

O que muda na prática e nas teorias, uma vez por semana

Entram só os itens com efeito sobre o que fazemos amanhã ou sobre a forma de ler o caso. Cada item indica o nível de evidência e o que fica por decidir.

Neste boletim — A Mudar já · B No radar · C O que isto move nos projectos · D Decisões que ficam em aberto

A Mudar já

Seis itens com efeito directo sobre a prática esta semana.

1 GLP-1 RA nos transtornos alimentares: o que muda no rastreio

JAMA Psychiatry · Raevuori A et al.; Peiper NC, Zibbell JE, Levinson CA · 21 Out 2026

Em 21-10-2026 a JAMA Psychiatry publicou quatro peças sobre o mesmo tema: três cartas com o título «Issues Regarding GLP-1 RA Use in Eating Disorders» (DOI 10.1001/jamapsychiatry.2026.3344, de Anu Raevuori, Universidade de Helsinki e Hospital Central de Helsinki; PMID 42905664; e os DOI 10.1001/jamapsychiatry.2026.3341 e 10.1001/jamapsychiatry.2026.3338) e uma resposta dos mesmos autores do estudo (10.1001/jamapsychiatry.2026.3347). Respondem ao estudo transversal de Peiper et al. (JAMA Psychiatry 2026;83(8):880-882; PMID 42340738; DOI 10.1001/jamahealthforum.2024.5018), cujo resumo — verificado no PubMed — avalia a prevalência de uso e de mau uso de agonistas do receptor GLP-1 em pessoas com transtornos alimentares nos EUA. O comunicado institucional do JAMA para esse estudo indica que a prevalência de uso ao longo da vida de GLP-1 RA é maior em pessoas com transtornos alimentares do que os 15% observados na população adulta geral, e que podem consumir GLP-1 RA de forma contraindicada para manter a psicopatologia alimentar por restrição rápida e perda de peso. Os argumentos das quatro cartas não foram verificados: sem resumo indexado e com texto embargado. Em sentido oposto, a revisão com orientação clínica (Psychiatr Clin North Am 2026;49(1):183-202; PMID 41708263) assinala que os dados disponíveis sugerem redução de peso e de sintomas de binge eating na perturbação de comer compulsivo, com preocupação de dano não intencional e de mau uso — o que impede de tratar o GLP-1 RA como contraindicado por princípio em todos os transtornos alimentares.

DECISÃO

Rastrear o comportamento alimentar antes de indicar um GLP-1: perguntar de forma explícita por restrição, por purga e por uso da perda de peso como mantenedor da psicopatologia. Rever explicitamente a relação com a comida e com o peso nos primeiros 3 meses. Não tratar o GLP-1 RA como contraindicado por princípio em todos os transtornos alimentares.

FONTE

Correspondência sem dados novos: três cartas e uma resposta, sem resumo indexado e com texto embargado. Os números (15% e uso contraindicado) vêm do comunicado institucional do JAMA, não do artigo. Em sentido oposto, revisão com orientação clínica (Psychiatr Clin North Am 2026;49(1):183-202).

MODERADO

doi:10.1001/jamapsychiatry.2026.3344

2 Psilocibina e marcadores de stress inflamatório e mitocondrial na doença de Parkinson

JAMA Psychiatry · Bradley ER et al. (UCSF; 20 autores) · 21 Out 2026

Carta de investigação da UCSF (20 autores, de Ellen R. Bradley a Aoife O'Donovan), publicada online em 21-10-2026 (PMID 42905733), que avalia a associação entre a terapia com psilocibina e a variação de marcadores sistémicos de inflamação e de stress mitocondrial em pessoas com doença de Parkinson e disfunção do humor. Os valores que circulam na cobertura clínica — índice pró-inflamatório com diferença média padronizada de $-0,72$ ($p = .003$) um dia após 10 mg, $-0,60$ ($p = .02$) um dia após 25 mg e $-0,62$ ($p = .047$) aos 30 dias da dose de 25 mg; GDF-15 $-0,65$ e $-0,54$ ($p = .048$) um dia após cada dose; FGF-21 sem alteração significativa — não foram verificados na fonte primária: o texto integral está embargado e o acesso à editora devolveu 403. Ao ensaio-piloto que serve de base — psilocibina na disfunção do humor na doença de Parkinson, ensaio aberto (Neuropsychopharmacology 2025;50(8):1200-1209; PMID 40205013; NCT04932434) — pertencem 12 participantes (idade média $63,2 \pm 8,2$ anos, 5 mulheres) com uma dose de 10 mg e outra de 25 mg acompanhadas de psicoterapia, sem eventos adversos graves, sem intervenção médica para gerir os efeitos e sem exacerbar a psicose. MDS-UPDRS parte I $-13,8 \pm 1,3$ ($p < .001$, $g = 3,0$), parte II $-7,5 \pm 0,9$ ($p < .001$, $g = 1,2$) e parte III $-4,6 \pm 1,3$ ($p = .001$, $g = 0,3$); MADRS de $21,0 \pm 8,7$ para $-9,3 \pm 2,7$ ($p = .001$, $g = 1,0$) e HAM-A de $17,0 \pm 3,7$ para $-3,8 \pm 1,7$ ($p = .031$, $g = 0,7$), mantidos até à avaliação de segurança um mês após a administração.

