

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Abril 2026
Ano XIV • Número 145 • 3 euros
Publicação Periódica

**Generalizar
a intervenção
precoce após um
1.º episódio psicótico**
é, para o psiquiatra
Miguel Bajouco,
uma necessidade:
"A persistência dos
sintomas acarreta
danos", avisa.
■ P. 12



PUB

NOVO
Recigarum®
*Valor comparativo ao concorrente comparativo (Janeiro 2026). MINSOM-EF comparativo a 37%.
Consulta de preços em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>.



**25 dias
para respirar melhor
uma vida inteira**

**COMPARTICIPADO
+ económico**

TECNIFAR
Tel. 210 330 700 • grupotecnifar@tecnifar.pt
www.tecnifar.pt
Linha farmacovigilância 21 386 09 29
farmalerta@tecnifar.pt
DMK.RC.G.003.01.2026_01/2026/PUB

**Luís Ferreira Vicente, presidente
da SPMR, deixa o alerta:**



**"A qualidade embrionária
também depende da
condição espermática"**
■ P. 6

**A motivação,
o dinamismo
e a coesão**
são as peças
essenciais do motor
que faz mover a
USF Condense, uma
unidade da ULS
da Arrábida
■ P. 16/20



ESPECIAL
**20.º Congresso
de Hipertensão
e RCG**
■ P. 24/31

MGF mais sensível à doença músculo-esquelética

É esta a convicção do fisiatra Rui Vaz, coordenador do livro que há
10 anos tem ajudado os médicos de família a lidar com esta patologia

■ P. 22/23



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



Siga-nos
just news

Entre longevidade e desigualdade: a realidade da enfermagem no setor social



Catarina Lobão

Enf.ª especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Prof.ª adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Univ. Coimbra (ESECUC) - Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem Gerontogeriatrica. Investig. na Health Sciences Research Unit: Nursing - UICISA:E Coimbra



Maria João Carvalho

Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira coordenadora na Santa Casa da Misericórdia da Lousã

de dependência, fragilidade ou doença crónica. Trata-se de um desafio que envolve profissionais, famílias e o próprio sistema de cuidados.

O exercício da enfermagem, independentemente do contexto, assenta em competências técnicas, científicas e éticas exigentes. Cuidar implica responsabilidade

Os enfermeiros que trabalham no SNS e aqueles que exercem a sua atividade em instituições do setor social, como as ERPI e as IPSS, encontram-se abrangidos por enquadramentos laborais distintos.

clínica, capacidade de decisão e uma sólida qualificação profissional. No entanto, persiste uma realidade pouco visível para quem está fora do setor: enfermeiros que desempenham funções de natureza semelhante podem ser valorizados de forma significativamente diferente, consoante a instituição ou setor onde exercem funções.

De facto, os enfermeiros que trabalham no Serviço Nacional de Saúde e aqueles que exercem a sua atividade em instituições do setor social, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), encontram-se abrangidos por enquadramentos laborais distintos. Na prática, isso traduz-se em condições remuneratórias e trajetórias profissionais desiguais, apesar de níveis comparáveis de formação, competência e responsabilidade.

Importa sublinhar que o setor social não representa um contexto de menor exigência, muito pelo contrário. Muitas destas instituições funcionam com recursos humanos e técnicos mais limitados, o que exige dos enfermeiros elevados níveis de autonomia e capacidade de tomada de decisão. Paralelamente, cuidam de populações especialmente vulneráveis, predominantemente pessoas idosas, frequentemente com múltiplas patologias crónicas, fragilidade funcional e necessidades de cuidados complexos e dinâmicos.

Nestes cenários, o exercício profissional implica uma abordagem integrada, que combina monitorização contínua, gestão de múltiplas condições clínicas, articulação com diferentes níveis de cuidados e apoio às famílias. A complexidade do cuidado, a responsabilidade assumida e a exigência científica da profissão não diminuem por se tratar de um contexto não hospitalar. Em muitos casos, tornam-se ainda mais desafiantes.

Num momento em que se discute a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a valorização dos profissionais, é legítimo questionar se as diferenças existentes refletem realmente o valor do trabalho realizado ou se decorrem de modelos institucionais que não acompanharam a evolução das necessidades sociais e demográficas.

A complexidade do cuidado, a responsabilidade assumida e a exigência científica da profissão não diminuem por se tratar de um contexto não hospitalar. Em muitos casos, tornam-se ainda mais desafiantes.

Trazer esta realidade para o espaço público não pretende criar clivagens entre setores, nem desvalorizar o papel das instituições sociais, cujo contributo é essencial. Pretende, sim, promover uma reflexão informada sobre equidade, reconhecimento e coerência nas políticas de valorização profissional, tal como a Ordem dos Enfermeiros promoveu em várias zonas do país.

No essencial, permanece uma questão que ultrapassa o plano estritamente laboral: se a exigência, a responsabilidade e a complexidade do cuidado são equivalentes, por que razão persiste uma diferença tão significativa na sua valorização?

Inovação em Farmácia Hospitalar, na 5.ª edição dos Revolution Poster Awards, e foi distinguida durante as XVIII Jornadas de Farmácia Hospitalar, como melhor projeto submetido às DIFH - Divulgar Iniciativas em Farmácia Hospitalar.

Esta consulta visa também promover hábitos de vida saudáveis e encaminhar doentes prioritários para consulta médica.

O objetivo passa por alargar este modelo de integração de cuidados a outras unidades de CSP da ULSAS e implementar esta Consulta como prática regular.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Algures, acima do Arco-Íris



Pedro Melo

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

Há músicas que atravessam gerações como se fossem bússolas emocionais. *Somewhere Over the Rainbow*, imortalizada por Judy Garland em “O Feiticeiro de Oz”, é uma dessas melodias que parecem carregar, nota a nota, a promessa de que existe sempre um lugar melhor – um lugar onde a vida se desenrola com mais verdade, mais liberdade e mais cor. Não é por acaso que esta canção se tornou, décadas mais tarde, uma das inspirações simbólicas para a criação da primeira bandeira LGBTI+. O arco-íris, com a sua pluralidade luminosa, tornou-se metáfora de um mundo possível: um mundo onde cada pessoa pode existir sem medo, sem vergonha e sem ter de pedir licença para ser quem é.

Quando comecei a preparar o “Diagnóstico de Enfermagem” deste mês de abril – mês da Liberdade em Portugal –, o tema que tinha escolhido era precisamente o retrocesso legislativo que vivemos recentemente em Portugal, com a aprovação, na Assembleia da República, de alterações que fragilizam direitos conquistados na área da autoafirmação de género. Num país que tantas vezes se orgulha de estar na linha da frente dos direitos humanos, este passo atrás não é apenas simbólico – é estrutural. Ele afeta vidas concretas, quotidianos reais, e reabre feridas que muitos julgavam cicatrizadas.

Fawcett, com o seu pensamento rigoroso e a sua visão disciplinar, deu-nos ferramentas conceptuais que nos ajudam a ler o mundo, a compreender as pessoas e a agir sobre os contextos.

Mas, entretanto, chegou a notícia da morte de Jacqueline Fawcett, no dia 22 de março. E percebi que talvez fosse possível – e até necessário – juntar estes dois acontecimentos aparentemente distantes. Porque Fawcett, uma das grandes referências na Ciência de Enfermagem, com o seu pensamento rigoroso e a sua visão disciplinar, deu-nos ferramentas conceptuais que nos ajudam a ler o mundo, a compreender as pessoas e a agir sobre os contextos. E talvez seja precisamente isso que hoje mais precisamos: de pensamento claro, de ética do cuidado

e de coragem para olhar o Ambiente que construímos enquanto sociedade.

Fawcett defendia que a Enfermagem, enquanto disciplina científica, se organiza em torno de quatro conceitos metaparadigmáticos: Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidado de Enfermagem (ainda que explorasse outros conceitos além destes mais conhecidos). E começava sempre pela Pessoa – não como abstração, mas como ser humano concreto, singular, irrepetível.

Quando discutimos legislação sobre identidade de género, estamos a falar exatamente disto: da Dignidade da Pessoa Humana. Da sua autodeterminação. Da sua integridade. Não estamos a falar de ideologias, nem de agendas, nem de disputas partidárias. Estamos a falar de pessoas reais, com histórias reais, que procuram apenas viver em paz com o seu corpo, o seu nome e o seu lugar no mundo.



Jacqueline Fawcett

Se Fawcett nos ensinou algo foi que a Pessoa é sempre mais do que a soma das suas partes. É corpo, mente, experiência, contexto, subjetividade. É identidade. É qualquer política pública que não reconheça esta complexidade está, inevitavelmente, a falhar.

O segundo conceito metaparadigmático de Fawcett – Ambiente – é particularmente útil para pensar o momento que vivemos. Porque o ambiente não é apenas o espaço físico; é também o espaço social, cultural, político e simbólico. É o conjunto de condições que moldam a forma como as pessoas existem e se relacionam.

Quando uma sociedade aprova leis que restringem Direitos está a alterar o ambiente. Está a torná-lo menos seguro para alguns, menos acolhedor, menos justo. Está a enviar uma mensagem clara: “O teu lugar aqui é condicional.”

É e precisamente por isso que o arco-íris se tornou tão poderoso. Porque ele representa um ambiente alternativo – um ambiente possível –, onde a diversidade não é ameaça, mas riqueza. Onde a diferença não é tolerada, mas celebrada. Onde cada cor tem espaço para brilhar.

O Cuidado de Enfermagem, para Fawcett, não é apenas um conjunto de intervenções técnicas. É uma prática ética, relacional e profundamente humana. É o compromisso

de promover o bem-estar da pessoa, respeitando a sua autonomia, a sua identidade e o seu contexto.

Se transpusermos este conceito para a esfera social e política percebemos que cuidar não é apenas tratar. É proteger. É defender. É criar condições para que cada pessoa possa florescer.

E aqui, mais uma vez, o retrocesso legislativo recente revela-se incompatível com qualquer ética do cuidado. Porque cuidar implica reconhecer o outro na sua totalidade – e não apenas aquilo que nos é confortável.

O quarto conceito metaparadigmático – Saúde – é, para Fawcett, um estado dinâmico, influenciado pela interação entre pessoa, ambiente e cuidado. Não é apenas um indicador clínico; é uma experiência vivida.

Ora, sabemos bem que a saúde das pessoas trans e não-binárias, e da comunidade LGBTI+ em geral, é profundamente afetada por fatores sociais: discriminação, violência, exclusão, invisibilidade. Sabemos que ambientes hostis produzem sofrimento. Sabemos que políticas restritivas agravam vulnerabilidades.

Se queremos promover saúde – no sentido pleno que Fawcett defendia – então precisamos de políticas que ampliem Direitos, e não que os limitem. Precisamos de ambientes seguros. Precisamos de cuidado informado, competente e compassivo.

Se queremos promover saúde – no sentido pleno que Fawcett defendia – então precisamos de políticas que ampliem Direitos, e não que os limitem. Precisamos de ambientes seguros. Precisamos de cuidado informado, competente e compassivo.

A morte de Jacqueline Fawcett deixa-nos mais pobres, mas também mais responsáveis. O seu legado desafia-nos a pensar a Enfermagem – e a sociedade – como espaços de cuidado, de inclusão e de compromisso ético.

E talvez seja isso que *Somewhere Over the Rainbow* sempre quis dizer: que existe um lugar melhor, mas que ele não surge por magia. Constrói-se. Defende-se. Cuida-se.

Hoje, mais do que nunca, precisamos de ir para além do arco-íris – não para fugir da realidade, mas para transformá-la. Para que cada pessoa, em toda a sua diversidade, possa viver num ambiente que promova saúde, dignidade e liberdade.

Esse seria, certamente, um cuidado que honraria a memória de Jacqueline Fawcett.

Eventos em destaque

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

1.ªs Jornadas MGF Sem Limites



Online
13 e 14 de abril
Organização: Internos da ULS Loures-Odivelas

MGF Summit 2026



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

6.ªs Jornadas MGF Além Fronteiras



Hotel Solverde Spa & Wellness Center e online
29 e 30 de abril
Organização: Associação MGF Além Fronteiras

Encontro de Gestão de Patologia Psiquiátrica em Cuidados de Saúde Primários



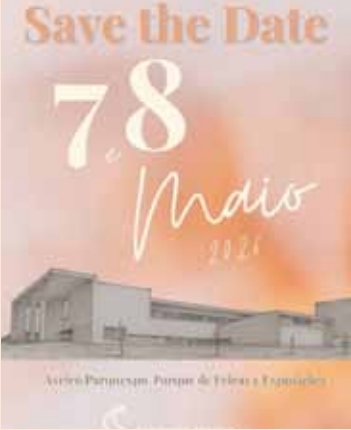
Audatório do Hospital Senhora da Oliveira - ULS Alto Ave
30 de abril
Organização: Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS Alto Ave

5.ªs Jornadas dos Internos em Reunião do Arco Ribeirinho (JIRAR)



Online e presencial - Fórum Cultural de Alcochete
4 a 6 de maio
Organização: Internos de MGF da ULS do Arco Ribeirinho

12.ª Academia Médica



Aveiro Parque Expo
7 e 8 de maio
Organização: Internos de MGF

VEJA TODOS OS EVENTOS EM JUSTNEWS.PT

A ULS Almada-Seixal (ULSAS) tem a funcionar, desde março de 2025, uma Consulta de Reconciliação Terapêutica nos CSP dirigida a utentes sem médico de família, com o objetivo de identificar problemas relacionados com medicação, otimizar regimes terapêuticos, aumentar a segurança e reduzir gastos em saúde. Desde o início do projeto, foram observados

mais de 160 doentes em 217 consultas farmacêuticas, num total de cerca de 600 intervenções farmacêuticas.

Pioneira, em Portugal, esta consulta de revisão e reconciliação da medicação é orientada por farmacêuticos hospitalares em abordagem multidisciplinar. Começou a ser implementada na UCSP Amora, tendo sido alargada, em novembro de 2025, à UCSP Almada.

Distingue-se das demais existentes nos país por se destinar a utentes sem médico de família, à partida, mais vulneráveis. Por outro lado, no modelo instituído na ULSAS, o utente vê a sua situação resolvida num único contacto, nesta consulta – a articulação com o médico, sempre que o farmacêutico identifica essa necessidade, é feita na hora e

o utente não tem de ir a várias consultas.

A equipa é composta por farmacêuticos hospitalares, residentes farmacêuticos, médicos de MGF e um gestor hospitalar. A proposta de intervenção farmacêutica (ajustes de dose, suspensão de fármacos ou pedidos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica) é discutida, durante a consulta, com o médico de MGF envolvido no projeto.

Além das funções já descritas, esta consulta visa, ainda, promover hábitos de vida saudáveis e encaminhar doentes prioritários para consulta médica, sempre que se justifique.

O modelo tem demonstrado eficácia na otimização da terapêutica, com impacto económico, confirmando o valor de uma intervenção farmacêutica estruturada e direcionada aos utentes de maior risco e reforçando a importância da integração de cuidados, da descentralização de consultas e do trabalho multidisciplinar.

A Consulta de Reconciliação Terapêutica nos CSP mereceu o prémio de 2.º melhor póster na categoria



UCSP Almada



UCSP Amora

Isolamento e envelhecimento: da neurociência aos *nudges* na intervenção



Adriana Sampaio
Laboratório de Neurociência Psicológica, CIPsi, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Muitos adultos mais velhos vivem hoje com um número reduzido de contactos sociais, em situações de isolamento e de solidão que se tornaram mais frequentes com o aumento da esperança de vida, a urbanização, os fluxos migratórios e a menor extensão das famílias. Vários estudos têm mostrado que tanto o isolamento social como a solidão se associam a um maior risco de morbilidade e de mortalidade prematura, com um impacto comparável ao de fatores como a obesidade ou o sedentarismo. A pandemia COVID-19 veio agravar este cenário

O isolamento social e a solidão têm estado associados a um declínio mais rápido do funcionamento cognitivo em adultos mais velhos saudáveis, incluindo maior risco de demência.

e trouxe o tema para a agenda política, levando a Organização Mundial de Saúde e outras entidades a assumir o isolamento social e a solidão em idosos como prioridade estratégica.

Para além das consequências físicas, o isolamento social e a solidão têm estado associados a um declínio mais rápido do funcionamento cognitivo em adultos mais velhos saudáveis, incluindo maior risco de demência. Este declínio é particularmente evidente nas capacidades de controlo executivo, que permite planear, inibir respostas automáticas e tomar decisões adaptativas.

Um dos modelos teóricos mais influentes da solidão descreve-a como um estado de sentir-se inseguro, que ativa uma hipervigilância para ameaças sociais no ambiente (Hawkley & Cacioppo, 2010). Este estado de hipervigilância consome recursos atencionais e de autocontrolo, prejudicando os processos de tomada de decisão social, e parece explicar porque é que muitas pessoas com níveis elevados de solidão não se conseguem envolver em estratégias de integração social apesar de desejarem (re)construir laços sociais.

Os estudos de neurociência dão suporte a esta perspetiva: adultos com níveis elevados de solidão apresentam piores desempenhos em tarefas que exigem controlo executivo e diferenças na atividade funcional de regiões frontais do cérebro. Também foram descritas alterações da conectividade funcional de redes de controlo executivo em pessoas que se percebem como socialmente isoladas, com padrões compatíveis com maior vigilância à ameaça e menor capacidade de controlo de impulsos.

Em paralelo, os estudos mostram também que a solidão se associa a mudanças nos circuitos de decisão e emoção, envolvendo o córtex pré-frontal, ínsula, amígdala, hipocampo, bem como na conectividade funcional de redes de repouso como a *Default Mode Network*.

Conjuntamente, estes resultados têm sido interpretados como expressão de “*craving* social”: nos adultos mais velhos com solidão, que pode indicar uma necessidade de reconexão social, a qual ocorre concomitantemente com a disfunção ao nível do controlo executivo. Isto traduz-se num padrão de comportamento que exige um elevado nível de segurança percebida e torna mais difícil assumir riscos relacionais mínimos, reduzindo ainda mais as oportunidades de integração social. Quebrar este ciclo exige que as intervenções tenham em conta também estes mecanismos neurobiológicos que mantêm a solidão e o isolamento, em vez de se limitarem a aumentar o número de atividades ou contactos disponíveis.

É neste contexto que se insere o projeto NOLA (*Nudging out of loneliness: a multimodal study*), que pretende investigar a neurobiologia do isolamento social e da solidão em adultos mais velhos e testar uma intervenção baseada em *nudges*, pequenas alterações na arquitetura da decisão que facilitam escolhas mais benéficas sem limitar a liberdade de escolha.

Partindo da evidência de que a solidão se associa a dificuldades de autocontrolo e de tomada de decisão, propõe-se um ensaio clínico aleatorizado (RCT), em que adultos mais velhos socialmente isolados são incentivados, através de *nudges* desenhados com base em princípios de economia comportamental e em dados de neurociência, a aumentar a sua participação social.

O objetivo é potenciar redes sociais mais eficazes, reduzir a solidão e, em última análise, observar se estas mudanças se refletem em melhorias nas medidas de funcionamento executivo, na tomada de decisão social e no funcionamento cerebral.

Numa primeira fase, foi avaliada uma amostra de 139 adultos mais velhos acompanhados

Estes dados reforçam a necessidade de intervenções simples, de baixo custo e informadas pela neurociência, como os *nudges*.

pelo Projeto 65+ da Câmara Municipal de Guimarães, maioritariamente mulheres (85,6%), com idades entre os 56 e os 98 anos (M = 77,65). A maioria vivia sozinha (cerca de 60%) e foi recrutada em 13 centros de convívio.

Nesta amostra, apesar de o Índice de Rede Social apresentar, em média, valores dentro do intervalo normativo, um número expressivo de participantes apresentava sintomas de solidão moderada a extrema (33,8% moderadamente solitários; 62,5% fortemente solitários). Em paralelo, 47% dos participantes apresentavam sintomatologia depressiva.

Com o apoio dos gestores sociais do Projeto 65+ e de forma a preparar a intervenção, aplicou-se um questionário *online* a 25 gestores sociais e realizaram-se dois grupos focais. A análise desta informação identificou a importância do contacto direto (telefonemas e visitas), a pouca adesão a atividades de natureza tecnológica e o grande envolvimento/motivação destes utentes em atividades de agricultura e contacto com a natureza. Estas recomendações orientaram as atividades propostas para a intervenção (RCT).

A intervenção – “O meu vaso de ervas aromáticas” – decorreu em colaboração com o Laboratório da Paisagem de Guimarães.

Os *nudges* foram então aplicados para maximizar a adesão: convites com imagens apelativas, referência a normas sociais (“a maioria dos seus vizinhos participa”), inscrição pré-selecionada (*default option*), transporte gratuito (cedido pelas gestoras sociais) e reforço positivo imediato (um vaso com ervas, um caderno personalizado). A adesão atingiu 92%, sem desistências, e 78% referiu cuidar diariamente do vaso que levou para casa, salientando maior sentido de utilidade.

Antes e depois da intervenção, os participantes realizaram avaliações neurocognitivas e de neuroimagem, nomeadamente a análise da rede de repouso DMN e da sua relação com indicadores de solidão. Observámos uma correlação positiva entre solidão autorreportada e conectividade funcional da DMN ventral, mas negativa com a conectividade funcional da DMN dorsal (dDMN).

