neste modelo”, sublinha.

“Não tenho dúvidas de que quem trabalhou no modo organizacional antigo e integra agora uma USF nota uma grande diferença, embora nalguns aspetos isso resulte da própria evolução registada com o passar do tempo. Por exemplo, o desempenho da enfermagem não tem nada que ver com o que era há 20 anos, havendo agora muito mais interligação com os



médicos. Acho que o trabalho em equipa e por objetivos veio melhorar muito a qualidade dos serviços prestados aos nossos utentes”, afirma.

A enfermeira esclarece que, embora a sua lista continue a ter muitos idosos – “o que se compreende por estarmos num meio que ainda é bastante rural, apesar de ser cada vez mais um dormitório” –, ela está, neste momento, mais jovem”.

A aposentação da médica Graça Rocha, com quem partilhava o ficheiro, terá contribuído para isso, sendo fácil explicar porquê: “O médico de família é um elo importante no seguimento das famílias e muitos utentes estavam já a trabalhar noutros locais, em certos casos com algum familiar inscrito numa unidade diferente, acabando por sair. Ora, isso permitiu a entrada de uma

Elsa Bernardo: “O nosso ficheiro até está, neste momento, mais jovem.”

nova população de casais mais jovens que estavam sem médico de família, alguns dos quais vieram residir para aqui. A que se juntaram também famílias de imigrantes com filhos pequenos.”

Deve acrescentar-se que Elsa Bernardo reconhece gostar muito de crianças, tanto que se nota uma “ponta de tristeza” por, “na altura certa”, não ter feito a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Casada com um engenheiro civil e com uma das filhas no curso de Direito, a mais velha também não optou pela profissão da mãe, preferindo a Medicina, estando a iniciar o internato específico em Anestesiologia.

Fátima Coelho, enfermeira de família: “Algumas meninas que acompanhei no início em consultas de Saúde Infantil estão agora grávidas”

Fátima Coelho estava na extensão de Cernache do CS de Santa Clara quando lhe foi feito o convite para fazer parte da equipa inicial da USF Coimbra Sul, que aceitou de imediato. Tem-se mantido fisicamente na sede da Unidade, sempre com a mesma lista de utentes, que partilha com a médica Sara Cantarinho desde o primeiro dia.

“Em termos de organização, é totalmente diferente do que se verificava antes. Lembro-me bem das pessoas aparecerem às 6 ou 7 da manhã à porta do CS para conseguirem marcar uma consulta, por exemplo. Melhorámos bastante em termos de acessibilidade dos utentes, o que acaba por se refletir na forma como trabalhamos, oferecendo necessariamente mais qualidade nos cuidados que prestamos”, considera a enfermeira.

Com a experiência que trazia do meio hospitalar e dos próprios CSP antes de ter tido oportunidade de funcionar segundo o modelo USF, Fátima Coelho reconhece estar em condições

(Continua na pág. 22)

ALMERINDA RODRIGUES, DIRETORA CLÍNICA PARA A ÁREA DOS CSP DA ULS DE COIMBRA:

“Havia a necessidade de delinear um projeto de verdadeira integração de cuidados”

Dois anos depois da extinção, a nível nacional, dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e da implementação generalizada do modelo Unidade Local de Saúde, a diretora clínica para a Área dos Cuidados de Saúde Primários da então criada ULS de Coimbra lembra que “a mudança nas organizações é sempre um processo que causa alguma sensação de incerteza e de receio relativamente ao futuro”.

Em declarações à *Just News*, no âmbito da reportagem realizada na USF Coimbra Sul, Almerinda Rodrigues reconhece que na adaptação à nova realidade “houve dificuldades que impactaram negativamente naquilo que deve ser a missão desta Direção Clínica”. E justifica:

“No início, havia a necessidade de delinear um projeto de verdadeira integração de cuidados mas era igualmente indispensável lidar com as carências e as dificuldades do dia-a-dia, como gerir a falta de médicos e os pedidos de mobilidade, ou, por exemplo, garantir o pagamento dos vencimentos de forma adequada aos profissionais das USF, um processo completamente desconhecido para o Serviço de Recursos Humanos, que conseguiu concluí-lo em tempo recorde.”

“Começámos pelo diagnóstico da situação, percebendo qual a realidade da nossa população e as prioridades em saúde. Entretanto, definimos seis Comunidades de



Saúde, constituindo-se cada uma como um conjunto de concelhos próximos, com características geodemográficas semelhantes. Esta divisão permite uma governação de proximidade, com a existência de um Conselho Clínico em cada uma delas”, explica a responsável, acrescentando: “Tencionamos concluir este processo, que ainda não está fechado. Estamos neste momento em condições de mobilizar os colegas médicos de família para colaborararm connosco nesta área de gestão.”

De qualquer forma, “ultrapassadas as dificuldades iniciais, de ordem logística, e implementados os projetos”, Almerinda Rodrigues

(Continua na pág. 22)

BRUNO MORENO, MÉDICO DE FAMÍLIA:

“Verifico que a grande maioria dos alunos de Medicina chega ao fim do curso sem saber, ainda, o que é uma USF”

No próximo dia 1 de abril, uma quarta-feira, é bem provável que o médico de família Bruno Moreno apareça na USF Coimbra Sul com um bolo de aniversário. E porquê? Porque fará quatro anos que começou a trabalhar nesta Unidade. “Aqui, em Marco dos Pereiros, ou lá em baixo, em Santa Clara, faço sempre questão de comemorar esta data”, afirma.

Fizeram-lhe o convite na altura em que se percebeu ser necessário arranjar alguém para ocupar o lugar de uma médica da equipa que estaria de saída devido a um problema de saúde complicado. Foi-lhe dito que “precisavam de uma pessoa com alguma dinâmica e que gostasse da componente da gestão, com o objetivo de integrar o Conselho Técnico, ou até mesmo, eventualmente, de assumir a coordenação, quando tal fosse necessário”.

Feita a entrevista, entre meia dúzia de candidatos, acabou mesmo por ser ele o selecionado. Contudo, como adiante se verá, o processo de entrada na USF Coimbra Sul demonstrou alguma razão porque a colega que iria substituir, em Marco dos Pereiros, estava de baixa e, portanto, ainda fazia parte do quadro de profissionais da Unidade.



namento da Unidade, com a sede diariamente aberta das 8h às 20h e a extensão apenas durante as manhãs.

“Torna muito mais fácil, por exemplo, gerir o sistema de inter-substituição”, aponta o médico, des tacando, contudo, o problema que

se coloca quando há uma grande concentração de profissionais em Santa Clara. Com efeito, o edifício foi concebido para acolher duas USF, mas o facto é que a Unidade de Saúde Pública também ali está instalada, tal como algumas valências da URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Ora, o que se verifica é que “absorvem muito espaço, já de si escasso para comportar o funcionamento de todas essas valências e originando, por vezes, uma médica da equipa que estaria de saída devido a um problema de saúde complicado. Foi-lhe dito que “precisavam de uma pessoa com alguma dinâmica e que gostasse da componente da gestão, com o objetivo de integrar o Conselho Técnico, ou até mesmo, eventualmente, de assumir a coordenação, quando tal fosse necessário”.

No dia em que esta reportagem foi realizada, Bruno Moreno dava uma especial atenção a duas estudantes de Medicina: Mariana Correia (5.º ano), numa “visita” de 2 dias, e Filipa Silva (6.º ano), a cumprir um estágio de 2 meses.

“O que eu verifico é que a grande maioria dos alunos de Medicina chega ao fim do curso sem saber, ainda, o que é uma USF. Portanto, interrogo-me como é que nós podemos conseguir atrair gente para a MGF quando

caminham para o final da sua formação em Medicina sem saber o que é a Reforma dos CSP e o que nós, médicos de família, efetivamente fazemos”, comenta, concluindo: “As faculdades de Medicina têm de fazer uma aposta clara na Medicina Geral e Familiar.”

Pode-se bem dizer que Bruno Moreno está particularmente sensibilizado para este tipo de questões devido ao seu envolvimento na Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN), de que é o atual vice-presidente. Iniciou, em 2025, um 2.º mandato de 3 anos nesse cargo, integrando uma Direção que continua a ser presidida por André Biscaia.

“Médicos, enfermeiros e secretários clínicos – na USF-AN somos todos iguais, independentemente da classe profissional, afinal, muito à semelhança de como funciona uma unidade de saúde familiar”, frisa, para logo acrescentar:

“Julgo que muita gente não faz ideia do tempo que despendemos diariamente na discussão dos mais variados temas que nos dizem respeito e na resposta às solicitações dos nossos associados, partilhando experiências e ajudando as USF, das mais jovens às mais experientes, a

procurar criar rotinas ou a acelerar procedimentos, por exemplo.”

Bruno Moreno “descobriu” a USF-AN em 2010, quando iniciou a especialização em MGF na USF Serra da Lousã. Como a sua orientadora de formação ficou em licença de maternidade, acabou por passar quase todo o 1.º ano do internato sob a alçada de João Rodrigues, médico muito ativo na Associação, a que acabaria por vir a presidir em 2015.

Mas voltemos mais atrás no tempo para perceber qual o percurso de vida de Bruno Moreno, que nasceu em Bragança a 20 de outubro de 1983 e onde viveu até aos 17 anos. Ainda iniciou Medicina Dentária no Porto, em 2001, mas repetiu os exames nacionais e em 2002 entrou, em Coimbra, no curso que queria mesmo: Medicina.

O internato do Ano Comum, feito nos CHUC, em 2009, foi decisivo para pôr de parte três das quatro especialidades que “selecionara”: a Medicina Interna (“Cada vez mais exclusivamente geriátrica e virada para a doença crónica e o internamento...”), a Cirurgia Geral (“Para resolver obstruções, apendicites e hérnias encarceradas...”) e a Ortopedia (“Não fez o

mínimo sentido que tivesse pensado nisso...”). Restava a MGF (“Na verdade, já era o que verdadeiramente eu queria quando terminei o curso...”).

É relevante informar que quando chegou à Lousã para fazer o internato de MGF foi o concretizar de um desejo que surgiu quando, pouco tempo antes, ali estagiou durante 3 meses durante o Ano Comum. Nessa altura, teve oportunidade de conhecer por dentro a Unidade que havia sido fundada por João Rodrigues no final de 2007 e que

este coordenaria até partir para outro projeto, no verão de 2018.

Tendo terminado a sua formação em abril de 2014, seis meses depois, o concurso colocou Bruno Moreno na UCSP Oliveira do Bairro. Reconhece que “foi um choque”, pois, “vinha de 4 anos numa USF modelo B”. Lembra-se bem que começou a trabalhar a 1 de outubro e que haveria de casar a 18 do mesmo mês, mas, entretanto, já tinha desafiado o coordenador da Unidade, Fernando Martins, a avançar para a criação de



uma USF. Nunca mais se esqueceu da resposta: “Oriente isso, eu vou estar cá consigo!”.

A USF Vale do Cértima, que ficou com o nome do rio que banha Oliveira do Bairro, só viria a abrir em setembro de 2018, quatro anos depois. “Foi o processo mais desafiante da minha vida”, confessa, referindo-se a um projeto que diz ter sido de “construção muito progressiva, bastante sólida” e que “neste momento é modelo B, cresceu, tem mais ficheiros”.

Resta esclarecer que, entre a saída da USF Vale do Cértima e a entrada na USF Coimbra Sul – condicionada pela razão que já se sabe –, o médico teve de aguardar quase um ano na extensão de Ançã da UCSP Cantanhede. “Eu tive sempre muita sorte nos sítios por onde passei. Adorei estar em Ançã”, garante.