DECISÃO

Não muda a prescrição: a psilocibina não está disponível em Portugal para a disfunção do humor na doença de Parkinson e o desenho é aberto, sem grupo de controlo. Muda o que se responde com honestidade a um doente com Parkinson que pergunta por psicodélicos: há dados em seres humanos com doença neurodegenerativa, 12 participantes sem eventos adversos graves e sem exacerbar a psicose, e um sinal periférico de mecanismo. É informação de consentimento e de expectativas, não de indicação.

FONTE

Carta de investigação com ensaio clínico não randomizado, sem grupo de controlo, 9 participantes com amostras de plasma (12 no piloto) e correcção para múltiplas comparações. O texto integral da carta não foi obtido (403 da editora): os valores dos marcadores são de cobertura clínica e estão assinalados como não verificados na fonte primária.

MODERADO

doi:10.1001/jamapsychiatry.2026.2733

3 Substância branca na perturbação bipolar: parte do efeito é metabolismo e medicação

Psychological Medicine · ENIGMA Bipolar Disorders Consortium · Out 2026

Mega-análise de neuroimagem do grupo ENIGMA-BD, com difusão em tensor: 910 pessoas com perturbação bipolar e 1256 controlos saudáveis, de 16 centros. Os valores de anisotropia fraccional (FA), difusividade média (MD), axial (AD) e radial (RD) foram submetidos a análise de componentes principais sobre os tractos e a modelos de regressão mistos com variáveis clínicas. Um IMC mais alto associou-se a FA mais baixa e RD mais alta no primeiro componente; o diagnóstico de perturbação bipolar a MD mais alta; e o tratamento com antiepilépticos a FA mais baixa e MD e RD mais altas. FA e MD correlacionam-se apenas fracamente, pelo que dão informação complementar. Os autores concluem que os antiepilépticos podem inflar o efeito estatístico da perturbação bipolar sobre a substância branca.

DECISÃO

Muda a leitura do dado de neuroimagem, não a prescrição. Ao discutir neurobiologia do bipolar com um doente, ou ao ler um estudo de DTI, reter que parte do que se atribui ao diagnóstico é pressão metabólica e de medicação. Registrar IMC e antiepilépticos em qualquer leitura de neuroimagem de um doente bipolar, e não apresentar um achado de imagem como marcador específico da doença. Não inferir daqui uma troca de estabilizador de humor: o estudo não testa tratamentos.

FONTE

Mega-análise de imagem, observacional e transversal. As comparações por medicação não são randomizadas, a indicação clínica está confundida, o resumo não relata correcção para multiplicidade nem ajuste ao tempo de doença, e as cargas de IMC e antiepilépticos não são equivalentes entre grupos. A inferência causal não é sustentável.

MODERADO

doi:10.1017/S0033291726105522

4 Álcool e controlo dirigido ao objectivo: o que se atenua é a sensibilidade à contingência

Psychological Medicine · Psychological Medicine · Out 2026

Tarefa de degradação de contingência em operante livre, adaptada para comparar controlo dirigido ao objectivo com reforço natural (sumo) versus reforço relevante para o transtorno (álcool). 81 participantes: 49 com perturbação do uso de álcool sem tratamento ($31,22 \pm 8,35$ anos; 28 mulheres) e 32 controlos saudáveis ($27,44 \pm 6,71$ anos; 22 mulheres). Contra a hipótese dos autores, o controlo dirigido ao objectivo manteve-se em ambos os grupos. O que apareceu foi uma atenuação específica do reforçador: em todos os participantes a sensibilidade comportamental à contingência reduzia-se quando a resposta era reforçada com álcool; os julgamentos explícitos de causalidade mantiveram-se intactos e eram até mais fortes nos participantes com perturbação do uso de álcool do que nos controlos.