Estes resultados sugerem funções distintas dos subcomponentes da conectividade funcional da DMN e da sua relação com a solidão percebida. São ainda consistentes com outros estudos sobre a neurobiologia da solidão, em pessoas que se sentem mais sós, um aumento da conectividade na DMN, particularmente em componentes ligadas ao pensamento autorreferencial, à memória autobiográfica e à ruminação, e alterações na forma como esta rede comunica com sistemas de controlo executivo e de atenção (Spreng et al., 2020).

De uma forma geral, estes dados reforçam a necessidade de intervenções simples, de baixo custo e informadas pela neurociência, como os *nudges*, podendo ser uma via promissora para reduzir o isolamento social e a solidão associada.

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do XIX Congresso Nacional de Psiquiatria (novembro 2025).

Bloco Operatório do Hospital de Faro totalmente remodelado

O Bloco Operatório Central do Hospital de Faro, que tem uma área de implantação de 850 m2 sofreu recentemente obras de remodelação total, num investimento global de 9,3 milhões de euros, que permitiram reforçar as suas condições e aumentar a capacidade cirúrgica.

Para além da renovação de toda a estrutura física, a intervenção de fundo contemplou a modernização das redes de suporte fundamentais para o funcionamento do bloco, tais como o novo sistema de proteção radiológica em todas as salas operatórias, o sistema de AVAC, a rede elétrica e informática, a estrutura contra incêndios e as redes de águas e esgotos.

A ULS Algarve investiu também em tecnologia moderna e de última geração. Mais de 3 milhões de euros foi o valor do investimento na renovação integral dos equipamentos essenciais: novas mesas operatórias,

ventiladores, candeeiros cirúrgicos de última geração e todo o restante material de funcionamento e apoio à atividade cirúrgica no bloco operatório.

Foram também adquiridos equipamentos de Cirurgia Robótica e uma Torre para Endoscopia de Coluna, “um investimento essencial na medicina de precisão, nos procedimentos menos invasivos e num aumento da capacidade de resposta na área cirúrgica”, segundo o presidente do CA da ULS Algarve, Tiago Botelho.

Também o internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, em Faro, com recurso a um financiamento do PRR no valor de 1,3 milhões de euros, permitiu, nomeadamente, a modernização integral de todos os quartos, casas de banho e salas de trabalho, bem como a melhoria do isolamento térmico e acústico.

O excesso de peso

O excesso de peso (incluindo a obesidade) influencia negativamente a saúde dos portugueses e é um dos principais determinantes da perda de anos de vida saudável e da mortalidade em Portugal.

Os dados do *Global Burden of Disease Study* (GBD 2023), divulgados pela Direção-Geral da Saúde (DGS) no relatório do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, colocam o excesso de peso na 2.ª posição entre os fatores que mais contribuem para os anos de vida saudável perdidos e na 3.ª posição entre os que mais contribuem para o total de mortes, o que reforça o impacto da alimentação e dos hábitos alimentares na saúde.

O estudo analisa as tendências da evolução ao longo das últimas décadas (de 1990 a 2023) e verifica-se que o excesso de peso, incluindo a obesidade, foi o fator de risco com maior tendência de crescimento quanto à

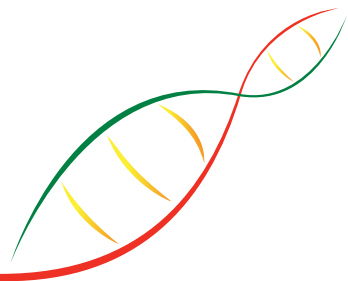
No Dia Mundial da Obesidade, a DGS publicou o *Manual de Mudança Comportamental no Tratamento da Obesidade*.

sua contribuição para a carga da doença em Portugal, contrariamente à tendência de diminuição observada para quase todos os outros fatores de risco. Nos últimos 20 anos, houve um aumento de 23% no contributo do excesso de peso para a perda de anos de vida saudável e de 22% para o total de mortes associadas ao IMC elevado.



PRÉMIO Bial

DE MEDICINA CLÍNICA 2026



Regulamento disponível em:
www.bialfoundation.com

Prazo de Candidaturas:
1 de janeiro a 31 de agosto de 2026

Prémio Bial de Medicina Clínica 2026 | € 100.000 + Publicação primeira edição

Menções Honrosas (máximo duas) | € 10.000

Visa galardoar uma obra intelectual original, com uma componente de investigação clínica associada, que represente um trabalho com resultados de grande qualidade e relevância. Pelo menos um dos autores tem de ser médico nacional de um país de expressão oficial portuguesa.

Presidente do Júri | Jaime Branco

LUÍS FERREIRA VICENTE, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO:

“A qualidade embrionária também depende da condição espermática”

COMPREENDE-SE QUE LUÍS FERREIRA VICENTE QUEIRA DESTACAR QUE O MAU DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO PODE TER NA SUA ORIGEM UMA MENOR QUALIDADE DOS ESPERMATOZOIDES. AFINAL, A CAUSA MASCULINA TEM VINDO A GANHAR PESO, SENDO JÁ RESPONSÁVEL POR METADE DOS CASOS DE INFERTILIDADE, HAVENDO CADA VEZ MAIS NECESSIDADE DE PERSONALIZAR O TRATAMENTO NO HOMEM.

A conversa com o atual presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução aconteceu a pouco mais de um mês de distância das XI Jornadas de Estudos da Reprodução. O maior evento da SPMR em 2026 vai decorrer em Alcobça, dias 8 e 9 de maio.

São vários os peritos estrangeiros que integram o programa da reunião, nomeadamente, o andrologista Jorge Hallak e o ginecologista Peter Humaidan. E que desejam, tal como Luís Ferreira Vicente, “melhorar as taxas de gravidez, seja espontaneamente, quer através de inseminação intrauterina ou de fertilização *in vitro*”.

“Há grupos de homens que nós temos que tratar de forma diferente”, diz Luís Ferreira Vicente.

“Há grupos de homens que nós temos que tratar de forma diferente. Enquanto até agora, quando havia um fator masculino presente, a nossa intervenção incidia essencialmente no casal, com o tratamento de fertilização *in vitro*, nomeadamente recorrendo à microinjeção do espermatozoide dentro do óvulo, estamos

a chegar à conclusão de que precisamos de melhorar a condição espermática”, refere o coordenador do Centro de Procriação Medicamente Assistida do Hospital Lusíadas Lisboa.

Está hoje comprovado, na sequência de estudos que têm sido feitos, por exemplo, pelo andrologista brasileiro Sandro Esteves, que quando há um fator masculino envolvido o tipo de infertilidade associada pode divergir muito de caso para caso. Certas doenças prévias, a exposição a quimioterapia e o “grande impacto” do ambiente, como o caso dos disruptores endócrinos que acabam, frequentemente, por afetar a condição espermática.

“A qualidade embrionária depende do óvulo mas também da qualidade do espermatozoide”, sublinha Luís Ferreira Vicente, lembrando que a fragmentação do DNA deste último tem impacto na divisão celular do embrião. E acrescenta que se fala muito no risco de se registarem alterações cromossómicas no filho de uma mulher que engravida depois dos 40 anos, mas não se tem dado idêntica relevância ao que acontece no homem acima dos 50-55 anos, mais sujeito a ser responsável por uma doença genética, ou maior incidência de autismo, num seu descendente.

Para além do bisfenol, que está presente nos plásticos e em quantidades tóxicas em coisas tão simples como as impressões em papel do Multibanco ou as vulgares senhas de espera, o médico chama a atenção para o telemóvel com *wifi* ligado no bolso da frente das calças ou para o consumo de ca-



Luís Ferreira Vicente: “As mulheres que trabalham não podem ser prejudicadas pelo facto de engravidarem”

nábis. “Vemos reduções muito grandes na concentração e na mobilidade dos espermatozoides em homens que consomem cânabís”, regista.

Da IA às más notícias

Como implementar a utilização da inteligência artificial no Laboratório de Embriologia é outro assunto a ser abordado nas XI Jornadas da SPMR. Luís Ferreira Vicente releva a importância do tema porque “os sistemas de monitorização contínua por vídeo para a seleção de embriões geram tanta informação sobre o seu desenvolvimento que aquela se torna depois difícil de interpretar”. E acrescenta:

“A IA vem-nos ajudar a tornar mais fácil a tarefa de identificar qual o melhor embrião a transferir, os seja, o que apresenta uma maior probabilidade de conseguirmos a gravidez. Ao fim de quantas horas é que se deu a primeira divisão, avaliar a formação dos pronúcleos... toda essa informação pode ter impacto no resultado final. Também é agora possível, por exemplo, logo no momento da ecografia, estandardizar e aumentar a precisão das medições do diâmetro dos folicúlos.”

“Bem gostávamos que a nossa taxa de gravidezes bem-sucedidas fosse de 100%, mas, infelizmente, não é isso que acontece. Em média, situa-se nos 25-45% no 1.º tratamento, podendo ir um pouco mais além quando a idade da mulher é mais baixa, mas quando é superior aos 40 anos, sobretudo a partir dos 43, começamos a ter percentagens de êxito inferiores a 5%”, esclarece Luís Ferreira Vicente.

“Devemos ver a infertilidade como uma doença”

Luís Ferreira Vicente explica que o especial envolvimento da SPMR no movimento “Mais Fertilidade”, em aliança com a Associação Portuguesa de Fertilidade e o Colégio da Subespecialidade de Medicina da Reprodução da Ordem dos Médicos, resulta do facto de a Sociedade a que preside “ter também o papel social de apoiar iniciativas que promovam a fertilidade”.

“Eu acho que nós deveríamos até fazer com que, por exemplo, as companhias seguradoras compartilhassem os tratamentos de fertilização *in vitro*, de maneira a facilitar o acesso aos mesmos. Temos que olhar para a infertilidade como uma doença, o que, sublinhe-se, está definido pela OMS”, afirma. E recorda que a ideia da criação do “Mais Fertilidade” teve origem em França, na sequência de uma reunião realizada a pedido do presidente Macron, em que participaram especialistas franceses, um representante espanhol e outro português, precisamente Luís Ferreira Vicente.

É por isso que se torna tão importante trabalhar a maneira como se deve dar uma má notícia, o que, aliás, justifica a inclusão desta questão no programa das Jornadas: “Provavelmente, no início da minha carreira, terrei prejudicado alguns casais por não ter dado essa notícia da forma

Alertar que a fertilidade das mulheres não se prolonga até à menopausa e aconselhar que a decisão de engravidar seja tomada o mais cedo possível está no âmbito de atuação desta iniciativa. Tal como incentivar os comportamentos que não afetem a fertilidade, bem como promover o igual acesso a centros públicos de FIV, que não existem no sul do país, e resolver o problema das listas de espera nesta área.

O presidente da SPMR elige ainda outro aspeto em que diz ser fundamental investir: “Temos de fazer com que os decisores políticos promovam a gravidez em idades mais novas. As mulheres que trabalham não podem ser prejudicadas pelo facto de engravidarem, têm que ver facilitada a prestação de cuidados a um filho que esteja doente e a própria licença de maternidade tem que ser alargada. Não nos podemos esquecer que temos um problema social grave: o progressivo envelhecimento da nossa população.”

que mais os ajudaria. Daí que eu ache que todos nós temos sempre que melhorar. E não esquecendo que somos uma equipa interdisciplinar, cujos elementos têm que trabalhar todos em conjunto para que o casal seja beneficiado, incluindo também o modo como lidamos com os doentes”

Recigarum®

25 dias

para respirar melhor uma vida inteira

#PlanoDeixarDeFumar

COMPARTICIPADO + económico*



Recigarum 1,5 mg comprimidos revestidos por película MG

Citisinicla

TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

ADAMED

100 comprimidos revestidos por película

*Valor comparativo ao concorrente participado (Janeiro 2026). MNSRM-EF participou a 37%. / Consulta de preços em: <https://www.informed.pt/web/informed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>.

Informações Essenciais compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento • NOME DO MEDICAMENTO, COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA E FORMA FARMACÉUTICA: Recigarum, 1,5 mg, comprimido revestido por película. Cada comprimido revestido por película contém 1,5 mg de citisinicla (a denominação anteriormente utilizada: citisina). Excipientes com efeito conhecido: cada comprimido revestido por película contém 0,12 mg de aspartamo. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Recigarum está indicado para a cessação tabágica e redução do desejo de nicotina em fumadores dispostos a parar de fumar. O objetivo do tratamento com Recigarum é a cessação permanente da utilização de produtos que contêm nicotina. Recigarum é indicado em adultos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: Uma caixa de Recigarum (100 comprimidos) é suficiente para um tratamento completo. A duração do tratamento é de 25 dias. Recigarum deve ser tomado de acordo com o seguinte esquema por dias de tratamento (DR: dosagem recomendada, DDM: dose diária máxima): Do 1.º ao 3.º dia, DR: 1 comprimido a cada 2 horas, DDM: 6 comprimidos; Do 4.º ao 12.º dia, DR: 1 comprimido a cada 2,5 horas, DDM: 5 comprimidos; Do 13.º ao 16.º dia, DR: 1 comprimido a cada 3 horas, DDM: 4 comprimidos; Do 17.º ao 20.º dia, DR: 1 comprimido a cada 5 horas, DDM: 3 comprimidos; Do 21.º ao 25.º dia, DR: 1-2 comprimidos por dia, DDM: Até 2 comprimidos. O blister apresenta-se com a indicação dos dias consecutivos da toma de Recigarum. O fumador deverá parar de fumar o mais tardar até ao 5.º dia de tratamento. O consumo de tabaco não deve ser continuado durante o tratamento, pois pode agravar as reações adversas. O fumador que está a deixar de fumar não pode mesmo fumar um único cigarro. Em caso de falha do tratamento, o mesmo deve ser descontinuado e pode ser retomado após 2 a 3 meses. **População especial (insuficiência renal, insuficiência hepática):** Não existe experiência clínica de Recigarum em doentes com compromisso renal ou hepático, pelo que o medicamento não é recomendado para utilização nesta população de doentes. **População idosa:** Devido à experiência clínica limitada, Recigarum não é recomendado em doentes idosos com mais de 65 anos de idade. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de Recigarum em crianças com menos de 18 anos de idade não foram estabelecidas. Recigarum não é recomendado para uso em menores de 18 anos de idade. **Modo de administração:** Recigarum deve ser tomado por via oral com uma quantidade adequada de água. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados no RCM, Angina instável, Histórico recente de enfarte do miocárdio, Arritmia clinicamente significativa, Histórico de AVC recente, Gravidez e amamentação. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Recigarum deve apenas ser tomado em caso de verdadeira intenção de abandonar a nicotina. O doente deve estar ciente de que a administração simultânea do medicamento e o consumo ou a utilização de produtos que contêm nicotina podem agravar os efeitos adversos da nicotina. Recigarum deve ser tomado com precaução em caso de doença cardíaca isquémica, insuficiência cardíaca, hipertensão, feocromocitoma, aterosclerose e outras doenças vasculares periféricas, úlcera gástrica e duodenal, doença do refluxo gastroesofágico, hipertiróidismo, diabetes e esquizofrenia, insuficiência renal e hepática. **Mulheres em idade fértil:** As mulheres em idade fértil devem usar métodos contraceptivos altamente eficazes enquanto tomam Recigarum. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** Recigarum não deve ser tomado com medicamentos para a tuberculose. **Contraceptivos hormonais:** Atualmente não se sabe se Recigarum pode reduzir a eficácia dos contraceptivos hormonais de ação sistémica e, portanto, as mulheres que usam contraceptivos hormonais de ação sistémica devem adicionar um segundo método de barreira. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Os estudos clínicos e a experiência anterior com o uso de produtos contendo citisinicla indicam uma boa tolerabilidade da citisinicla. A proporção de doentes que interromperam o tratamento devido a reações adversas foi de 6-15,5% e em estudos controlados foi comparável à proporção de doentes que interromperam o tratamento no grupo placebo. São geralmente observadas reações adversas ligeiras a moderadas, mais frequentemente relacionadas com o trato gastrointestinal. A maioria das reações adversas ocorreu no início do tratamento e desapareceu durante o tratamento. Estes sintomas também podem ser o resultado de parar de fumar e não do uso do medicamento. Todas as reações adversas por classe de órgãos do sistema e frequência de ocorrência em ensaios clínicos estão listadas abaixo. A frequência da ocorrência é definida da seguinte forma: muito frequentes (MF≥ 1/10), frequentes (F≥ 1/100 a <1/10), pouco frequentes (PF≥ 1/1.000 a <1/100), raros (R≥ 1/10.000 a <1/1.000), muito raros (MR<1/10.000), desconhecido (D, não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). **Doenças do metabolismo e da nutrição:** MF: alteração do apetite (principalmente aumento), aumento de peso; **Doenças do sistema nervoso:** MF: tonturas, irritabilidade, alterações de humor, ansiedade, perturbações do sono (insónia, sonolência, letargia, sonhos anormais, pesadelos), dores de cabeça, F: dificuldade de concentração, PF: sensação de peso na cabeça, diminuição da libido; **Alterações oculares:** PF: lacrimejo; **Cardiopatias:** MF: taquicardia, F: frequência cardíaca lenta; **Vasculopatias:** MF: hipertensão; **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** PF: dispneia, aumento da expectoração; **Doenças gastrointestinais:** MF: boca seca, diarreia, náusea, alteração do paladar, azia, obstipação, vómitos, dor abdominal (especialmente na parte superior do abdómen), F: distensão abdominal, ardor na língua, PF: salivação excessiva; **Alterações dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** MF: erupção cutânea, PF: sudorese, diminuição da elasticidade da pele; **Alterações musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** MF: mialgia; **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** MF: fadiga, F: mal-estar, PF: cansaço; **Exames complementares de diagnóstico:** PF: aumento dos níveis da transaminase sérica. **Para mais informações deverá contactar o Titular de Autorização de Introdução no Mercado:** Adamed Laboratórios S.L.U. Representante local: TECNIFAR - Indústria Técnica Farmacéutica, S.A., Rua José da Costa Pedreira, Nº 11-B Torre Sul, 1750-130 Lisboa. Sob licença da Adamed. Medicamento não sujeito a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF). Regime de comparticipação: Escalão C (37%). RCM aprovado a 21/01/2025 (versão 1.0).

 **TECNIFAR**

Rua José da Costa Pedreira, 11B,
Torre Sul 1750-130 Lisboa
Tel. 210 330 700 | grupotecnifar@tecnifar.pt

LINHA FARMACOVIGILÂNCIA
21 386 09 29
farmalerta@tecnifar.pt

www.tecnifar.pt
EXCLUSIVO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DMK.RCG.005.01.2026_01/2026/PUB

LUÍS MADEIRA INICIOU MANDATO DE 3 ANOS À FRENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRA E SAÚDE MENTAL

Novo presidente quer uma SPPSM mais capaz de contribuir para a dignidade dos doentes

O PSIQUIATRA LUÍS MADEIRA, QUE TOMOU POSSE DO CARGO NO PASSADO DIA 23 DE MARÇO, DEIXOU CLARO QUE PRETENDE VER A SPPSM “MAIS PRESENTE NO DEBATE CIENTÍFICO, CLÍNICO, ÉTICO E INSTITUCIONAL”. MAS TAMBÉM MAIS ÚTIL PARA OS PSIQUIATRAS E MAIS RESPEITADA NA SOCIEDADE. MANIFESTOU AINDA A VONTADE DE SE PODER VIR A CRIAR UMA COMISSÃO DEDICADA À REFLEXÃO SOBRE A ÉTICA E A DEONTOLOGIA NA SAÚDE MENTAL.

Luís Madeira, 43 anos, fez questão de salientar, na intervenção que proferiu na cerimónia de tomada de posse da nova Direção da SPPSM, que herda “um património institucional, científico e humano que importa reconhecer, respeitar e prolongar”. Foram palavras particularmente dirigidas a João Bessa, o presidente cessante (2023-2026).

Agradecendo à equipa que o vai acompanhar na tarefa que agora assumiu, revelou estar bem consciente de que uma sociedade científica “só cresce quando trabalha em rede, com confiança, abertura, competência e sentido de missão comum”. E logo esclareceu estar decidido a “aprofundar áreas que hoje me parecem decisivas para o futuro da nossa especialidade”.

Conseguir que a SPPSM reforce a sua capacidade de “criar comunidade” é um dos seus objetivos: “Precisamos de promover iniciativas em rede, aproximando psiquiatras de diferentes gerações, contextos clínicos, áreas de diferenciação e regiões do país. Precisamos de uma Sociedade mais participada, mais útil para os seus membros, mais capaz de estimular o debate, a partilha e a co-opeação.”

O psiquiatra considera ser necessário “dar uma atenção renovada aos grandes assuntos clínicos da atualidade”.

Luís Madeira, que é professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e coordena o Departamento de Psiquiatria do Hospital CUF Descobertas, referiu-se depois à necessidade de, no seu entender, “dar

uma atenção renovada aos grandes assuntos clínicos da atualidade”.

E enumerou a tensão entre cuidados de proximidade e exigências formativas, as novas formas de intervenção em saúde mental, a articulação com a Pedopsiquiatria, sobretudo na adolescência e na transição para a idade adulta, as pontes com a Neurologia e ainda os limites e desafios dos sistemas público e privado na resposta assistencial.