Residente em Coimbra e casado com uma advogada, Bruno Moreno é pai de uma rapariga com 10 anos e de um rapaz com 6. Diz que se tivesse que apostar que um deles escolheria um dia formar-se em Medicina essa aposta seria no filho: “Olho para ele e faz-me lembrar que eu também era um pouco assim – se visse alguém a cair, era o primeiro a saltar para prestar auxílio!”

(Continuação da pág. 21)

diz que “este é o momento da consolidação do trabalho realizado e de dar início a outros projetos, nomeadamente em diversas vertentes clínicas, assente num sólido trabalho de equipa e numa fase de maior confiança no modelo ULS por parte dos profissionais e da população que servimos”.

“Este é o momento da consolidação do trabalho realizado e de dar início a outros projetos”, afirma Almerinda Rodrigues.

Recuando a janeiro de 2024, a diretora clínica confirma ter sido “muito bem recebida” no seio do Conselho de Administração da ULS de Coimbra. E que foi “conhecendo os profissionais que trabalham a nível hospitalar e eles foram-me conhecendo a mim, participando sempre nas reuniões que aconteciam com os diversos serviços hospitalares”. Faz mesmo questão de salientar “o papel fundamental do presidente do CA, grande motor de integração e profundo conhecedor da realidade dos CSP”.



Almerinda Rodrigues, que foi presidente do Conselho Clínico do ACES Baixo Mondego III (2009-2014) e do ACES Baixo Mondego (2014-2023), chegando a assumir as funções de diretora executiva em novembro de 2023, refere que a ULS de Coimbra possui 26 centros de saúde, com USF e UCSP “bem distintas umas das outras”, obrigando à “definição de estratégias diferentes de acordo com as caraterísticas e necessidades de quem servimos”. Até porque “o enfoque está na personalização de cuidados, na continuidade assistencial e na redução de complicações numa população predominantemente idosa”.

“A nossa aposta está na imple-

mentação de cuidados de proximidade, com contratação de profissionais de diversas áreas, como a Psicologia, a Nutrição ou o Serviço Social, que vai minimizar o esforço que estes profissionais fazem no apoio a diversos CS, por vezes, bem distantes uns dos outros. Estas são áreas em que existiram algumas dificuldades porque, como se sabe, estes elementos integravam a URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, que, entretanto, pela criação dos respetivos serviços comuns, foi desmantelada”, refere Almerinda Rodrigues.

E adianta: “Neste momento, estamos a dotar os CS de mais profissionais, alguns deles para integrarem as equipas de Saúde Mental Comunitária já implementadas no terreno e a trabalhar próximo dos nossos doentes.”

Outro dos objetivos iniciais foi “conhecer as populações através dos representantes locais, pelo que sempre tivemos reuniões periódicas com os diversos presidentes de câmara, envolvendo-os nas decisões e procurando o seu apoio. O que também acontece com as duas comunidades intermunicipais com que nos articulamos, Coimbra e Leiria”.

Uma questão prioritária tem sido “a aposta na captação de médicos de família, através do contacto direto com recém-especialistas e com a colaboração dos responsáveis autárquicos”. Paralelamente, Almerinda Rodrigues diz ser “com enorme satisfação” que verifica que, “habitualmente, um mês ou dois após a pausa da merecida apo-



sentação, os colegas nessa situação pedem para retomar o trabalho, fazendo contratos de meio tempo e prestando um serviço muito útil e de elevado mérito nas nossas unidades dos CSP”.

Atividade desenvolvida

A diretora clínica para a Área dos CSP da ULS de Coimbra destaca alguma da atividade desenvolvida nestes dois anos:

- Reuniões semanais com os coordenadores das unidades de CSP, com a presença também do presidente do CA, com o objetivo de perceber a realidade de cada USF ou UCSP.

- Criação de grupos de trabalho conjuntos e verdadeiramente multidisciplinares para reflexão e proposta de soluções que se adequem às necessidades dos doentes. Desde o início que foram implementados projetos em que se procurou juntar profissionais dos CSP e dos cuidados hospitalares que quisessem trabalhar determinada área de prestação de cuidados. As candidaturas surgiram e nasceram vários projetos, como a vigilância da grávida, o combate à obesidade, o apoio ao doente com depressão, a implementação de unidades de tratamento de feridas de difícil cicatrização, hoje em dia, já no terreno de forma descentralizada.

- Implementação de Unidades de Avaliação em Proximidade na área da Oftalmologia, que permitem a realização de exames oftalmológicos antes mesmo da consulta médica, bem como a realização do Rastreio da Retinopatia Diabética, área muito deficitária antes da implementação da ULS. Estas unidades evitam muitas deslocações dos doentes a Coimbra para cuidados de Oftalmologia.

- Desenho e implementação dos Percursos Clínicos Integrados, com definição clara do papel de cada profissional perante o doente com determinada patologia, com apoio através de monitorização remota, que permite sinalizar momentos de descompensação do doente e orientá-lo para o MF ou para a respetiva clínica de cuidados que está a ser criada. Saliento as áreas da Diabetes, da Insuficiência Cardíaca ou das Doenças Crónicas Respiratórias, esta última com a realização de espirometrias em proximidade e o desenvolvimento de consultas de cessação tabágica nos CS. Outras áreas estão também a ser implementadas nos Percursos Clínicos Integrados.

- Desenvolvimento da telemedicina, nomeadamente para apoio a zonas mais distantes, bem como a disponibilização de meios auxiliares de diagnóstico aos colegas médicos de família, nomeadamente, análises clínicas, ECG e radiologia, permitindo a qualificação da decisão clínica, apoiada por Inteligência Artificial e pelo médico da respetiva especialidade.

- Elaboração de Manual de Referência para as diversas consultas hospitalares, que entretanto já incorporou sugestões dos médicos de família, após período de discussão pública.

- Participação conjunta no plano de contingência do inverno, com monitorização através de *dashboard* do conhecimento de todos e discussão semanal com os coordenadores, salientando-se o trabalho desenvolvido por todos os profissionais das USF e das UCSP neste período de contingência.

- Adesão ao projeto LASV após discussão com os coordenadores e delineando a forma de implementação, permitindo também a procura direta da unidade por parte do doente em caso de doença aguda

- Criação de grupos colaborativos no âmbito da contratualização, permitindo a partilha de saberes. A ULS Coimbra também disponibiliza a todos os profissionais formação em diversas áreas.

(Continuação da pág. 21)

de garantir que o acompanhamento das famílias “faz toda a diferença”.

“Quando o doente está internado num hospital, regra geral, por um período mais ou menos curto, o contacto que existe é basicamente apenas com ele. Pouco sabemos da família e das suas necessidades, não temos qualquer histórico. Nós aqui acompanhamos as famílias ao longo do seu ciclo vital, o que torna muito interessante o nosso trabalho, pois, esta proximidade permite-nos responder da melhor forma às necessidades de cada um dos membros da família, enquanto unidade de cuidados”, justifica, acrescentando: “Algumas meninas que acompanhei no início em consultas de Saúde Infantil estão agora grávidas!”

Fátima Coelho destaca, como muito positivo, o facto de cada uma das quatro enfermeiras que estão em



permanência na sede da USF Coimbra Sul ter o seu gabinete e, em particular, a circunstância de o mesmo ser contíguo ao da médica de família da respetiva microequipa.

“O que faz toda a diferença quando se trata de uma criança pequenina, uma vez que, após a consulta de enfermagem, os pais não precisam de a vestir para se deslocarem a seguir para o gabinete médico, sendo esta consulta realizada no mesmo gabinete. Aliás, eu e a Dr.ª Sara fazemos muita consulta conjunta, as intervenções de enfermagem e médica complementam-se, permitindo uma prestação de cuidados com enfoque na capacitação do utente e família”, refere.

Embora acabe por explicar que nasceu na Alemanha, Fátima Coelho, 51 anos, começa por dizer que é da zona de Estarreja. Isto por os seus

“Eu e a Dr.ª Sara fazemos muita consulta conjunta”, salienta Fátima Coelho.

pais serem naturais daquele concelho do distrito de Aveiro e por ter vindo viver para a vila de Pardilhó em 1980, com 6 anos, de onde só



Fátima Coelho



saiu para ir estudar Enfermagem em Coimbra. Terminaria o curso em julho de 1996, uns três meses após ter sido mãe pela primeira vez.

Foi em fevereiro de 1997 que iniciou funções no Centro de Saúde de Celas, onde se manteve até que, em novembro de 1999, a participação num concurso de âmbito nacional a colocou no quadro dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no Serviço de Ortopedia. Diz que aprendeu muito durante esta sua permanência na instituição hospitalar, mas a vontade de regressar aos CSP era enorme. No entanto, só conseguiria concretizar esse desejo em setembro de 2002, com a sua chegada ao CS de Santa Clara, já a funcionar no novo edifício. Recorda que, ao longo dos 12 anos seguintes, acabaria por percorrer as várias extensões: “la para onde era necessário!”

Mariana Gomes Loureiro, médica de família: “A polimedicação pode ser algo difícil de gerir”

Com exceção dos internos, Mariana Gomes Loureiro é o elemento médico mais novo da Unidade. Nasceu em Coimbra, no dia 20 de dezembro de 1991, cidade onde fez todos os seus estudos, incluindo o curso de Medicina, entre 2009 e 2015. Quanto ao

internato do Ano Comum, optou por um hospital distrital e rumou a Aveiro.

O facto de não se ver a enveredar por uma área cirúrgica e agradável com o ambiente que encontrou nos estágios de CSP foram dois dos aspetos que contribuíram para que a médica acabasse a fazer o internato de formação específica na USF Fernando Namora. Diz que tinha um gosto especial por ver grávidas e crianças, a que acabou por adicionar igualmente os idosos!

Concorda que um interno de MGF é muito influenciado pelo seu orientador de formação e igualmente pela forma como a Unidade onde se encontra funciona. Mas faz questão de acrescentar: “No meu caso, também os próprios internos foram um fator importante, porque éramos um grupo relativamente grande e estimulávamo-nos uns aos outros, fosse na partilha de informação ou na realização de trabalhos, por exemplo.”



Mariana Gomes Loureiro

Especialista desde 2021, Mariana Gomes Loureiro iniciou o seu percurso como médica de família, antes da abertura do concurso, com uma passagem por Marco dos Pereiros, para ajudar a coordenadora, Isabel Carvalho, que era naquele momento a única médica no polo da USF Coimbra Sul, pelo motivo apresentado noutro local desta reportagem.

É então colocada na USF Nautilus, mais precisamente no polo de Vila Verde, no concelho da Figueira da Foz. No entanto, esteve lá apenas alguns meses, isto porque, entretanto,

entrou em licença de maternidade, por ocasião do nascimento da sua filha, em junho de 2022.

“Era uma lista com anos e anos e sempre com o mesmo médico... e depois apareço eu!”, comenta Mariana Gomes Loureiro.

Em concurso de mobilidade, acabaria então por regressar à USF Coimbra Sul, no início de abril de 2023, iniciando funções na sede, em Santa Clara, ficando com a carteira de utentes do médico Joaquim Silva, que se aposentara. “Era uma lista com anos e anos e sempre com o mesmo médico... e depois apareço eu!”, comenta. “Hoje em dia, a questão já não se coloca, mas, nos primeiros tempos, tendo em conta que uma troca de médico de família pode não ser fácil, terá havido certamente alguns uten-



RICARDO JOSÉ SERRA, SECRETÁRIO CLÍNICO:

“É muito importante escutar o utente e orientá-lo aqui dentro da USF”

Natural de Montemor-o-Velho, Ricardo José Serra completou 50 anos em julho último. Tendo ingressado na Função Pública há três décadas, logo depois de cumprir o Serviço Militar, que era então obrigatório, foi por concurso que começou na altura a trabalhar no Centro de Saúde de Santa Clara. Pelas suas contas, ainda terá estado uns três anos nas anteriores instalações, antes da mudança para o novo edifício.