DECISÃO

Muda a explicação da perda de controlo sobre o álcool. A perda de controlo não deve ser atribuída a um défice geral de controlo dirigido ao objectivo: o estudo não o encontrou. O que se atenua é a sensibilidade à contingência no contexto do álcool, de forma transversal ao diagnóstico, ou seja, dependente da história de reforço e não da doença. Ler a recaída como falha de plano e não como automaticidade, já que a automaticidade não está demonstrada aqui. Esperar um mecanismo de manutenção a apontar para a perda de sensibilidade à contingência num contexto específico, o que reposiciona o trabalho de controlo de estímulos, sem abrir via terapêutica nova.

FONTE

Estudo experimental comportamental com amostra pequena e não randomizada (49 com perturbação do uso de álcool e 32 controlos). O grupo com perturbação é constituído por pessoas sem tratamento, o que selecciona um subgrupo mais ligeiro. A atenuação é transversal aos grupos e de magnitude não declarada no resumo, que não relata tamanhos de efeito nem valores de teste.

MODERADO

doi:10.1017/S0033291726106278

5 rTMS e farmacoterapia antidepressants: uma interacção dependente do estado

Molecular Psychiatry · Deng et al. (West China Hospital) · 18 Out 2026

Revisão narrativa (168 referências) de Deng e colaboradores (West China Hospital). Sintetiza mecanismo (excitabilidade cortical, transmissão monoaminérgica, plasticidade sináptica, redes distribuídas) e evidência clínica da combinação rTMS + farmacoterapia: a combinação pode acelerar a melhora inicial e aumentar resposta e remissão, mas o efeito é heterogéneo entre doentes e entre domínios sintomáticos. A tese central: a interacção entre rTMS e antidepressivo não é uniformemente aditiva nem sinérgica, é dependente do estado — classe do fármaco, protocolo e momento da estimulação, excitabilidade cortical, metaplasticidade e contexto neurobiológico individual. A neuroimagem mostra alterações funcionais e estruturais associadas ao tratamento, incluindo variação de volume hipocampal, mas os elos causais entre sinalização molecular, reorganização de circuitos, achados estruturais e melhora sintomática permanecem por resolver.

DECISÃO

Muda a sequência de decisão na depressão resistente ao tratamento. A combinação passa a ser planeada com estado explícito (fármaco, protocolo de estimulação, momento da estimulação, fase da plasticidade) e não como «acrescentar rTMS ao que já se faz». Implica montar o rTMS como decisão integrada com a farmacoterapia desde o início do plano terapêutico, com reavaliação explícita em caso de não-resposta, e não prometer o resultado: a revisão assinala que parte do ganho medido se pode dever a efeitos de expectativa e às limitações do falso tratamento (sham) cego, o que obriga a comunicar ao doente o valor acrescentado real da combinação com modéstia.

FONTE

Revisão narrativa (168 referências, sem meta-análise): não apresenta estimativa de efeito agregada. A heterogeneidade entre doentes e os efeitos de expectativa e de cegagem do sham limitam a atribuição do ganho à combinação.

MODERADO

doi:10.1038/s41380-026-03930-8

6 Maus-tratos na infância e reconhecimento de emoções: efeito ténue e dependente da expressão

J Psychopathol Clin Sci · Journal of Psychopathology and Clinical Science · 15 Out 2026

Revisão sistemática e meta-análise de 40 estudos (N = 6 369) sobre reconhecimento de emoções comportamental na vida adulta em relação à exposição a maus-tratos na infância. Diferença significativa de precisão entre exposição alta e baixa ($g = -0,13$, $p < .05$), concentrada em expressões neutras ($g = -0,27$) e de nojo ($g = -0,32$). Sem efeito nos tempos de reacção; o resumo refere igualmente ausência de associação significativa em análises adicionais de precisão.

DECISÃO

Serve de calibração na leitura do caso: um défice de reconhecimento de emoções não deve ser assumido à partida em quem sofreu trauma na infância. O efeito global é pequeno ($g \approx -0,13$) e fica preso a duas classes de expressão. O uso prático é sobretudo o de evitar inferências apressadas sobre a cognição social do doente.

FONTE

Revisão (ahead of print): efeito global pequeno e concentrado em duas classes de expressão. O resumo não detalha os resultados por subtipo de maus-tratos nem a heterogeneidade entre estudos.

MODERADO

doi:10.1037/abn0001173

B No radar

Três itens que ainda não merecem mudar um protocolo, mas que convém vigiar.

