

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

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 NESSA 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 Ortogeriatría 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 aproveitou 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 bealthy* 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 avaliar 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 realicei 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.”

sociais, privilegiando a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida”.

Mas não deixa de fora os cuidados de saúde secundários, onde “também é necessário haver profissionais de saúde com especiali-

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)

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.

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-

“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.”

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

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)



JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VIII JORNADAS 19-21 MARÇO 2026 SHERATON PORTO HOTEL

(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 sobrevivência 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 *delirium*, 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 incluía 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.

“O objetivo é que a hospitalização possa ser uma oportunidade de reabilitação funcional, física e cognitiva”, diz 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), Álvaro 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), Álvaro Ferreira da Silva (MGF), Ana Viegas (MGF), Lia Marques (MI), Manuel Viana (MGF), Paulo Sousa Almeida (MI), Rafaela 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 adstritas 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.