Por volta de 2009, quando foram criados os agrupamentos de centros de saúde, aceitou o convite para ir dar apoio à Direção Executiva do ACES Baixo Mondego, mas a vontade de regressar ao CS foi mais forte e algum tempo depois estava de volta ao dia a dia do contacto com os utentes, ao lado de médicos e enfermeiros.

“Procurei, de facto, regressar a esta casa, por sentir que é esta atividade que me move a vir diariamente, que me cativa, desde logo porque todos os dias são diferentes aqui na Unidade. É o poder ajudar, estando próximo da comunidade de utentes, é crucial para mim. Faz-me sentir bem!”, garante Ricardo José Serra.

No seu entender, “é a partir daí que se gera o bom ambiente no seio

tes que pensaram se estariam em “boas mãos”!”, observa.

Questionada sobre quais os maiores desafios clínicos com que se defronta no seu dia-a-dia, Mariana Gomes Loureiro destaca “a polimedicação em alguns adultos com várias patologias como algo que pode ser complicado de gerir”, por causa da eventual “dificuldade de comunicação com outras especialidades que também acompanham esses doentes”. Refere depois a falta de adesão à terapêutica e “a propagação de má informação, que, por vezes, é difícil de combater em consultório”.

Ana Araújo, médica interna do 2.º ano de MGF: “Fui muito bem recebida aqui na USF”

Ana Araújo inicia agora, em janeiro, o 2.º ano do internato em MGF. Embora esteja agendado para dia 20 deste mês o exame do 1.º ano, nessa altura já estará a fazer o estágio de Pediatria no Hospital Pediátrico da ULS de Coimbra. Aliás, nestes próximos dois anos, irá ter contacto com várias especialidades hospitalares.

Natural do Porto, onde nasceu em maio de 1997, é filha de professores – a mãe de Física e Química e o pai de Engenharia Eletrotécnica –, garantindo que “desde pequenina que queria



Ana Araújo

ser médica”. Acabou a fazer o curso de Medicina na FMUC, entre 2016 e 2022, e nunca mais deixou a cidade do Mondego, onde cumpriu também o internato de Formação Geral nos hospitais da agora ULS de Coimbra.

“Desde pequenina que queria ser médica”, garante Ana Araújo.

Aliás, os últimos três meses foram passados na USF Manuel Cunha, em São Martinho do Bispo, nos arredores de Coimbra, “uma Unidade que funciona bem, sendo que a experiência fez-me ter a certeza de que era esta a especialidade que eu queria”.

Ana Araújo chegou em janeiro de 2025 à USF Coimbra Sul e confirma: “Fui muito bem recebida por todos, gosto muito do ambiente e das pessoas que temos aqui na USF. Toda a gente se dá bem!”

do recado, embora, obviamente, haja dias com mais pressão do que outros”. Integrando o Conselho Técnico da Unidade desde a sua criação, diz ser também ele quem assume o papel de interlocutor junto, nomeadamente, da coordenação da USF.

“Facilitamos o acesso à Consulta Aberta sem encaminhar automaticamente a pessoa para o SNS 24.”

E confirma que, perante a situação de um utente que os contacta numa situação de doença aguda, “vamos mantendo toda a nossa disponibilidade no sentido de dar a resposta necessária a quem precisa. Facilitamos o acesso à Consulta Aberta sem encaminhar automaticamente a pessoa para o SNS 24, e isso independentemente da sua idade”.

Momentos antes de conversar com *a Just News*, perto da hora do almoço, tinha acabado de regressar de dois domicílios, deslocação que fez acompanhando a sua orientadora de formação, a médica de família Liliane Carvalho. De referir que na viatura seguiu igualmente uma estudante de Medicina do 6.º ano, em estágio na USF Coimbra Sul.

“As utentes que fomos visitar foram duas senhoras, vizinhas, ambas com problemas de mobilidade e que já visiti várias vezes desde o início do ano. Uma delas, septuagenária, é um caso paliativo e nós vamos gerindo a parte terapêutica e fazendo análises se for necessário. Quanto à segunda, tratou-se de consulta de rotina, nomeadamente para vigilância da diabetes e da hipertensão arterial”, explica Ana Araújo.

Em dezembro, outras duas jovens médicas encontravam-se a realizar o seu internato de Formação Específica em MGF na USF Coimbra Sul: Ana Catarina Marques (2.º ano) e Salomé Guedes (4.º ano).

Lema: O lema que rege a USF Coimbra Sul – “Unidos no cuidar” – foca-se no objetivo de fornecer, através de uma equipa estruturada e coerente, os melhores cuidados para uma saúde e educação global plena.



Logótipo: Criado pelo secretário clínico Abel Santos (entretanto aposentado), o logótipo representa os monumentos existentes na margem esquerda da cidade de Coimbra, em Santa Clara, onde foi estilizado o Convento de São Francisco, o Mosteiro de Santa Clara-a-Velha e o Convento da Rainha Santa, encimado com a Torre da Universidade, símbolo da cidade e do saber.

FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (DEZEMBRO DE 2025)

Utentes: 9807 (13.575 UP)
Idosos (≥ 65 anos): 2772 (Índice de dependência: 47,17%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 1159 (Índice de dependência: 19,72%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 1856

ATIVIDADE (2024)

Consultas médicas
Contactos diretos: 21.387
Contactos indiretos: 27.611
Domicílios médicos: 250

Enfermagem
Contactos diretos: 22.504
Contactos indiretos: 5112
Domicílios de enfermagem: 1788

PROFISSIONAIS (DEZEMBRO DE 2025)

Médicos: 6
Enfermeiras: 6
Secretários clínicos: 4
Internos: 3

ESPECIAL

Este Especial inclui artigos originalmente publicados no *Jornal do XIX Congresso Nacional de Psiquiatria*, distribuído aos participantes no evento, que decorreu no Palácio de Congressos do Algarve, entre 19 e 22 de novembro, promovido pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. Os artigos selecionados, transcritos na íntegra, podem incluir ligeiras adaptações.

XIX CNP

Congresso Nacional
de Psiquiatria

Sessão de Abertura

Para além de Albino Oliveira Maia¹, na qualidade de presidente do XIX Congresso, e de João Bessa², presidente da SPPSM, intervieram na cerimónia Susana Sousa Almeida³, em representação do bastonário da OM, Ana Correia de Oliveira⁴, vogal do Conselho de Gestão da Direção Executiva do SNS, e ainda Miguel Marques⁵, representando a Associação de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Doentes e Família.



O AMOR É

O primeiro dia do Congresso incluiu um “momento diferente”, em que foram protagonistas os animadores do programa da Antena 1 “O amor é”: o psiquiatra Júlio Machado Vaz e a jornalista e radialista Inês Maria Menezes. Desta vez, tiveram a companhia de Susana Sousa Almeida, diretora do Serviço de Psiquiatria do IPO Porto e secretária-geral da SPPSM.



Sucessão na SPPSM

João Bessa, o ainda atual presidente em funções (2023-2026), com os seus sucessores no cargo: Luís Madeira (2026-2029) e Albino Oliveira Maia (2029-2032). A tomada de posse da nova Direção acontecerá muito em breve.



Neurociência da experiência estética



Maria Luísa Figueira
Prof.ª catedrática jubilada de Psiquiatria e SM, FMUL. Presid. Secção de Arte e Psiquiatria da SPPSM. Presid. da SPPSM 2012-2017

O conceito de apreciação estética tem sido debatido na área da Filosofia desde a Antiguidade Clássica. As várias concepções diferem na atribuição do valor considerado intrínseco ao objeto: beleza, forma, simetria *versus* estrutura da experiência subjetiva do observador. Esta área do conhecimento e alguns aspetos heurísticos dela derivados foram parcialmente incorporados no domínio das Neurociências designado por “Neuroestética”, assumindo-se que existem correspondências entre as funções neuronais e os processos perceptivos, cognitivos e afetivos a partir dos quais a experiência estética é elaborada.

Área esta cujas origens remontam a Gustav Fechner (1876), psicofisiologista que, ao conceptualizar a correspondência entre as propriedades físicas dos estímulos, as sensações que causam e a atividade neuronal subjacente, antecipou um dos objetivos empíricos mais importantes da neurociência da estética. Com o advento das técnicas de neuroimagem (fMRI e PET) e de modulação cerebral, foi possível avançar no conhecimento das áreas cerebrais supostamente envolvidas na perceção das obras de arte, particularmente constituídas por estímulos visuais (desenhos, gravuras, pinturas e esculturas).

Redes neuronais subjacentes à experiência estética visual (regiões occipito-temporais, córtex orbito-frontal, córtex cingulado anterior e córtex pré-frontal) são áreas cuja ativação está envolvida na identificação das características individuais dos estímulos e nos circuitos de reforço, integrando a informação cognitiva e emocional. Estes achados registam, porém, limitações, por indicarem apenas correlações entre zonas de ativação neuronal e experiências estéticas visuais, sem permitir inferências causais.

Têm merecido um desenvolvimento empírico recente as modificações corporais induzidas pela experiência estética e o modo como influenciam a apreciação da arte. As emoções estéticas na apreciação da arte são experiências emocionais que têm como determinantes experiên-

cias corporais subjetivas dos sistemas sensorial e interoceptivo. A raiz deste conceito de corporalização reporta-se aos trabalhos de um grupo de filósofos que, na viragem do séc. XIX/XX, desenvolveram o conceito de **empatia estética** (T Vischer, T Lipps, H Wölfflin, A Wärburg e B Berenson).

A apreciação da arte e as emoções por ela suscitadas radicar-se-iam maioritariamente na representação figurativa ao longo da história de configurações de gestos com forte carácter emocional e interpretativo (Pathos-formel). As modificações corporais que a acompanham integram-se na nossa memória corporal, constituindo-se arquétipos simbólicos da cultura ocidental. Os neurónios em espelho e os neurónios canónicos (córtex pré-motor e parietal) têm sido apontados como constituintes das bases neuronais da corporalização estética, em particular da simulação mental da experiência estética dos gestos e ações representadas. Pesquisas empíricas recentes registam as “pegadas” corporais dos sujeitos expostos à arte visual, contribuindo assim para o entendimento do papel do corpo na experiência estética.

Muitas questões de base ficam ainda em aberto. Os conceitos de apreciação e/ou experiência estética encontram-se mal delimitados, bem como as conceptualizações utilizadas nos trabalhos experimentais são restritas e não abarcam a enorme complexidade do fenómeno.

Serão os humanos superados pela IA?



Francisco Valente Gonçalves
Psicólogo clínico. Prof. na Universidade Europeia, CIDESD-EU. RUMO.Solutions

Pedimos a participantes que avaliassem respostas a questões de natureza emocional e clínica sem saberem se eram produzidas por profissionais humanos ou por sistemas de IA. Os resultados apresentam que as respostas artificiais foram, de forma consistente, classificadas como mais empáticas, mais úteis e acima das expectativas, quando comparadas com respostas humanas produzidas no mesmo contexto experimental. Foi também interessante observar que as respostas avaliadas tenderam a ser percebidas com uma origem humana, quando em vários momentos foram produzidas por IA.

Estes resultados não significam que a IA “sinta” empatia. Não devemos cair na tentação antropomorfizante. O que mostram é algo igualmente relevante. A forma como a linguagem pode ser percebida como cuidadora, mesmo quando não emerge de um sujeito humano. Os modelos avançados de IA são treinados para oferecer respostas consistentes, organizadas e emocionalmente validadas, enquanto a comunicação humana é por natureza mais variável, permeável ao contexto e às limitações individuais.

Paradoxalmente, essa variabilidade, que é o que torna a relação clínica genuína, pode ser interpretada, em estudos cegos, como menor precisão ou menor sensibilidade emocional. Talvez por não ser um espelho do que se espera, e talvez nessa clivagem exista o espaço para o trabalho terapêutico?