1 Preditores de resposta ao tratamento no transtorno de acúmulo com aprendizagem automática

Behav Res Ther · Behaviour Research and Therapy · Out 2026

A TCC é o tratamento de referência do transtorno de acúmulo, mas a redução típica de sintomas é de 25% e só cerca de um terço dos doentes obtém resposta clinicamente significativa. Aprendizagem automática (regressão linear, árvores de decisão com cross-validação, LASSO) foi aplicado aos dados de um ensaio de não-inferioridade de TCC em grupo (conduzida por clínico vs. por pares): 323 avaliados no fim do tratamento e 183 no seguimento de um ano. A redução da gravidade logo após o tratamento foi prevista apenas pelas crenças de que o tratamento é benéfico; a melhoria do funcionamento foi prevista por essas crenças, pelo padrão de guardar objectos como suporte de memória e por melhor atenção sustentada. Ao ano, a redução de gravidade associou-se a identificar-se como não-branco, a mais tempo a manter os ganhos e às crenças de benefício; a redução do funcionamento, a guardar-como-memória, às crenças de benefício e a melhor desempenho numa tarefa de ordenação antes do tratamento.

LEITURA

Separa gravidade e funcionamento como dois eixos com preditores diferentes, e coloca a expectativa no tratamento como variável de mecanismo transversal. Em leitura psicanalítica, é o investimento do sujeito no tratamento, operacionalizado e mensurável, a aparecer como preditor do que muda.

LIMITES

Artigo original, análise secundária de dados de um ensaio de não-inferioridade: modelos exploratórios otimizados por cross-validação, sem validação externa. A predição não estabelece causalidade e o subgrupo étnico é pequeno. Ahead of print, vol. 207, art. 105177.

PRECAUÇÃO

doi:10.1016/j.brat.2026.105177

2 Generalização do medo por categoria de nível básico: evidência electrofisiológica

Behav Res Ther · Behaviour Research and Therapy · Out 2026

Duas experiências com participantes saudáveis. Na primeira, com CS+ = exemplares subordinados de aves e CS- = instrumentos de medição, o medo generalizou-se mais robustamente para estímulos da mesma categoria de nível básico do que para os da mesma categoria superordenada (expectativa de choque e condutância cutânea). Na segunda, manipularam-se a diversidade do CS+ (alta vs. baixa) com registo EEG: o grupo com CS+ mais diverso teve expectativas de choque mais altas para o CS+ e para o estímulo de nível básico. Nos potenciais relacionados com eventos, o estímulo de nível básico elicitou P2 e N400 comparáveis ao CS+ (P2 mais positiva e N400 menos negativa do que o estímulo superordenado e o CS-); só o CS+ e o estímulo de nível básico elicitaram LPP mais positiva do que o CS-. O resumo não indica os tamanhos amostrais.

LEITURA

Desloca o modelo da generalização: não é um gradiente plano de similaridade, é uma estrutura em níveis categoriais, com assinatura electrofisiológica em três tempos — alocação atencional precoce (P2), processamento semântico (N400) e motivação (LPP).

LIMITES

Artigo original, duas experiências de laboratório em participantes saudáveis: sem amostra clínica e sem tamanhos amostrais no resumo, com tarefa de categorias discretas. A transposição para a exposição real é indirecta. Ahead of print, vol. 207, art. 105185.

PRECAUÇÃO

doi:10.1016/j.brat.2026.105185

3 Programação personalizada de neuroestimulação cerebral profunda na depressão resistente

IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng · IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering · 13 Out 2026

Conteúdo não verificado. O título anuncia uma plataforma de optimização bayesiana de dois níveis para programar, de forma personalizada, a estimulação cerebral profunda na depressão resistente ao tratamento; o texto não pôde ser lido e nada se infere do título. Verificado: a peça existe, é da revista, foi publicada online a 13 de Outubro de 2026 e é um artigo original.

LEITURA

Não avaliável sem leitura. É a peça mais directamente relevante desta janela para a clínica da depressão resistente com neuroestimulação, e por isso a leitura prioritária da próxima janela.

LIMITES

Artigo original revisto por pares: conteúdo não verificado. Nada justifica alterar protocolos com base no título.

NÃO VERIFICADO

doi:10.1109/tnsre.2026.3743054

C O que isto move nos projectos

Oito itens que atravessam a revisão de desintoxicação alcoólica, a revista de neurociência, a aula aos internos e o Exocortex.