“A SPPSM deve ser um espaço qualificado para discutir estes temas com seriedade, pluralismo e independência”, afirmou, dirigindo-se a quem se encontrava na sala da FMUL onde se realizou a cerimónia, nomeadamente Maria Luísa Figueira, anterior presidente da SPPSM (2012-2017). A tomada de posse aconteceu no final da última Assembleia-Geral, cuja Mesa era presidida por Miguel Bragança, que, entretanto, cedeu esse lugar a Maria João Heitor, outra ex-presidente (2020-2023).

Uma Sociedade mais próxima dos especialistas no terreno

“Quero uma Sociedade mais próxima dos especialistas no terreno, que não se esgote no apoio ao inter-



A tomada de posse decorreu na FMUL, instituição a que o psiquiatra Luís Madeira está particularmente ligado

nato, mas que reconheça também o valor dos membros efetivos, das iniciativas individuais, do pensamento crítico e da possibilidade de *“speak up”* institucional. Uma Sociedade que ajude a ligar serviços, a gerar colaboração e a tornar mais claro o uso dos seus recursos em benefício da comunidade científica”, deixou claro o novo presidente da SPPSM.

A sua intenção é agregar novos membros e envolver os atuais de forma mais ativa, dinamizar as quase duas dezenas de secções que integram a SPPSM, acolher projetos e “clarificar a articulação” com o Colégio da Especialidade. Até porque, como sublinhou, “uma sociedade científica forte precisa de identidade própria, capacidade agregadora e clareza institucional”.

O aprofundamento das relações internacionais é também um objetivo de Luís Madeira, que destacou a importância das parcerias europeias, ibero-americanas e lusófonas. Tal como a valorização da *Revista de Psiquiatria e Saúde Mental*. “proseguindo o esforço de indexação, promovendo *cal papers* apelativos e aumentando a sua visibilidade e ambição internacional”.

Em matéria de formação, diz querer “contribuir para uma visão mais estruturada”, congregando os cursos que já existem “num programa modular, progressivo, articulado com universidades, que possa, no futuro, ter tradução em percursos pós-graduados mais formais”. Adicionalmente, considera que deve ser criada formação em temas nucleares da saúde mental dirigida a outros públicos, incluindo cuidadores e sociedade civil.

No entender de Luís Madeira, a SPPSM deve apoiar, de forma continuada, eventos científicos de inte-

resse nacional e internacional que “criem conhecimento e consolidem redes”, reforçando ainda a presença

Luís Madeira: “É preciso defender os direitos das pessoas com incapacidade psicossocial e desenvolver instrumentos de observação e análise do estado de saúde mental em Portugal.”

Luís Madeira venceu eleições em 2022

Tendo ganho as eleições realizadas em novembro de 2022, durante o XVI Congresso Nacional de Psiquiatria, Luís Madeira integrou quatro meses depois a Direção da SPPSM como presidente-eleito, cargo que vai ser assumido nos próximos três anos por Albino Oliveira Maia, o presidente que lhe sucederá (2029-2032).

Com doutoramento na área da

Medicina – Filosofia da Psiquiatria, Luís Madeira é professor associado com agregação de Ética e Deontologia Médica da FMUL e coordena o Centro de Bioética e Humanidades Médicas daquela Faculdade. É membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e presidente da Secção de Psicopatologia da European Psychiatric Association.



Maria Luísa Figueira, Maria João Heitor, João Bessa, Luís Madeira e Albino Oliveira Maia

apresentação de candidaturas, a integração de equipas e a circulação de conhecimento”, frisou.

Refletir sobre a ética e a deontologia na saúde mental

O psiquiatra manifestou ainda o desejo de que a Sociedade a que agora preside possa vir a criar uma comissão dedicada à reflexão sobre a ética e a deontologia na saúde mental. E prossegue: “Articulada com os grandes princípios hoje em dia discutidos a nível europeu e internacional e capaz de oferecer contributos sérios para a prática psiquiátrica e para o debate público.”

“Continuidade sem imobilismo, ambição sem rutura, proximidade sem perda de exigência, abertura sem dispersão”, eis como Luís Madeira sintetizou o espírito que pretende trazer à SPPSM.

“Quero uma Sociedade mais útil para os psiquiatras, mais respeitada na sociedade, mais presente no de-

bate científico, clínico, ético e institucional, e mais capaz de contribuir para a dignidade dos doentes e para a qualidade dos cuidados em saúde mental”, concluiu.

CORPOS SOCIAIS DA SPPSM 2026-2029

DIREÇÃO Presidente Luís Madeira

Vice-presidente Susana Sousa Almeida

Presidente eleito Albino J. Oliveira Maia

Presidente cessante: João Bessa

Secretário Pedro Morgado

Tesoureiro Manuel Gonçalves Pinho

Vogais Beatriz Lourenço

Ana Matos Pires

Miguel Bajouco

MESA DA ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente Maria João Heitor

Vice-presidente Gonçalo Cotovio

Secretário João Canha

CONSELHO FISCAL

Presidente Ema Conde

Vice-presidente Sofia Gomes

Secretária Fabiana Ventura

CONSELHO CONSULTIVO

António Pacheco Palha

Maria Luísa Figueira

João Marques Teixeira

Maria João Heitor

21 e 22 maio 2026

21 e 22 maio 2026

Centro Cultural e de Congressos das Caldas da Rainha

SECCÃO DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

ENCONTRO NACIONAL
INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE

INFORMAÇÃO

CHRISTOPH CORRELL, INVESTIGADOR PRINCIPAL DO RESHAPE, APRESENTOU RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO, QUE REVELAM NOVOS DADOS SOBRE A EFICÁCIA DA RISPERIDONA ISM®, E DEIXOU CLARO:

“A estabilização precoce e a melhoria funcional devem ser as prioridades clínicas para o tratamento dos doentes hospitalizados com esquizofrenia aguda”

DURANTE O XIX CONGRESSO NACIONAL DE PSIQUIATRIA, QUE SE REALIZOU EM NOVEMBRO, FORAM APRESENTADOS OS RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO RESHAPE, QUE CONFIRMAM A EFICÁCIA DO ANTIPSICÓTICO ATÍPICO DE ADMINISTRAÇÃO MENSAL RISPERIDONA ISM® EM DOENTES ADULTOS COM ESQUIZOFRENIA EM FASE AGUDA TRATADOS EM CONDIÇÕES REAIS DE PRÁTICA CLÍNICA. ESTAS CONCLUSÕES, QUE APONTAM PARA UMA ALTA HOSPITALAR COM UM TEMPO MEDIANO DE OITO DIAS APÓS O INÍCIO DO TRATAMENTO, FORAM DIVULGADOS NUM SIMPÓSIO ORGANIZADO PELOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS ROVI E QUE TEVE COMO PALESTRANTE CHRISTOPH CORRELL. O PROFESSOR DE PSIQUIATRIA E MEDICINA MOLECULAR NA ESCOLA DE MEDICINA DONALD E BARBARA ZUCKER, HOFSTRA/NORTHWELL HEMPSTEAD (NOVA IORQUE), REFORÇOU A IMPORTÂNCIA DAS CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO, AS QUAIS EVIDENCIAM O VALOR DOS ANTIPSICÓTICOS INJETÁVEIS DE LONGA AÇÃO NO TRATAMENTO DE DOENTES ADULTOS COM ESQUIZOFRENIA EM EPISÓDIO AGUDO.

Numa sessão moderada por Joaquim Gago, professor de Psiquiatria na Nova Medical School e psiquiatra consultor na ULS de Lisboa Ocidental), Christoph Correll recordou que “um dos fatores de risco mais importantes para não se alcançar a remissão de sintomas e a recuperação funcional de uma pessoa com doença mental é a recaída”. No entanto, “a recaída é um dos aspetos que melhor podemos gerir, tornando visível o problema da não adesão terapêutica, entrando aqui em campo os antipsicóticos injetáveis de longa ação, porque representam o único tratamento em que conseguimos perceber o mês, a semana, o dia e a hora em que o doente passa a ser não aderente”.

O psiquiatra e neurologista alemão acrescentou que a “não adesão faz parte da condição humana” e que deve ser encarada como tal. Todavia, é crítico para um tratamento bem sucedido das doenças mentais que os profissionais “encontrem a medicação certa, que funciona e é bem tolerada”. Isto de forma a “manter as pessoas bem e a conseguir que possam cumprir os seus papéis, a nível social, familiar ou até laboral, e permitindo que atinjam os seus objetivos de vida. De facto, podemos ajudar os nossos doentes a obter a estabilidade suficiente para tomarem decisões benéficas para si e para o seu futuro”.

Christoph Correll, que dirige o Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Charité – Universitätsmedizin Berlin, o maior hospital universitário da Europa, garante, por outro lado, que todos os médicos devem assumir o combate contra a não adesão terapêutica na doença mental como uma questão pessoal. “Sabemos hoje que um número maior de recaídas altera a

estrutura do cérebro do doente e a resposta futura a novos tratamentos”, justifica.

Por todos estes motivos, os antipsicóticos injetáveis de longa ação têm vindo a assumir um crescente protagonismo: “Trata-se de uma ideia magnífica, pois, colocamos o medicamento num composto que pode ser injetado de forma subcutânea ou intramuscular, geramos um *depot* e o organismo vai extraindo partes do mesmo. Assim, é possível assegurar concentrações plasmáticas estáveis, mas só após algum tempo.”

O especialista alertou, aliás, para as dificuldades suscitadas por este arranque tardio de ação, que caracteriza muitas das soluções farmacológicas disponíveis no mercado ao nível dos antipsicóticos injetáveis. Dificuldades essas que levam a recorrer a uma dose *booster* após uma semana, ao cotratamento oral ao longo de duas ou três semanas, ou a duas injeções em simultâneo.

“A risperidona foi o primeiro antipsicótico disponível em solução injetável, mas tinha que ser administrado a cada duas semanas, com tratamento oral inicial, sem a segurança de que o doente cumpriria o protocolo. Depois, passámos a contar com a paliperidona, que pode ser dada mensalmente, a cada três ou seis meses, mas que obriga a uma dose inicial mais elevada e a um *booster* oito dias após o arranque do tratamento, atingindo-se níveis plasmáticos estabilizados apenas quatro ou cinco meses depois do início da terapêutica”, recordou Christoph Correll.

Neste quadro, a risperidona libertada através de tecnologia ISM® (*in-situ microparticles*) apresenta-se, no seu entender, como “uma oportunidade única e uma alternativa bem

pensada. Após sete dias de tratamento oral com risperidona, é dada uma única injeção ao doente e consegue-se atingir níveis plasmáticos adequados em apenas 12 horas. Trata-se de uma abordagem mais eficiente, já que a terapêutica oral se caracteriza por níveis plasmáticos irregulares do fármaco, com picos e vales, sendo que os picos carregam consigo muitos dos efeitos indesejáveis que incomodam os doentes, como elevação da prolactina, estados de confusão, prostração, etc.”

E frisou: “Ao invés, com Risperidona ISM® os doentes apenas fazem uma injeção que dura um mês e ob-

têm níveis plasmáticos adequados e estáveis do fármaco, que, por sua vez, conduzem a níveis confiáveis do mesmo no cérebro, onde julgamos ser necessário um bloqueio pós-sináptico dos recetores D2 de dopamina na ordem dos 65%.”

As vantagens de um antipsicótico injetável para o doente que foi internado

Alguns profissionais de saúde poderão questionar-se sobre a utilidade da introdução imediata de um antipsicótico injetável de longa ação no tratamento de um doente com esquizofrenia hospitalizado devido a uma exacerbação. A este propósito, Christoph Correll esclareceu: “O que acontece no período que medeia entre a alta hospitalar e a próxima visita agendada com o médico? É aqui que nos deparamos com o grande penhasco... Os dados mostram-nos que cerca de 50% dos doentes com o primeiro episódio psicótico não recolhem a medicação seguinte na farmácia, trinta dias após a alta hospitalar, por isso mesmo, necessitamos de preencher esta lacuna.”

E prosseguiu: “Quando prescrevemos, depois da alta hospitalar, um antipsicótico injetável de longa ação ficamos com a certeza de que, embora a pessoa possa não estar, naquele momento, completamente estável, ela terá a possibilidade de, ao longo de trinta dias, atingir a estabilização desejada graças a este tratamento. Assim,

“Os dados mostram-nos que cerca de 50% dos doentes com o primeiro episódio psicótico não recolhem a medicação seguinte na farmácia, trinta dias após a alta hospitalar, por isso mesmo, necessitamos de preencher esta lacuna”, sublinhou o psiquiatra e neurologista alemão.

quando os familiares, amigos ou membros da equipa de suporte contactam com o doente para o persuadir a estar presente na próxima visita ao médico ele ainda possui o fármaco em concentrações suficientes na circulação sanguínea e no cérebro. Mesmo que se atrase e apareça na

consulta duas ou três semanas após a data marcada, o tratamento ainda está a exercer os seus efeitos positivos. Com outras medicações, por contraste, quando o doente se atrasa, é muitas vezes necessário reiniciar os protocolos terapêuticos.”

Estudo multicêntrico RESHAPE prova que Risperidona ISM® pode melhorar a funcionalidade de doentes com esquizofrenia aguda

No XIX Congresso Nacional de Psiquiatria, Christoph Correll apresentou dados provenientes do RESHAPE, um estudo observacional e prospetivo com doentes do mundo real no qual foi investigador principal e que recrutou 275 doentes provenientes de 76 hospitais de cinco países europeus, incluindo Portugal: “O que se pretendia com este estudo era averiguar a eficácia da Risperidona ISM® (75 mg ou 100 mg) em doentes com esquizofrenia hospitalizados devido a uma exacerbação. Isto porque sabemos que a risperidona, quando usada em fase aguda, contribui para a prevenção de recaídas. O *outcome* primário envolvia as alterações detetadas nas escalas PANSS-6 e CGI-S.”

Alguns dos objetivos secundários do estudo consistiam em analisar os padrões de utilização de Risperidona ISM® (75 mg ou 100 mg) em ambiente hospitalar de países europeus e avaliar a duração da hospitalização, incluindo o tempo decorrido após a administração da primeira dose.

Mas também se pretendia aferir a sua segurança e tolerabilidade na prática clínica de rotina, apurar o grau de satisfação com o tratamento relatado pelos doentes e medir a funcionalidade daqueles com esquizofrenia tratados com Risperidona ISM®.

Da análise dos resultados, é possível perceber que entre os doentes classificados como “marcadamente” e “extremamente” doentes na escala CGI-S – os quais totalizavam mais de metade da amostra – se registou uma melhoria substancial desde a administração da primeira dose.

As conclusões foram igualmente muito animadoras ao nível do resgate da funcionalidade dos doentes. O uso da escala *Personal and Social Performance* (PSP) – que mede a agressividade/falta de cooperação, autocuidado, interações sociais e outras interações significativas –, aos 28 e aos 56 dias após a primeira injeção de Risperidona ISM®, permitiu perceber que nestes doentes a melhoria foi muito significativa, ao longo dos dois meses de seguimento do estudo.

“Atingimos, neste âmbito, uma estabilidade que os doentes podem depois utilizar para o seu processo de reabilitação”, confirmou Christoph Correll. Na sua perspetiva, a estabilidade conferida pela Risperidona ISM® deve sobretudo ser aproveitada na curva inicial da doença: “É importante ressaltar que devemos introduzir os antipsicóticos injetáveis de longa ação o mais precocemente possível na linha evolutiva da doen-

ça porque só assim vamos conseguir que as pessoas regressem aos seus ambientes habituais e, em particular, ao meio laboral. Os indivíduos que apresentam sintomas durante vários anos e múltiplas recaídas já foram socialmente condicionados para uma funcionalidade reduzida e para estarem fora do mercado de trabalho.”

Christoph Correll: “É importante ressaltar que devemos introduzir os antipsicóticos injetáveis de longa ação o mais precocemente possível na linha evolutiva da doença porque só assim vamos conseguir que as pessoas regressem aos seus ambientes habituais e, em particular, ao meio laboral.”

Tratamento com Risperidona ISM® associado a alta hospitalar mediana de oito dias

Uma das evidências mais importantes extraídas do estudo RESHAPE é a que aponta para um tempo mediano de alta hospitalar de oito dias após a administração de Risperidona ISM®. Tal eficácia demonstrada pela terapêutica é algo que as equipas de saúde devem potenciar junto dos doentes e das suas famílias, como atestou o seu investigador principal: “É possível dizer ao doente – que deseja sempre sair do hospital mais cedo – que existe a hipótese de uma alta precoce se aceitar receber um tratamento injetável, em detrimento de uma terapêutica oral, porque essa alternativa garante atingir de forma mais rápida níveis plasmáticos de fármaco adequados.”

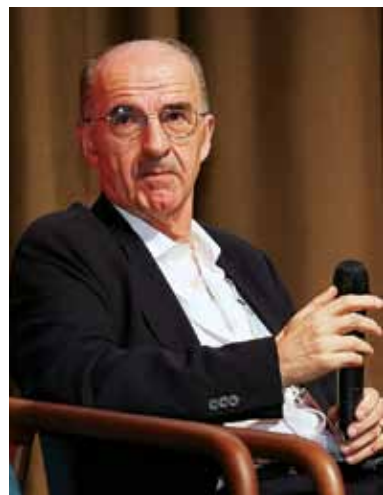
Por outro lado, o estudo RESHAPE revela que a Risperidona ISM® é uma opção segura e bem tolerada, com os dados a revelarem-se consistentes com os observados em estudos clínicos prévios, em particular o ensaio PRISMA-3.

“O RESHAPE foi desenhado para atestar a aplicabilidade no mundo real e em vários países europeus dos dados obtidos através de ensaios clínicos aleatorizados. Conseguimos, desta forma, mostrar que, de facto, a evidência obtida num ambiente controlado de ensaio clínico é transferível para a nossa realidade de rotina clínica quotidiana. Em particular, a evidência de uma melhoria significativa, precoce e sustentada dos sintomas e da funcionalidade do doente, demonstrada a partir do oitavo dia de tratamento, com rápida estabilização e sem qualquer alteração gerada por outras condicionantes, como toma prévia de risperidona ou toma concomitante de outros fármacos. Para além do mais, o tratamento foi muito bem tolerado e os doentes reportaram elevados índices de satisfação com o mesmo”, afirmou Christoph Correll.

No seu entender, torna-se assim óbvio que as conclusões do estudo reforçam, aos olhos da comunidade médica, “o valor dos antipsicóticos injetáveis de longa ação no percurso de tratamento de doentes adultos com esquizofrenia em episódio agudo”.

Já na ótica de Joaquim Gago,

que integra o Comité Científico do RESHAPE, “os resultados denotam que podemos usar esta ferramenta terapêutica, a Risperidona ISM®, para melhorar a qualidade de vida dos nossos doentes e promover a sua reabilitação”. E mais: “Esta formulação injetável de longa ação de risperidona permite um controlo rápido



Joaquim Gago

Joaquim Gago: “Os resultados denotam que podemos usar esta ferramenta terapêutica, a Risperidona ISM®, para melhorar a qualidade de vida dos nossos doentes e promover a sua reabilitação.”

e sustentado dos sintomas positivos e negativos, com impacto significativo no tratamento em fase aguda de esquizofrenia. Além disso, revelam uma impressão global favorável e evidenciam uma melhoria funcional relevante, contribuindo também para a prevenção de recaídas.”

11.º Encontro Nacional de Intervenção Precoce na Psicose

Centro Cultural e de Congressos das Caldas da Rainha

SIMPÓSIO

“RESHAPE: *Real-World Evidence* que demonstra estabilização rápida e alta antecipada com Risperidona ISM®”

22 MAIO
14h30 – 15h15

MIGUEL BAJOUCO, PRESIDENTE DA SECÇÃO ESPECIALIZADA DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE DA SPPSM:

“É preciso generalizar a intervenção precoce no 1.º episódio psicótico”

DADOS INTERNACIONAIS PERMITEM ESTIMAR QUE, EM PORTUGAL, NO ESPAÇO DE UM ANO, TRÊS A QUATRO MIL PESSOAS SOFRAM UM PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO – PREDOMINANTEMENTE ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS. O PSIQUIATRA MIGUEL BAJOUCO CONSIDERA SER MUITO IMPORTANTE IMPLEMENTAR, DE UMA FORMA GENERALIZADA A NÍVEL NACIONAL, EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE, NOMEADAMENTE NO 1.º EPISÓDIO PSICÓTICO.

Embora já haja, no nosso país, alguns serviços de Psiquiatria que dispõem de uma consulta específica para lidar com os casos de primeiro episódio psicótico, agregando profissionais de várias áreas, Miguel Bajouco diz ser necessário generalizar este tipo de resposta. E adianta que estimular que isso aconteça é precisamente o grande objetivo da Secção Especializada de Intervenção Precoce na Psicose, grupo que integra a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).

Reconhecendo que depende também da vontade dos próprios serviços e das instituições hospitalares em que estão inseridos a formação dessas equipas multidisciplinares, o psiquiatra esclarece que a Secção a que preside desde o início do ano tem procurado, nomeadamente, através do seu Encontro Nacional, “estimular os colegas em formação e os recém-especialistas para esta realidade”. E acrescenta: “São muitas vezes eles que, altamente motivados, acabam por ser o motor da implementação deste modelo de intervenção.”