Outro dado relevante prende-se com a literacia digital em saúde (eHEALS). Seria intuitivo pensar que maior familiaridade tecnológica moldaria a forma como avaliamos respostas artificiais. No entanto, os resultados não sustentaram essa hipótese. A literacia digital não previu diferenças significativas nas avaliações. Isto levanta uma questão fundamental. Talvez não seja apenas o grau de literacia digital que importa, mas a literacia sobre a própria IA, incluindo capacidades, limitações, enviesamentos e riscos.

Estas conclusões obrigam-nos a repensar a forma como conceptualizamos a “aliança terapêutica” em ambientes digitais. Uma aliança artificial não substitui a relação humana, mas pode vir a ter um lugar significativo em intervenções psicológicas estruturadas, triagem, psicoeducação ou como complemento ao acompanhamento clínico. O risco, naturalmente, está em sobrestimar a profundidade desta relação, atribuindo intencionalidade, compreensão ou afeto onde apenas existe processamento linguístico.

O desafio para os profissionais de Saúde Mental e para os decisores passa por garantir que a integração da IA é crítica, informada e eticamente enquadrada para compreender onde esta tecnologia pode ampliar o acesso aos cuidados e onde pode introduzir novas vulnerabilidades, permitindo reconhecer os seus limites e, ao mesmo tempo, não subestimar o seu potencial clínico.

Prevalência e impactos do uso da coerção em serviços de SM



Manuela Silva
Assist. graduada de Psiquiatria, ULS de Santa Maria. Docente na FMUL. Presidente do Colégio de Psiquiatria da OM

e cerca de 90% dos profissionais de unidades de internamento psiquiátrico já estiveram envolvidos em episódios de coerção.

A investigação existente demonstra que estas práticas são frequentemente experienciadas pelos utentes como eventos potencialmente traumáticos, com impactos negativos tanto na saúde física como na psicológica, além de prejudicarem a relação terapêutica. O reconhecimento crescente, a nível internacional, da necessidade de reduzir substancialmente o recurso a medidas coercivas reflete uma transformação na compreensão dos direitos humanos e na prática clínica em Saúde Mental.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência determinou que todos os países signatários (incluindo Portugal), ao abrigo do Direito Internacional dos Direitos Humanos, devem implementar políticas e medidas concretas orientadas para a eliminação progressiva de todas as formas

de coerção nos serviços de Saúde Mental. Paralelamente, o Conselho da Europa aprovou, em junho de 2019, uma resolução unânime apelando ao início imediato da transição para a abolição dessas práticas em contextos de Saúde Mental.

Felizmente, há hoje evidência científica que demonstra a eficácia de várias intervenções, centradas na formação de profissionais e na organização dos serviços, para a redução da coerção. Estratégias integradas que combinam medidas legislativas, o desenvolvimento de cuidados na comunidade, o treino de profissionais e uma maior partilha nos processos de tomada de decisões terapêuticas são a melhor forma de obter resultados significativos nesta redução. Em Portugal, a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental e a recente aprovação de uma nova Lei de Saúde Mental constituem uma oportunidade única para avançar significativamente na redução do uso da coerção nos cuidados de saúde mental.

A Paixão Segundo Constança H.: do estigma à doença mental



Ana Matos Pires
Diretora do Serviço de Psiquiatria da ULS do Baixo Alentejo. Presid. da Secção de Saúde Mental da Mulher da SPPSM

sua importância como fatores de risco e desencadeantes da doença mental.

Constança H. é uma mulher madura, sensível e culta, que revisita a sua vida e as suas paixões através de uma narrativa fragmentada e confessional. Ao recordar as suas experiências amorosas e a intensidade dos seus sentimentos, a protagonista revela um estado de desassossego e de inquietação interior. A paixão é vivida de forma total, sem limites, o que a coloca em confronto com as normas sociais e morais que tentam controlar o corpo e o desejo femininos.

A sociedade, incapaz de compreender a mulher que ama e deseja com liberdade, passa a rotulá-la de “louca” ou “desequilibrada”. Esse estigma – resultado da repressão e do preconceito – transforma-se num sofrimento psíquico real. Constança, isolada e julgada, vive uma angústia crescente, marcada pela solidão e pela perda de sentido. O romance mostra-nos como o sofrimento emocional da mulher pode ser fruto da culpa e da incompreensão social que a cercam.

A “loucura” de Constança deve ser entendida, também, como uma metáfora de resistência e quão devastador pode ser o estigma.

es.tig.ma (i)/tigma substantivo masculino
1. marca deixada por uma ferida; cicatriz
2. marca infamante feita com ferro em brasa, aplicada antigamente a escravos e criminosos; ferrete
3. mancha ou sinal cutâneo
4. MEDICINA - sinal persistente e característico de uma dada doença
5. BOTÂNICA - parte do carpelo das angiospérmicas onde cai e germina o grânulo de pólen

6. ZOOLOGIA - abertura no tegumento dos artrópodes que respiram por traqueias e que põe estas em comunicação com o exterior

7. figurado - sinal vergonhoso; mancha na reputação

8. plural - feridas nas mãos, pés e peito, semelhantes às cinco chagas de Cristo crucificado

(Do grego stígma, stigmatós, “marca de ferro em brasa”, pelo latim stigma -átis, “estigma; ferrete”)

Interessa-nos, aqui, o estigma como “sinal vergonhoso; mancha na reputação” – é este o seu sentido quando o assunto é psiquiatria e doença mental.

O “estigma” relacionado com a doença mental resulta, em grande parte, do medo do desconhecido e de um conjunto de falsas crenças, que originam ignorância e incompreensão. As suas raízes, tanto históricas como culturais, são antigas, profundas e complexas e o estigma é, ainda hoje, responsável por atitudes e processos de marginalização, de exclusão social e de inadequação no diagnóstico e tratamento.

Em *A Paixão Segundo Constança H.*, a passagem do estigma à doença mental é, assim, uma crítica à forma como a sociedade transforma a diferença feminina em patologia e mostra o preço que é pago pela mulher que ousa viver fora das normas impostas. A obra denuncia a opressão social e celebra, ao mesmo tempo, a coragem de sentir, desejar e pensar por conta própria. A “loucura” de Constança coloca-nos, àqueles de nós que somos psiquiatras, questões e responsabilidades éticas e deontológicas que não devemos, nem podemos, ignorar.

PSQUIATRAS NUNO MADEIRA E RICARDO MOREIRA, INVESTIGADORES DO ESTUDO RESHAPE, CONFIRMAM A DEMONSTRAÇÃO DE EFICÁCIA DA RISPERIDONA ISM® E ASSEGURAM:

“Uma esquizofrenia descompensada exige um controlo rápido dos sintomas psicóticos que obrigam a internamento”

NA SEQUÊNCIA DO SIMPÓSIO QUE OS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS ROVI PROMOVERAM NO ÚLTIMO CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, EM QUE FORAM APRESENTADOS OS RESULTADOS PRELIMINARES DO RESHAPE, A *JUST NEWS* CONVERSOU COM DOIS PSQUIATRAS DIRETAMENTE ENVOLVIDOS NESTE ESTUDO, QUE INCLUIU DOENTES INTERNADOS EM 76 HOSPITAIS DE CINCO PAÍSES EUROPEUS, ENTRE OS QUAIS PORTUGAL. NUNO MADEIRA, DA ULS DE COIMBRA, E RICARDO MOREIRA, DA ULS DE SÃO JOÃO, COMENTAM AS PRINCIPAIS CONCLUSÕES A QUE ESTE ENSAIO CLÍNICO PERMITIU CHEGAR RELATIVAMENTE À UTILIZAÇÃO DO ANTIPSICÓTICO DE LONGA AÇÃO RISPERIDONA ISM® EM CASOS AGUDOS DE ESQUIZOFRENIA. E NÃO DEIXAM DE SALIENTAR COMO É IMPORTANTE A INTERVENÇÃO PRECOCE PARA UMA MAIS CÉLERE RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DESTES DOENTES.

Ao ser admitida numa unidade de agudos, a pessoa em descompensação de uma psicose esquizofrénica necessita de controlo rápido dos sintomas psicóticos que estão a motivar o internamento. Estes incluem frequentemente delírios e alucinações, que geram sofrimento intenso e risco de desorganização, agitação e auto ou heteroagressão.

O psiquiatra Nuno Madeira, diretor do Serviço de Psiquiatria da ULS de Coimbra, sublinha ser “importante garantir a segurança física, nomeadamente, prevenindo a agressividade ou

experiências terapêuticas negativas anteriores”.

“O RESHAPE, um estudo internacional multicêntrico não intervencional envolvendo 275 doentes internados por descompensação de esquizofrenia, destacou precisamente estas prioridades numa amostra muito semelhante à que encontramos na prática diária”, refere Nuno Madeira, salientando: “Foi reportada redução rápida e sustentada da gravidade clínica e melhoria funcional com Risperidona ISM®, permitindo altas cerca de uma semana após a primeira injeção.”

como lembra Ricardo Moreira, assistente hospitalar graduado no Serviço de Psiquiatria da ULS de São João, “está frequentemente associada a um elevado sofrimento psíquico e às alterações comportamentais que daí advêm, podendo colocar o próprio doente ou terceiros em risco”. E mais: “Sabemos bem que quanto mais tempo passar sem a psicose ser tratada pior será o prognóstico.”

Ricardo Moreira: “Sabemos bem que quanto mais tempo passar sem a psicose ser tratada pior será o prognóstico.”

“Para além destes fatores, sem dúvida os mais relevantes, não posso deixar de referir que uma melhoria clínica mais rápida leva a uma diminuição do tempo de demora média dos internamentos. O que, consequentemente, contribui para aliviar a enorme pressão que a atual escassez de vagas nas unidades de internamento de Psiquiatria exerce na gestão dos respetivos serviços/departamentos”, lembra.

Nuno Madeira classifica mesmo de “crucial” essa evolução positiva da situação logo no início do internamento: “Permite reduzir o sofrimento derivado da psicopatologia, para além de diminuir o risco de comportamentos agressivos, favorecendo a normalização da comunicação médico-doente e possibilitando iniciar rapidamente o trabalho de reabilitação e o planeamento da alta.”

Ao contrário, “uma resposta lenta prolonga a desorganização compor-



tamental e o sofrimento, aumenta a necessidade de contenção farmacológica e/ou física, com mais tempo de internamento e afastamento da vida quotidiana, com impacto negativo para o doente, para a sua família e para o Sistema de Saúde”.

“Nos doentes mais graves, a necessidade de um fármaco com eficácia precoce é ainda maior, porque o limiar para complicações é mais baixo e a margem de tempo para erro terapêutico é reduzida”, alerta, afirmando que o estudo RESHAPE documenta bem este ponto:

“A mediana de tempo desde a primeira injeção de Risperidona ISM® até à alta foi de 8 dias, sugerindo um controlo rápido da exacerbação psicótica em contexto real de internamento. Logo na avaliação após uma semana de tratamento observou-se uma redução clinicamente significati-

Nuno Madeira: “Nos doentes mais graves, a necessidade de um fármaco com eficácia precoce é ainda maior, porque o limiar para complicações é mais baixo e a margem de tempo para erro terapêutico é reduzida.”

va nas escalas clínicas usadas – CGI-S (*Clinical Global Impression – Severity*) e PANSS-6 (*Positive and Negative Syndrome Scale 6-item*) –, incluindo nos subgrupos mais graves, com diminuição acentuada da proporção de doentes marcadamente doentes após apenas duas injeções.”