- 1 GLP-1 RA e comportamento alimentar — revisão de desintoxicação alcoólica ('alcohol_desintox_review_2026-10-03') — acrescenta à linha aberta pela carta de 14-10-2026 a variante do mau uso em transtornos alimentares, a juntar ao rastreio do consumo.
- 2 Psicodélicos × neuroinflamação × stress mitocondrial — revista de neurociência — linha nova, com FGF-21 e GDF-15 como marcadores periféricos a rever na escrita do artigo de revisão.
- 3 Medicação e obesidade como confundidores em neuroimagem da perturbação bipolar — revista de neurociência (o gancho mais forte) e aula de neurobiologia aos internos: o que nunca é um marcador de doença.
- 4 Défice geral versus atenuação específica do reforçador — revisão de desintoxicação alcoólica (projecto activo) e revista de neurociência (controlo dirigido ao objectivo versus hábito).
- 5 Neuromodulação na depressão — revista de neurociência e página pessoal; sem ligação ao Exocortex.
- 6 Cognição social e trauma — revista de neurociência: candidata a nota breve, abaixo do limiar da newsletter principal.

7

Exocortex — modelo de referência para análise preditiva sobre dados clínicos: dados de um ensaio, variáveis pré-especificadas, cross-validação, reproduzível localmente. A leitura é de método; os dados clínicos não se movem. Revista de neurociência: candidato. Aula aos internos: expectativa como preditor de resposta.

- 8 Psicodélicos e generalização do medo por categorias — revista de neurociência: candidato forte (P2/N400/LPP como marcadores de generalização). Aula aos internos, se der para apresentar a exposição como tarefa de generalização.

D Decisões que ficam em aberto

Cinco decisões a tomar, com responsável e prazo.

1 Rastreio antes do GLP-1

Rastrear o comportamento alimentar antes de indicar: perguntar de forma explícita por restrição, por purga e por uso da perda de peso como mantenedor da psicopatologia. Revisar a relação com a comida e com o peso nos primeiros 3 meses. Não contraindicar o GLP-1 por princípio em todos os transtornos alimentares: a revisão com orientação clínica sugere redução de peso e de binge eating na perturbação de comer compulsivo.

2 O que se responde sobre psicodélicos

Não indicar: a psilocibina não está disponível em Portugal para a disfunção do humor na doença de Parkinson e o desenho é aberto, sem grupo de controlo. Dizer com honestidade o que existe: 12 participantes sem eventos adversos graves, sem exacerbar a psicose, e um sinal periférico de mecanismo. Informação de consentimento e de expectativas.

3 Leitura de neuroimagem no bipolar

Registrar IMC e antiepilépticos em qualquer leitura de neuroimagem de um doente bipolar, e não apresentar um achado de imagem como marcador específico da doença. Não inferir troca de estabilizador de humor: o estudo não testa tratamentos.

4 Leitura da recaída

Não atribuir a perda de controlo sobre o álcool a um défice geral de controlo dirigido ao objectivo: o estudo não o encontrou. O que se atenua é a sensibilidade à contingência no contexto do álcool, de forma transversal ao diagnóstico. Ler a recaída como falha de plano e não como automaticidade. Reposicionar o trabalho de controlo de estímulos, sem via terapêutica nova.

5 Sequência da decisão na depressão resistente

Planear a combinação com estado explícito — fármaco, protocolo de estimulação, momento da estimulação, fase da plasticidade — e não como acréscimo ao que já se faz. Montar o rTMS como decisão integrada com a farmacoterapia desde o início, com reavaliação explícita em caso de não-resposta. Não prometer o resultado: parte do ganho medido pode dever-se a efeitos de expectativa e às limitações do falso tratamento (sham) cego.

NOTA DE RIGOR

Os itens 1 a 6 são correspondência, revisões ou estudos revistos por pares publicados em outubro de 2026. O item 1 é correspondência sem dados novos (três cartas e uma resposta, sem resumo indexado e com texto embargado); os números citados vêm do comunicado institucional do JAMA, não do artigo, e a revisão com orientação clínica usada em sentido oposto é uma fonte independente (PMID 41708263). O item 2 é uma carta de investigação com ensaio não randomizado, sem grupo de controlo, e os valores dos marcadores referidos são de cobertura clínica, não verificados na fonte primária (403 da editora). O item 3 é uma mega-análise de imagem observacional e transversal, sem correcção para multiplicidade relatada. O item 4 é um estudo experimental comportamental com amostra pequena e não randomizada. O item 5 é uma revisão narrativa sem meta-análise. O item 6 é uma revisão sistemática e meta-análise, ainda ahead of print. Os itens de «No radar» são: uma análise secundária de ensaio com modelos exploratórios sem validação externa; duas experiências de laboratório em participantes saudáveis, sem tamanhos amostrais no resumo; e um artigo original cujo conteúdo não pôde ser lido. Os limites indicados pertencem ao estudo e não constituem posição deste boletim.