“Sabe-se que quando uma pessoa sofre um primeiro episódio psicótico entra num chamado ‘período crítico’, que compreende os 2 a 5 anos iniciais, fruto de observações que demonstram que a deterioração clínica e funcional ocorre sobretudo no período próximo e anterior ao aparecimento dos primeiros sintomas psicóticos (o chamado pródromo psicótico) e no período imediatamente a seguir. Neste sentido, existe uma janela de oportunidade para se obterem melhores resultados com a nossa intervenção do que se atuarmos mais tardiamente”, explica Miguel Bajouco, 45 anos, professor e investigador na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e coordenador da Unidade de Psicose do Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS de Coimbra.

“As perturbações psicóticas ocorrem frequentemente numa fase muito crítica do próprio desenvolvimento da pessoa, entre o fim da adolescência e o início da vida adulta. É a altura em que estabelece relações

afetivas mais duradouras, está a estudar, a começar a trabalhar... Perante um episódio psicótico, torna-se prioritário reduzir ao máximo o tempo em que os sintomas estão presentes e depois conseguir prevenir um novo episódio”, explica.

Miguel Bajouco: “Perante um episódio psicótico, torna-se prioritário reduzir ao máximo o tempo em que os sintomas estão presentes.”

Sendo esta intervenção efetuada em ambulatório, o especialista considera que, “estando nós numa fase de implementação mais marcada das equipas comunitárias de saúde mental, será também de aproveitar a oportunidade para atuar igualmente neste âmbito”.

No seu entender, “é indiferente a opção pelo modelo hospitalocêntrico, que é o mais prevalente em Portugal, ou pelo de índole comunitária, mais difundido a nível internacional. Importa é que esteja de acordo com os recursos disponíveis e o tipo de funcionamento de cada Serviço de Psiquiatria”.

11.º Encontro Nacional nas Caldas da Rainha

Vai decorrer a 21 e 22 de maio, no Centro de Congressos das Caldas da Rainha, o 11.º Encontro Nacional de Intervenção Precoce na Psicose. A manhã do primeiro dia é preenchida com dois *workshops*, um dos quais se debruça sobre a forma como os profissionais podem ajudar as famílias a lidar com as fases iniciais da psicose.

O segundo, intitulado “Princípios e organização de um programa de intervenção precoce na psicose”, visa a



“São muitas vezes os colegas em formação e os recém-especialistas o motor da implementação deste modelo de intervenção”, observa Miguel Bajouco

“As perturbações psicóticas, como a esquizofrenia, integram o grupo das doenças mentais consideradas mais graves e são uma das principais causas de incapacidade devido a doença. Têm um enorme impacto para o doente e para os que o rodeiam, mas também, de forma indireta, para a própria sociedade, pois aquele deixa de estudar ou de trabalhar, para além do custo acrescido para o sistema de saúde, por obrigar a intervenções mais específicas”, sublinha Miguel Bajouco, prosseguindo:

“Há desde logo todo um trabalho que tem de ser feito no sentido de identificar o mais precocemente estas situações e tratar os sintomas de modo a conseguir que a pessoa entre em remissão, porque a persistência dos mesmos acarreta danos, uma vez que isso significa que o cérebro está num estado em que começa a sofrer deterioração. Pretende-se também devolver a esperança a essa pessoa, estabelecendo um projeto de vida adequado àquela que é a sua realidade após o episódio.”

Entretanto, para além de procurar fomentar a intervenção precoce na psicose, a Secção da SPPSM presidida pelo psiquiatra de Coimbra quer contribuir para que “as equipas que a ela se dedicam e já estão no terreno a funcionar sejam o mais fiéis possível ao modelo que está estabelecido pela evidência científica”.

Os estados de alto risco

Prevenir o próprio primeiro episódio psicótico é algo em que alguns países estão mais avançados, dispondo de equipas preparadas para identificar quem se encontra em risco de desenvolver um quadro psicótico – é o caso da Escandinávia, de Inglaterra e da Austrália. “Conseguem detetar aquilo que nós chamamos de estados de alto risco”, refere Miguel Bajouco, que teve oportunidade de realizar um estágio em Londres com a equipa OASIS, que integra o South London & Maudsley Foundation Trust.

O psiquiatra explica que para a

ciais da psicose” e “Patologia dual: desafios na intervenção precoce na psicose” são os temas das mesas-redondas que dominam a manhã do segundo dia.

“A intervenção precoce na psicose na era digital: recursos, desafios e oportunidades” será outra temática abordada. Finalmente, vai acontecer um debate intitulado “Caminhos precoces, futuros possíveis: o desafio da deteção precoce na psicose”.

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.



A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS

JORNAL MÉDICO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES



JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

VIII JORNADAS
19-21 MARÇO 2026
SHERATON PORTO HOTEL

ULS de Braga reduz em 50% as infeções hospitalares

A ULS de Braga viu reconhecidos pela DGS os resultados alcançados na implementação do projeto Stop Infecção 2.0, que permitiu reduzir em 50% a incidência de infeções hospitalares na instituição.

Este desempenho traduziu-se, no período de vigência do projeto, na estimativa de 177 infeções hospitalares evitadas, cerca de 16 mortes prevenidas, mais de 1550 dias de internamento poupados e uma redução de custos na ordem de 1,6 milhões de euros.



A distinção foi atribuída numa sessão solene que decorreu na Alfândega do Porto, após a ULS Braga

ter cumprido a meta definida para 2025, que previa a redução de 50% do número de infeções hospitalares.

“O programa promoveu a educação dos profissionais, bem como a implementação consistente de medidas comportamentais seguras. Ao reduzir infeções, estamos a criar um ciclo virtuoso que contribui para a diminuição do consumo dos antibióticos e a resistência antimicrobiana; diminuição dos dias de internamento e do consumo de recursos hospitalares e comunitários”, afirma

Joana Alves, coordenadora da UL-PPCIRA da ULS Braga.

A responsável sublinha ainda

que “estes resultados demonstram que a mudança sustentada de práticas, alicerçada no envolvimento das equipas e na monitorização contínua de indicadores, tem um impacto real na qualidade dos cuidados prestados ao doente e na eficiência do sistema de saúde”.

O Hospital de Braga integrou o projeto em 2022, tendo constituído um grupo de trabalho multidisciplinar que envolveu profissionais de diversos serviços, nomeadamente, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia Geral e Bloco Operatório. A intervenção incidiu na reorganização de fluxos de trabalho, na adoção de boas práticas clínicas e na consolidação de comportamentos preventivos, com impacto direto na segurança do doente.

O projeto Stop Infecção Hospitalar – Stop Infecção 2.0 é uma iniciativa do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos da DGS (PPCIRA/DGS), em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e com orientação técnico-científica do *Institute for Healthcare Improvement*, que visa reforçar a cultura de segurança e a qualidade assistencial nas instituições de saúde.

Terapêutica tripla extrafina n.º 1 na Europa chega a Portugal para tratar a asma e a DPOC

A terapêutica tripla extrafina com a designação comercial Trimbow, atualmente a mais utilizada na Europa para o tratamento da asma e da DPOC, já está disponível em Portugal, representando uma nova opção terapêutica para doentes com asma e DPOC não controlada.

O fármaco é comercializado pela Tecnifar, que o apresentou há dias à imprensa especializada numa sessão que teve como palestrante Vítor Fonseca, coordenador da Pneumologia no Hospital Dr. José de Almeida e no Hospital CUF Cascais.



Estima-se que cerca de 700 mil portugueses vivam com asma e aproximadamente 800 mil com DPOC, sendo que uma parte significativa não tem a doença adequadamente controlada. Esta falta de controlo pode traduzir-se em sintomas persistentes, exacerbações e necessidade de hospitalização.

Trimbow combina três moléculas complementares num único inalador, proporcionando uma terapêutica tripla que atua através de diferentes mecanismos para melhorar o controlo da doença respiratória.

As exacerbações representam um dos maiores desafios no tratamento destas patologias. Para além do agravamento respiratório, estão associadas a um aumento do risco de eventos cardiovasculares e a um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes.

O principal elemento diferenciador desta terapêutica é precisamente a sua formulação extrafina. O tamanho das partículas influencia diretamente a fração respirável do medicamento e a sua capacidade de alcançar as regiões mais profundas do pulmão.

Ao permitir uma deposição pulmonar mais abrangente, incluindo nas pequenas vias aéreas, esta tecnologia pode contribuir para uma abordagem mais completa da doença respiratória. É também, atualmente, a única terapêutica tripla com indicação aprovada simultaneamente para DPOC e asma.

A DPOC é uma doença respiratória crónica progressiva frequentemente associada a exacerbações, que podem levar a urgências, internamentos hospitalares e declínio da função pulmonar. Os estudos clínicos internacionais demonstraram que a terapêutica tripla extrafina está associada a redução de exacerbações moderadas e graves, melhoria da função pulmonar, melhoria da qualidade de vida dos doentes e perfil de segurança consistente.

Na asma, a terapêutica tripla constitui uma opção terapêutica para doentes que permanecem sintomáticos apesar da terapêutica de manutenção. A disponibilização desta opção em Portugal permite um maior alinhamento com a prática já estabelecida em vários países europeus e pode contribuir para melhorar o controlo da asma em doentes com necessidades terapêuticas mais complexas.

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.



VIII JORNADAS
19-21 MARÇO 2026
SHERATON PORTO HOTEL



A PARTILHA DE
BOAS PRÁTICAS
ENTRE TODAS AS
UNIDADES DO SNS

**JORNAL
MÉDICO**
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES



**JORNADAS
MULTIDISCIPLINARES
DE MEDICINA GERAL
E FAMILIAR**

VIII JORNADAS
19-21 MARÇO 2026
SHERATON PORTO HOTEL



A NOVA APP para Gestão da Diabetes



Prática e simples de usar
DESCARREGUE JÁ





Medidor de Glicemia + Cetonemia



NOVO MEDIDOR
com as MESMAS TIRAS





A.MENARINI diagnostics
Viva uma Vida Nova

CRIADA OFICIALMENTE HÁ MEIA DÚZIA DE MESES, ESTA UNIDADE DA ULS DA ARRÁBIDA, LOCALIZADA NA QUINTA DO CONDE, PREPARA-SE PARA ESTREAR NOVAS INSTALAÇÕES

A motivação, o dinamismo e a coesão são as peças essenciais do motor que faz mover a USF Condense

SÓ MESMO O ENORME DINAMISMO DE UMA ENFERMEIRA, CARLA SÁ, QUE CONSEGUIU CONTAMINAR COM A SUA EXTRAORDINÁRIA MOTIVAÇÃO UMA DEZENA DE OUTROS PROFISSIONAIS, QUE FORMAM UMA EQUIPA MANIFESTAMENTE COESA, PODE EXPLICAR O QUE SUCEDEU NA QUINTA DO CONDE, UMA VILA DO CONCELHO DE SESIMBRA. DE UMA UCSP EM DESESPERO PARA SOBREVIVER SURTIU UMA USF QUE, EM BREVE, INAUGURARÁ NOVAS INSTALAÇÕES, O QUE IRÁ PERMITIR IMPULSIONAR O SEU CRESCIMENTO, PARA BENEFÍCIO DA POPULAÇÃO QUE JÁ SERVE E DOS FUTUROS UTENTES. COM INÍCIO DE ATIVIDADE OFICIAL A 20 DE OUTUBRO ÚLTIMO, A QUINTA DO CONDE TEM QUATRO MICROEQUIPAS DE SAÚDE FAMILIAR CONSTITUÍDAS E DEVERÁ MUDAR EM BREVE PARA UM NOVÍSSIMO ESPAÇO.



Quando Elsa Godinho chegou à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Quinta do Conde, em 2013, esta nem sequer tinha alguém a coordenar. E à sua espera estava apenas uma colega, que logo haveria de sair, sendo substituída por outra médica, que também acabou por ir embora. “Eu fui posteriormente coordenadora, durante três anos, mas, com seis ou sete mil utentes sem médico de família, era completamente impossível coordenar o que quer que fosse!”, exclama.

O desejo de se criar uma USF foi sempre existindo, desde logo com o objetivo de atrair médicos mais novos, mas o problema mantinha-se porque, simplesmente... não havia médicos disponíveis! “Mesmo com vagas carenciadas que foram abertas enquanto UCSP, os colegas acabavam por rescindir o contrato, chegando a ir para o estrangeiro ou para a atividade privada... E também havia falta de enfermeiros!”, recorda Elsa Godinho, coordenadora da USF Condense.

A estabilidade em termos de equipa surgiu, finalmente, em 2025, no que respeita a médicos, enfermeiros e secretários clínicos, com o pro-

cesso de constituição da USF a ter o seu desfecho a 8 de agosto. Foi nesse dia que a Equipa Nacional de Apoio (ENA), estrutura dependente da Direção Executiva do SNS e que tem como missão dinamizar e aprovar a criação de unidades modelo B, confirmou que estavam reunidas todas as condições para que o projeto da USF Condense se concretizasse.

“Mesmo com vagas carenciadas que foram abertas enquanto UCSP, os colegas acabavam por rescindir o contrato, chegando a ir para o estrangeiro ou para a atividade privada...”, recorda Elsa Godinho, coordenadora da USF Condense.



É por isso que, embora o início oficial de atividade, por determinação da tutela, tenha sido 20 de outubro, os profissionais da Unidade – pelo menos os que a integravam no dia em que a auditoria ditou o parecer técnico positivo – nunca deixarão

certamente de assinalar 8 de agosto como sendo a data associada ao nascimento da USF.

A mudança para o novo edifício, construído de raiz e que está a ser erigido no local onde funcionava o antigo Centro de Saúde da Quinta

do Conde, deverá acontecer – pelo menos é o que está previsto – ainda durante o verão. Elsa Godinho faz contas e diz haver espaço suficiente para, numa primeira fase, o número de médicos e de enfermeiros poder aumentar de quatro para sete, ad-



Elsa Godinho e Susana Pacheco

mitindo que, em caso de necessidade – até porque a população da freguesia não para de aumentar –, “poderá provavelmente subir até aos nove”.

Tendo cada uma das atuais quatro microequipas uma lista com aproximadamente 1800 utentes, a coordenadora esclarece que, na sequência da passagem a USF da UCSP

Quinta do Conde, mais de 3000 pessoas sem médico de família começaram a ser transitariamente acompanhadas na UCSP Azeitão. Deverão vir a ser absorvidas pela USF Condense quando foram constituídas novas listas de utentes.

Importa referir que o atual edifício, inaugurado em julho de 2012, alberga também a USF Conde Saú-

de, que iniciou atividade nessa altura e que, sob a coordenação da médica Susana Pacheco, tem praticamente o dobro dos profissionais da USF Condense.

Para além de as duas unidades partilharem, por exemplo, a sala de reuniões, a farmácia e a copa, e para responder às necessidades de espaço tendo em conta a necessidade de reforço da equipa de Elsa Godinho, foi instalado um contentor devidamente equipado. Encontra-se acoplado ao edifício, como se pode observar numa das fotos que ilustram esta reportagem. “Foi uma solução de recurso encontrada, já com a perspetiva de se formar a USF e arranjar mais profissionais”, justifica a médica.

Elsa Godinho possui “o ficheiro com a população mais idosa”, por ser uma lista que teve sempre um médico de família atribuído.

A coordenadora confirma que a população da Quinta do Conde “tem aumentado mesmo muito”. E acrescenta: “Inicialmente, aos casais mais idosos que tinham aqui uma segunda habitação e se mudaram para cá juntaram-se os casais mais novos que tinham dificuldade em arranjar casa em Lisboa. Agora, mais recentemente, temos os imigrantes do Brasil, do Bangladesh, da Índia, do Paquistão... de várias nacionalidades.”

Elsa Godinho possui “o ficheiro com a população mais idosa”, por ser uma lista que teve sempre um médico de família atribuído. No entanto, com o crescimento da freguesia da Quinta do Conde, a sua lista viu expandir o número de grávidas e de crianças. A esse propósito, adianta que os gabinetes “estão todos equipados de maneira a que cada médico possa realizar as consultas de Programa, como as de Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar, ou os rastreios”.

Algumas coisas vão mudar quando a equipa se transferir para o novo edifício e vir aumentada a sua

ELSA GODINHO, COORDENADORA DA USF CONDENSE: “Eu gosto muito daquilo que faço e, por isso, enquanto me sentir bem, continuarei a trabalhar”

Elsa Godinho, 68 anos, é natural da Gaíanha da Nazaré, no distrito de Aveiro, mas a infância foi passada em Lisboa. Regressou ao norte do país depois de terminado o liceu, tendo

Aveiro e de Santarém e os quatro anos para a obtenção do título de especialista em MGF passou-os na extensão de Salreu do Centro de Saúde de Estarreja.



feito o curso de Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. O internato do Ano Comum foi dividido entre os hospitais de

Embora já em idade de reforma, Elsa Godinho mantém-se, por enquanto, na USF Condense, até que haja alargamento da equipa.



capacidade de resposta ao nível dos recursos humanos. Uma delas tem que ver com o horário de atendimento, que passará a estender-se das 8h às 20h todos os dias úteis, enquanto, por agora, isso só acontece à sexta-feira.

Um outro aspeto importante prende-se com a capacidade formativa da USF, que vai ter espaço para receber mais internos. Neste momento, existe apenas um médico a

(Continua na pág. 18)

(Continuação da pág. 17)

fazer a especialização, que a meio de 2025 decidiu acompanhar a sua orientadora, uma das entrevistadas nesta reportagem, deixando a UCSP Azeitão.

Cátia Fidalgo, enfermeira de família, coordenadora de Enfermagem da USF Condense: “Em termos de prestação de cuidados de saúde, pouca coisa mudou com o início formal de atividade como USF”

Não se pense que a enfermeira Cátia Fidalgo possa, de alguma forma, achar que a criação da USF Condense não foi algo positivo. Pelo contrário: “A transição da equipa para o modelo USF foi recebida com espírito de evolução mas também com um sentido de continuidade.” Tal como sublinha,



Cátia Fidalgo

representou “um passo importante na consolidação do trabalho que já vinha sendo desenvolvido”, embora sem alterações profundas na forma como os cuidados de saúde são prestados à população.

“Ainda antes de outubro de 2025, nós já funcionávamos como se fôssemos enfermeiros de família, procurando responder da melhor maneira



Cátia Fidalgo: “Acho que a especialidade de Enfermagem de Reabilitação tem bastante a oferecer à comunidade.”

possível às necessidades dos nossos utentes, embora condicionados pelos limitados recursos existentes. Em termos de organização do trabalho,

agora está tudo muito mais bem estruturado, mas, efetivamente, quanto à prestação de cuidados de saúde, pouca coisa mudou com o início formal de atividade como USF”, afirma, esclarecendo que chegou à UCSP Quinta do Conde em maio de 2023.

Natural de Oeiras, Cátia Fidalgo, 45 anos, cresceu e residiu em Lisboa até ter ido viver para a margem sul do Tejo. O seu percurso profissional na enfermagem teve início em 1998, na então Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, instituição que à época lecionava o curso em regime de bacharelato e que, mais tarde, viria a transitar para licenciatura.

O primeiro contacto com a prática clínica deu-se durante o estágio

num serviço de internamento do IPO de Lisboa, experiência que marcou o início de uma carreira dedicada à prestação de cuidados hospitalares. Seguiram-se dois anos no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta, após os quais ingressou na Função Pública, no Hospital de Santa Maria. Nesta instituição integrou o Bloco de Partos do Serviço de Obstetrícia até janeiro de 2007, passando depois pela Radioterapia até 2015. Mais tarde, desempenhou funções, como segundo elemento, no internamento de Neurocirurgia, onde permaneceu até dezembro de 2015.

Com o tempo, a experiência acumulada nos cuidados hospitalares conduziu à transição para o contexto

dos CSP. A integração na Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul, em Setúbal, marcou uma nova fase profissional, orientada para o acompanhamento de doentes e famílias no domicílio, no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Nos últimos anos em que esteve nesta UCC, desempenhou funções de coordenação da mesma, contribuindo para “o fortalecimento da resposta comunitária e a promoção de cuidados integrados e de proximidade à população”.

Já tinha uma pós-graduação em Enfermagem Oncológica, que fez logo após a licenciatura, e mais tarde, em fevereiro de 2017, concluiu a especialização em Enfermagem de Reabilita-

ção. E porquê? “A intervenção de uma ÉCCI não se pode limitar aos cuidados de enfermagem básicos e, portanto, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos. Optei pela es-



Catarina Gaspar

Catarina Gaspar: “Normalmente até dizem não se importar que os pais estejam presentes, embora se note depois alguma timidez nas respostas que dão.”

pecialidade que me permitia potenciar a capacidade de recuperação dos utentes com que me ia deparando. Aliás, ainda hoje essa formação faz sentido na minha prestação diária.”

“Acho que a especialidade de Enfermagem de Reabilitação tem bastante a oferecer à comunidade. E é muito interessante o desafio de procurarmos arranjar estratégias para,



que ficou com o seu pediatra. Foram os estágios hospitalares realizados durante o curso de Medicina que lhe permitiram perceber que a atração pela Pediatria era, afinal, fruto da sua visão das coisas, “na perspetiva de utente e de criança”. Foi depois o internato do Ano Comum que lhe apontou o caminho a seguir: MGF.

Fazendo equipa com a enfermeira Cátia Fidalgo, Catarina Gaspar não hesita na resposta quando questionada sobre se desenvolveu, entretanto, um interesse especial por alguma área na sua atividade diária como médica de família. “Do que eu gosto mais é, sem dúvida, da parte do planeamento familiar”, diz.