O papel da recuperação funcional precoce no prognóstico e na reintegração social do doente

Ricardo Moreira lembra como, nas últimas décadas, “a evolução da psicofarmacologia, entre outros fatores, tem alterado significativamente a forma como olhamos para a esquizofrenia, nomeadamente no que diz respeito aos objetivos de tratamento e de prognóstico desta doença”. E afirma:

“Se, por um lado, os antipsicóticos de segunda/terceira geração contribuíram para uma manifesta redução da iatrogenia e para um mais eficaz controlo dos sintomas negativos da esquizofrenia, por outro lado, a generalização da utilização dos antipsicóticos de longa duração tem demonstrado um aumento significativo nas taxas de adesão ao tratamento, com consequente diminuição do número de recaídas/reinternamentos e um excelente perfil de tolerabilidade.”

E constata: “Esta evolução tem contribuído para uma melhoria assinalável na recuperação funcional destes doentes, o que, aliado a um diagnóstico cada vez mais precoce da doença, se traduz num progresso substancial em termos de prognóstico da esquizofrenia. Observamos agora doentes com menos efeitos secundários da medicação, com uma maior preservação da esfera volitiva e das suas capacidades cognitivas e, consequentemente, com

ao final do seguimento, que foi, no mínimo, de dois meses”.

Segundo Nuno Madeira, o aumento médio da PSP foi da ordem das duas dezenas de pontos (a pontuação possível varia entre 0 e 100), com redução marcada dos níveis “severo” e “muito severo” de disfunção em domínios como o autocuidado ou os comportamentos perturbadores ou agressivos.

“Estes resultados sugerem que um tratamento eficaz em fase aguda pode favorecer a normalização social, a capacidade de organização do dia-a-dia e, no geral, uma melhor qualidade de vida, elementos centrais para um prognóstico mais favorável e uma reintegração sustentável”, conclui.

Uma abordagem eficaz influencia o ambiente do doente e a perceção social da esquizofrenia

Uma abordagem eficaz em fase aguda não transforma apenas o quadro clínico do doente, modifica também o clima relacional com a equipa terapêutica, a família e a restante comunidade envolvente. Nuno Madeira justifica:

“Quando os sintomas psicóticos e os comportamentos desorganizados são rapidamente controlados, reduz-se o alarme e o desgaste dos cuidadores, bem como o impacto económico direto e indireto associado a internamentos prolongados e a perda de funcionalidade. Isto contribui para que a esquizofrenia não mais seja vista como sinónimo de cronicidade inevitável e antes como uma condição tratável, em que as recaídas não excluem uma possibilidade de real de recuperação.”

“A recuperação rápida e sustentada observada no RESHAPE, com um intervalo reduzido entre a primeira injeção de Risperidona ISM® e o momento da alta, associada a uma evolução funcional robusta avaliada pela escala PSP, mostra que é possível estabilizar em contexto real e promover um desempenho social significativo num curto prazo”, destaca Nuno Madeira.

O estudo RESHAPE envolveu ain-

da a utilização de um instrumento psicométrico de satisfação com o tratamento – o *Medication Satisfaction Questionnaire* (MSQ). Conclusão: “Foi registada elevada satisfação com o tratamento, com melhoria da aliança terapêutica na esmagadora maioria

“O controlo dos sintomas psicóticos e dos comportamentos desorganizados contribui para que a esquizofrenia não mais seja vista como sinónimo de cronicidade inevitável e antes como uma condição tratável”, afirma Nuno Madeira.

dos casos, sugerindo um efeito positivo também na confiança do doente na equipa e na medicação, favorecendo a adesão, a redução do autoestigma e uma melhor reintegração social.”

Ricardo Moreira intervém para reforçar que “quanto mais eficaz for a abordagem terapêutica no controlo dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia melhor será a funcionalidade e a integração do doente no seu seio familiar e na comunidade onde vive”. Tal irá traduzir-se, “necessariamente, numa diminuição do estigma em relação à doença”, embora esteja consciente de que, “apesar de estarmos no bom caminho, é preciso tempo para que esta mudança de perceção seja mais evidente”, isto porque “ainda persistem alguns estereótipos erradamente associados a esta patologia”.



Ricardo Moreira

Nuno Madeira

Diretor do Serviço de Psiquiatria da ULS de Coimbra, ali desenvolvendo atividade clínica há 20 anos, tem duas áreas principais de intervenção e investigação: a esquizofrenia e as perturbações psicóticas. É professor auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e investigador no Centro de Imagem Biomédica e Investigação Translacional (CIBIT).

Ricardo Moreira

Assistente hospitalar graduado no Serviço de Psiquiatria da ULS de São João, com atividade clínica diária na Unidade de Internamento de Agudos, é ainda coordenador do Programa de Tratamento de Doenças do Espectro Obsessivo, do Internato de FE em Psiquiatria e das Terapias de Neuromodulação. Desempenha atividade na área da Neuromodulação (ECT, TMS e DBS) na Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto.

Principais contributos do estudo RESHAPE para a prática clínica na gestão de doentes agudos com esquizofrenia em internamento

Nuno Madeira considera serem de vária ordem os contributos práticos que os resultados do RESHAPE (*Real-world Effectiveness Study of Hospitalized Adult Patients with Schizophrenia Treated with Risperidone ISM®*) oferecem para a gestão de doentes agudos com esquizofrenia em internamento.

Em primeiro lugar, diz, “mostram que a Risperidona ISM® permite uma estabilização rápida em contexto real: a mediana de tempo desde a primeira injeção até à alta foi de 8 dias, com melhorias clinicamente significativas na CGI-S e na PANSS6 já ao 8.º dia, incluindo nos doentes mais graves. Isto relembra a utilidade dos antipsicóticos injetáveis de longa duração logo na fase aguda, e não apenas como opção de manutenção”.

Depois, sublinha que “o estudo documenta ganhos funcionais relevantes, sugerindo que a escolha de Risperidona ISM® em internamento pode traduzir-se rapidamente em melhor autocuidado, comportamentos sociais e redução de comportamentos perturbadores, com impacto direto na segurança ainda na unidade e na preparação da pós-alta.”

Por outro lado, “o perfil de tolerabilidade foi favorável, com baixa taxa de descontinuação relacionada com eventos adversos e elevada satisfação do doente, reforçando que esta estratégia pode ser mantida a longo prazo, ao alinhar fase aguda e manutenção num único esquema terapêutico.”

Para Ricardo Moreira, relativamente aos resultados do RESHAPE, “mais do que a eficácia da risperidona no controlo dos sintomas positivos e

“Gostaria de destacar a rapidez de ação que a Risperidona ISM® (in situ microparticles) demonstrou ter no controlo dos sintomas, com um excelente perfil de tolerabilidade”, diz Ricardo Moreira.

negativos da esquizofrenia, que já era conhecida, e do efeito positivo que os antipsicóticos de longa duração de ação demonstram reiteradamente na adesão ao tratamento e na diminuição de recaídas/reinternamentos, gostaria de destacar a rapidez de ação que a Risperidona ISM® (*in situ microparticles*) demonstrou ter no controlo dos sintomas, com um excelente perfil de tolerabilidade”.

E acrescenta: “Este facto está diretamente relacionado com as características farmacocinéticas desta formulação de risperidona e traduz-se numa diminuição do tempo médio de internamento destes doentes, o que, pelos motivos já apresentados, é uma significativa mais-valia para os doentes e para as unidades de internamento de agudos de Psiquiatria.”



Nuno Madeira

a autonegligência, com um ambiente estruturado que reduza estímulos desorganizadores e facilite a recuperação, nomeadamente emocional”.

Identifica ainda outra “necessidade central”, que consiste “na estabilização precoce da pessoa, para permitir encurtar o internamento e preparar, desde o início, o regresso à vida no ambulatório, minimizando descontinuidades após a alta”. A isto soma-se “a reconstrução da aliança terapêutica, frequentemente abalada por internamentos involuntários, resultantes de não adesão prévia e *insight* limitado, podendo ainda existir

Aliás, o artigo principal com os resultados deste estudo, de que o psiquiatra de Coimbra é coautor, já foi submetido para publicação, devendo estar disponível muito em breve.

A importância da melhoria clínica nos primeiros dias de internamento

Alcançar a melhoria clínica nos primeiros dias de internamento, especialmente nos casos mais graves, é algo cuja importância não se discute, até porque a “experiência psicótica”,

INFORMAÇÃO

ESTUDOS CONCLUEM SER VANTAJOSA A ABORDAGEM SIMULTÂNEA DA DOENÇA PSICÓTICA E DA ADIÇÃO

Doentes com patologia dual reduzem consumo de canábis quando medicados com cariprazina

É RECONHECIDA A COMPLEXIDADE QUE ENVOLVE A COEXISTÊNCIA DA ESQUIZOFRENIA COM A DEPENDÊNCIA / CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ESTUPEFACIENTES OU PSICOTRÓPICAS, CONTEXTO QUE NOS ANOS MAIS RECENTES PASSOU A SER DESIGNADO POR PATOLOGIA DUAL, EM SI MESMA UM FATOR PROMOTOR DE REINTERNAMENTOS E RECAÍDAS ENTRE OS DOENTES. AS MELHORES ABORDAGENS PARA LIDAR COM ESTE TIPO DE CENÁRIO CLÍNICO DIFÍCIL ESTIVERAM NA BASE DE UM SIMPÓSIO ORGANIZADO PELA JABA RECORDATI NO ÂMBITO DO XIX CONGRESSO NACIONAL DE PSIQUIATRIA. NÉSTOR SZERMAN, INVESTIGADOR DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE DO HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO GREGORIO MARAÑÓN, EM MADRID, PARTILHOU DADOS CIENTÍFICOS RELATIVOS AO USO DE CARIPRAZINA NOS DOENTES ESQUIZOFRÊNICOS QUE TAMBÉM APRESENTAM PERTURBAÇÃO DO USO DE CANÁBIS.



De acordo com várias revisões sistemáticas e meta-análises publicadas na última década, cerca de 75% dos doentes com esquizofrenia consomem substâncias estupefacientes ou psicotrópicas, no entanto, apenas uns 10% recebem tratamento para esta patologia dual^(1,2). Segundo Néstor Szerman, que preside à World Association of Dual Disorders (WADD), esta realidade é tanto mais grave quanto se sabe que “os doentes englobados no espectro da patologia dual apresentam um elevado risco de mortalidade, de suicídio e de desenvolver outras doenças com significativo impacto clínico”. Importa aqui resolver um enigma fundamental para desenhar estratégias terapêuticas de sucesso: o uso de substâncias como a canábis, uma das mais comuns entre os doentes esquizofrênicos, representa uma causa dos surtos psicóticos ou é um efeito dos mesmos? O psiquiatra espanhol apresentou dados de um estudo⁽³⁾ cuja evidência sugere que a canábis, por si só, não causa psicose. “Ao invés, os dados indicam-nos que o uso precoce e intenso de canábis é mais provável em indivíduos com vulnerabilidade à psicose”, afirmou.