“Geralmente, começamos a abordar o tema ali por volta dos 15 anos, e continuamos até aos 49, inclusive, no caso das senhoras em idade reprodutiva. A adolescente vem normalmente acompanhada da mãe ou do pai, sendo raro virem os dois, sendo que a partir dos 16 anos já podemos perguntar se querem falar connosco em particular”, refere, acrescentando: “Normalmente até dizem não se

contemple a mulher dos 15 aos 49 anos, os utentes do sexo masculino são igualmente informados e sensibilizados para estas matérias nas consultas normais de rotina.

“As utentes faltam muitas vezes à Consulta de Planeamento Familiar, principalmente quando está agendada algum rastreio”, lamenta. E esclarece que o grau de adesão varia de acordo com o contexto social, sendo com frequência penalizada “pelos tabus instituídos pela sociedade em que a mulher cresceu”.

“Mas também não se pretende fazer uma avaliação completa da utente logo na primeira consulta. O objetivo é criar uma relação de confiança que nos irá permitir explorar vários assuntos ao longo do tempo”, sublinha.

Natural de Setúbal, Catarina Gaspar foi estudar Medicina para Salamanca. Em 2018, inicia o internato do Ano Comum no Hospital do Espírito Santo de Évora, que interrompe, para recomeçar no ano seguinte. Em 2020 resolveu fazer atendimento primário em urgência e, mantendo-se sempre naquela cidade alentejana, cumpriu o internato de MGF (2021-2024) na USF Lusitânia, com o exame final a acontecer em março de 2025.



Vera Rocha

Procurando conhecer algumas unidades de CSP da ULS da Arrábida, acabou por se cruzar na UCSP Azeitão com uma colega que já conhecia. A meio de julho de 2025, estavam ambas a chegar à UCSP Quinta do Conde para integrar a futura USF Condense.

“Eu gosto muito desta equipa de que faço parte. Tem um espírito jovem, é dinâmica e uma grande vontade de levar o projeto para a frente, sendo muito bom sentir essa motivação”, conclui Catarina Gaspar.

Vera Rocha, médica de família: “Como os utentes da minha lista estiveram bastante tempo sem médico de família, precisam muito dos nossos cuidados de saúde”

Embora tenha nascido em Lisboa e resida agora em Azeitão, Vera Rocha viveu quase toda a sua vida em Setúbal. Tem a mesma idade da sua colega Catarina Gaspar, 35 anos, sendo apenas dez dias mais nova. Como já se percebeu, conheceram-se quando eram miúdas, nas aulas de natação.

Com uma irmã mais velha que é enfermeira, Vera Rocha concretizou a paixão que tinha em ser médica frequentando a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Quando terminou o curso, em 2014, já sabia qual o percurso profissional que queria seguir, muito graças aos estágios que entretanto fizera. Pôs de parte a Neuro-

Aproveitando habitualmente as consultas de Saúde Infantil para conversar sobre estes assuntos, Catarina Gaspar esclarece que, embora o programa específico de planeamento familiar do sistema SClínico apenas

CARLA SÁ, ENFERMEIRA DE FAMÍLIA, “A GRANDE IMPULSIONADORA” DA CRIAÇÃO DA USF CONDENSE – *O sonho nasceu nela!*

O título desta “caixa” reproduz o que os restantes elementos da equipa pensam (e dizem!) sobre o papel que Carla Sá teve na criação da USF Condense, a começar pela própria coordenadora, Elsa Godinho, que deixa bem claro que esta enfermeira de família foi “a grande impulsionadora” do projeto.

Tendo nascido em Lourenço Marques, hoje Maputo, a 12 de julho de 1967, Carla Sá estava prestes a fazer 7 anos quando chegou a Castelo Branco, onde ficou a viver até concluir, em março de 1992, a sua formação em Enfermagem, um curso que escolheu “por vocação, sem influência de ninguém”.

Passaria as duas décadas seguintes a trabalhar no Hospital de Santa Maria, quase todo esse tempo nos cuidados intensivos respiratórios. “Por opção minha, porque me atraíam os CI e a Urgência”, esclarece. Também por sua vontade, “porque queria experimentar hemodiálise, diálise peritoneal...”, esteve na Nefrologia nos últimos três anos de permanência na instituição.

Concorreu para os cuidados de saúde primários em 2008, mas só quatro anos depois conseguiu atingir o objetivo de mudar para essa

área. Ainda integrou uma UCC e uma UCSP, em Setúbal, antes de finalmente arranjar colocação na UCSP Quinta do Conde, a duas ruas da sua residência. “São 5 minutos a pé”, diz.

“Era difícil, para quem cuida e para quem precisa de cuidados de saúde, estar como estávamos.”

O cenário que encontrou na Unidade não era nada agradável. “Era difícil, para quem cuida e para quem precisa de cuidados de saúde, estar como estávamos”, garante, prosseguindo: “A carência de médicos era terrível! Ora, as pessoas têm direito a que lhes sejam prestados os cuidados de saúde de que necessitam. Afinal, é para isso que nós aqui estamos. O facto de não terem resposta



gerava muitas vezes situações de conflito, até com tentativas de agressão verbal e física. Não havia maneira de estarmos bem, nós e os utentes.”

Carla Sá conta que foi um ano depois, em 2016, em articulação com Elsa Godinho, “a única médica que se manteve aqui”, que começou

a germinar a ideia de criar uma USF, convintas de que essa seria a única forma de atrair e manter profissionais, nomeadamente médicos.

Quanto ao novo edifício, “já há muito tempo que estava projetada a transferência da UCSP para lá, mas agora iremos enquanto USF, o que vai

ser ainda mais gratificante”. E confirma que o objetivo é vir a duplicar o número de microequipas, de quatro para oito. O novo espaço tem capacidade para tal.

Segundo Carla Sá, a data que para si tem mais significado, no que respeita à criação da USF Condense, “é, sem dúvida, 8 de agosto de 2025, quando vimos ser aprovada pelos auditores da Equipa Nacional de Apoio toda a documentação necessária. Foi nesse dia que ficámos a saber que tínhamos conseguido”.

Admitindo ser “demasiado organizada”, reconhece que essa sua característica a ajudou não só a gerir o processo burocrático de candidatura a USF modelo B — com os processos de Gestão, Assistenciais e de Suporte, todos segundo a grelha DiOr-USF —, mas também a implementar um nível de organização interna na Unidade que poderá contribuir para no futuro se vir a procurar obter a Acreditação. Esse já é mesmo apresentado como “o próximo grande desafio”.

E dá como exemplo a organização de pastas com cores específicas implementado é um exemplo do nível que

se pretende atingir: “Cada profissional dispõe de um conjunto de pastas. Por exemplo, os documentos para arquivar devem ser colocados na azul, não podem ficar em cima da secretária, pondo em causa a privacidade dos dados de cada utente. Também existe uma pasta própria para circular internamente com documentos, ou uma outra para colocar os assuntos pendentes...”

“Somos coesos, muito coesos! Não há conflitos, damo-nos bastante bem.”

Carla Sá concorda que conseguir a transição de UCSP para USF “foi um sonho tornado realidade”, mas faz questão de sublinhar que tal só foi possível com o “apoio essencial” de quatro elementos da ULS da Arrábida: “Todos eles foram importantes

— o Dr. Luís Pombo, presidente do Conselho de Administração, a Dr.ª Sara André, diretora clínica para a área dos CSP, a assistente técnica Manuela Mota Agostinho, responsável pelas administrativas dos CSP, e o Dr. Miguel Marques, do Gabinete de Atendimento e Apoio ao Cidadão.”

Finalmente, no que respeita ao logótipo da USF Condense, Carla Sá diz que “nasceu de um gesto criativo partilhado”. Concebido por si, contou com a colaboração de um “grande amigo” e colega de profissão, Miguel Fernandes. “Fruto de uma visão comum e de um profundo sentido de identidade comunitária, o símbolo foi apresentado à equipa e mereceu aprovação unânime, consagrando-se como a expressão visual da unidade e dos valores que nos representam”, conta.

Equipa essa que, salienta, “é pequena, mas muito dinâmica”. E mais: “Somos coesos, muito coesos! Não há conflitos, damo-nos bastante bem. E a nossa relação não é só profissional. Temos algumas amizades mesmo vinçadas, porque já passámos por muito e temos conseguido apoiar-nos uns aos outros, o que é importante.”



na nossa intervenção, tentarmos o equilíbrio entre o que é possível alcançar e aquela que é a pretensão da pessoa que está ao nosso cuidado”, comenta Cátia Fidalgo.

Catarina Gaspar, médica de família: “A área de que gosto mais é, sem dúvida, a do planeamento familiar”

Foi por volta dos 10 anos que Catarina Gaspar, que celebra o seu 36.º aniversário agora a 12 de abril, não só chegou à conclusão de que haveria de ser médica como até “escolheu” logo a especialidade, tão fascinada

(Continua na pág. 20)

(Continuação da pág. 19)

logia e optou pela especialidade de MGF, “por ser a mais diversificada e por ter tido tutores que me inspiraram”.

O internato do Ano Comum fê-lo no Hospital de São Bernardo, tendo escolhido fazer os últimos três meses numa unidade de Setúbal que sabia viver uma situação complicada: a UCSP São Sebastião. “Tinha mesmo muitos utentes sem médico de família, portanto, sem um seguimento regular, o que, como se sabe, faz com que precisem muito mais da nossa ajuda”, refere.

Os primeiros dois anos do internato de MGF foram cumpridos na USF Sado, em Setúbal, mas o facto de ter ficado grávida levou-a a tomar a decisão de se juntar ao marido, também médico e a fazer a sua formação em Castelo Branco. Obtendo o título de especialista, no final de 2020, Vera

Rocha volta para sul, integrando a UCSP Azeitão, como era seu desejo, pois, “gostava daquela unidade”.

Quando, em julho de 2025, se transfere para a UCSP Quinta do Conde – numa altura em que ainda estava previsto que a USF Condense iniciasse oficialmente atividade a 8 de agosto –, o seu interno, que está agora no 4.º ano, resolve acompanhá-la.

Apesar da curta distância entre Azeitão e a Quinta do Conde, a médica conta que encontrou uma realidade muito diferente: “Os meus utentes aqui estavam um pouco traumatizados. Ouvi muitas vezes o pedido ‘Dr., não se vá embora!’ Como estiveram bastante tempo sem médico de família, precisam muito dos nossos cuidados de saúde. Isso faz-nos sentir que podemos fazer mesmo uma grande diferença na vida das pessoas.”

“Há senhoras na casa dos 60

Vera Rocha: “Ainda ontem tive na consulta uma jovem de 21 anos que não sabia que era diabética!”

anos que nunca realizaram um teste Papanicolau, e deviam começar a fazê-lo, pelo menos, aos 30. A maior parte nem sabe o que é! Porque também temos uma população imigrante, nomeadamente, oriunda dos PALOP, a que não eram prestados os cuidados de saúde devidos”, diz.

Vera Rocha tem tendência para falar no plural porque, na verdade, com exceção do ficheiro da coordenadora, Elsa Godinho, tanto a sua lista de utentes como as das suas colegas – Catarina Gaspar e Sandra Évora – foram construídas com a chegada das três médicas. Incluem, por isso, “muitas grávidas, crianças, idosos, grupos de risco...”.

“Por exemplo, ainda ontem tive na consulta uma jovem de 21 anos que não sabia que era diabética! Temos aqui muito trabalho pela frente, sendo certo que podemos fazer uma grande diferença a esta população”, comenta.

Mas será que as pessoas mudam o seu estilo de vida quando isso lhes é sugerido pelo seu médico ou enfermeiro de família? “É assim, nós percorremos metade do caminho, pelo menos a semente fica plantada. Cabe ao utente fazer a sua parte, mas é possível que essa semente não ger-

Nome: A designação USF Condense está diretamente relacionada com o nome da própria vila onde a unidade está inserida: Quinta do Conde. O termo “Condense” funciona como um adjetivo de pertença – significa “relativo à Quinta do Conde” ou “natural da Quinta do Conde”. Assim, ao adotar o nome, a USF reforça a sua identidade territorial, o sentido de comunidade e a ligação histórica e afetiva às pessoas que vivem na vila. Deste modo, o nome USF Condense não é apenas uma referência geográfica, é também uma afirmação de compromisso: cuidar a população da Quinta do Conde, enquanto parte integrante da sua identidade e missão.

Logótipo: O logótipo da USF Condense ergue-se como um símbolo vivo do ciclo contínuo da existência humana. As três figuras estilizadas, unidas num movimento circular, representam a família enquanto núcleo essencial de vida, proteção e crescimento. Cada cor traduz uma etapa do ciclo vital – da chegada luminosa ao mundo, passando pelas fases



FICHA TÉCNICA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA (MARÇO DE 2026)

Utentes: 7309 (9074,50 UP)
Idosos (≥ 65 anos): 1250 (Índice de dependência: 25,33%)
Crianças e jovens com idade ≤ 14 anos: 890 (Índice de dependência: 22,78%)
Mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos): 1703

ATIVIDADE (20 OUT A 31 JAN 2026)

Consultas médicas
Presenciais: 2149
Não presenciais: 1006
Domicílios: 23
Enfermagem
Consultas: 2511
Domicílios: 69

PROFISSIONAIS (MARÇO DE 2026)

Médicos: 4
Enfermeiras: 4
Secretários clínicos: 3
Internos: 1

mine logo, que exija um trabalho de continuidade, que, aliás, é o que caracteriza bastante a nossa medicina”, afirma Vera Rocha, que confessa estar “supercontente”. E porque? “Já tive vários utentes que deixaram de fumar e... foi em pouquíssimo tempo!”

Resta acrescentar que esta médica – cujo filho está prestes a fazer 9 anos – forma equipa com a enfermeira Carla Sá, descrevendo-a como “uma mulher de armas!”.



FERNANDA SILVA, SECRETÁRIA CLÍNICA: “A nossa missão é satisfazer o utente, sendo agradáveis e dando-lhe uma resposta o mais rapidamente possível”

Fernanda Silva é alentejana. Nasceu no dia 29 de março de 1970, numa aldeia chamada Corte Vicente Anes, distante 7 Km da sede do concelho, Aljustrel. A ida do pai para Angola, com 21 anos, no cumprimento do Serviço Militar, fez com que aos 6 meses fosse viver para Setúbal. Com o regresso do progenitor, ainda voltaram a Aljustrel, mas acabariam por se estabelecer definitivamente na cidade do Sado quando tinha 5 anos.

A sua entrada na área da Saúde aconteceu em 1999, tendo permanecido no Hospital Ortopédico do Outão até 2010, no primeiro ano como auxiliar de ação médica e no resto do tempo como administrativa. Em 2010, pediu mobilidade para o ACES Almada-Seixal, tendo permanecido 3 anos na sede do Agrupamento. Foi depois transferida para a UCSP Quinta do Conde, ainda antes da criação do ACES Arrábida, entretanto extinto, como se sabe.

Trabalha no mesmo local – agora integrada na equipa da USF Condense – desde o verão de 2013, o que faz com que haja utentes que conhece há muitos anos: “Há alguns com quem vamos criando laços e de quem sentimos a falta quando os perdemos. A verdade é que uns nos marcam pela positiva e outros pela negativa!”

“Quando aqui cheguei, não tínhamos quase nada. Havia muitas pessoas sem médico de família, faltavam médicos e enfermeiros, queríamos dar resposta à população e não conseguíamos. Foram tempos muito conturbados, em que arregaçámos as

mangas e procurámos sempre ir mais além”, recorda Fernanda Silva, que é o elemento mais antigo do Secretariado Clínico, tendo a seu lado Emília Lourenço (membro do Conselho Técnico) e Ana Cristina Pinheiro.



Comentando a mudança de instalações, cuja data se aproxima, diz que “vai ser bom para nós, porque nos falta espaço para podermos dar outra resposta aos nossos utentes, mas também é positivo para os nossos colegas da USF Conde Saúde, que precisam igualmente de mais espaço”.

Uma das coisas que passarão a ter no novo edifício será o tão desejado *back office*, uma área isolada do *front office* e que Fernanda Silva considera “essencial existir para podermos tratar de assuntos que nos obrigam a estar concentradas, porque senão há uma grande probabilidade de errarmos”.

A instalação do SARA (Sistema de Atendimento e Resposta Ágil), permitindo a gestão de chamadas telefónicas não atendidas, é outra das funcionalidades de que o Secretariado Clínico da USF Condense espera poder vir a usufruir em breve.

Fernanda Silva insiste num ponto: “Para nós, a prioridade é o utente. A nossa missão é satisfazê-lo, sendo simpáticas e agradáveis e dando-lhe uma resposta da forma mais rápida e eficaz possível.”

“Há utentes com quem vamos criando laços e de quem sentimos a falta quando os perdemos.”



TECNIFAR

LANÇAMENTO DO LIVRO

5º vol.

PATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA

PORTO 16 Maio

LISBOA 30 Maio



NOVO

10 ANOS ANIVERSÁRIO



REGISTE-SE

Para acompanhar novidades exclusivas

Reuxen®

artrozen

maxnésio cardio

RUI VAZ, FISIATRA NA ULS DO ALTO AVE, COORDENADOR DO LIVRO *PATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA*:

“Nos últimos 10 anos, o MF tem vindo a ganhar cada vez mais sensibilidade para a doença músculo-esquelética”

AQUI SE CONTA A HISTÓRIA DE UM PROJETO QUE ARRANCOU HÁ PRECISAMENTE 10 ANOS, QUANDO O FISIATRA RUI VAZ SE ENCHEU DE CORAGEM E DECIDIU AVANÇAR PARA A EDIÇÃO DE UM LIVRO DEDICADO À PATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA E ESPECIALMENTE DIRIGIDO À MEDICINA GERAL E FAMILIAR. AFINAL, DEPOIS DESSE, SEGUIRAM-SE OUTROS TRÊS VOLUMES... E UM 5.º ESTÁ PARA CHEGAR MUITO EM BREVE!

Desde que em 2013 chegou ao Hospital Senhora da Oliveira, como especialista em Medicina Física e de Reabilitação, que Rui Vaz começou a dedicar muito do seu tempo à patologia músculo-esquelética. Contrariamente ao que tinha experienciado no Hospital de Santo António, onde permaneceu mais de um ano após concluir o internato, o interesse pelo estágio opcional em MFR dos internos de MGF cresceu, em Guimarães, de forma evidente e em muito pouco tempo.

“Começámos a ter, entre 2013 e 2014, muitos internos de MGF a quererem realizar o estágio opcional de MFR no nosso Serviço. Eu fazia mu-

Rui Vaz: “Senti que havia ali uma grande curiosidade por parte dos internos relativamente à patologia que me é mais querida.”

ta consulta de patologia músculo-esquelética, que, de facto, apresenta uma grande prevalência e incidência nos cuidados de saúde primários, e eles questionavam-se. Como se faz um exame físico? Como se avalia? Como se orienta o doente? Para quem? Como? De que maneira?”, recorda Rui Vaz, acrescentando:

“Senti que havia ali uma grande curiosidade por parte dos internos relativamente à patologia que me é mais querida, com vontade de saberem como lidar com ela, como diagnosticar e como dar resposta aos doentes. E era compreensível que isso acontecesse porque, realmente, na faculdade, nós não tínhamos muita formação a nível do exame físico no âmbito da patologia músculo-esquelética. E o médico de família acaba por se dedicar muito à hipertensão, à obesidade, à diabetes... apesar de as lombalgias, as dores no ombro e as dores no joelho serem tão frequentes.”

Rui Vaz reconhece que, algures em 2014, começou a sentir a necessidade de “fazer qualquer coisa” que contrariasse essa realidade, e isso mesmo lhe foi sendo sugerido por uma e outra pessoa, nomeadamente, a médica Carla Pereira, que também fez o estágio opcional de MFR como interna de MGF em Guimarães e que hoje é



“Nunca pensei num projeto a dez anos...”, reconhece Rui Vaz, recuando a 2016

coordenadora da USF Fafe-Sentinelá.

Foi assim que, com o apoio da Tecnifar, surgiram as “Tertúlias em Medicina Física e de Reabilitação”, formalmente organizadas pelo Serviço de MFR do então CH do Alto Ave, com coordenação de Rui Vaz e tendo como alvo internos de MGF. As seis sessões programadas realizaram-se entre março e novembro de 2015, sempre a uma quarta-feira, e no próprio Hospital Senhora da Oliveira. De referir que as inscrições disponíveis esgotaram numa hora!

A mesma médica interna referida dois parágrafos atrás, que obviamente participou nas Tertúlias, destaca-se novamente na forma como incentiva o fisiatra a compilar num manual toda a

informação que foi sendo partilhada no âmbito dessa iniciativa formativa e que faria todo o sentido que chegasse a um conjunto de médicos muito superior aos que nela tinham participado.

Na prática, o projeto do livro *Patologia Músculo-Esquelética para Médicos de Família* nasce no início de 2016, com Rui Vaz convencido de que se trata de uma obra que iria ser “de toda a utilidade para internos de MGF mas também para os próprios recém-especialistas”. O apoio da Tecnifar ao projeto foi concedido sem hesitações por parte daquela companhia farmacêutica.