É ainda preocupante o efeito sinérgico negativo observado na patologia dual. O psiquiatra revelou, a este propósito, durante a sessão moderada por Gustavo Jesus, diretor do Serviço de Psiquiatria da ULS do Estuário do Tejo, que um outro estudo, publicado em 2025⁽⁴⁾, parece indicar que “reduções na densidade sináptica do cérebro são evidentes durante estados clínicos de elevado risco para psicose e que o uso de canábis, potencialmente, acelera tais défices”. É hoje consensual a necessidade de tratar as pessoas com patologia dual de forma focada quer no objetivo de evitar os surtos psicóticos, quer na prevenção das consequências nefastas do tetrahydrocannabinol (THC), composto presente na canábis que agrava os sintomas psicóticos. Tal meta pode ser alcançada, sobretudo, mediante a adoção de um modelo de tratamento integrado, que ofereça uma resposta simultânea para a esquizofrenia e para a perturbação do uso de canábis, num único plano terapêutico, com apoio continuado de uma equipa multidisciplinar. Dito isto, a escolha dos fármacos é igualmente crítica: “Antes de mais, é importante perceber como não deve-

mos tratar estes doentes... Não podemos fazer uso da primeira geração de medicamentos antipsicóticos (antagonistas dos recetores dopaminérgicos D2), que poderiam diminuir ainda mais o nível dopaminérgico basal descrito para esta população. Tal bloqueio acrescido poderia, com alguma probabilidade, levar a um maior consumo de substâncias psicotrópicas para aliviar a anedonia e os défices cognitivos.” A solução surge na forma dos ago-

nistas parciais dos recetores dopaminérgicos, antipsicóticos atípicos (3.^a geração de antipsicóticos), que conseguem regular a atividade da dopamina de uma forma menos disruptiva. Entre estes agonistas parciais, Néstor Szerman considera que “a cariprazina se destaca pela sua elevada potência como antagonista em recetores serotoninérgicos e histaminérgicos e atividade agonista parcial no recetor dopaminérgico D₃, um perfil farmacológico único entre os antipsicóticos conhecidos”. “A maior densidade de recetores D₃ encontra-se em áreas cerebrais que regulam as funções cognitivas e emocionais, bem como os comportamentos relacionados com a recompensa. É importante recordar que a dopamina tem maior afinidade aos recetores D₃ do que aos recetores D₂ e que a modu-



Gustavo Jesus e Néstor Szerman

Néstor Szerman: “Não podemos fazer uso da primeira geração de medicamentos antipsicóticos, que poderiam diminuir ainda mais o nível dopaminérgico basal descrito para esta população.”

lação via recetores D₃ afeta a libertação de dopamina no córtex pré-frontal, influenciando a cognição e a motivação”, sublinhou o especialista espanhol. Meta-análises mostram ainda que, quando comparada com outros antipsicóticos atípicos, como aripirazol e brexpiprazol, a cariprazina demonstra uma afinidade de ligação muito mais elevada e preferencial para os recetores dopaminérgicos D₃. Néstor Szerman apresentou também um estudo observacional envolvendo casos de esquizofrenia associada a perturbação do uso de canábis, com a duração de seis meses, desenvolvido por uma equipa de investigação por si liderada e cujos resultados foram publicados, em 2025, na *International Clinical Psychopharmacology*⁽⁵⁾. “O *endpoint* primário consistia em descrever o efeito antipsicótico da cariprazina em 58 doentes com esquizofrenia e perturbação do uso de canábis em prática clínica de rotina e contexto real, em três momentos (linha de base e três e seis meses após o início do tratamento). Já os *endpoints* secundários passavam por perceber as características sociodemográficas e clínicas desses doentes e avaliar o efeito do tratamento com cariprazina na perturbação do consumo de canábis e também de outras substâncias (tabaco, álcool, cocaína ou outros comportamentos aditivos)”, esclareceu. De notar que 62% dos doentes incluídos na amostra do estudo já haviam conhecido múltiplos surtos psicóticos e, no que respeita às práticas de consumo, 48,3% apresentavam perturbação do uso de canábis classificada como moderada e 37,9% como grave. Dos resultados desta investigação foi possível concluir que a cariprazina revela elevada taxa de eficácia no tratamento da patologia dual, como contextualizou Néstor Szerman: “Como esperávamos, a toma de cariprazina melhorou o estado dos doentes ao nível dos sintomas psicóticos e surgiu ainda associada à redução do consumo de canábis e ao desagravamento da perturbação do seu uso. A melhoria dos sintomas negativos e positivos verificou-se aos três e seis meses do estudo, com medições realizadas através das escalas de avaliação clínica PANSS e CGI-SC.” E ainda: “No que respeita à perturbação do uso de canábis, registou-se uma redução estatisticamente signifi-

INFORMAÇÃO

cativa nos *scores* do CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*), observada após três e seis meses de tratamento (11,3 ± 5,4 e 8,4 ± 6,5, respetivamente, em comparação com 15,4 ± 3,3 no início do estudo). A gravidade da perturbação do uso de canábis, de acordo com a Escala de Gravidade da Dependência (SDS), também foi reduzida (p < 0,001). Após seis meses de tratamento, a percentagem de doentes que usavam canábis diminuiu de 82,8 para 48,3%”. O consumo de outras substâncias causadoras de dependência também baixou na amostra, caindo de 27,6 para 10,3%, no caso do álcool, de 15,5 para 1,7%, no que respeita à cocaína, e de 5,2 para 3,4%, nas benzodiazepinas. Na sua ótica, as conclusões a retirar são inequívocas: “O presente estudo suporta a eficácia da cariprazina na gestão de sintomas psicóticos em doentes com patologia dual, ou seja, diagnosticados com esquizofrenia e perturbação do uso de canábis. Os resultados corroboram ainda o potencial benefício da cariprazina na redução da gravidade dessa perturbação, bem como de outras, por uso de substâncias em pacientes em tratamento para a esquizofrenia.”

“Nos doentes com fenótipo de patologia dual devemos recomendar uma abordagem abrangente, em que a pessoa é tratada para os seus diversos problemas de acordo com um plano terapêutico único”, defende Néstor Szerman.

Face a esta evidência e a toda a sua experiência neste campo, Néstor Szerman deixou alguns conselhos: “Nos doentes com fenótipo de patologia dual, devemos recomendar uma abordagem abrangente, em que a pessoa é tratada para os seus diversos problemas por uma só equipa de saúde e de acordo com um plano terapêutico único.” E ainda: “O tratamento deve priorizar os antipsicóticos agonistas parciais, sendo a cariprazina uma das melhores opções, em conjugação com intervenções psicossociais.”

Referências:
1. Alsuhaibani, R., Smith, D.C., Lowrie, R. et al. Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry* 21, 209 (2021).
2. Hunt GE et al. Prevalence of comorbid

substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018 Oct 1;191:234-258.

3. Ksir C, Hart CL. Cannabis and Psychosis: a Critical Overview of the Relationship. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Feb;18 [2]:12.

4. Blasco MB et al., Synaptic Density in Early Stages of Psychosis and Clinical High Risk, *JAMA Psychiatry.* 2025 Feb 1;82 [2]:171-180.
5. Szerman N et al, Cariprazine as a maintenance

therapy in dual schizophrenia: a 6-month observational study in patients with schizophrenia and cannabis use disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2025 May 1;40 [3]:167-175.

SIMPÓSIO ORGANIZADO PELA LUNDBECK ANALISA A EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA EM PSIQUIATRIA, PARTICULARMENTE NO QUE DIZ RESPEITO À DEPRESSÃO *MAJOR* E À ESQUIZOFRENIA

Tratar bem a doença mental implica resgatar a funcionalidade do doente

NO DECURSO DO XIX CONGRESSO NACIONAL DE PSQUIATRIA, HOUE A OPORTUNIDADE DE ACOLHER A MAIS RECENTE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA QUE ATESTA A IMPORTÂNCIA DE PRIVILEGIAR NO TRATAMENTO DE DOENÇAS MENTAIS (COMO A ESQUIZOFRENIA E A DEPRESSÃO) TERAPÊUTICAS QUE OFEREÇAM GARANTIAS DE RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DO DOENTE. NESTE DOMÍNIO, DESTACA-SE A MOLÉCULA MULTIMODAL VORTIOXETINA, COM RESULTADOS COMPROVADOS EM TERMOS DE COMBATER A ANEDONIA, O APLANAMENTO EMOCIONAL E OS SINTOMAS COGNITIVOS DOS DOENTES QUE SOFRERAM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS *MAJOR*, BEM COMO A FORMULAÇÃO INJETÁVEL DE LIBERTAÇÃO PROLONGADA DE ARIPIPRAZOL, INDICADA PARA O TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO DA ESQUIZOFRENIA.

Ao participar no simpósio promovido pela Lundbeck, o psiquiatra Luis Madeira, coordenador do Departamento de Psiquiatria do Hospital CUF Descobertas, fez questão de lembrar que diagnosticar, tratar e gerir a doença mental é uma missão que possui séculos de história e remonta à Antiguidade. Entretanto, salientou que a grande viragem no tratamento das doenças mentais haveria de se registar em meados do século passado, graças à emergência da psicofarmacologia:

“É a partir de 1950 que acontece a revolução psicofarmacológica e que surgem fármacos relevantes como a clorpromazina, alguns tranquilizantes *minor* e o lítio, o que nos permite, pela primeira vez, intervir com eficácia enquanto psiquiatras. E os progressos foram notáveis nesta segunda metade do século XX, incluindo o aparecimento de novos antipsicóticos, como os agentes dopaminérgicos de baixa e alta potência e, mais recentemente, fármacos moduladores do receptor serotoninérgico e de multirreceptores.”

Também no campo dos antidepressivos a evolução tem sido enorme, "desde o desenvolvimento dos inibidores da monoaminoxidase até aos dos mecanismos atípicos e multimodais".

Para Luís Madeira, torna-se evidente que, "hoje em dia, o tratamento em Psiquiatria integra várias formas de intervenção, desde a psicofarmacologia à psicoterapia e à promoção de autocuidados, dando igualmente atenção ao facto de poderem coexistir ou surgir outras patologias como comorbilidade da doença de base. Tentamos também privilegiar tratamentos mais 'limpos' e com menos repercussões na pessoa, em particular em termos de um possível ganho ponderal e da

perturbação da sua sexualidade, sendo também fundamental diminuir a polifarmácia e os seus impactos”.

Assim, na sua perspectiva, para além de "uma especial atenção aos efeitos secundários da medicação, o tratamento



Luís Madeira

Luís Madeira:
“O tratamento deve não só promover a remissão de sintomas, mas, e principalmente, fazer com que o doente consiga recuperar a sua funcionalidade.”



deve não só promover a remissão de sintomas, mas, e principalmente, fazer com que o doente consiga recuperar a sua funcionalidade". Assim, e para atingir este último objetivo, "existem as famílias de sintomas que nos devem interessar, pois, são índices a esse funcionamento, como, por exemplo, a anedonia e a função cognitiva".

**A exigência atual de tratamentos
que conduzam à recuperação
funcional completa dos doentes**

Com a evolução dos tempos, aquilo que é requerido de cada nova geração de medicamentos transforma-se. "Anteriormente, esperava-se, antes de mais, uma resposta clínica, mesmo que os sintomas permanecessem. Mais tarde, passámos a poder contar com a remissão, embora pudessem persistir alguns sintomas. Neste momento, exigimos aos tratamentos que implementamos nos nossos doentes que consigam atingir uma recuperação funcional completa", testemunhou a psiquiatra Dulce Maia, diretora do Serviço de Psiquiatria e do Centro de Gestão de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Este princípio é válido, por exemplo, para as terapêuticas direcionadas à esquizofrenia, sendo que a recuperação funcional, nesta esfera, depende em grande medida da precocidade de início do tratamento e da sua continuidade a longo prazo. Entre as mais recentes normas de orientação clínica na área da esquizofrenia encontram-se as *International Guidelines for Algorithmic Treatment – INTEGRATE*, publicadas na *The Lancet* em 2025, que “defendem que, no momento da escolha do antipsicótico inicial, deve ser logo avaliado se existe ou não disponibilidade de uma formulação injetável de longa duração”, destacou Dulce Maia, acrescentando:

“Os autores destas *guidelines* preconizam, aliás, a junção do melhor de dois mundos. Por um lado, recorrer a um agonista parcial dos recetores

Dulce Maia:
"As *guidelines*
INTEGRATE
defendem que,
no momento
da escolha do
antipsicótico inicial,
deve ser logo
avaliado se existe ou
não disponibilidade
de uma formulação
injetável de longa
duração."

Este esquema terapêutico oferece também uma margem de segurança adicional já que, entre as oito e as 14 semanas após a injeção, os níveis plasmáticos do fármaco permanecem acima dos 95 ng/mL, algo que permite gerir com alguma tranquilidade os possíveis atrasos na administração deste tratamento.