A importância da interação dos cuidados de saúde hospitalares com os CSP

A maioria dos capítulos do que viria a ser o 1.º volume do livro refletia aqueles que tinham sido os temas das “Tertúlias em MFR”: “Osteoartrose”, “Osteoporose”, “Ráquis”, “Anca”, “Ombro”, “Cotovelo, punho e mão”, “Joelho”, “Tornozelo e pé”. No entanto, Rui Vaz decidiu adicionar mais um capítulo: “Paralisia facial periférica”, de que foi autora, aliás, a então ainda médica interna Carla Pereira.

Mas o conteúdo não ficou por aí! Consciente de que os médicos de família “têm que perceber alguma coisa sobre exercício físico para o prescrever aos seus utentes”, o fisiatra adicionou o capítulo “Prescrição de exercício físico e fortalecimento muscular na população geriátrica”. E um último intitulado “Medicina Desportiva”.

Praticamente todas as três dezenas de autores deste 1.º volume — cujo lançamento oficial aconteceu dia 2 de março de 2017, em Guimarães — eram internos, dois terços dos quais de MGF e os restantes de MFR e de Ortopedia.

tuna para uma articulação que necessariamente se deseja, como base para uma melhor prestação de cuidados numa área que se pretende bem regulada, em benefício dos serviços e dos doentes”.

Sempre atento aos comentários dos internos de MGF que vão passando pelo Serviço de MFR

“Nunca pensei num projeto a dez anos...”, reconhece Rui Vaz, ao olhar para trás e contabilizar quatro volumes da *Patologia Músculo-Esquelética para Médicos de Família* já editados e quando se aproxima o lançamento do quinto. Ao longo dos anos, o coordenador deste manual tem estado sempre atento aos comentários dos internos de MGF que vão passando pelo seu Serviço de MFR para cumprirem o estágio opcional.

Aliás, o 2.º volume (2019) tem dois bons exemplos disso mesmo. O capítulo sobre “Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho” surgiu “a pedido”, o que levou à inclusão de mais uma especialidade no projeto: a Medicina do Trabalho. Tal como o capítulo dedicado a como lidar com estas doenças em situação aguda, ou seja, na Consulta Aberta.

O 3.º volume (2021), muito focado na patologia do membro superior, foi, até agora, o que registou a participação de um maior número de autores (63), quase metade deles internos e especialistas de MGF. Para além disso houve um envolvimento de profissionais de várias regiões de Portugal Continental e Ilhas e foram introduzidas duas especialidades novas: Reumatologia e Neurologia.

Nuno Jacinto, presidente da APMGF, que assinou um dos prefácios desse livro, deixava expresso o seguinte: “É importante que existam canais de comunicação abertos, simples e diretos entre os diferentes níveis de cuidados, que permitam orientar os doentes com a brevidade necessária e de modo a que não fiquem perdidos no sistema. Este livro pretende ser uma ferramenta que nos auxilie em todo este processo.”

Nuno Jacinto, presidente da APMGF: “É importante que existam canais de comunicação abertos, simples e diretos entre os diferentes níveis de cuidados.”

Com um 4.º volume (2023) dirigido ao membro inferior, Rui Vaz refere que, para além de se insistir na “necessidade de uma correta prescrição de exercício físico”, foi destacada a patologia músculo-esquelética em idade pediátrica. Foi igualmente dado realce às técnicas de intervenção em Medicina Física e de Reabilitação.

Passada uma década depois de se ter aventurado a fazer o 1.º volume de *Patologia Músculo-Esquelética para Médicos de Família*, o fisiatra não se cansa de agradecer o “apoio incondicional” da Tecnifar a este projeto. Mas diz-se satisfeito com o resultado do trabalho que tem sido feito: “Nos últimos 10 anos, o MF tem vindo a ganhar cada vez mais sensibilidade para a patologia músculo-esquelética”.

Para a diretora do Serviço de MFR da ULS do Alto Ave, Maria João Azevedo, “a abrangência e as múltiplas formas de apresentação da patologia músculo-esquelética dificultam, muitas vezes, a sua célere e eficaz orientação, que é transversal a múltiplas áreas da Medicina, desde MGF, MFR, Reumatologia e Ortopedia, requerendo uma interligação e proximidade de cuidados nem sempre oportunas entre as várias áreas”.

No texto que escreveu para um dos prefácios do 4.º volume, a fisiatra destaca “a dedicação, persistência e capacidade pedagógica e aglutinadora” de Rui Vaz. Sublinha ainda o facto de o manual “agregar aquilo que são as melhores práticas na área da patologia músculo-esquelética num só documento, sistematizado e focado nas principais necessidades identificadas pela MGF”.

PEDRO GUIMARÃES CUNHA, PROFESSOR DA ESCOLA DE MEDICINA DA UM E ATUAL PRESIDENTE DO CA DA ULS DO ALTO AVE:

“Um exemplo da translação do conhecimento para a prática clínica”

“As doenças músculo-esqueléticas ocupam já os primeiros 10 lugares como causa de *Disability Adjusted Life Years* (o equivalente à soma de anos de vida perdidos por mortalidade prematura e anos de vida saudável perdidos por qualquer incapacidade) no *Global Burden of Disease Study*, particularmente nas faixas etárias entre os 25 e os 49 anos, e entre os 50 e os 74 anos. Um dos aspetos mais impactantes (ainda que expectável) é o facto de a sua prevalência ter tido uma tendência de muito significativo crescimento ao longo dos anos (cerca de 30% entre 1990 e 2019).”

É assim que Pedro Guimarães Cunha, especialista de Medicina Interna, professor da Escola de Medicina da Universidade do Minho e atual presidente do Conselho de Administração da ULS do Alto Ave inicia o Prefácio que escreveu para o 4.º volume de *Patologia Músculo-*

Rui Vaz: a ligação à Medicina Desportiva

Rui Vaz garante que o facto de a sua mãe ter sido enfermeira não teve qualquer influência no facto de ele próprio ter decidido vir a exercer uma profissão na área da Saúde. E quase parece falar também em nome dos seus dois irmãos, um deles mais velho dois anos, que é pneumologista, e o outro mais novo, que por acaso também é médico, mas que optou por Ortopedia.

Embora tendo nascido em Guimarães, no dia 27 de maio de 1980, a proximidade física da freguesia de onde é natural ao concelho de Vila Nova de Famalicão fez com que tenha estudado nesta cidade... até ir para a faculdade, claro! O curso foi feito na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, não só porque ficava mais próximo de casa (na altura, Braga ainda não era opção) mas também porque o irmão já a frequentava.

Abra-se aqui um parêntesis para esclarecer que Rui Vaz sempre foi um grande adepto do Vitória de Guimarães e que a relação de amizade que desenvolveu com um médico do clube, José Novais de Carvalho, o levava a ambicionar vir um dia a ter idênticas funções naquela instituição. Daí que na sua cabeça estivesse sempre presente a ideia de se tornar especialista em Medicina Desportiva, como faz questão de admitir, o que, aliás, se veio a concretizar.

Feito o internato geral no Hospital de Santa Maria Maior, em Barcelos, e condicionado pela nota obtida,



acaba por iniciar o internato de... MGF, em Sobreira, no concelho de Paredes. No entanto, um ano depois, em março de 2007, começa finalmente a sua especialização em Medicina Física e de Reabilitação no Hospital de Santo António, depois de excluída a hipótese de Ortopedia.

Na primavera de 2012, já com o título de fisiatra, Rui Vaz manter-se-ia no Serviço de MFR do Santo António um pouco mais de um ano, até que a abertura de concurso lhe permitiu concorrer à vaga que havia na MFR de Guimarães, onde começou a trabalhar no dia 31 de julho de 2013.

Entretanto, o seu envolvimento, como médico, com as modalidades

amadoras do Vitória Sport Clube já tinha começado em setembro de 2008, tendo em 2016 transitado para o futebol profissional, ligação que manteve até 2019, quando resolveu dedicar-se em pleno à atividade hospitalar.

Sendo igualmente especialista em Medicina Desportiva, Rui Vaz reconhece ter mantido, ao longo dos anos, “dois grandes amores” na MFR: a patologia músculo-esquelética e a área dos amputados.

Resta acrescentar que é casado com uma especialista em Medicina Geral e Familiar e que tem três filhos: duas raparigas, com 4 e 15 anos, e um rapaz com 12.

BERNARDO MORENO, FISIATRA, COORDENADOR DO 5.º VOLUME:

“Fui ao lançamento do primeiro volume e ainda hoje tenho um exemplar”

Bernardo Moreno é uma das novidades do 5.º volume de *Patologia Músculo-Esquelética para Médicos de Família*, tendo dito que sim ao convite de Rui Vaz para o ajudar na coordenação. Nascido no Porto a 2 de abril de 1990, fez o curso de Medicina na Covilhã e em 2016 chegava ao Hospital Senhora da Oliveira para fazer o internato do Ano Comum. Acabou por conhecer o Serviço de MFR e no ano seguinte estava a iniciar a sua formação em Medicina Física e de Reabilitação em Guimarães.

Embora o 1.º semestre fosse passado na Medicina Interna, já era interno de MFR e, em março de 2017, acabou por ir ao lançamento do 1.º volume do



livro de Rui Vaz. “Fiquei com um exemplar, que ainda hoje tenho!”, exclama.

Foi no 2.º ano do internato, por ocasião do estágio de reabilitação músculo-esquelética, que surgiu a oportunidade de ser um dos autores de dois dos capítulos do 2.º volume. Idêntico desafio ser-lhe-ia colocado quando se tratou de preparar o 3.º volume.

Especialista desde a primavera de 2022, Bernardo Moreno haveria de passar, entretanto, pelo então CH de Entre Douro e Vouga e pelo Centro de Reabilitação do Norte, antes de integrar o Serviço de MFR da ULS de Braga. No entanto, também viria a marcar presença no 4.º volume como uma dos autores de dois capítulos.



Rui Vaz e Pedro Guimarães Cunha

As páginas seguintes incluem textos originalmente publicados no *Jornal do 20.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global*, evento que decorreu em Albufeira, entre 19 e 22 de fevereiro de 2026.



HENRIQUE BARROS, PRESIDENTE DO INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO:

“A hipertensão exige estratégias de prevenção estruturadas e continuadas”

A INTEGRAÇÃO NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR, CONTEMPLANDO EM PARTICULAR A PREVENÇÃO DA HTA, CONSTITUIRÁ, PARA O EPIDEMIOLOGISTA HENRIQUE BARROS, 68 ANOS, “UM INSTRUMENTO EFETIVO DE MELHORIA DO BEM-ESTAR COLETIVO”. ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA, O MÉDICO CONVERSOU COM A *JUST NEWS* SOBRE A TEMÁTICA QUE ABORDOU NA CONFERÊNCIA DE ABERTURA DESTES 20.º CONGRESSO DA SPH, CUJA COMISSÃO ORGANIZADORA FOI PRESIDIDA POR HELOÍSA RIBEIRO.

Segundo dados de 2022, a taxa de mortalidade evitável, antes dos 75 anos, de 213 óbitos por 100.000 habitantes posiciona Portugal como o 11.º país da UE com o valor mais baixo, cerca de 28% inferior à média europeia de 296,2. Henrique Barros reconhece que estes indicadores “refletem um desempenho relativo favorável”, no entanto, “permanecem alguns desafios, sobretudo no que respeita à deteção precoce e ao controlo de fatores de risco como a HTA”.

A OMS estima que, na Região Europeia, aproximadamente 1 em cada 3 adultos viva com hipertensão, patologia que será responsável por quase um quarto de todas as mortes por doença cardiovascular. Para o professor catedrático de Epidemiologia da FMUP, “a sua elevada prevalência, combinada com o facto de ser com frequência subdiagnosticada e insuficientemente controlada, sublinha a necessidade de implementar estratégias de prevenção estruturadas e continuadas”.

Lembrando que “os municípios têm a obrigação legal de definir estratégias municipais de saúde”, Henrique Barros deixa claro o seguinte: “A integração das evidências que as investigações fundamentais e operacionais fornecem nessas estratégias

quantificáveis, as ações intersectoriais e os mecanismos de monitorização contínua”, refere, frisando:

“Incorporar a prevenção cardiovascular e o controlo da hipertensão nestes instrumentos implica abandonar campanhas avulsas de rastreio, transformando as prioridades em políticas públicas estruturais de promoção da saúde e da prevenção.”

A implementação das estratégias de prevenção da HTA enfrenta “múltiplos desafios”

A criação de ambientes urbanos que favoreçam a mobilidade ativa, a implementação de políticas alimentares que promovam opções saudáveis em escolas e serviços públicos e o lançamento de programas comunitários de atividade física são exemplos de intervenções que, segundo Henrique Barros, os municípios podem desenvolver, “com possível impacto direto sobre os principais fatores de risco da população”.

“Estas ações estruturais são complementares às intervenções clínicas organizadas, que garantem a deteção precoce da hipertensão, o seguimento adequado nos CSP e o apoio comportamental contínuo. Mas pode-se ir mais longe, reforçando a dimensão

das taxações, educando e sugerindo escolhas alternativas de saúde de estratégias de promoção da saúde cardiovascular, em particular a prevenção da hipertensão, representa uma oportunidade para transformar políticas de descentralização em instrumentos efetivos de melhoria do bem-estar coletivo.”

Defendendo que “a proximidade local deve ser um fator promotor de abordagem da HTA ao longo do ciclo de vida”, o epidemiologista considera “necessárias as estratégias de prevenção desde a infância até à idade adulta e ao envelhecimento ativo”. Isto para “reduzir de forma sustentada a incidência da hipertensão e as suas complicações”.

Henrique Barros alerta, contudo, para os “múltiplos desafios” que a implementação dessas estratégias enfrenta, podendo comprometer a continuidade das políticas. E identifica “a fragmentação institucional, a limitação de dados locais, a insuficiente articulação entre setores e a rotação de lideranças”.

Paralelamente, “a valorização de estratégias não farmacológicas continua a ser um elemento central”, nomeadamente com a criação de ambientes que “favoreçam a saúde e a participação comunitária ativa”.

O epidemiologista, que preside ao Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto e à Associação de Escolas de Saúde Pública da Região Europeia (ASPHER), não tem

dúvida: “A integração nos planos municipais de saúde de estratégias de promoção da saúde cardiovascular, em particular a prevenção da hipertensão, representa uma oportunidade para transformar políticas de descentralização em instrumentos efetivos de melhoria do bem-estar coletivo.”

Henrique Barros: “A HTA é com frequência subdiagnosticada e insuficientemente controlada.”

“Municípios que adotem abordagens sistémicas – orientadas por dados, intersectoriais e centradas nas pessoas e nas comunidades, atentas a desigualdades e iniquidades – estarão melhor preparados para enfrentar o desafio das doenças crónicas cardiovasculares, reduzir a morbilidade e mortalidade associadas, e construir comunidades mais saudáveis”,

Guidelines AHA 2025: a oeste algo de novo?



Fernando Pinto

Assist. graduado sênior de Cardiologia na ULS Entre Douro e Vouga. Sócio fundador, ex-presidente (2013-2015) e sócio honorário da SPH

Foram publicadas no final de 2025 as novas *guidelines* americanas de hipertensão arterial. Neste documento, com mais de 100 páginas (79 de texto), foi mantida a classificação de HTA para valores de pressão arterial (PA) maiores ou iguais a 130/80 mmHg (e de PA elevada valores de PA sistólica entre 120 e 129 mmHg com PA diastólica inferior a 80 mmHg) que tinha sido definida

nas anteriores *guidelines* americanas de 2017.

De realçar que esta classificação da PA difere da das *guidelines* europeias, quer da Sociedade Europeia de HTA (ESH), quer da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC), que também diferem entre elas!

Estas *guidelines* reforçam que o diagnóstico de HTA deve ser baseado na medição da PA no consultório, efetuada de forma correta, usando aparelhos validados, preferencialmente automáticos, podendo – e em muitas situações devendo – ser complementado pelo uso de medições fora do consultório.

Uma vez mais, realçam que a avaliação do doente e a decisão terapêutica devem ter em conta os valores da PA, bem como eventuais fatores de risco concomitantes e/ou a presença de comorbilidades. Por outro lado, são claras na necessidade de atingir os objetivos de PA (inferior a 130/80 mmHg para a grande maioria dos doentes) num curto espaço de tempo e em programar uma vigilância regular, com vista a conseguir manter a PA no objetivo prolongadamente, procurando diminuir/protelar a elevada morbimortalidade que a PA elevada condiciona.

Uma vez mais, estas *guidelines* realçam que a avaliação do doente e a decisão terapêutica devem ter em conta os valores da PA, bem como eventuais fatores de risco concomitantes e/ou a presença de comorbilidades.

Uma particular ênfase é dada à relevância das alterações de estilo de vida e às intervenções psicossociais, que são indicadas para toda a população e, por maioria de razão, são cruciais para todos os que têm valores de PA alterados, visto que, mesmo que não sejam suficientes para o

controlo da PA, contribuem decisivamente para o sucesso da terapêutica farmacológica (ou outra).

É também dado um grande destaque à importância do despiste, se e quando adequado, de eventuais causas de HTA secundária, tendo em conta a clínica e o resultado dos exames complementares básicos sugeridos para todos os doentes. É reforçada a importância de despistar o hiperaldosteronismo, principalmente na HTA de difícil controlo, mesmo na presença de apneia obstrutiva do sono (SAOS), ao contrário das *guidelines* europeias, que consideram que o SAOS é, por si só, causa de HTA de difícil controlo.

No que se refere à terapêutica farmacológica, as *guidelines* são claras em considerar que a maioria dos doentes deve ser tratada *ab initio* com associações de dois ou mais fármacos em comprimido único e de toma única diária para melhorar a adesão, principal fator no sucesso do tratamento. E que os fármacos de primeira linha são os moduladores do sistema renina-angiotensina – inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou antagonistas dos recetores

da angiotensina II (ARA II), os bloqueadores dos canais do cálcio (BCC) e os diuréticos (D) tiazídicos e tiazida-*like*, devendo os bloqueadores beta (BB) ser considerados fármacos de 2.ª linha para o tratamento da HTA e ser utilizados apenas se tiverem uma indicação clínica específica para o seu uso (insuficiência cardíaca, arritmias, doença coronária, etc.).

Em resumo, de uma forma geral, estão em linha com as *guidelines* da ESH e da ESC, com pequenas *nuanças*, mas os pontos-chave são muito similares:

– Diagnóstico e intervenção terapêutica (não farmacológica, farmacológica e eventualmente com *devices*) precoces;

– Foco na importância do *“hypertension team”*, com múltiplos profissionais de saúde envolvidos, permitindo um maior número de contactos (e mais abrangente, por possibilitar intervenção multifatorial) para reforçar a adesão e consequente controlo prolongado no tempo e para os objetivos definidos da PA com o desiderato principal de prevenir a morbimortalidade.

Dislipidemia: risco cardiovascular global



Filipe J. Machado

Internista, Hospital Lusíadas Porto. Vice-presid. Conselho Fiscal da SPH

Dislipidemia permanece um dos principais fatores de risco modificáveis para a doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA), contribuindo de forma significativa para a sua morbilidade e mortalidade. A evidência acumulada é inequívoca: a redução dos eventos cardiovasculares é proporcional à magnitude da diminuição do colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (LDL-c).

A correta estratificação do risco cardiovascular individual permite definir a meta de LDL-c a atingir, sendo desejáveis valores progressivamente mais baixos à medida que o risco do doente aumenta (em doentes com risco extremo pretendem-se valores < 40 mg/dL).

A base da abordagem terapêutica assenta nas intervenções no estilo de vida e na utilização de estatinas de alta intensidade. A terapêutica combinada, nomeadamente através da associação de ezetimiba (mesmo numa fase inicial), afigura-se como uma estratégia eficaz para obter reduções do LDL-c de cerca de 60%, minimizando efeitos adversos. O ácido bempedico consolidou-se como uma ferramenta valiosa, particularmente em doentes com intolerância às estatinas ou como terapêutica de associação em doentes sob a dose máxima tolerada de estatina, com ou sem ezetimiba.

Por fim, os inibidores da PCSK9, quer sob a forma de anticorpos monoclonais (alirocumab e evolocumab), quer através de terapias baseadas em siRNA (inclisiran), apre-

A Lp(a) é atualmente reconhecida como um importante modificador do risco cardiovascular, sendo recomendada a sua determinação pelo menos uma vez ao longo da vida, sobretudo em indivíduos com história familiar de DCVA precoce.

sentam um perfil de eficácia e segurança favoráveis, permitindo alcançar reduções do LDL-c que podem aproximar-se dos 85% quando combinados com as restantes terapêuticas hipolipemiantes.

Apesar de ser possível obter um controlo otimizado dos fatores de risco tradicionais, nomeadamente do LDL-c, persiste um risco remanescente de ocorrência de eventos cardiovasculares, impulsionado por mecanismos adicionais, como a inflamação, a elevação da lipoproteína(a) [Lp(a)] e a persistência de triglicéridos elevados.

A Lp(a) é atualmente reconhecida como um importante modificador do risco cardiovascular, sendo recomendada a sua determinação pelo menos uma vez ao longo da vida, sobretudo em indivíduos com história familiar de DCVA precoce. Fármacos especificamente dirigidos à redução da Lp(a), incluindo oligonucleotídeos antisense e terapias baseadas em siRNA (pelacarsen, olpasiran e lepodisiran), têm demonstrado reduções substanciais dos seus níveis em ensaios clínicos.