Terapêutica antidepressiva tem de levar em conta a anedonia, o aplanamento emocional e os sintomas cognitivos

Ao analisar potenciais alternativas para um tratamento da depressão eficaz e abrangente, Dulce Maia sinalizou o antidepressivo multimodal vortioxetina: “Este fármaco já demonstrou ser capaz de introduzir melhorias significativas no que respecta à anedonia, com resposta positiva medida em subescala de avaliação específica e efeito dose-dependente.”



Dulce Maia

Esse não é, porém, o único efeito subvalorizado historicamente na gestão da depressão. O aplanamento emocional, por exemplo, revela-se um efeito bem mais grave na depressão do que previamente pensado. De acordo com uma meta-análise de 131 ensaios controlados por placebo, cer-

bém a circunstância de as *guidelines* CANMAT “defenderem a seleção para tratamento inicial de um antidepressivo

vo de primeira linha, com evidência de eficácia comprovada e boa tolerabilidade. Da interseção dos critérios de dois

e outro com problemas de tolerância – resulta que a vortioxetina fica numa posição muito favorável”.

Desafios emergentes nos cuidados de saúde mental da população LGBTI



Ema Conde
Assist. hospitalar de Psiquiatria na ULS de Loures-Odivelas. Competência em Sexologia Clínica pela OM



Ricardo Soares Nogueira
Interno de FE em Psiquiatria na ULS de Loures-Odivelas. Competência em Sexologia Clínica pela OM

Apesar da existência de avanços científicos, sociais e legislativos, que se traduzem no crescente reconhecimento das necessidades específicas de saúde mental da população LGBTI, persistem barreiras estruturais e desigualdade (e.g. territorial) no acesso a cuidados clínicos integrados.

Sabemos, também, que esta população se encontra particularmente exposta a experiências cumulativas de stress minoritário (e.g. resultantes de estigma, discriminação, preconceito), que condicionam uma maior vulnerabilidade à doença mental, nomeadamente a perturbações depressivas, ansiosas e de uso de substâncias.

Neste contexto, a Psiquiatria e os serviços de Saúde Mental enfrentam três desafios fundamentais que importa (re)conhecer.

O primeiro desafio prende-se com o acompanhamento das pessoas transgénero. Nas últimas décadas, verificou-se um aumento expressivo da visibilidade e da procura de cuidados por parte desta população. A prevalência de perturbações de humor e ansiedade é duas a três vezes superior à da população em geral e cerca de um terço verbaliza ideação suicida.

Estes números sublinham a necessidade de uma abordagem afirmativa e multidisciplinar, ancorada num

modelo biopsicossocial no qual a Psiquiatria deve participar ativamente através da promoção de cuidados diferenciados, integrados e inclusivos. A criação de unidades especializadas, nomeadamente as dedicadas à sexologia clínica e diversidade de género, tem sido um passo decisivo na oferta de cuidados baseados na evidência.

O segundo desafio relaciona-se com o impacto das plataformas digitais de encontros na saúde mental dos seus utilizadores, sobretudo dos homens que têm sexo com homens. As aplicações de encontros têm vindo a estabelecer-se como um veículo central de socialização e de expressão sexual, mas o seu uso intensivo tem sido associado a maior prevalência de sintomas ansiosos, depressivos e de solidão.

Nas últimas décadas, verificou-se um aumento expressivo da visibilidade e da procura de cuidados por parte desta população.

Estas plataformas apresentam, também, uma relação estreita e bidirecional com a perturbação do comportamento sexual compulsivo e com a prática de *chemsex*. No primeiro caso, o uso repetido destas aplicações potencia comportamentos sexuais de risco (e.g. maior número de parceiros e contactos sexuais desprotegidos); no segundo, as aplicações funcionam como facilitadoras do acesso (a parceiros ocasionais e a substâncias psicoativas), ao mesmo tempo que o consumo sexualizado reforça o uso continuado destas plataformas.

Por fim, importa fazer menção à prática de *chemsex* — uso sexualizado de substâncias como metanfetaminas, GHB/GBL e catinonas —, um fenómeno emergente que engloba vivência de sexualidade, adição e saúde mental. Observado predominantemente em contextos urbanos e em homens que têm sexo com homens, associa-se a um maior risco de perturbações depressivas, ansiosas e psicóticas, bem como a múltiplas complicações médicas e a risco acrescido de vulnerabilidade social.

A intervenção nesta área implica uma resposta diferenciada, que combine estratégias comunitárias de redução de riscos com uma abordagem clínica multidisciplinar, geralmente no contexto da Psiquiatria da Adição/Adictologia.

Ainda que de forma muito sintética, o simpósio “Desafios emergentes nos cuidados de saúde mental da população LGBTI” pretende ilustrar a complexidade crescente dos cuidados de saúde mental numa era de diversidade e mudança social. A resposta clínica nestes contextos deve ter por base políticas inclusivas, formação continuada e práticas culturalmente competentes, que reconheçam as especificidades da experiência LGBTI.

Promover uma psiquiatria afirmativa e integradora, que não olvide as múltiplas dimensões do adoecer, é uma responsabilidade coletiva.

Promover uma psiquiatria afirmativa e integradora, que não olvide as múltiplas dimensões do adoecer, é uma responsabilidade coletiva.

Autoimunidade, inflamação e doença mental



J. Bernardo Barahona Corrêa
Psiquiatra e investigador, Champalimaud Clinical & Research Centre. Prof. na NOVA Medical School

Em 2007, Dalmau e colaboradores publicaram as primeiras descrições de encefalite autoimune aguda associada a autoanticorpos anti-NMDA. A descoberta de uma psicose monocausal, tratável por medidas de imunomodulação, gerou uma onda de entusiasmo nas Neurociências Clínicas, seguida de uma onda de ruído. Inflamação, desregulação imune e outros conceitos irromperam confusamente pelo território da Psiquiatria. O terreno era fértil, com a crónica ausência de explicações simples para doenças mentais complexas, o legado sempre latente da antipsiquiatria e a atração irresistível

de uma némesis de Dr. House vs Dr. Freud.

Os mesmos fatores propiciaram, anos antes, o escândalo Wakefield e, porventura, sustentam hoje a resistência do seu catastrófico legado a todo o contraditório racional, incluindo nas mais altas instâncias do poder político mundial. Por todo o lado, procuraram-se novos quadros psicopatológicos explicados pelo demónio furtivo da autoimunidade, ou milagrados pelo anjo da imunomodulação.

Soltou-se o brado de Arquimedes ao menor vislumbre de um anticorpo inesperado, uma PCR indiscreta ou, no líquido, um leucócito solitário.

Soltou-se o brado de Arquimedes ao menor vislumbre de um anticorpo inesperado, uma PCR indiscreta ou, no líquido, um leucócito solitário. Naturalmente, o esforço centrou-se

em quadros psicopatológicos graves, crónicos e de difícil tratamento, incluindo, fatalmente, a perturbação obsessivo-compulsiva (POC).

A possibilidade de um subtipo encefalítico autoimune de POC herdou alguma plausibilidade da dinastia nosológica fundada pela identificação da coreia de Sydenham e prolongada no séc XX pelos conceitos de *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections* e *Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome*. São entidades controversas que descrevem quadros neuropsiquiátricos agudos, frequentemente com exuberantes manifestações obsessivo-compulsivas e atribuídos a uma hipotética discrasia autoimune pós-infecciosa.

Apesar destes auspiciosos antecedentes, a evidência disponível mostra que a POC secundária a uma encefalite aguda autoimune é muitíssimo rara. Numa revisão de 2023, Denzel e colaboradores identificaram apenas seis doentes com POC aguda associada a autoanticorpos antineuronais no líquido, ou a biomarcadores de atividade inflamatória intratecal.

Paralelamente, a pesquisa de marcadores de inflamação sistémica em doentes com POC idiopática, subordinada à hipótese de uma etiologia pelo menos parcialmente inflamatória ou autoimune desta perturbação,

revelou-se muito menos esclarecedora do que a demanda homóloga no campo das perturbações afetivas, em que aliás se inspirou.

A quase totalidade dos estudos limitou-se a quantificar auto-anticorpos e outros marcadores de disfunção imune no soro, com achados contraditórios e de significado incerto ou inespecífico, já que totalmente descoaptados de qualquer tentativa de associação com alterações estruturais ou inflamatórias no SNC. No estudo Neurocomp, conduzido por mim e pelo Prof. José Oliveira na Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud, e que avaliou mais de 150 doentes com POC e voluntários saudáveis, não encontramos qualquer associação entre POC e uma maior expressão de autoanticorpos ou citocinas inflamatórias no sangue periférico. Encontrámos, contudo, e apenas nos doentes com POC, uma associação robusta entre alterações microestruturais da substância branca pré-frontal e a concentração sérica de proteína c-reativa.

Estes achados, que localmente replicam as contradições vigentes neste campo, prestam-se a várias interpretações. Talvez os indivíduos com POC sejam particularmente vulneráveis ao impacto no SNC de níveis habitualmente inofensivos de inflamação sistémica. Ou talvez a inflamação sistémica

Talvez os indivíduos com POC sejam particularmente vulneráveis ao impacto no SNC de níveis habitualmente inofensivos de inflamação sistémica.

seja, nestes indivíduos, o reflexo na periferia de processos inflamatórios primariamente originados no SNC.

O cabal esclarecimento destas contradições passará inevitavelmente pelo estudo de marcadores de inflamação ou autoimunidade diretamente no líquido ou no próprio cérebro. Sem este salto qualitativo empírico, a *Reductio ad Inflammation* que enfeitou a investigação neurobiológica na doença mental irá continuar a acumular, na POC como noutras doenças, evidência tão dispendiosa quanto inútil.



Ensaio clínico em Psiquiatria no SNS – problemas... e sucessos!



Miguel Constante
Assist. graduado de Psiquiatria,
Hospital Beatriz Ângelo, ULS de
Loures-Odivelas

A investigação clínica em Psiquiatria tem vindo a ganhar um espaço crescente no Serviço Nacional de Saúde (SNS), afirmando-se como um agente de modernização dos serviços e de valorização das equipas. O papel

do investigador principal (IP) neste contexto é simultaneamente desafiante e inspirador: desafiante, porque implica conciliar a atividade assistencial com as exigências metodológicas e regulatórias complexas dos ensaios clínicos; inspirador, porque permite observar de perto o impacto que a ciência e a inovação podem ter nas patologias e na vida dos doentes. Cada protocolo representa, dentro do SNS, uma oportunidade de contacto direto com abordagens de ponta – o *state of the art* da Psiquiatria –, frequentemente anos antes da sua introdução na prática clínica.

No panorama nacional, temos conseguido, nos últimos anos, estar presentes em ensaios clínicos multicêntricos internacionais de grande relevância, nomeadamente, no tratamento adjuvante da depressão (ex.: OARS-7), na depressão resistente (ex.: Escape-TRD) ou no défice cognitivo associado

à esquizofrenia (ex.: Connex-3). Observa-se um número crescente de centros de investigação envol-

É um exercício difícil manter motivada e coesa uma equipa multidisciplinar de investigadores numa realidade hospitalar, por vezes, instável e sempre com escassez de meios.

vidos, representando diferentes unidades locais de saúde (ULS) de todo o país.

Apesar dos constrangimentos, os sucessos são tangíveis: surgiram novas equipas de investigadores, sinal de condições mínimas de estabilidade e reconhecimento institucional, demonstrando um potencial real de crescimento. Cada ensaio concluído com qualidade é uma prova de que o SNS pode ser um parceiro credível e eficiente, capaz de competir em qualidade com unidades internacionais.

Contudo, a realidade do SNS coloca barreiras concretas. As limitações de recursos humanos e de tempo, a complexidade burocrática, a ausência de estruturas organizacionais dedicadas ou com autonomia própria e a coexistência com outras prioridades – assistenciais ou de investigação – tornam o processo exigente.

É um exercício difícil manter

motivada e coesa uma equipa multidisciplinar de investigadores numa realidade hospitalar, por vezes, instável e sempre com escassez de meios. É a dedicação individual de médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos e técnicos hospitalares que permite abrir a porta aos ensaios clínicos onde antes não existiam – e manter essa atividade viva.

A função do IP vai muito além da supervisão científica: exige liderança de equipa, articulação com os serviços administrativos, interação com o promotor, com o Gabinete de Investigação, com a Direção de Departamento, a Direção Clínica e, por vezes, com o Conselho de Administração da ULS. O papel do Gabinete de Investigação Clínica é estruturante: constitui o elo entre os investigadores e o sistema, assegurando o cumprimento das normas, agilizando contratos e apoiando o IP na vertente regulatória e logística.

Redes causais em Psiquiatria: compreender a estimulação cerebral profunda através de circuitos cerebrais



Gonçalo Cotovio
Psiquiatra e investigador da Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud

A estimulação cerebral profunda (*deep brain stimulation*, DBS) tem transformado o tratamento de várias doenças neurológicas e, mais recentemente, psiquiátricas. O seu potencial para modular circuitos cerebrais específicos abriu novas perspetivas sobre a relação entre o funcionamento do cérebro e o comportamento humano. No entanto, as respostas clínicas e os efeitos adversos da DBS continuam a levantar questões fundamentais: que redes cerebrais estão a ser moduladas e como é que essa modulação explica tanto a eficácia terapêutica como os efeitos neuropsiquiátricos?

A ponte entre a Psiquiatria e as Neurociências poderá ajudar a responder a algumas destas questões. A interação entre estas duas disciplinas tem demonstrado que, mais do que analisar estruturas anatómicas, importa compreender como determinados circuitos cerebrais dão forma às emoções, aos pensamentos e aos comportamentos.

Na verdade, a investigação recente mostra que perturbações como a depressão, a mania ou a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) não se localizam num ponto único do cérebro, mas resultam de disfunções em circuitos cerebrais. A DBS oferece, assim, uma oportunidade única para estudar esses circuitos de forma causal: quando um sintoma é induzido ou revertido por estimulação elétrica, é possível inferir diretamente quais as redes envolvidas.

Nos últimos anos, o nosso trabalho tem procurado explorar precisamente estas relações. Através de uma metodologia designada *causal network mapping*, analisámos casos em que lesões cerebrais causaram sintomas psiquiátricos, como mania ou obsessões e compulsões. Ao mapear as ligações funcionais dessas lesões num conectoma humano de grande escala, foi possível identificar redes causais, circuitos cuja perturbação é suficiente para originar um determinado fenómeno clínico.

Curiosamente, estas redes correspondem aos alvos de neuromodulação mais eficazes. O circuito associativo à mania secundária a lesões, por exemplo, é funcionalmente oposto ao estimulado na depressão por estimulação magnética transcraniana (*transcranial magnetic stimulation*, TMS) e coincide com a rede modulada pela DBS quando surge mania em doentes com doença de Parkinson. Por outro lado, os circuitos cerebrais associados a lesões que causam sintomas obsessivo-compulsivos ajudam a compreender as redes que são moduladas quando a DBS é eficaz no tratamento da POC.

Estas redes causais poderão, no futuro, permitir otimizar os locais de

O futuro da Psiquiatria na Europa – Portugal à margem ou no centro da formação?



João Filipe Silva
Médico interno de Psiquiatria do
2.º ano, ULS de Santo António.
Presidente da Associação
Portuguesa de Internos de
Psiquiatria (APIP)

Portugal distingue-se pela qualidade da formação médica pós-graduada nas mais diferentes áreas e a Psiquiatria não é exceção. No nosso país, a formação especializada em Psiquiatria tem a duração de cinco anos e respeita um currículo vigente desde 2016.

Quase dez anos volvidos, a European Psychiatry Association promoveu a realização da primeira edição do European Board Examination of Psychiatry, no passado mês de fevereiro, com o objetivo de facilitar a mobilidade profissional, harmonizar os padrões de formação em

Psiquiatria nos países europeus e garantir uma base sólida de conhecimentos essenciais à prestação de cuidados de saúde mental de alta qualidade.

Aproveitando este *momentum*, a Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria (APIP) decidiu auscultar os médicos internos de Psiquiatria, no sentido de perceber os pontos fortes e as principais lacunas do atual currículo formativo. Pretendemos, em última instância, perceber em que ponto nos encontramos face aos restantes países europeus e fomentar o debate sobre a formação médica envolvendo todos os seus intervenientes.

O inquérito realizado obteve 84 respostas, mais de um quinto do número total de médicos internos de Psiquiatria. Os inquiridos mostraram-se globalmente satisfeitos com a sua especialidade, com 98% a afirmar que voltariam a escolher a mesma área de especialização. Os níveis de satisfação relativos ao local e orientador de formação foram igualmente elevados.

No entanto, os números relacionados com os setores de aprendizagem e de avaliação são menos animadores. Apenas 55% dos inquiridos consideram que a atual matriz define de forma clara os objetivos e as competências necessárias a adquirir ao longo da formação espe-

cializada e em cada um dos estágios previstos. As principais sugestões passam pelo aumento do número de estágios opcionais, pela integração da formação em psicoterapia no currículo obrigatório – à semelhança do que já acontece noutros países – e pelo reforçar da necessidade de um período protegido destinado ao estudo autónomo e ao desenvolvimento de atividade científica.

No que ao sistema de avaliação diz respeito, três quartos dos inquiridos discordam da atual forma de avaliação final e mais de 70% apontam iniquidades na avaliação realizada ao longo do internato entre diferentes serviços. Vários médicos internos partilham da opinião que a grelha de avaliação em vigor promove a quantidade em detrimento da qualidade, beneficiando os colegas dos grandes centros hospitalares e com mais recursos financeiros. A subjetividade inerente aos moldes do exame teórico foi também alvo de reflexo, surgindo, em alternativa, a proposta de um exame escrito e uniforme a todos os candidatos à avaliação final.

Não sendo minha intenção escrever uma peça crítica, pelo contrário, vejo com muito bons olhos o interesse dos médicos internos na sua formação e acredito que esta participação é fundamental para que a Psiquiatria praticada em Por-

Vários médicos internos partilham da opinião que a grelha de avaliação em vigor promove a quantidade em detrimento da qualidade, beneficiando os colegas dos grandes centros hospitalares e com mais recursos financeiros.

tugal continue a ser reconhecida e procurada no estrangeiro. Da mesma forma, a abertura ao diálogo demonstrada pelo Colégio de Psiquiatria é uma peça fundamental para impulsionar a mudança e continuar a garantir a qualidade formativa do Internato. As expectativas estão elevadas para um debate que se espera construtivo e esclarecedor.

Breaking news: não era o útero, era o ovário



Catarina Cotta
Coordenadora da Psiquiatria de
Ligação, ULS do Estuário do Tejo.
Pin - Partners in Neuroscience

muda padrões de ativação cortical. O cérebro feminino, nesse momento, reorganiza-se – e todo o corpo acompanha, nomeadamente através de aspetos imunometabólicos que também podem influenciar o comportamento. Sobrepoë-se a isto a vivência subjetiva desta transformação, num período da vida socialmente delicado. O colapso hormonal não é apenas biológico: é existencial.

Numa altura em que a Psiquiatria procura novos mecanismos fisiopatológicos, além das monoaminas, para explicar as doenças mentais, é surpreendente que o eixo cérebro-ovário não tenha mais atenção. É também surpreendente que 80% das mulheres tenham sintomas neurológicos ou psiquiátricos e que este período continue a ser tratado pela medicina como “doença” ou vulnerabilidade do ovário.

Estrogénios e progesterona são muito mais do que hormonas sexuais. São neuromoduladores, integradores neuroendócrinos, modulando os sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e glutamatérgico, e a própria neuroplasticidade – influenciando o comportamento e o estado mental. Os efeitos são muito dependentes de contexto, o que dificulta a investigação.

A evidência suporta de forma clara a maior incidência de doença mental durante este período, particularmente na perimenopausa. A rápida flutuação

das hormonas envolvidas parece ser muito mais relevante para o risco psiquiátrico do que os níveis absolutos destas hormonas.

Alguns autores têm proposto que a vulnerabilidade observada durante este período ocorra em mulheres particularmente sensíveis a esta flutuação, mulheres também mais sensíveis a outros períodos de instabilidade estrogénica, como a puberdade, o pós-parto e as mulheres com perturbação disfórica pré-menstrual – e isto pode ajudar a distinguir uma perturbação psiquiátrica primária de psicopatologia decorrente desta vulnerabilidade hormonal na perimenopausa, com implicações terapêuticas.

No entanto, esta distinção, além de desafiante, pode ser artificial em algumas

situações, uma vez que podem sobrepor-se. Ainda assim, algumas características parecem ser mais sugestivas de uma influência hormonal mais direta, como a flutuação dos sintomas, queixas físicas com maior expressão e maior instabilidade do humor, por exemplo.

Na abordagem terapêutica ideal “*one size does not fit all*”. Ela será tendencialmente multimodal, podendo envolver substituição hormonal, psicofármacos, suplementação ou estratégias de estilo de vida. Contudo, ainda há muito por clarificar para saber, inequivocamente, quem são os melhores candidatos para as diferenças estratégias farmacológicas, nomeadamente psicofármacos ou terapia hormonal de substituição.

É urgente corrigir a sub-representação da perimenopausa/menopausa na investigação em Neurociências e Psiquiatria. E na consulta de Psiquiatria também, considerando oportunamente a discussão com colegas ginecologistas, particularmente em doentes com sintomas refratários ou atípicos. No futuro da Psiquiatria poderá vir a fazer sentido ampliar o armamentário terapêutico com substituição hormonal.

As atitudes, percepções e significados culturais sobre a menopausa moldam profundamente a experiência individual da transição, sendo também necessário que os médicos se envolvam em estratégias que promovam a literacia nestes fenómenos.





XVI CONGRESSO Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular

*XVI Congress New Frontiers
in Cardiovascular Medicine*

SAVE THE DATE
20-22
Fev / 2026

Hotel Praia D'El Rey Marriott – Óbidos

Presidente de Honra/Honorary President: António Nunes Diogo

Presidente/President: Fausto J. Pinto

Directores/Directors: Ângelo Nobre/Luis Mendes Pedro

Comissão Científica/Scientific Committee: Ana Abreu, Ana G. Almeida, Ana Margarida Pinto, Arminda Veiga, Augusto Ministro, Catarina Sousa, Daniel Caldeira, Dulce Brito, Fernando Ribeiro, Francisca Patuleia Figueiras, Gustavo Silva, Hélder Pereira, Hugo Corte-Real, Inês Cabrita, Isabel Rocha, Joana Rigueira, João Agostinho, João de Sousa, Luis Parente Martins, Luís do Rosário, Manuela Fiúza, Maria Rita Pinto, Miguel Menezes, Mónica Mendes Pedro, Nuno Cortez Dias, Nuno Lousada, Pedro Cardoso, Roberto Palma dos Reis, Ricardo Arruda Pereira, Ricardo Ferreira, Rui Plácido, Sara Correia, Sérgio Baptista, Susana Constantino, Tiago Velho

Secretariado/Secretarial Support: GetDone, Luisa Buscardini, Carla Rodrigues, Fátima Casaca, Andreia Rã

Contacto PCO/PCO contact: meetings@getdone.pt

Organização
/Organization



Patrocínio Científico
/Scientific Support

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA

Hospital
PulidoValente

DEPARTAMENTO
CORÇÃO e VASOS

PCO
GET
DONE
EVENTS