Permanece ainda por esclarecer se a redução da Lp(a) se traduz numa diminuição do risco de eventos cardiovasculares ateroscleróticos (ou da progressão da estenose valvular aórtica) e qual o grau de redução necessário para alcançar esses benefícios clínicos. Outras abordagens emergentes, como os inibidores antisense da apoC-III e os agentes dirigidos à angiotensina-*like* 3 (ANGPTL3), mostram potencial para reduzir triglicéridos e outras lipoproteínas aterogénicas, podendo vir a constituir opções terapêuticas adjuvantes em subgrupos selecionados de doentes.

Em conclusão, a abordagem contemporânea da dislipidemia reflete uma evolução clara para estratégias mais precoces, intensivas e personalizadas, sustentadas por uma estratificação de risco cada vez mais refinada. A combinação racional de terapêuticas com eficácia comprovada e o surgimento de fármacos inovadores, dirigidos a vias metabólicas específicas, permitem não só um controlo mais rigoroso do LDL-c mas também uma intervenção dirigida ao risco cardiovascular residual.



Técnicas de medição no controlo da HTA: das *guidelines* à prática diária



Andreia M. Teixeira
Assistente hospitalar de Medicina Interna, ULS de Entre Douro e Vouga

A procura pelo conhecimento e entendimento da pressão arterial (PA) e o seu efeito cardiovascular iniciou-se em meados do século XVIII. Desde então que se aperfeiçoam os dispositivos de medição da PA que, com o desenvolvimento tecnológico, ficaram mais acessíveis para uso não só no consultório médico, mas também em ambulatório.

À luz das recomendações atuais, as técnicas de medição da PA englobam a sua medição no consultório, a monitorização em ambulatório (MAPA) e a automedicação (AMPA).

A medição em consultório é fundamental para o rastreio e diagnóstico inicial e deve seguir protocolos padrão, em que o paciente deve estar sentado com pés apoiados no chão e costas suportadas, em repouso por 3-5 minutos, sem falar, com braço apoiado ao nível do coração, utilizando manguito adequado que envolva 75-100% da circunferência do braço. Para o diagnóstico são necessárias pelo menos duas medições por consulta, em pelo menos duas visitas.

A AMPA é fortemente recomendada para monitorização e ajuste terapêutico, utilizando dispositivos automáticos validados, com avaliação de duas medições, pela manhã e à noite, por pelo menos três dias, mas preferencialmente sete, para o cálculo da média. A AMPA melhora significativamente o controlo da PA, particularmente quando

combinada com intervenções de suporte. A titulação da medicação anti-hipertensora baseada na AMPA resulta em melhor controlo do que a baseada apenas na PA do consultório.

A MAPA é considerada o melhor método para o diagnóstico da HTA, especialmente para identificar hipertensão de bata branca e mascarada, avaliar variabilidade circadiana e pressão noturna, traçando fenótipos específicos da HTA.

Todas estas técnicas são complementares umas das outras, com as diretrizes atuais a reforçarem que o diagnóstico e controlo da HTA deve basear-se em múltiplas medições ao longo do tempo, preferencialmente combinando medições no consultório e fora do consultório, através de MAPA ou AMPA, para decisões clínicas mais precisas e personalizadas. Para tal, devem ser utilizados exclusivamente dispositivos validados, listados em bases como a *STRIDE BP*.

Mas se, por um lado, este fácil acesso a dispositivos de medição cons-

titui uma vantagem no envolvimento do paciente, ao mesmo tempo, constitui um desafio, pois, o diagnóstico e gestão da HTA está dependente de uma correta medição da PA, já que

Uma medição errada ou a utilização indevida de dispositivos não validados podem condicionar o correto diagnóstico, com impacto na estratificação do risco cardiovascular e no tratamento e ainda investigação indevida.

uma medição errada ou a utilização indevida de dispositivos não validados podem condicionar o correto diagnóstico, com impacto na estratificação do risco cardiovascular e no tratamento e ainda investigação indevida. Assim, a implementação destas técnicas requer treino dos profissionais, mesmo quando se utilizam dispositivos automáticos, o uso de aparelhos validados e a educação dos pacientes sobre a técnica correta.

O futuro das técnicas de medição no controlo da HTA será marcado pela integração de métodos tradicionais validados associados a medidas digitais, como telemonitorização, educação remota com suporte à decisão clínica, para uma maior adesão e controlo da PA. Apesar de dispositivos *cuffless* e *smartwatches* ainda não estarem recomendados pelas sociedades científicas, é entusiasmante que, ao fim de mais de 300 anos, ainda continue a procura pela otimização de dispositivos, de forma a garantir um maior envolvimento do paciente no diagnóstico e monitorização da HTA.

O risco cardiovascular associado ao cancro



Alípio Araújo
Coord. da Medicina Interna, Centro Clínico Champalimaud. Presid. Conselho Fiscal da SPH

O aumento da sobrevivência dos doentes oncológicos nas últimas décadas representa uma das maiores conquistas da medicina moderna. No entanto, este sucesso trouxe novos desafios clínicos, entre os quais se destaca o risco cardiovascular associado ao cancro e aos seus tratamentos. Da mesma forma, sabemos que muitos dos fatores de risco são comuns aos doentes oncológicos e aos que têm doença cardiovascular.

Os doentes com cancro apresentam um perfil de risco cardiovascular muitas vezes elevado, na lógica e no princípio de que a doença oncológica e a doença cardiovascular se apresentam com riscos partilhados. Fatores como a idade avançada, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e a diabetes são comuns tanto nas doenças cardiovasculares como em vários tipos de neoplasias.

Para além disso, a própria biologia do cancro pode promover um estado inflamatório e protrombótico, aumentando a probabilidade de eventos como o tromboembolismo, o enfarte agudo do miocárdio ou o acidente vascular cerebral.

Mas, apesar deste chão comum, as terapêuticas oncológicas *per si* podem potenciar um risco cardiovascular acrescido. Fármacos amplamente utilizados, como as antraciclinas, estão associados a cardiotoxicidade dose-dependente, podendo causar disfunção ventricular esquerda e insuficiência cardíaca.

Os agentes anti-HER2, como o trastuzumab, também podem comprometer a função cardíaca, sobretudo quando administrados após

antraciclinas. Mais recentemente, terapêuticas-alvo e a imunoterapia vieram acrescentar novas preocupações, incluindo hipertensão arterial, arritmias, miocardite e fenómenos trombóticos.

Por sua vez, a radioterapia utilizada para tratar doentes com linfoma ou cancro da mama levanta questões importantes relacionadas com o seu impacto na doença cardiovascular. Alguns anos após a exposição, podem surgir doença coronária, valvulopatias, pericardite ou fibrose miocárdica. Este risco tardio reforça a importância de uma vigilância prolongada, mesmo após a remissão oncológica, uma vez que estas alterações irão surgir num horizonte temporal mais alargado.

É neste cenário que a estratificação do risco cardiovascular antes do início dos tratamentos se torna uma etapa fundamental. A avaliação clínica detalhada, complementada por exames como ecocardiograma e biomarcadores, permite identificar doentes mais vulneráveis e adaptar estratégias terapêuticas. Em alguns casos, a introdução precoce de cardioprotetores, como inibidores da enzima

de conversão da angiotensina ou beta-bloqueadores, pode reduzir a probabilidade de lesão cardíaca, e nalguns casos pode até ser necessária uma redução da dose dos tratamentos antineoplásicos.

A preparação do doente oncológico para os tratamentos é importante, mas a sua monitorização ao longo dos mesmos é ainda mais determinante no impacto cardiovascular dessas terapêuticas. As recomendações da ESC são muito úteis neste sentido e proporcionam uma abordagem prática a estes doentes.

Para além da preparação, a monitorização ao longo dos tratamentos torna-se também essencial. A deteção precoce de alterações subclínicas possibilita intervenções atempadas e, muitas vezes, reversíveis. Este acompanhamento exige uma colaboração estreita entre médicos não oncologistas, oncologistas, cardiologistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde — um verdadeiro modelo de cuidado multidisciplinar.

Para além da abordagem farmacológica, a modificação do estilo de vida desempenha um papel crucial.

Promover atividade física adaptada, ter uma alimentação equilibrada e a cessação tabágica não só contribuem para a saúde cardiovascular como podem melhorar a tolerância aos tratamentos e a qualidade de vida.

O controlo da doença neoplásica não deve ser alcançado à custa da saúde cardiovascular.

Nos dias de hoje, o controlo da doença neoplásica não deve ser alcançado à custa da saúde cardiovascular e é nesse princípio de alerta que devemos pautar a nossa conduta, para que os doentes oncológicos vivam mais, mais tempo e com tempo de qualidade.

A gestão da ansiedade e da depressão no hipertenso



Daniel Rodrigues Machado
Assistente hospitalar de Psiquiatria, ULS de Braga

A depressão e a ansiedade, frequentemente comórbidas entre si, são duas das perturbações mentais mais prevalentes, com um impacto pessoal, social e de saúde pública muito significativo em todo o mundo. De facto, segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão é nos nossos dias o terceiro fator com maior impacto negativo à

saúde, prevendo-se que poderá ocupar o primeiro lugar em 2030.

A comorbidade entre a diade depressão-ansiedade e a doença hipertensiva encontra-se também bem estabelecida. Por exemplo, sabe-se que existe uma maior prevalência de depressão entre os doentes diagnosticados com hipertensão arterial e que esta parece contribuir para o agravamento da perturbação depressiva e ansiosa. A coocorrência das duas patologias associa-se a uma menor qualidade de vida e a maior mortalidade.

Apesar da sobreposição frequente e aparente associação bidirecional entre as perturbações do foro ansioso-depressivo e da HTA, os mecanismos e as vias patofisiológicas que interligam ambas as patologias não se encontram totalmente esclarecidas. Na verdade, considera-se que os fatores etiológicos vão muito para além de uma mera disfunção do sistema neuroendócrino e envolvem fatores genéticos, ambientais, psicológicos e até comportamentais e sociais, o que, se, por um lado, oferece um vis-

lumbre do colorido patofisiológico do triângulo ansiedade-depressão-hipertensão, por outro, coloca um desafio clínico complexo e que obriga a uma abordagem multidisciplinar do problema.

A comorbidade entre a diade depressão-ansiedade e a doença hipertensiva encontra-se bem estabelecida.

Uma vez que a dinâmica ansiedade-depressão-hipertensão se alicerça na intersecção de vários sistemas fisiológicos, psicológicos e mentais, não é raro que nos tenhamos de socorrer do apoio de várias especia-

lidades médicas para um tratamento adequado.

Aqui, não importa apenas o tratamento das patologias de base mas também tratar os problemas de saúde que surgem recorrentemente associados, tais como, por exemplo, as dissónias, com destaque para a insónia e a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS); o excesso de peso e obesidade, e a DPOC, entre muitos outros. Naturalmente, não podemos esquecer os próprios hábitos e o contexto de vida, como o sedentarismo, o consumo de tóxicos e a qualidade da dieta, mas também a exposição à poluição, a precariedade social e laboral e o envelhecimento.

Perante a rede intrincada dos problemas descritos, é essencial que se procure uma abordagem precisa, mas com uma visão de largo espectro, de modo a tratar cada um dos problemas de forma eficaz e sem esquecer os contributos de outras áreas da saúde.

Por fim, e no que concerne à saúde mental, é essencial que se tome

Não importa apenas o tratamento das patologias de base mas também tratar os problemas de saúde que surgem recorrentemente associados.

consciência do problema nas suas várias ramificações, o que deve incluir uma optimização da medicação antidepressiva para menorizar o seu impacto cardiovascular, um correto tratamento do sono, uma exploração do consumo de tóxicos e uma imprescindível articulação com outras áreas da Saúde.



Luís Nogueira Silva
Internista, Grupo de HTA, Serviço de MI da ULS de São João. RISE-Health, FMUL

A evidência científica demonstra de forma robusta que existe uma associação entre o aumento da pressão arterial (PA), tanto sistólica (PAS) como diastólica (PAD), e a ocorrência de eventos cardiovasculares (CV), mesmo a partir de valores considerados normais. Contudo, importa salientar que, para funda-

mentar decisões terapêuticas, não basta demonstrar a associação entre um determinado valor de PA e o risco CV, é também necessário demonstrar que o tratamento faz baixar a probabilidade de eventos CV.

A correlação entre a PAD e a PAS é forte, pelo que é provável que a elevação da PAD se acompanhe de elevação da PAS. Assim, o fenótipo de hipertensão (HTA) diastólica isolada é relativamente raro (afeta cerca de 2 a 10% da população), quando tendo em conta a definição das sociedades europeias de Hipertensão e de Cardiologia (PAS < 140 e PAD > 90 mmHg) — mais conservadora do que as *guidelines* americanas.

Ocorre principalmente em indivíduos jovens, mas associa-se a outros fatores de risco CV (FRCV), como a obesidade. Assim, este fenótipo verifica-se frequentemente em indivíduos que têm um baixo risco CV absoluto, mas com comorbilidades que o aumentam de forma independente da PA. Isto verifica-se em contraste

com o fenótipo de HTA sistólica isolada, que ocorre principalmente em indivíduos idosos e com maior risco CV absoluto.

Muitos dos ensaios clínicos mais antigos usaram a elevação da PAD como critério de inclusão — frequentemente valores em torno de 100 mmHg —, mas a maioria dos participantes tinha, na verdade, HTA sistó-diastólica. Desde então, tornou-se robusta a evidência do benefício do tratamento da HTA sistó-diastólica e da HTA sistólica isolada.

Contudo, nunca foi realizado um ensaio clínico especificamente em indivíduos com HTA diastólica isolada. Este ensaio seria difícil de executar pela raridade do fenótipo e porque, afetando tendencialmente jovens, seria necessário incluir um grande número de participantes, com tempo de *follow-up* longo para que ocorressem eventos CV suficientes.

Assim, a nunca parte da nossa compreensão das implicações do fenótipo de HTA diastólica isolada provém de estudos de coorte, alguns

É plausível que haja benefício em instituir tratamento em indivíduos com PAS < 140 mmHg e PAD > 90 mmHg, embora a evidência seja pouco consistente.

com muito longo seguimento e realizados em vários países do mundo, mas cujos resultados são contraditórios. A sua interpretação deve necessariamente ter em conta as diferentes definições de HTA diastólica isolada que foram usadas ao longo dos anos.

Acresce que se demonstrou que os indivíduos com HTA diastólica

isolada têm maior probabilidade de desenvolver posteriormente também HTA sistólica do que os normotensos. Assim, é difícil distinguir se o fenótipo de HTA diastólica isolada se associa à ocorrência de eventos por si ou pela subsequente elevação da PAS. Por fim, a ausência de randomização dos participantes nos estudos disponíveis traz um desequilíbrio entre normotensos e indivíduos com HTA diastólica isolada quanto às suas características e comorbilidades, que pode explicar parte da associação com a ocorrência de eventos CV.

Não esquecendo estas limitações, é plausível que haja benefício em instituir tratamento em indivíduos com PAS < 140 mmHg e PAD > 90 mmHg, embora a evidência seja pouco consistente. Quando ocorre em indivíduos jovens, com menor risco CV absoluto, o *number needed to treat* para evitar eventos CV será muito elevado, pelo que é de esperar que haja maior benefício de instituir tratamento em indivíduos de maior idade ou na presença de outros FRCV.



PARA QUEM, QUANDO E COMO?

Pesquisa de aterosclerose precoce: CAC, POCUS e Velocidade de Onda de Pulso



Telmo Coelho
Assistente hosp. de MI, coord. da Unidade de HTA e Risco Vascular, ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

Três ferramentas têm ganho destaque neste cenário. A Velocidade de Onda de Pulso (VOP ou PWV) permite avaliar a rigidez arterial, refletindo o envelhecimento vascular cumulativo. Valores elevados identificam pacientes com aterosclerose funcional precoce, mesmo na ausência de fatores de risco clinicamente evidentes.

O *Coronary Artery Calcium* (CAC) Score quantifica a carga de placa coronária calcificada e tem comprovado valor prognóstico independente. Pacientes com CAC elevado apresentam risco significativamente maior de eventos cardiovasculares e podem beneficiar de intensificação terapêutica.

Por fim, a ultrassonografia Point-of-Care (POCUS) das artérias carótidas e ileofemorais possibilita a deteção de placas subclínicas em tempo real, permitindo reclassificação de risco em consultório e ajustando decisões terapêuticas precocemente.

A integração destes instrumentos deve ser feita de forma criteriosa. Pacientes de risco moderado, com fatores de risco tradicionais ou história familiar de doença cardiovascular precoce, são candidatos ideais para avaliação avançada. A investigação pode ocorrer de forma pontual, para estratificação inicial, ou ser incorporada em seguimento clínico, para monitorização do envelhecimento arterial e evolução da aterosclerose subclínica. A abordagem baseada na tríade *Calculate – Personalize – Reassess* permite uma avaliação inicial pelo risco calculado, seguida de personalização com PWV, CAC e POCUS, e reavaliação contínua para ajustar a estratégia preventiva.

A deteção precoce de alterações arteriais e placas subclínicas tem impacto direto na decisão terapêutica: desde a intensificação de medidas não farmacológicas e farmacológicas até à definição de metas de pressão arterial e de perfil lipídico mais rigorosas. Ao identificar precocemente indivíduos com risco subestimado pelos scores convencionais, estas ferramentas contribuem para uma prevenção cardiovascular mais precisa, personalizada e potencialmente mais eficaz.

Urgência ou emergência hipertensiva



Francisca Abecasis
Especialista em MI, Consulta de Hipertensão – Hospital Garcia de Orta, ULS de Almada-Seixal. Secretária-geral da SPH

Falar da abordagem da elevação aguda da pressão arterial (PA) no 20.º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global mantém-se atual e necessário.

Dois estudos promovidos pela European Society of Hypertension, recentemente publicados, demonstram que mesmo nos centros de Excelência reconhecidos por esta Sociedade existe um distanciamento

entre as recomendações das *guidelines* e a prática da vida real.

Na avaliação de um doente com elevação aguda da PA, um dos aspetos fulcrais é diferenciar entre emergência hipertensiva, situação associada a elevada morbilidade e mortalidade, com disfunção de um ou mais sistemas de órgãos, e urgência hipertensiva, situação muito mais frequente, mas também mais “benigna” e que não se associa a disfunção aguda de órgão.

Para um célere diagnóstico diferencial, a pesquisa ativa de lesão de órgão deve ser orientada com base nos sintomas apresentados pelo doente, com posterior escolha criteriosa dos exames complementares de diagnóstico a realizar.

Outro ponto importante a destacar é a frequente sobrevalorização do risco associado às urgências hipertensivas, promovida pela sua própria denominação, que impele a uma abordagem brusca e intensiva, atitude largamente reconhecida como desadequada e que condiciona riscos superiores aos benefícios.

Por este motivo, vários autores sugerem alterar a denominação para hipertensão aguda assintomática.

Nestas situações, importa saber que até um terço dos doentes tem uma redução significativa da PA quando permanece 30 minutos em repouso. Devem ser valorizadas e adequadamente abordadas causas que promovam a elevação da PA, como o stress psicológico, a dor, a toma de estupefacientes ou a não-adesão à terapêutica crónica.

A redução da PA deve ser gradual, entre 24 e 72 horas, recorrendo a medicação de longa duração de ação, selecionada de forma personalizada, tendo em consideração as comorbilidades de cada doente. Apesar do baixo risco vascular a curto prazo associado à hipertensão aguda assintomática, deve ser preocupação do clínico garantir um adequado seguimento destes doentes a longo prazo.

Enquanto membros de uma sociedade científica, compete-nos contribuir para o melhor conhecimento destas distintas entidades clínicas, promover a disseminação das recomendações internacionais, proporcionar uma formação clínica contínua e fomentar a criação de estratégias de tratamento e seguimento adequadas, melhorando assim o prognóstico destes doentes e reduzindo a pressão sobre os sistemas de saúde.

COMO COMPETÊNCIA CLÍNICA ESSENCIAL NA GESTÃO DO DOENTE COM RISCO CARDIOVASCULAR

Para além da prescrição: a comunicação médico-doente



Joana Silva Monteiro
Assist. graduada de MGF, USF Oceanos, ULS de Matosinhos. Docente convidada FMUP. Coord. *workshop* “Comunicação médico-doente com o doente de risco cardiovascular”

sar da existência de recomendações clínicas claras e de terapêuticas farmacológicas eficazes, o controlo adequado da pressão arterial e do risco cardiovascular global permanece aquém do desejável em contexto real de prática clínica, tal como tem sido reiteradamente demonstrado em estudos europeus de monitorização da HTA.

Este desfasamento entre a evidência científica e os resultados clínicos não pode ser explicado apenas por fatores biológicos ou terapêuticos. Os estudos demonstram, de forma consistente, que a qualidade da comunicação médico-doente desempenha um papel determinante na adesão terapêutica, na perceção individual de risco e na capacidade de implementar mudanças sustentadas nos estilos de vida — aspetos que são centrais na gestão do doente hipertenso e de risco cardiovascular elevado.

A consulta do doente hipertenso apresenta desafios comunicacionais próprios, por frequentemente se tratar de uma doença assintomática, crónica

e com uma mensagem orientada à prevenção de eventos futuros, o que dificulta a compreensão do benefício do tratamento por parte do doente. Neste sentido, abordagens centradas exclusivamente na transmissão de informação ou na prescrição, sem exploração das crenças, expectativas e valores, revelam-se insuficientes para promover o envolvimento ativo do doente e o seu compromisso terapêutico.

As recomendações internacionais mais recentes sobre prevenção cardiovascular sublinham a importância da decisão partilhada e da comunicação centrada na pessoa como componentes estruturais da consulta. Estratégias como a escuta ativa, a adaptação da linguagem ao nível de literacia em saúde, o uso de exemplos concretos para comunicar risco e a negociação de objetivos realistas permitem transformar a consulta num espaço colaborativo, facilitando a mudança comportamental e a adesão ao plano.

Contudo, este reconhecimento conceptual contrasta com a realidade

HTA no idoso – desprescrição de terapêutica



Manuel Viana
Médico de família com a competência de Geriatria pela Ordem dos Médicos, USF São João do Porto, ULS de Santo António

Abordagem diagnóstica e terapêutica da hipertensão arterial nas pessoas muito idosas com 80 ou mais anos e frágeis constitui um desafio. A associação entre a TA e o risco cardiovascular mantém-se em geral até a idade avançada, mas perde-se ou até se inverte nos idosos frágeis. Nestes, a existência de comorbilidades pode levar à progressiva diminuição da

TA, tornando-se a TA elevada um marcador de boa saúde.

As alterações estruturais e funcionais da parede arterial e do endotélio condicionam a diminuição das suas propriedades elásticas e a progressiva rigidez arterial, com desregulação da homeostasia da TA e consequente aumento da sua variabilidade. A hipotensão ortostática é a expressão mais comum desta variabilidade e fator de risco de quedas, morbilidade e mortalidade cardiovascular e total.

Os doentes frágeis estão sub-representados ou foram excluídos dos ensaios clínicos, tais como o HYVET e o SPRINT, daí que a aplicação das *guidelines* pode ser impraticável, irrelevante, ou até deletéria, nos indivíduos frágeis ou com multimorbilidades.

Nestes doentes, os objetivos principais dos tratamentos mudam muitas vezes da prevenção da mortalidade e da morbilidade para a manutenção da independência funcional física e cognitiva, da autonomia e da qualidade de vida, porque têm maior risco de danos induzidos por medicamentos e podem não ter vida útil suficiente para beneficiar de medicamentos preventivos, sendo candidatos a desprescrição.

O “grupo ≥ 80” apresenta grande heterogeneidade funcional, com uma percentagem substancial de indivíduos frágeis/dependentes. Deve ser feita uma avaliação inicial do estado funcional / nível de fragilidade.

Esta deve ser feita de forma sistemática e proativa, com monitorização adequada e desmame lento, para evitar reações de retirada e retorno dos sinais e sintomas, com reinício dos medicamentos, se necessário. Pela primeira vez, as *guidelines* da

ESH de 2023 abordam a HTA no idoso em dois grupos: entre os 65 e os 79 anos de idade e os ≥ 80 anos. O “grupo ≥ 80” apresenta uma grande heterogeneidade funcional, com uma percentagem substancial de indivíduos frágeis/dependentes. Deve ser feita uma avaliação inicial do estado funcional / nível de fragilidade. Os mais frágeis e dependentes devem ser tratados de uma forma individualizada, privilegiando o alívio de sintomas e a qualidade de vida.

A redução do tratamento anti-hipertensor (desprescrição) pode/deve ser considerada em pacientes idosos com uma TAS < 120 mmHg ou na presença de hipotensão ortostática severa ou de um nível de fragilidade elevado.

James Sheppard propôs um guia prático de desprescrição anti-hipertensiva que inclui 5 etapas: seleção dos doentes em risco de eventos adversos, avaliação da TA, identificação dos fármacos a desprescrever, retirada gradual e monitorização.

Em relação à evidência científica dos riscos/benefícios da desprescrição da medicação anti-hipertensiva, uma revisão da Cochrane de 2025 concluiu que a descontinuação dos

anti-hipertensores pode resultar em pouca ou nenhuma diferença na mortalidade, hospitalização e acidente vascular cerebral. A certeza das evidências foi baixa, principalmente devido a estudos pequenos e baixas taxas de eventos. São necessários mais e melhores estudos nestas populações mais frágeis.

Aguardava-se com expectativa a publicação do estudo RETREAT-FRAIL, que incluiu idosos institucionalizados > 80 anos, com mais do que um anti-hipertensor e TAS < 130 mmHg. Ao contrário do esperado, uma estratégia de desprescrição vs cuidados usuais não mostrou redução da mortalidade por todas as causas, mas também não houve aumento dos riscos, o que, só por si, é uma vantagem, pela redução do número de fármacos, do risco de reações adversas, de interações medicamentosas e dos custos.

Os estudos e as *guidelines* focam-se habitualmente em como e quando a medicação anti-hipertensiva deve ser iniciada e não como e quando reduzir ou parar — deve haver igual ênfase na prescrição e desprescrição —, duas faces da mesma “moeda”: a Prescrição Racional.

Dislipidemia: onde estamos e terapêuticas no horizonte



Rodrigo Leão
Internista, ULS de São José. Especialista em Hipertensão Clínica pela ESH. Prof. na NOVA Medical School. Vice-pres. Sul da SPA. Secret.-geral do NEPRV-SPMI

sobretudo em contexto de alto e muito alto risco, permanece fora dos alvos lipídicos recomendados, mantendo-se um risco residual considerável.

A abordagem contemporânea da dislipidemia baseia-se numa avaliação global do risco cardiovascular e numa definição cada vez mais exigente dos objetivos terapêuticos, com metas progressivamente mais baixas para o colesterol LDL. Para além deste parâmetro central, assume crescente relevância a quantificação da apolipoproteína B, do colesterol remanescente, dos triglicéridos e da lipoproteína(a), bem como a consideração de modificadores de risco como a inflamação crónica e os achados obtidos por técnicas de imagem vascular.

Estes elementos contribuem para uma estratificação mais precisa e para decisões terapêuticas mais precoces e intensivas, particularmente após síndromes coronárias agudas, onde se impõe uma estratégia de combinação desde fases iniciais.

O arsenal terapêutico atualmente disponível inclui estatinas de alta intensidade como base do tratamento, frequentemente em associação com

ezetimiba, ácido bempedoico e inibidores da PCSK9. Estas combinações permitem alcançar reduções substanciais do colesterol LDL e uma elevada taxa de atingimento dos objetivos terapêuticos em doentes de elevado risco.

O futuro da terapêutica hipolipemiante é particularmente entusiasmante, com o desenvolvimento de novas abordagens dirigidas à lipoproteína(a).

O futuro da terapêutica hipolipemiante é particularmente entusiasmante, com o desenvolvimento

de novas abordagens dirigidas à lipoproteína(a) capazes de reduções profundas e sustentadas deste fator de risco geneticamente determinado.

Paralelamente, emergem novos moduladores do metabolismo lipídico, estratégias de silenciamento genético e técnicas de edição genética, incluindo terapias baseadas em siRNA e oligonucleótidos antisense de ação prolongada, apontando para intervenções de longa duração e altamente eficazes. Estas inovações abrem perspectivas para uma prevenção cardiovascular mais personalizada, baseada no perfil biológico individual e numa intervenção precoce ao longo da vida.

Em conjunto, a evolução recente da terapêutica da dislipidemia aponta para um modelo de tratamento mais agressivo, precoce e individualizado, sustentado por novas classes farmacológicas e por uma melhor compreensão dos determinantes do risco cardiovascular, com o objetivo de reduzir de forma mais eficaz a incidência de eventos cardiovasculares futuros.



A gestão da hipertensão na gravidez: novidades 2025



Vitória Cunha

Assist. graduada em MI, H. Garcia de Orta, ULS de Almada-Seixal. Secretária da Assembleia-Geral da SPH

A hipertensão arterial (HTA) continua a ter impacto na morbimortalidade materna e perinatal, complicando cerca de 10% das gestações, e, como tal, é fundamental a boa gestão da mãe e futuro bebé desde o primeiro momento. Em 2025, surgiram algumas publicações nesta área que, apesar de não terem trazido novidades pro-

priamente ditas, vieram dar ênfase a vários aspetos que se têm afirmado na gestão da HTA no seu global na população adulta e podem ter impacto prático relevante na abordagem nas diferentes fases da gravidez e puerpério.

Um dos aspetos a salientar é o foco crescente na estratificação de risco, que se recomenda ser feita cada vez mais precocemente do ponto de vista cardiovascular e obstétrico. Os eventos obstétricos prévios já eram considerados fator de risco futuro, mas o conceito de *pregnancy heart team* ganha força e a abordagem precoce também, sendo novamente reforçado o peso dos eventos gestacionais no risco cardiovascular futuro de ambos – mãe e bebé –, bem como em alterações cognitivas e neuro-estruturais.

Os alvos de pressão arterial (PA) não mudaram, mas parece haver mais consenso não só nos valores mas também na precocidade e “agressividade” do tratamento, com monitorização e persistência no

Os eventos obstétricos prévios já eram considerados fator de risco futuro, mas o conceito de pregnancy heart team ganha força e a abordagem precoce também.

controlo, e identificação de padrões de PA prévios que possam sinalizar maior risco. Há também fundamentação mais estrutura relativamente à introdução da aspirina, nomeadamente nos critérios, dose e *timing* de terapêutica. A reorganização das síndromes hipertensivas vem também mais clara, mantendo os conceitos e

valorizando essencialmente a distinção entre HTA crónica, HTA gestacional e pré-eclâmpsia.

Relativamente ao tratamento farmacológico, há mais precisão e algoritmos, em especial para a HTA grave, mas os pilares continuam a ser a nifedipina, a metildopa e os betabloqueadores; o sulfato de magnésio mantém o papel chave na prevenção e tratamento da eclâmpsia.

A vigilância e a monitorização ganham protagonismo, reforçando-se a importância da técnica adequada da medição da PA, a valorização da automedição da PA (AMPA), o recurso à telemonitorização e novas tecnologias, e o seguimento médico com estudo complementar sempre que relevante. Surgem também publicações a sugerir pacotes de serviços no âmbito da literacia e seguimento pós-parto para minorar complicações e risco CV.

Apesar de 2025 não trazer mudanças de paradigma na gestão da HTA na gravidez, é sublinhado o papel importante do rastreio precoce e estratificação de risco, da

prevenção dirigida, do acompanhamento mais rigoroso com alvos terapêuticos definidos e com equipas multidisciplinares dedicadas, e o

Surgem também publicações a sugerir pacotes de serviços no âmbito da literacia e seguimento pós-parto para minorar complicações e risco CV.

acompanhamento mantido a longo prazo – com vista não só à abordagem no período gestacional mas também no puerpério e no futuro da mãe e bebé.

Estratificação e tratamento do risco cardiovascular na mulher em idade fértil



Diana Ferrão

Internista, Serviço de MI da ULS de São João

As diferenças de género na medicina cardiovascular são reconhecidas desde os anos 1940, mas durante várias décadas a

evidência foi escassa, não só por um menor número de eventos cardiovasculares nas mulheres (em parte atribuídos a comportamentos e esperanças média de vida) mas também por receios relacionados com teratogenicidade, que limitaram inicialmente a inclusão feminina em ensaios clínicos. Nos anos 1990 surgiram os pri-

meiros grandes estudos a olhar para estas diferenças que, desde então, têm sido extensivamente exploradas e passaram a ser largamente reconhecidas.

Centrando esta discussão na hipertensão arterial (HTA), é sabido que, desde a adolescência, o comportamento da pressão arterial (PA) difere entre sexos. Em fases mais precoces da vida adulta, os homens tendem a apresentar valores mais elevados. Já nas mulheres observa-se um aumento mais expressivo após a menopausa, sugerindo um papel determinante das alterações hormonais. Estas variações ao longo do ciclo de vida reforçam a importância de considerar o contexto etário e hormonal na avaliação do risco.

Do ponto de vista fisiopatológico, as diferenças são múltiplas. Fatores anatómicos, como a dimensão cardíaca e vascular, e fatores hormonais, como a ação da testosterona e do estrogénio, influenciam a regulação da PA. Enquanto alguns mecanismos favorecem maior vasoconstrição e retenção de sódio, outros promovem vasodilatação e maior eliminação de sal. A

transição menopáusica representa um momento-chave, marcado pela perda progressiva de proteção hormonal.

Além da biologia, o género – entendido como construção social – desempenha também um papel relevante. Padrões de comportamento, estilos de vida, adesão à terapêutica, carga de stress psicossocial e acesso aos cuidados de saúde contribuem para diferenças no controlo da doença. A HTA não é apenas uma questão de números, mas também de contexto social e psicológico.

No diagnóstico, há fenótipos distintos a considerar. Certos fenótipos de HTA são mais frequentes num sexo do que no outro, e nas mulheres a PA pode variar de acordo com fases do ciclo menstrual. Também na lesão de órgão mediada pela hipertensão (LOMH) se observam particularidades, quer ao nível cardíaco, quer renal, com implicações prognósticas relevantes. Para além disso, para valores idênticos de PA, parece existir um impacto diferencial no risco cardiovascular.

Estudos sugerem que valores semelhantes de PA podem traduzir-se

Estudos sugerem que valores semelhantes de PA podem traduzir-se em níveis de risco distintos entre homens e mulheres.

em níveis de risco distintos entre homens e mulheres, levantando questões sobre a adequação de limiares uniformes para todos.

Em termos terapêuticos, as principais classes de anti-hipertensores demonstram eficácia global semelhante em ambos os sexos. Contudo, existem nuances clínicas importantes, nomeadamente, diferenças na frequência de efeitos adversos,

na resposta a intervenções não farmacológicas e na necessidade de precauções específicas em idade fértil. Algumas situações particulares devem ser destacadas, como o impacto da terapêutica hormonal de substituição, dos contraceptivos orais e da terapêutica hormonal afirmativa de género, áreas onde a evidência permanece limitada e, por vezes, contraditória.

Apesar dos avanços, persistem lacunas significativas no conhecimento científico. As mulheres continuam sub-representadas em vários ensaios clínicos e a análise de resultados estratificada por sexo nem sempre é realizada de forma consistente. A integração sistemática de variáveis hormonais nos estudos continua a ser um desafio.

Em conclusão, é de importância primordial compreender as diferenças entre sexo e género, um passo essencial para uma medicina mais precisa e equitativa. Reconhecer estas particularidades permitirá otimizar estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento, contribuindo para melhores resultados em todos os doentes com HTA.

Controlar a doença reumatológica: uma importante estratégia de prevenção cardiovascular



Ana Tornada

Internista, ULS de Santa Maria. FMUL. Secretária do Conselho Fiscal da SPH

A população com doenças reumatológicas inflamatórias apresenta um risco de doença cardiovascular (CV) aterosclerótica superior à população em geral, que nos doentes com artrite reumatóide (AR) ou lúpus eritematoso sistémico (LES) corresponde a um risco de eventos 1.5-3x superior, resultando de mecanismos fisiopatológicos partilhados.

Existem vários mecanismos envolvidos, particularmente a inflamação sistémica crónica, que promove a disfunção endotelial e a produção de citocinas pró-inflamatórias, que resultam na ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, acelerando a rigidez arterial e o envelhecimento vascular precoce.

Nalgumas condições específicas, como na síndrome antifosfolípido, também o estado pró-trombótico contribui para o aumento do risco CV, mas, em geral, nesta população com doença reumatológica, existe uma maior prevalência de fatores de risco tradicionais (sedentarismo, tabagismo, dislipidemia, resistência à insulina) e, habitualmente, está sujeita a efeitos adversos de alguns fármacos, por períodos prolongados, como é o caso dos corticosteróides, mas também dos anti-inflamatórios não-esteróides.

Nesta sessão promovida pelo NISPH, foi abordada de forma prática a avaliação do risco cardiovascular no doente reumatológico, recorrendo a escalas de avaliação tradicionais e à aplicação de fator de correção do

O reconhecimento de que a inflamação é o elo comum entre as doenças reumatológicas e a aterosclerose tem estimulado a investigação de alternativas terapêuticas que simultaneamente controlam a doença de base e reduzem o risco CV.

risco na presença de critérios específicos relativos à evolução e características da AR, tal como proposto pela

EULAR (European League Against Rheumatism).

O recurso à utilização da imagem para estratificação adicional do risco CV é, atualmente, mais uma ferramenta útil em casos selecionados, permitindo identificar os doentes com risco elevado que beneficiam de intervenções mais agressivas. A presença de aterosclerose subclínica reclassifica muitos doentes de risco intermédio para alto risco, justificando alvos terapêuticos mais rigorosos no controlo da HTA e da dislipidemia.

No doente reumatológico, é recomendada uma avaliação periódica de risco cardiovascular, revisitada nesta sessão, e uma estratégia assertiva no controlo da doença reumatológica, com evidente benefício na redução da inflamação e consequente redução do risco CV.

As recomendações atuais versam estratégias farmacológicas e não farmacológicas para a redução da carga aterosclerótica e tratamento das comorbilidades no doente reumatológico, transcendendo a simples prescrição de medicamentos mo-

dificadores do risco cardiovascular, introduzindo terapêuticas biológicas direcionadas à inflamação vascular. O reconhecimento de que a inflamação é o elo comum entre as doenças reumatológicas e a aterosclerose tem estimulado a investigação de alternativas terapêuticas que simultaneamente controlam a doença de base e reduzem o risco CV.

A ênfase da abordagem do doente com doença inflamatória sistémica assenta na otimização do tratamento da doença inflamatória, com o intuito de atingir a remissão ou baixa atividade da doença, por forma a reduzir de forma significativa os eventos cardiovasculares, independentemente das intervenções dirigidas aos fatores de risco tradicionais, constituindo, por si só, uma intervenção cardiovascular fundamental.

No entanto, só a abordagem integrada destes doentes, com uma vigilância estruturada das lesões de órgão alvo, idealmente ainda numa fase subclínica, poderá ter um impacto significativo na redução do seu risco cardiovascular.



Tiago Gregório

Assist. hospitalar graduado de MI na Unidade de AVC da ULS de Gaia e Espinho. Coord. do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da SPMI

As emergências hipertensivas são definidas pela coexistência de uma elevação crítica da pressão arterial (PA) e lesão aguda de órgão-alvo. Embora as diretrizes internacionais estabeleçam frequentemente o limiar de pressão de 180/120

mmHg como referência diagnóstica, a prática clínica demonstra que estes números são meramente indicativos. A suscetibilidade individual à lesão vascular aguda varia significativamente, sendo que pacientes previamente normotensos podem desenvolver lesões graves com níveis tensionais modestos, enquanto hipertensos crónicos podem tolerar valores mais elevados devido a mecanismos adaptativos de autorregulação.

O atingimento cerebral é um dos pilares mais frequentes e desafiadores da emergência hipertensiva. Encefalopatia hipertensiva, hemorragia intracerebral (HIC) e AVC isquémico constituem as três entidades mais frequentes na prática clínica, onde a gestão tensional é simultaneamente a principal arma terapêutica e uma fonte de grande incerteza. Se, por um lado, a hipertensão extrema agrava a lesão cerebral, por outro, a redução

perfusão em áreas de penumbra, resultando também em danos irreversíveis, com impacto profundo na qualidade de vida.

Encefalopatia hipertensiva, HIC e AVC isquémico constituem as três entidades mais frequentes na prática clínica, onde a gestão tensional é a principal arma terapêutica e uma fonte de grande incerteza.

No cenário da HIC, a evidência consolidada por ensaios clínicos robustos reforça a segurança e eficácia da redução da PA sistólica (PAS) para valores inferiores a 140 mmHg nas primeiras horas após o início dos sintomas, sendo que valores alvo mais baixos podem revelar-se prejudiciais. Já na encefalopatia hipertensiva, o paradigma mantém-se na redução progressiva e estritamente controlada da PA, consubstanciado por décadas de prática clínica.

Atualmente, a maior fronteira de debate reside no AVC isquémico. Embora dados observacionais em doentes revascularizados sugiram que alvos tensionais mais baixos se associam a melhores resultados, esta premissa não foi corroborada em ensaios clínicos randomizados. Pelo contrário, a redução da PAS para valores inferiores a 120 mmHg demonstrou potencial prejudicial. A principal crítica a estes estudos é a adoção de uma estratégia rígida – o modelo *one size fits all* –, que ignora a heterogeneidade hemo-

dinâmica entre doentes.

Inspirando-se na abordagem da hemorragia cerebral traumática, um estudo recente em doentes submetidos a tromnectomia mecânica utilizou métodos não invasivos para identificar os limites superiores e inferiores de autorregulação. Ficou demonstrado nesse estudo que valores tensionais fora desta “janela de segurança” personalizada estão associados a um pior prognóstico, com maior incidência de transformação hemorrágica acima do limite superior e expansão das áreas de enfarte por hipoperfusão abaixo do limite inferior.

O futuro da gestão da hipertensão arterial na fase aguda do AVC isquémico, particularmente nos doentes submetidos a tratamento de reperusão, irá assim, provavelmente, transitar da meta numérica universal para uma abordagem de precisão, onde a monitorização da autorregulação cerebral dita o alvo tensional ideal para cada doente.



32^o Congresso Nacional de **MEDICINA INTERNA**

*Do Algarve para o Futuro
Inovação em Medicina Interna*

21 a 23 maio 2026

Centro de Congressos de Lagoa

Imagem: Ad Médic

Organização



SPMI
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna

Apoio



Lagoa DO
ALGARVE

Secretariado

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS