



Olhares

Trimestral

Nº 43 2025

COMO REDESENHAR O CÉREBRO?

- Nova terapia estimula mudanças na saúde mental

O impacto das nossas escolhas na saúde (e na doença)

Cortisol, o bom, o mau e o vilão

Qual a relação entre uveítes e tatuagens?

A moda da intolerância alimentar

As artérias também adoecem

ACORDOS

ADSE
 AdvanceCare
 Agilidade SA
 Allianz
 Associação Mutualista dos Engenheiros
 Associação Social dos Professores
 CGD
 Esperança Futebol Clube
 Federação Nacional de Educação
 Future Healthcare
 Generali
 GIRO HC
 GNR
 IASFA
 ISCAC (Coimbra Business School)
 KeepWells Mais
 KeepWells Top
 Medicare
 Médis
 Médis CTT
 Multicare
 Multicare PT
 Ordem dos Advogados (Centro)
 Ordem dos Arquitetos, Secção Regional do Sul
 Ordem dos Contabilistas Certificados
 Ordem dos Farmacêuticos (Secção Regional de Coimbra)
 RNA /Servimed
 Sabclin
 SAMS Norte
 SAMS Quadros
 Sãvida
 SIGIC
 Sindicato Democrático de Professores do Sul
 Sindicato dos Professores da Região Centro
 Sindicato dos Professores da Zona Centro
 Trust



Ao que vimos

Trazemos histórias de sucesso, de escolhas com impacto, pensamentos ou roteiros que desbravam caminhos. A partilha do que sabemos fazer e como o fazemos é um dos caminhos para lhe levar a melhor saúde. Começamos por explicar que é possível mudar destinos, sem recorrer a nenhuma bola de cristal. Basta pensar que as escolhas que fazemos todos os dias têm impacto na saúde e na doença. Mesmo assim, é preciso estar atento a mitos ou desinformações sem suporte científico. A intolerância alimentar é um exemplo. No campo da oftalmologia destacamos informações pertinentes sobre a relação entre uveítes e tatuagens, explicamos o que é uma oclusão venosa da retina e esclarecemos o caso da degenerescência macular da idade, uma das principais causas de perda irreversível de acuidade visual.

Anunciamos que vamos ter um centro de fisioterapia com a marca Centro Cirúrgico de Coimbra, até porque todo e qualquer processo de reabilitação de uma cirurgia ortopédica deve começar antes da operação. Parece estranho? Não é. Ainda questionamos qual o tratamento ideal quando existem lesões do ligamento cruzado anterior, revelamos qual a eficácia da “máscara” no tratamento da apneia do sono e sublinhamos que há uma doença que anda um pouco esquecida e que começa com a aterosclerose.

Como ensinar o cérebro a autorregular-se é a pergunta que pode valer um milhão. Mas não é preciso correr, já existe uma resposta e uma técnica. É possível treinar o cérebro, com a ajuda da leitura obtida por um eletroencefalograma. Há uma nova ferramenta a estimular a saúde mental e o *neuro-feedback* ou neuromodelação endógena promete ensinar o cérebro a autorregular-se. Ajustar o quanto basta é também a dose necessária que todos nós precisamos de cortisol. O excesso ou a insuficiente produção têm consequências no nosso equilíbrio e bem-estar.

Ainda incluímos aqui os testemunhos ou pensamentos de outros. Não só porque está a chegar uma nova velhice e vem a par com o aumento da longevidade, ao mesmo tempo que se recorda o tempo em que não era preciso muito para ser feliz ou quando se tenta traduzir a projeção do que queremos para o futuro, com a transcendência do Ser. Constatações e declarações todas datadas em 2025. Ou seja, 77 anos depois de Miguel Torga ter detetado a “Humanidade às Cegas”.

Boa leitura!

Conceição Abreu

Í N D I C E

COMO AS NOSSAS ESCOLHAS INFLUENCIAM A SAÚDE (E A DOENÇA)

Há doenças evitáveis e a Medicina do Estilo de Vida quer modificar alguns destinos.

P.6



A “MODA” DAS INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES: UM PERIGO SILENCIOSO?

Não existe suporte científico, mesmo assim retira-se o leite, o tripo, o açúcar... Proliferam os mitos e o marketing.

P.10



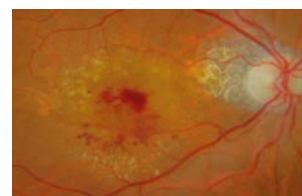
QUAL A RELAÇÃO ENTRE TATUAGENS E UVEÍTE?

P.14



O LADRÃO DA VISÃO CENTRAL A DEGENERESCÊNCIA MACULAR DA IDADE

P. 18



OCCLUSÃO VENOSA DA RETINA, QUANDO A CIRCULAÇÃO DE SANGUE É INTERROMPIDA

P. 22



Ficha Técnica

Título | Olhares

Entidade proprietária | Centro Cirúrgico de Coimbra

Rua Dr. Manuel Campos Pinheiro, 51

São Martinho do Bispo - 3045-089 Coimbra

Email: comunicacao@ccci.pt

Coordenação | Conceição Abreu - Robert van Velze

Textos | Conceição Abreu

Design e Paginação | Robert van Velze

Fotografias | Robert van Velze e Dreamstime

Impressão | Sersilito

Tiragem | 5000 exemplares

Depósito Legal | 340686/12

ISSN | 2182-5378 (impressão) 2182-5386 (online)

43ª Edição

Periodicidade | Trimestral

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

© Centro Cirúrgico Coimbra

A FISIOTERAPIA PASSA A TER A MARCA
CENTRO CIRÚRGICO

P. 26

QUANDO A REABILITAÇÃO COMEÇA
ANTES DA CIRURGIA

P.28



CORTISOL, O BOM, O MAU E O VILÃO

É uma hormona com um papel fundamental na influência na saúde e na doença. Precisamos do cortisol, mas nem em demasia, nem em pouca quantidade. Há uma dose certa.

P.30



COMO ENSINAR O CÉREBRO A AUTOR-
REGULAR-SE?

A neuromodulação endógena ou *neurofeedback* é uma nova terapêutica não invasiva, nem dolorosa que estimula essas mudanças.

P. 34



ESTÁ AÍ UMA NOVA VELHICE

P. 38

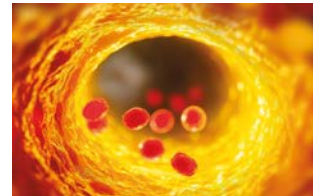
QUAL A EFICÁCIA DA “MÁSCARA” NO
TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA
DO SONO?

P. 40

AS ARTÉRIAS TAMBÉM ADOECEM

É uma doença pouco conhecida e valorizada, mas pode provocar obstrução do fluxo sanguíneo. A aterosclerose é a principal causa.

P.44



LESÕES DO LIGAMENTO CRUZADO
ANTERIOR, QUAL O TRATAMENTO
IDEAL?

P. 46

NÃO É PRECISO MUITO PARA SER FELIZ

P. 50

VIAGEM AO PAÍS DAS BICICLETAS

Há inúmeras razões para visitar a terra que conquistou o mar.

P. 52



A TRANSCENDÊNCIA DO SER

P. 58

COMO AS NOSSAS ESCOLHAS INFLUENCIAM A SAÚDE (E A DOENÇA)

São doenças evitáveis e nascem silenciosamente no meio das rotinas que executamos todos os dias. A Medicina do Estilo de Vida nasceu para modificar esses destinos e prova que é possível mudar



Vivemos numa época em que as doenças crónicas, como a diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, obesidade e alguns tipos de cancro, se tornaram extremamente comuns. O mais surpreendente — e talvez o mais urgente — é que muitas destas doenças são evitáveis. Elas nascem silenciosamente das rotinas que repetimos todos os dias. Um facto que também nos dá uma arma poderosa: a capacidade de mudar. É aqui que entra a Medicina de Estilo de Vida, uma abordagem médica centrada na prevenção e tratamento de doenças, através da modificação dos hábitos de vida.

Esta vertente da Medicina baseia-se em seis pilares fundamentais. Vamos conhecê-los e perceber de que forma, simples mudanças no dia-a-dia, podem ter um impacto profundo na saúde e bem-estar.

Alimentação, o combustível do corpo e da mente

Esta é uma das ferramentas mais poderosas para prevenir e até ajudar a reverter doenças crónicas. Estudos mostram que padrões alimentares ricos em alimentos de origem vegetal, como legumes, frutas, cereais integrais, leguminosas, sementes e frutos secos, estão associados a menor risco de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes tipo 2 e até alguns tipos de cancro.

De acordo com o estudo Global Burden of Disease, de 2019, os hábitos alimentares inadequados dos portugueses foram o quinto fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável e o principal fator de risco modificável para mortalidade. Evitar alimentos processados, ricos em

açúcar, sal e gorduras saturadas, é fundamental. Estes produtos muitas vezes "iludem" o nosso corpo, fornecendo calorias vazias sem nutrientes.

Dicas práticas:

- Opte por alimentos frescos, simples e preparados em casa.
- Reduza gradualmente o consumo de refrigerantes, bolos, alimentos processados e refeições prontas.
- Tente introduzir "dias sem carne" na semana, focando-se em pratos com leguminosas.

Atividade física, o movimento que previne doenças

O sedentarismo é considerado um dos principais fatores de risco para doenças crónicas. O corpo humano foi feito para se mover e movimentar-se regularmente traz benefícios para o coração, músculos, ossos, cérebro e humor. A prática regular de exercício ajuda a controlar a pressão arterial, os níveis de açúcar no sangue, o colesterol e o peso corporal. Além disso, é uma excelente forma de combater a ansiedade e a depressão.

Dicas práticas:

- Comece devagar: caminhadas de 10 minutos por dia já fazem diferença.
- Escolha uma atividade de que goste: dançar, andar de bicicleta, nadar ou fazer jardinagem, por exemplo.
- Use escadas em vez de elevadores, estacione mais longe, mexa-se ao longo do dia.



Sono, a base silenciosa e fundamental da saúde

É através de uma boa noite de sono que o corpo recupera, equilibra hormonas, reforça o sistema imunitário e consolida a memória. A falta de sono de qualidade está ligada a um maior risco de obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardíacas e depressão. Muitas pessoas vivem com "dívidas de sono" acumuladas, acreditando que dormir pouco é sinal de produtividade. Mas, na verdade, dormir 7 a 8 horas por noite é essencial para uma vida saudável.



Dicas práticas:

- Crie um horário regular para dormir e acordar, mesmo ao fim de semana.
- Evite cafeína e ecrãs (telemóveis, televisão, computador) à noite.
- Torne o quarto num espaço calmo, escuro e confortável.

Gestão do stress, cuidar da mente protege o corpo

O *stress* faz parte da vida, mas quando se torna crónico pode ter efeitos devastadores na saúde: aumenta o risco de doenças cardíacas, afeta o sono, contribui para ansiedade e depressão, e pode até comprometer o sistema imunitário. Aprender a reconhecer os sinais do *stress* e a utilizar estratégias para o gerir é essencial. Técnicas de relaxamento, apoio social e momentos de pausa fazem a diferença.

Dicas práticas:

- Reserve 5 a 10 minutos por dia para respirar fundo, meditar ou simplesmente estar em silêncio.
- Faça pausas durante o dia para caminhar ou ouvir música.
- Identifique as fontes de *stress* que pode evitar e aceite com compaixão aquelas que não pode controlar.



Evitar Substâncias Nocivas, proteger das agressões

O tabaco, o consumo excessivo de álcool e outras substâncias tóxicas têm um impacto profundo na saúde. O tabagismo, por exemplo, continua a ser uma das principais causas evitáveis de morte no mundo. Mesmo o álcool, em quantidades consideradas "sociais", pode aumentar o risco de doenças do fígado, cancro e problemas cardíacos. Parar de fumar e reduzir ou eliminar o consumo de álcool são decisões que trazem benefícios quase imediatos.

Dicas práticas:

- Procure apoio: existem programas, terapias e medicamentos que ajudam a deixar de fumar.
- Substitua o hábito de beber álcool por outras rotinas relaxantes: chás, sumos naturais ou caminhadas.
- Lembre-se: cada tentativa conta — não desista se não conseguir à primeira.

Relações sociais e propósito de vida, os laços humanos

A ciência mostra que relações sociais fortes estão associadas a maior longevidade e menor risco de doenças. Ter com quem conversar, rir, partilhar alegrias e desafios, protege a saúde mental e física. Sentir que a vida tem um propósito, seja através da família, trabalho, voluntariado ou espiritualidade, também está ligado a uma melhor qualidade de vida.

Dicas práticas:

- Cultive relações positivas: ligue a um amigo, participe em atividades comunitárias ou grupos de apoio.
- Dedique tempo ao que lhe dá sentido: *hobbies*, jardinagem, arte, ajuda ao próximo.
- Não tenha medo de procurar apoio emocional — todos precisamos de alguém.

Pequenas mudanças, grandes resultados

A Medicina de Estilo de Vida mostra-nos que as nossas escolhas diárias - o que comemos, como nos movemos, como dormimos, como lidamos com o *stress* e com quem nos rodeamos — têm um impacto enorme na saúde.

Não é preciso mudar tudo de uma vez. O importante é começar por algum lado. Pequenos passos, quando dados com consistência, criam grandes transformações. E lembre-se: nunca é tarde para cuidar de si.

Helena Rodrigues

(Médica, especialista em Medicina Interna)

A “MODA” DAS INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES: UM PERIGO SILENCIOSO?

Proliferam os mitos e as dinâmicas do marketing. A autorrestricção alimentar está a aumentar. Retira-se o leite, o trigo, o açúcar e outros porque serão alegadamente responsáveis por autodiagnosticadas intolerâncias. O suporte científico não existe



A vulgarização generalizada das intolerâncias alimentares tem expressado um aumento significativo nos últimos anos, e representa um fenómeno social que dita uma tendência potencialmente perigosa, que pode constituir uma dissimulada ameaça para a saúde e desponta um relevante tema de reflexão.

A quantidade de pessoas que refere sofrer de algum tipo de intolerância alimentar tem sido exponencialmente crescente e a adoção de medidas de autorrestricção alimentar, mais ou menos severas, tem evoluído de forma

proporcional. O leite, o trigo, o açúcar, entre tantos outros alimentos essenciais, são alguns dos géneros alimentares mais frequentemente apontados como responsáveis pelas alegadas autodiagnosticadas intolerâncias, que têm convergido para a padronização de uma conduta restritiva e fundamentalista, transversalmente desprovida de suporte científico.

É pertinente refletir acerca da natureza concetual que distingue Alergia Alimentar de Intolerância Alimentar que, numa desmedida tendência sustentada por modulação social

de comportamentos, culmina cada vez mais em confusão de conceitos e autodiagnósticos incorretos.

As alergias alimentares resultam de uma reação do sistema imunitário a um ou a vários agentes específicos presentes nos alimentos. Neste contexto, o sistema imunitário reconhece esses agentes específicos como agressores e reage defensivamente, através da ativação de uma resposta imunitária, mais ou menos exuberante, que pode expressar sintomas como, urticária, edema da língua e garganta, dificuldades respiratórias e, no limite, reação anafilática severa que, na ausência de tratamento médico atempado, pode ser potencialmente fatal.

Já as intolerâncias alimentares não têm qualquer intervenção nem correlação com o sistema imunitário. Caracterizam-se por uma dificuldade do organismo em digerir ou metabolizar determinados alimentos que, em geral, podem expressar sintomas de natureza gastrointestinal, mas não representam ameaça com potencial risco de vida. Os sintomas mais frequentemente associados são a distensão abdominal, as cólicas intestinais, a flatulência e a diarreia, somatizados de forma mais ou menos exuberante, isolada ou cumulativamente entre si, em função da quantidade e da frequência da ingestão desses alimentos.

Contudo, nem sempre os sinais de reação imunitária são critério de diagnóstico de alergia alimentar, e nem sempre os sintomas conglomerados no âmbito do desconforto gastrointestinal são preditivos de intolerâncias alimentares. É importante proceder a uma averiguação diagnóstica, orientada por profissional de saúde habilitado a indicar as medidas terapêuticas mais adequadas às características específicas de cada caso, em detrimento da adoção de restrições alimentares cegas, sustentadas pelas tendências empíricas.

Deste fenómeno social ditado por influenciadores, proliferam inúmeros mitos que, numa astuta dinâmica de marketing comercial, tendem a considerar o excesso de peso e a

obesidade, como uma consequência das pseudo intolerâncias alimentares. A crença nesta correlação errática pode expressar duas consequências com relevante prejuízo para os seguidores da tendência: o consumo de testes de diagnóstico de intolerância alimentar e a auto-privação alimentar.

Sem sustentabilidade científica

Os testes de tolerância alimentar não têm qualquer sustentabilidade científica e são desaconselhados pela Academia Europeia de Alergia e Imunologia Clínica, pela ineficácia e total ausência de credibilidade dos resultados que conferem.

A auto-privação alimentar sustentada nesses testes de tolerância alimentar, clinicamente infundamentados, induz a autorrestrição de alimentos que, por inerência, culmina na privação de nutrientes, passível de provocar desequilíbrios nutricionais, com sérias repercussões para a saúde. Paralelamente, importa desmistificar que o aumento de peso corporal não tem qualquer tipo de correlação com as intolerâncias alimentares, mas resulta do balanço positivo entre a ingestão e o despendido energético total diário.

Destacam-se com maior frequência e convicção fundamentalista as autodiagnosticadas pseudo intolerâncias ao glúten, ao leite e aos alimentos ricos em hidratos de carbono, como o pão, o arroz e as massas alimentícias. A autorrestrição injustificada de alimentos com glúten pode resultar no aporte insuficiente de fibras, no défice de vitaminas do complexo B e em défice de alguns minerais, como o ferro, suscetível de comprometer a produção de hemoglobina, a manutenção do sistema nervoso e a regulação da produção de energia. De igual forma, a autorrestrição injustificada de laticínios, pode culminar no défice de aporte de cálcio e de vitamina D, altamente importantes e determinantes para a integridade e funcionalidade do tecido ósseo. Já a privação de alimentos ricos em hidratos de carbono, condiciona o aporte de energia, necessário e suficiente para o pleno funcionamento do organismo, o que implica repercus-



sões, mais ou menos severas, proporcionais à severidade da privação, quer ao nível do rendimento físico e cognitivo, quer ao nível da qualidade do sono, do estado de humor, e do bem-estar geral.

Em última instância, a privação injustificada de alimentos, de forma prolongada e continuada, pode resultar no desenvolvimento de uma intolerância alimentar adquirida, no desequilíbrio do estado nutricional e, por inerência, em prejuízo severo para a saúde.

À semelhança das alergias alimentares, também o diagnóstico das intolerâncias alimentares deve ser efetuado por profissionais de saúde habilitados para o efeito. O diagnóstico obtém-se através de uma ampla avaliação, efetuada com base na história clínica, na anamnese alimentar e respetiva correlação com sintomatologia identificada, bem como, pelo recurso a análises laboratoriais fidedignas que, na globalidade, fundamentam a delimitação da estratégia terapêutica, que poderá consistir numa dieta de exclusão, devidamente monitorizada e ajustada às necessidades nutricionais específicas de cada pessoa.

Preocupante e perigoso

A moda das intolerâncias alimentares é um fenómeno social preocupante e perigoso, que pode comprometer a saúde dos seguidores da tendência. A consciencialização e valorização da importância da alimentação, ao longo de

todo o ciclo de vida, é altamente determinante e preditiva para a saúde, contudo, a seletividade determinante dos hábitos alimentares individuais e até do padrão social, deve assentar em princípios, conceitos e teorias suportados por evidência científica, de forma a constituírem medidas de autocuidado proativas para a saúde.

O autodiagnóstico, potencialmente impulsor de restrições alimentares cegas, sustentadas pelas tendências empíricas, está associado a um risco muito elevado de converter um comportamento idealizado numa perspetiva basilar de autocuidado, numa conduta auto lesiva que, em vez de expressar benefício, pode representar um perigo silencioso para a saúde.

As tendências e crenças alimentares globalmente difundidas através das redes sociais, devem ser sempre objeto de reflexão crítica, prévia à adoção de qualquer tipo de restrição ou privação. A mudança de hábitos alimentares, as evicções por convicção pessoal e por filosofia de vida, assim como as dietas terapêuticas, independentemente do propósito que objetivarem, devem ser exclusivamente suportadas por evidência científica, estruturadas e monitorizadas por nutricionista, enquanto profissional de saúde habilitado para o efeito.

*Paulo Mendes
(Nutricionista)*



*“Corrigi a minha miopia
e ganhei qualidade de vida.
É fantástico.”*

A cirurgia **Lasik** corrige a miopia, a hipermetropia e o astigmatismo.

Marque a sua consulta **239 802 703** (Rede fixa nacional)
www.ccci.pt



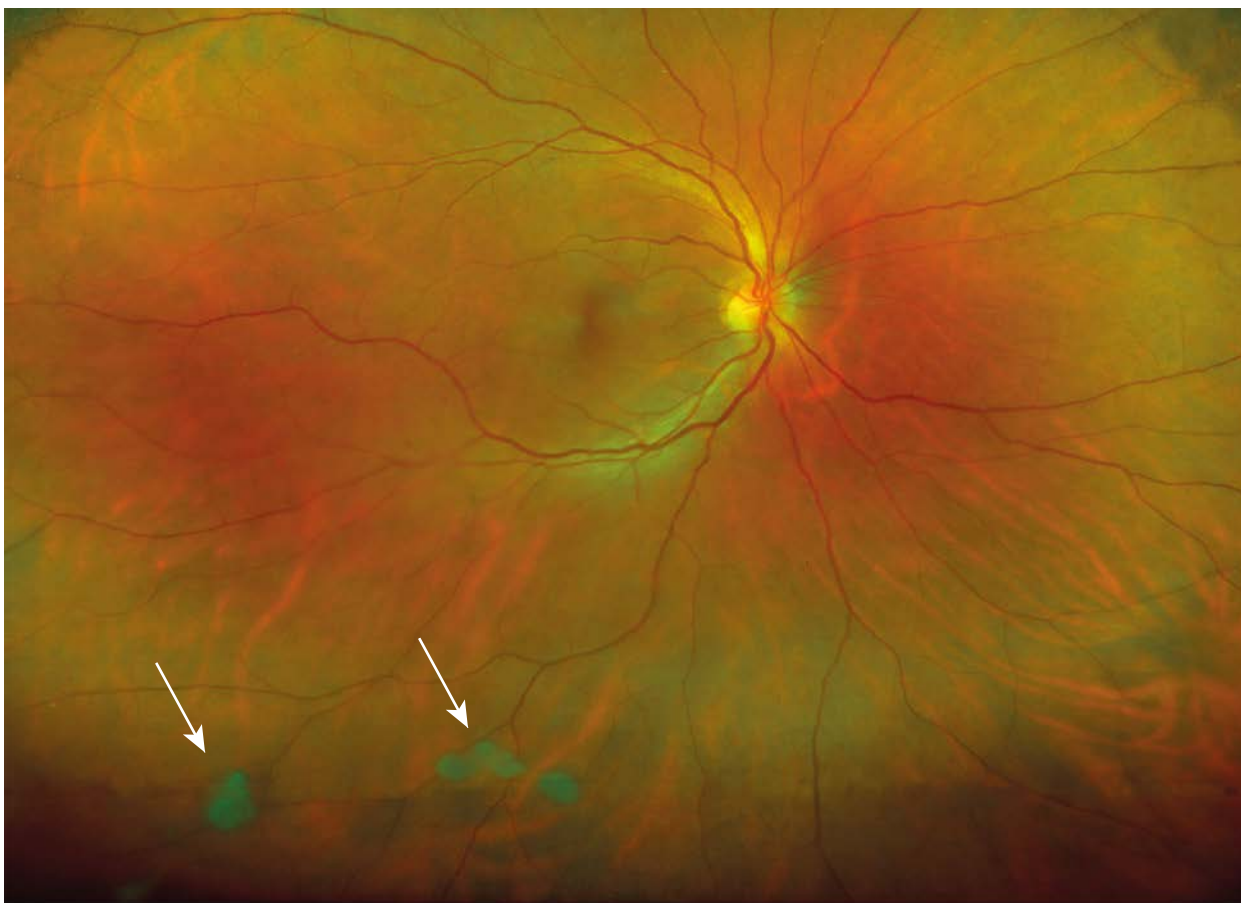
QUAL A RELAÇÃO ENTRE TATUAGENS E UVEÍTE?

Uma pode induzir a outra, seja por hipersensibilidade retardada à tinta da tatuagem, seja por uma resposta antigénica que pode levar a uma reação granulomatosa. Nas duas hipóteses a tinta da tatuagem é o elo comum. A uveíte associada a tatuagens é uma entidade clínica rara, mas pode estar subdiagnosticada



Uveíte é um termo genérico para descrever um grupo de doenças em que há uma inflamação intraocular, podendo o processo inflamatório causar uma destruição de tecidos e uma perda de visão mais ou menos grave. O termo uveíte deriva da palavra "Úvea", que é a camada vascular do globo ocular, embora numa uveíte o processo inflamatório não se limite a esta estrutura, podendo afetar a retina, o nervo ótico e o vítreo, reduzindo a visão ou causando mesmo cegueira.

As uveítes têm muitas e diferentes causas, podendo ser doenças que afetam exclusivamente o globo ocular ou serem uma manifestação ocular de uma doença sistémica, afetando outras partes do corpo. Podem ocorrer em qualquer idade, inclusivamente em crianças. Podem ser agudas (meses) ou crónicas (anos) e, algumas formas de uveíte podem manifestar-se por crises recorrentes de inflamação intraocular, que acontecem a intervalos irregulares, podendo cada episódio deixar

Retinografia mostrando *snowballs* no vítreo

sequelas no globo ocular e consequentemente na visão.

A uveíte induzida por tatuagens é uma situação clínica em que o doente apresenta uma inflamação intraocular associada a inflamação granulomatosa das tatuagens. Geralmente os casos apresentam uma uveíte anterior ou panuveíte bilateral, associada a granulomas não-caseosos na pele tatuada. Embora descrita em 1952, por Lubeck and Epstein, assume hoje uma importância maior pelo número crescente de casos observados, possivelmente por um aumento da prevalência de tatuagens.

Embora a causa seja desconhecida, especula-se que possa representar uma forma de hipersensibilidade retardada aos pigmentos das tatuagens ou possivelmente uma forma limitada de sarcoidose. O principal fator de risco para esta situação clínica é a presença de tatuagens. Têm sido implicadas algumas

cores das tatuagens, contudo, as tintas usadas nas tatuagens não são regulamentadas nem estão estandardizadas. Por razões desconhecidas, os doentes com uveítes tendem a ser mais novos e a apresentarem mais vezes tatuagens negras do que coloridas. Os pigmentos das tatuagens são uma mistura complexa de metais pesados e compostos orgânicos, o que pode contribuir para uma disfunção imunológica. As biópsias das tatuagens inflamadas revelam a presença de granulomas não-caseosos que apresentam pigmento da tatuagem. Isto sugere uma resposta inflamatória e ativação linfocitária, provavelmente desencadeada pelos pigmentos. No entanto, é difícil distinguir um granuloma de corpo estranho de um granuloma da sarcoidose.

Alguns destes casos parecem estar associados a uma sarcoidose sistémica, com um envolvimento ocular frequente. Outros incluem uveítes associadas a granulomas das tatuagens e,

noutros casos, surgem uveítes após a tatuagem, mas sem granulomas na pele.

Embora não se conheça bem o mecanismo desta situação, são sugeridas duas hipóteses. A primeira é uma reação de hipersensibilidade retardada à tinta da tatuagem que contém compostos que podem ser tóxicos, mutagénicos e carcinogénicos. Em indivíduos suscetíveis, uma grande carga antigénica encontrada na tinta, pode desencadear uma reação de hipersensibilidade, retardada e causar a uveíte induzida pelas tatuagens. A segunda hipótese é que uma resposta antigénica - moderada e crónica à tinta das tatuagens - pode levar a uma reação granulomatosa sistémica consistente com sarcoidose em indivíduos suscetíveis.

Assim, todos os doentes que apresentem uveítes devem ser questionados sobre a realização prévia de tatuagens e sobre episódios prévios de inflamação das tatuagens. É obrigatória a observação das tatuagens e verificar se apresentam sinais de inflamação externa, edema, induração, dor, calor ou descamação.

Geralmente, os sinais oculares surgem no primeiro ano após a tatuagem e são coincidentes com sinais inflamatórios da tatuagem. Os sintomas da uveíte incluem olhos vermelhos, dor, alterações na visão (baixa), sensibilidade à luz e visão de pontos pretos. Os sinais incluem hiperémia ciliar, células na câmara anterior; precipitados queráticos, muitas vezes granulomatosos, sinéquias posteriores, aumento da pressão intraocular, células no vítreo e *snowballs*, vasculite, coroidite e, algumas vezes, granulomas coróides.

O diagnóstico da uveíte induzida por tatuagens é clínico e baseado na presença de tatuagens, sobretudo com inflamação, e uveíte. O diagnóstico requer a exclusão de outras causas de uveíte, especialmente a sarcoidose.

Todos os doentes com granulomas das tatuagens e uveíte devem ser estudados para exclusão de uma eventual sarcoidose. Está indicada a realização de radiografias do tórax, ou

melhor ainda, uma tomografia computadorizada de alta resolução do tórax, na avaliação de uma eventual sarcoidose pulmonar. No entanto, estes doentes (geralmente) não têm envolvimento pulmonar e questiona-se se representam um subtipo diferente de sarcoidose, causada por exposição a outro antigénio específico do meio-ambiente. Pode ainda ser indicada a realização de outros exames complementares de diagnóstico, dependendo da história clínica e exame físico.

O tratamento da uveíte induzida por tatuagens inclui os corticosteroides tópicos e, muitas vezes, sistémicos. Pode ser necessário recorrer à imunossupressão em casos mais graves ou mesmo a agentes biológicos, como o adalimumab, em casos de uveítes posteriores.

Em pequenas tatuagens isoladas com evidência de inflamação, a excisão deve ser discutida com o doente, já que há evidências da resolução dos episódios de uveíte após a excisão. A remoção das tatuagens com laser não é aconselhável, pois a exposição adicional de pigmento ao sistema imunitário pode causar mais inflamação. Não é recomendável a realização de novas tatuagens nestes doentes, uma vez que a exposição adicional à tinta pode provocar ou agravar a inflamação ocular.

A uveíte associada a uma reação granulomatosa a tatuagens é uma entidade clínica rara, mas esta situação poderá estar subdiagnosticada. Deve ser considerada em todos os casos que apresentam uma uveíte de causa indeterminada. Os casos que apresentam alterações nas tatuagens devem ser igualmente questionados sobre a existência ou não de sintomas oculares.

Com o aumento da popularidade da arte das tatuagens e das tatuagens *makeup* permanente é previsível que o número de casos aumente.

Rui Proença
(Médico, Oftalmologista)

TEMOS ADSE

Marque a sua **consulta** ou **exame**
de diagnóstico

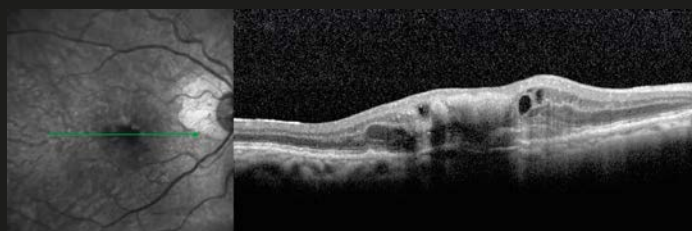
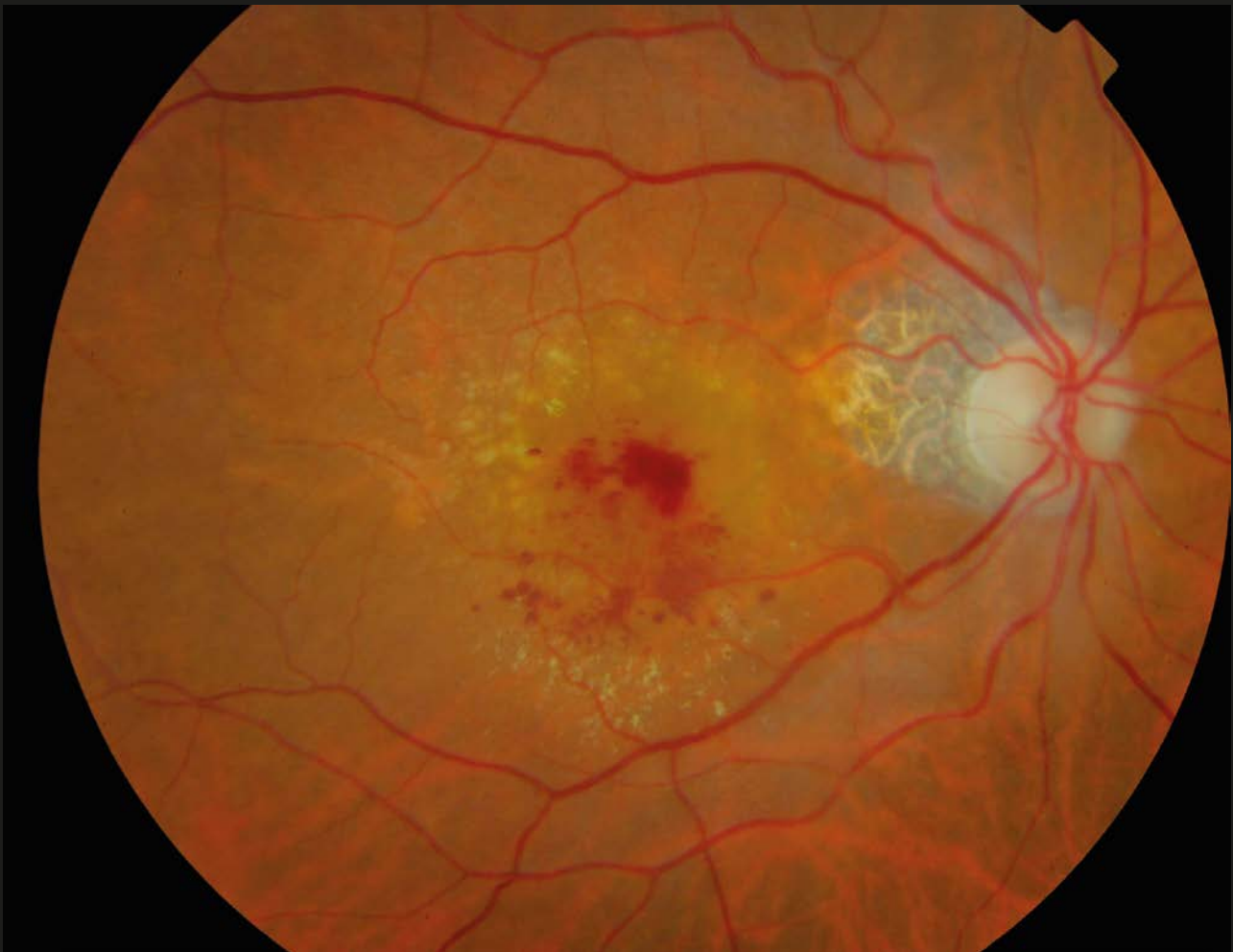
Tel. **239 802 700** (Rede fixa nacional)



O LADRÃO DA VISÃO CENTRAL

A DEGENERESCÊNCIA MACULAR DA IDADE

É uma das maiores causas de perda irreversível de acuidade visual em países desenvolvidos e a sua progressão pode comprometer seriamente as atividades do dia-a-dia. Chama-se DMI e afeta a mácula

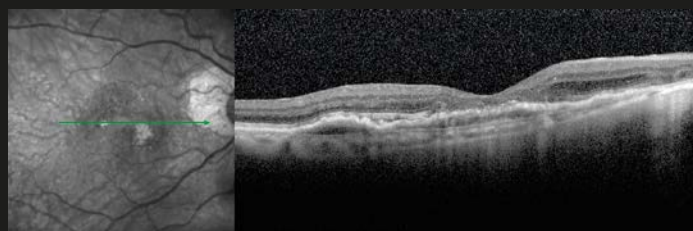


Retinografia e OCT macular pré-tratamento

Um avô tenta perceber o desenho que o neto acabou de fazer. A folha está lá, retangular, e os contornos do desenho também. Dá para perceber que é uma paisagem. No entanto, e apesar do esforço deste avô, os detalhes centrais encontram-se esborratados. Um relato deste género, contado durante uma consulta ou urgência, levanta como hipótese de diagnóstico uma das principais causas de perda de visão após os 50 anos, e que afeta milhões de pessoas pelo mundo: a degenerescência macular da idade (DMI).

Em primeiro lugar: a zona afetada é a mácula e o que é a mácula?... Na função visual, o olho

comporta-se como uma espécie de máquina fotográfica, onde uma sequência de lentes (córnea e cristalino) leva o que observamos até à retina. É aqui que o mundo exterior é captado por células - chamadas fotorrecetores - e transmitido ao nosso córtex cerebral. Podemos distinguir dois tipos de fotorrecetores: cones e bastonetes. Os bastonetes encontram-se mais na retina periférica e são responsáveis pela visão em condições de pouca luminosidade. Já os cones encontram-se na mácula, que é o “centro” do centro da nossa visão. Estas células são responsáveis pelas cores que distinguimos e também pelo detalhe e nitidez visual.



Retinografia e OCT macular pós-tratamento anti-angiogénica

Num mundo utópico, a visão permaneceria imune ao processo de envelhecimento a que estamos sujeitos desde que nascemos. Infelizmente, tal não acontece. Com a idade, nomeadamente após os 55-60 anos, podem começar a surgir acumulações lípido-proteicas na base da retina, a que chamamos *drusen*. A razão do seu aparecimento não é completamente conhecida mas pensa-se estarem ligados a material resultante do metabolismo dos fotorreceptores. O crescimento em volume e em número destes depósitos está intimamente associado à evolução da DMI, que na sua fase tardia pode-se revelar numa de duas formas: húmida e seca.

A génese da DMI tardia húmida (ou exsudativa) relaciona-se com o aumento da expressão de uma proteína que induz a proliferação de vasos sanguíneos anormais sob a retina. Estes têm habitualmente uma arquitetura mais frágil que os vasos fisiológicos, e por esse motivo o seu conteúdo (plasma e/ou sangue) pode extravasar e infiltrar a retina. Quando isto acontece, os sintomas mais típicos são:

- 1 - Uma redução da visão central, que se desenvolve em horas ou dias com preservação da visão periférica
- 2 - A identificação de uma ondulação / distorção em estruturas que deveriam ser retas, como por exemplo a esquina de uma porta, algo a que damos o nome de “metamorfópsia”.

Já a DMI tardia seca (ou atrófica) é de evolução mais indolente, com sintomas que se vão gradualmente instalando. Caracteriza-se pela génese e subsequente alargamento de áreas de atrofia na mácula que podem eventualmente coalescer, amputando a visão central.

A progressão desta doença pode comprometer seriamente as atividades do quotidiano, como conduzir, escrever, reconhecer pessoas, ou ler uma simples mensagem no telemóvel. A perda de capacidades - até então garantidas - tem o efeito não menos importante de aumentar a sensação de isolamento e angústia emocional. Felizmente, a evolução da medicina permitiu o desenvolvimento de tratamentos que, não sendo curativos, permi-

tem estagnar ou atrasar a evolução natural da doença.

Mas antes de entrarmos nos avanços terapêuticos, é importante reconhecer a importância de mudar hábitos para diminuir a probabilidade de surgimento e evolução da DMI. A cessação tabágica é determinante, visto que o tabaco é um dos fatores de risco. Uma alimentação rica em antioxidantes e ómega-3 (onde se enquadra a “nossa” dieta mediterrânica) também é útil para prevenir esta doença.

Os suplementos de vitaminas antioxidantes e minerais, conhecidos por “fórmula AREDS”, demonstraram evidência relativa em alguns estudos para casos de DMI intermédia ou tardia atrófica, podendo ajudar a retardar o crescimento da área de atrofia retiniana em alguns doentes.

No entanto, a verdadeira mudança de paradigma na DMI aconteceu há cerca de 20 anos, com a introdução de moléculas com capacidade anti-angiogénica. Estas substâncias bloqueiam a ação das proteínas responsáveis pela formação dos vasos anómalos na DMI húmida, e mudaram a evolução natural desta doença. Ao inibir a génese de neovasos, estes compostos conseguem limitar ou anular a exsudação de líquido para a retina na maioria dos doentes. É assim possível combater a diminuição da acuidade visual e as queixas de metamorfópsia, preservando durante mais algum tempo a autonomia visual destes doentes.

A DMI é uma das maiores causas de perda irreversível de acuidade visual em países desenvolvidos, estimando-se que, 1 em cada 8 pessoas, com mais de 60 anos apresente algum sinal da doença. Dada a sua prevalência, é importante estar atento aos sinais de alarme: perdas de acuidade visual ou metamorfópsias em indivíduos com > 60 anos que evoluem em horas ou poucos dias não são normais e requerem observação por oftalmologista.

*Marco Frederico Marques
(Médico, Oftalmologista)*

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR - Gabriel Anacleto; Luís Antunes

CARDIOLOGIA - Carlos Andrade (SÓ EXAMES)

CIRURGIA GERAL - Carlos Eduardo Costa Almeida; Nuno Azenha; Pedro Manuel Gomes; Vera Vieira

CIRURGIA PEDIÁTRICA - Ochoa de Castro

CIRURGIA PLÁSTICA - Carla Diogo; Mário Jorge Santos

ENDOCRINOLOGIA - Ana Patrícia Oliveira; Cristina Ribeiro

GASTROENTEROLOGIA / ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Hermano Gouveia; Pedro Narra de Figueiredo (SÓ EXAMES)

GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA - Andreia Leitão; Sidónio Magalhães Matias

IMAGIOLOGIA – EXAMES (radiologia geral; estudo da mama; ecografia; estudos por doppler; tomografia computadorizada; ressonância magnética)

MEDICINA DO SONO – José Moutinho (adultos); Maria de Fatima Teixeira (adultos)

MEDICINA GERAL E FAMILIAR - Alberto Carvalho; Paulo Queiroz; Philippe Botas

MEDICINA INTERNA - Deolinda Portelinha

NEUROCIRURGIA - António Júdice Peliz; António Raimundo Fernandes (só cirurgias); Armando Lopes; Armando Rocha; Francisco Cabrita; Gonçalo Costa; Jorge Gonçalves

NEURORRADIOLOGIA - Miguel Cordeiro (SÓ TRATAMENTOS)

OFTALMOLOGIA – Ana Sofia Travassos; António Travassos; Armando Pimenta Leal; Isabel Pires; Marco Marques; Mário Jorge Silva; Pedro Faria; Rui Daniel Proença (SÓ PARA CIRURGIA LASIK); Sandra Freire

ORTOPEDIA – Ana Rita Gaspar; António Figueiredo; Carlos Jardim; Catarina Quintas; Fernando Fonseca, Francisco Agostinho; Gabriela Figo; João Pedro Oliveira (SÓ CONSULTAS); Oliana Madeira; Pedro Marques; Rafael Pombo; Rita Cavaca; Ugo Fontoura; Vítor Pinheiro

OTORRINOLARINGOLOGIA - Rui Adérito Cortesão

PNEUMOLOGIA - Ana Maria Arrobas; Cidália Rodrigues

PSICOLOGIA - Sónia Travassos

UROLOGIA – Sílvio Bollini; Pedro Moreira

Marcação de consultas:

239 802 700 / consultas@ccci.pt

Marcação de exames:

239 802 590 / radiologia@ccci.pt

OCLUSÃO VENOSA DA RETINA, QUANDO A CIRCULAÇÃO DE SANGUE É INTERROMPIDA

Hoje, os meios complementares de diagnóstico permitem-nos conhecer um pouco melhor esta doença e a devastação que provoca no interior do olho humano. As ações terapêuticas já conseguem prevenir e tratar as complicações, mas ainda não conseguem reverter uma oclusão venosa da retina

Chama-se oclusão venosa da retina porque ocorre uma obstrução total ou parcial das veias da retina. A normal circulação de sangue é interrompida, as veias dilatam, surgem hemorragias e edemas. Esta é a segunda causa de perda de acuidade visual por alteração vascular da retina, e tem uma distribuição uniforme por sexo em todo o mundo. Por vezes, a sua classificação clínica é um desafio, mas foi tradicionalmente subdividida na literatura em 2 tipos principais: a oclusão da veia central da retina, com uma prevalência de 0,1% a 0,4% e a oclusão venosa de ramo, que afeta 0,6% a 1,2% dos indivíduos.

As causas das oclusões venosas da retina são multifatoriais, mas permanecem mal esclarecidas e têm sido associadas com a idade, com fatores de risco cardiovasculares – hipertensão arterial, dislipidemia, aterosclerose; com a diabetes e doença renal; mas também com fatores ambientais, como o tabagismo. Do ponto de vista ocular, o glaucoma e a hipertensão ocular também são importantes fatores de risco para a oclusão da veia central da retina. Estados de hipercoagulabilidade, herdados ou adquiridos, também são considerados fatores de risco para estas doenças da retina.

Atualmente, os meios complementares de diagnóstico de que dispomos com técnicas de imagiologia multimodal, permitem uma avaliação diagnóstica precoce e bastante exaustiva da oclusão venosa e das suas complicações:

- Retinografia, Imagem de campo largo

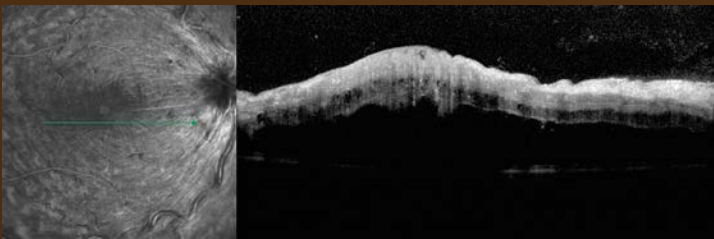
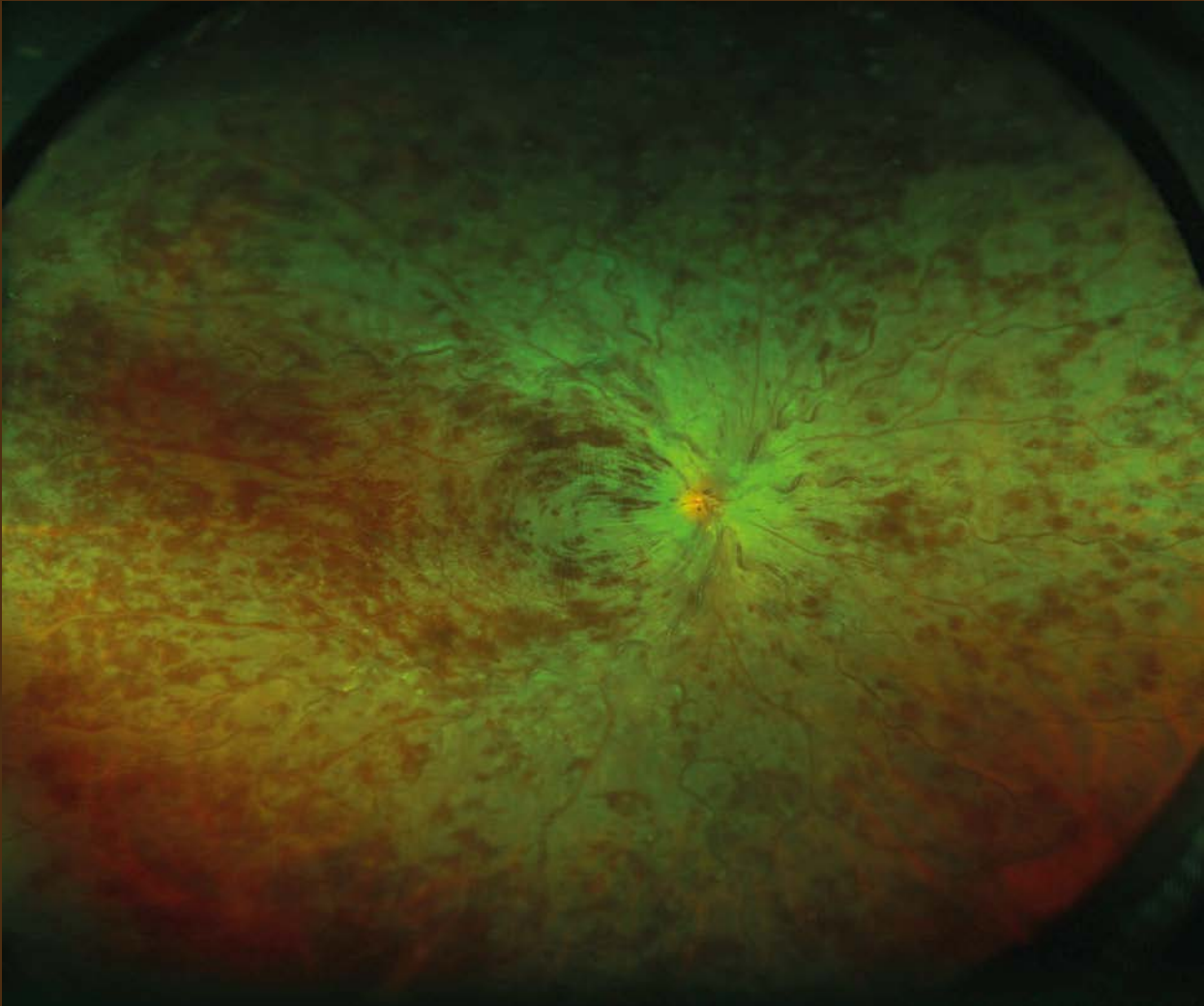
Fotografia do interior do olho para registo, diagnóstico, e monitorização do quadro clínico durante a evolução da doença.

- Tomografia de Coerência Ótica – OCT

O OCT permite avaliar a espessura da retina – que está aumentada quando existe edema macular (acumulação de líquido na retina), e a estrutura/morfologia da retina. O uso deste sistema na prática clínica, desde 2002, revolucionou a avaliação da patologia da retina e das suas complicações.

- Tomografia de Coerência Ótica – Angiografia – OCTA

Este sistema permite avaliar os vasos da retina de forma não invasiva – não requer administração de produto de contraste. É possível também avaliar áreas que deixaram de ser vascularizadas – áreas de isquemia da retina.



Retinografia de campo largo e OCT macular pré-tratamento

- Angiografia Fluoresceínica

Exame que permite analisar os vasos da retina após administração de um produto de contraste. Dá informação sobre a perfusão da retina, presença de áreas de não perfusão da retina (áreas de isquemia), existência de neovasos.

Tal como a metodologia usada para diagnóstico, também as opções terapêuticas têm evoluído nos últimos anos, permitindo melhores

resultados anatómicos e funcionais para os doentes com esta patologia. Ou seja, as novas abordagens terapêuticas, nomeadamente a injeção na cavidade vítrea de fármacos anti-VEGF e de corticosteroides melhoraram (revolucionaram) o prognóstico visual destes doentes e, portanto, a sua qualidade de vida!

Ressalve-se, no entanto, que perante esta doença com múltiplas possíveis causas concorrentes, oculares e sistémicas, a avaliação destes doentes deverá ser multidisciplinar.

- Classificação da Oclusão Venosa da Retina (OVR)

São considerados 3 subgrupos de OVR, reconhecidos com base na localização da veia que está ocluída: oclusão da veia central, oclusão hemicentral e oclusão de ramo.

A oclusão da veia central da retina (OVCR) envolve todo o sistema venoso da retina (os 4 quadrantes da retina), pois a oclusão está localizada ao nível do disco ótico. Classicamente, a OVCR foi dividida nas formas isquémica e não isquémica, com base na presença e dimensão de áreas de ausência de perfusão da retina (áreas de isquemia), de acordo com os resultados publicados por um estudo clínico nesta patologia - que decorreu na década de 1990 (Central Vein Occlusion Study - CVOS). Os critérios estabelecidos foram, ao longo dos anos, alvo de debate e alguma controvérsia. No entanto, a identificação de uma forma isquémica - ab initio ou após conversão (evolução) de uma forma não isquémica (e esta progressão foi estimada em até cerca de 30% das oclusões não isquémicas) permite identificar olhos em alto risco de desenvolver neovascularização e, conseqüentemente, perda funcional, ou seja de acuidade visual, e perda estrutural - anatômica que pode ter conseqüências devastadoras.

A oclusão venosa hemicentral envolve um hemisfério do fundo ocular (superior ou inferior), e a oclusão presume-se que ocorre em um dos 2 troncos da veia central. É considerada uma variante da OVCR, partilhando um quadro clínico, evolução e complicações semelhantes.

A oclusão venosa de ramo tipicamente ocorre numa área de cruzamento arteriovenoso, tipicamente situado ao longo do percurso de um ramo venoso principal; a localização em relação ao disco ótico delimita a extensão da área envolvida (setor) e a gravidade clínica. Também são consideradas formas isquémicas e não isquémicas, identificadas em cerca de um terço e dois terços dos casos, respectiva-

mente. Por vezes, a oclusão venosa da retina pode surgir combinada com oclusão arterial da retina, em simultâneo, situação normalmente associada a doença sistémica.

Clinicamente, os doentes referem uma perda de visão indolor, com gravidade variável na altura da apresentação. No exame clínico do fundo do olho, observam-se hemorragias dispersas na área da retina - de acordo com o tipo de oclusão mais ou menos exuberantes, associadas a outras lesões vasculares. Com a evolução do quadro clínico, as oclusões venosas da retina podem complicar com o desenvolvimento de:

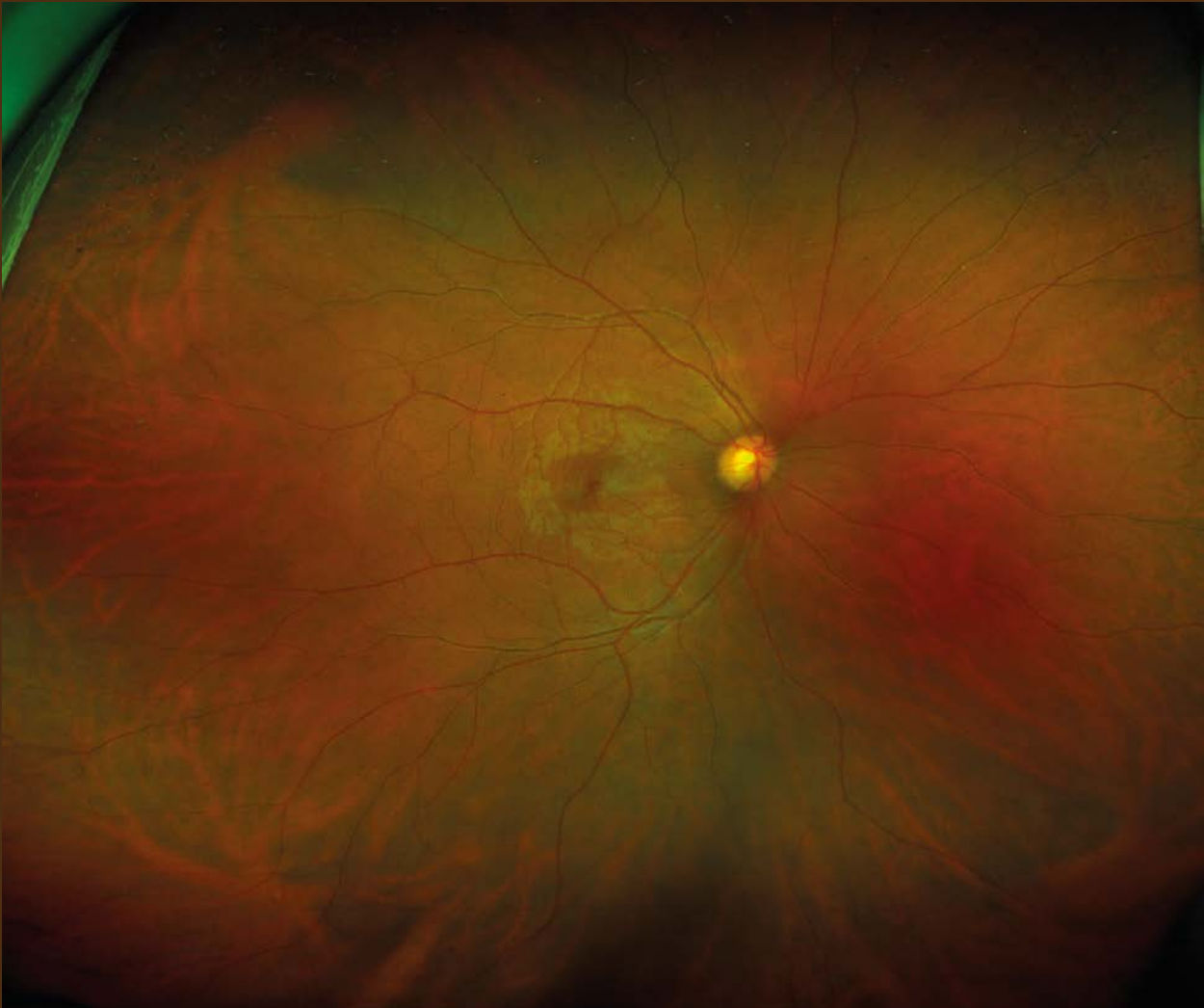
- Edema da retina - é a complicação mais frequente. Surge por alteração da parede dos vasos da retina - ruptura da barreira hemato-retiniana. O edema da retina traduz a presença de fluido no espaço intrarretiniano, o que compromete a longo prazo a estrutura da retina; é um dos alvos terapêuticos.

- Neovasos - presença de vasos sanguíneos que crescem de novo e que têm uma estrutura anómala. Podem surgir na íris, e originar aumento da tensão ocular - glaucoma neovascular; muitas vezes difícil de tratar e de reverter, na superfície da retina ou do disco ótico, e ser o ponto de partida de hemorragias, nomeadamente no vítreo, tração da retina e eventual progressão para descolamento da retina.

Tratamento das Oclusões Venosas

Será necessário identificar os fatores de risco sistémicos, que podem estar associados com a oclusão venosa e correção. Pode ser necessário uma avaliação multidisciplinar. Em termos de tratamento oftalmológico, não existe, atualmente, qualquer tratamento que possa reverter uma oclusão venosa. As ações terapêuticas oculares destinam-se a prevenir e tratar as complicações das oclusões venosas, como o edema macular e a neovascularização.

Neste caso, as opções terapêuticas podem ser



Retinografia de campo largo e OCT macular pós-tratamento do mesmo caso.

frequentemente associadas e podem incluir:

- Fotocoagulação com LASER;
- Injeção de anti-VEGF na cavidade vítrea;
- Injeção de corticosteroides na cavidade vítrea;
- Tratamento cirúrgico: hemorragia do vítreo, descolamento da retina por tração.

Isabel Pires
(Médica, Oftalmologista)

A FISIOTERAPIA PASSA A TER A MARCA CENTRO CIRÚRGICO

Deixou de fazer sentido a história do Feiticeiro de Oz. É ponto assente que somos muito mais do que apenas um cérebro ou um coração. Temos um corpo em movimento e, se assim não for, algo está mal no reino do equilíbrio. É imperioso que exista sintonia na relação entre forças mecânicas e corpo humano, envolvendo articulações, músculos, tendões, cartilagem, ligamentos, órgãos...

Claro que somos únicos e, simultaneamente complexos, acrescente-se ainda o estilo de vida, como fator diferenciador deste mecanismo em movimento, a que chamamos corpo humano. A dinâmica justifica e explica o movimento dos corpos e a fisioterapia cresceu para atuar quando surge uma disfunção (e não só). Faltava-nos dar esta resposta com a marca do Centro Cirúrgico de Coimbra e por isso o nosso Centro de Fisioterapia abre no próximo mês.

Nos pós cirúrgico e na área músculo-esquelética, o Centro Cirúrgico já proporcionava esse serviço, indispensável para restaurar a função e a mobilidade da área intervencionada. A reabilitação tinha um início imediato e assim continuará, só que agora com mais intensidade e com equipamento e profissionais diferenciados. O processo de reabilitação de um pós-cirúrgico será personalizado e adaptado ao tipo de intervenção, sempre com o objetivo de a pessoa recuperar as atividades normais tão breve quanto possível. A recuperação gradual da força, mobilidade e funcional será a base do plano de trabalho.

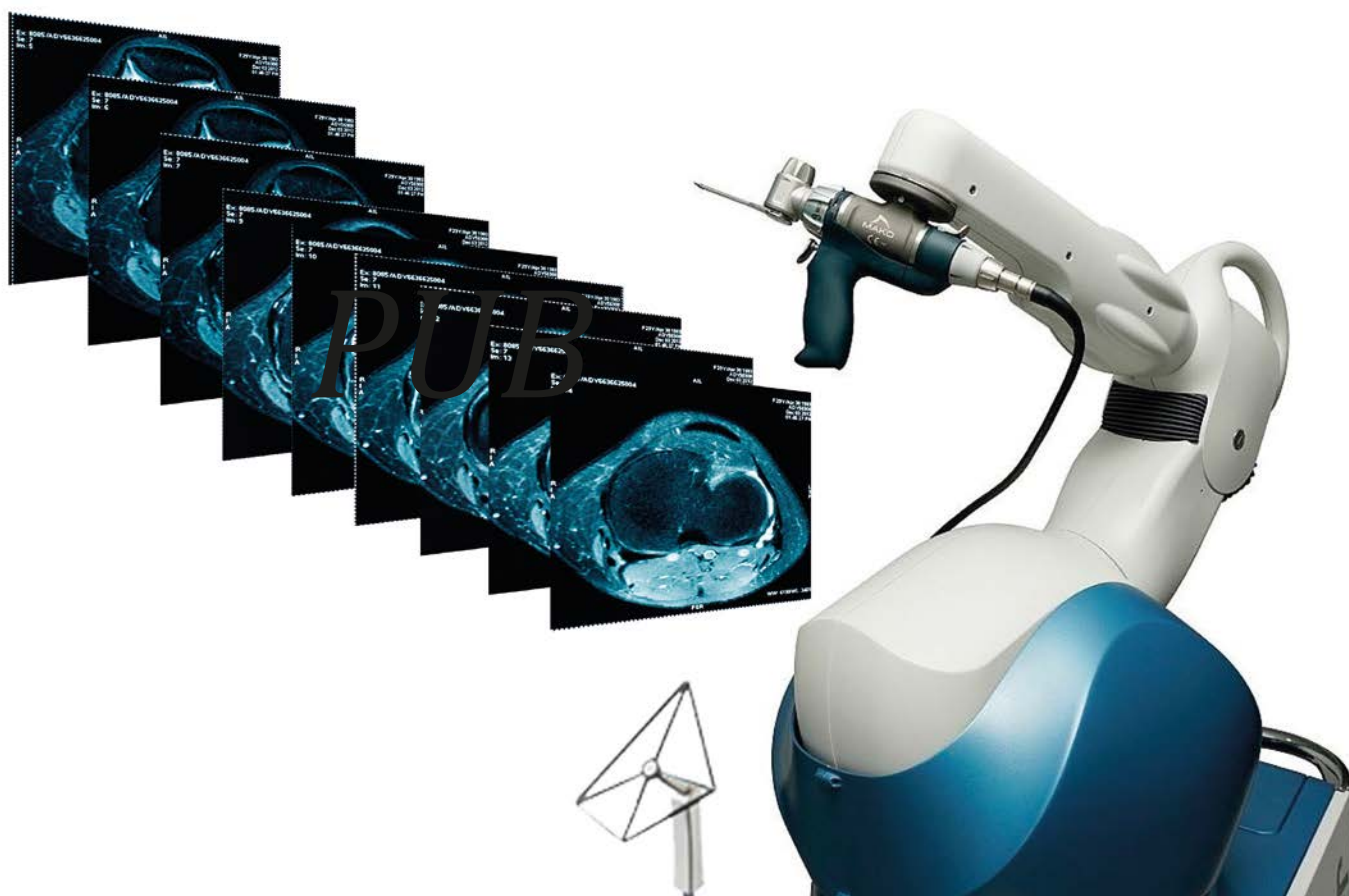
A reabilitação no período pós-operatório será uma missão desta nova valência, mas não só. O alívio da dor, a disfunção do movimento, o fortalecimento muscular, a melhoria da mobilidade, mas também a prevenção da rigidez são objetivos a cumprir com programas específicos, traçados individualmente e sempre após consulta de avaliação.

O processo de reabilitação após um AVC (Acidente Vascular Cerebral), que inclui a recuperação da mobilidade e a coordenação da força muscular, estimulando a neuroplasticidade que todos temos e que, nestes casos, deve ser imperiosamente implementada, é ainda um objetivo deste novo centro de fisioterapia. Seguem-se outras metas e objetivos, como o apoio à mulher com cancro da mama ou tão só a prevenção da queda e do desequilíbrio, em pessoas com mais idade.

O novo Centro de Fisioterapia tem a entrada junto à rotunda do CCC e tem acesso lateral.



Tecnologia robótica em ortopedia



Mudou a forma como se substituem as articulações
do joelho e da anca

Marque a sua consulta **239 802 700** (Rede fixa nacional)
www.ccci.pt



QUANDO A REABILITAÇÃO COMEÇA ANTES DA CIRURGIA

Sempre ouvimos falar que será necessário fazer reabilitação após uma cirurgia ortopédica. E se vos disser que o processo de reabilitação deve começar antes da cirurgia? Ao melhorar a força muscular e a amplitude de movimento antes da cirurgia, a pessoa estará melhor preparada



O aumento da esperança média de vida da população tem contribuído para o desenvolvimento de condições de desgaste articular, traduzindo-se em situações de dor crónica e, conseqüentemente, incapacidade. Nos casos mais avançados, onde o tratamento conservador não é suficiente, a cirurgia ortopédica, nomeadamente a artroplastia total da anca e artroplastia total do joelho, surgem como soluções, prometendo restabelecer a função articular, reduzir a dor e, claro, melhorar a qualidade de vida.

Contudo, a preparação para esses procedimentos não se resume apenas à intervenção cirúrgica em si. O tipo de cirurgia, a dor perioperatória, as limitações funcionais pré-existentes e a diminuição da mobilidade no pós-operatório, podem resultar, temporária ou definitivamente, em incapacidade, o que aliado a internamentos cada vez mais curtos,

implica uma mudança de paradigma na prestação e organização dos cuidados a estas pessoas, enfatizando a capacitação do doente e do cuidador informal para a promoção do autocuidado. É neste contexto que a consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação se propõe atuar.

No período que compreende a proposta cirúrgica e a data prevista de cirurgia, será realizada uma consulta de enfermagem de reabilitação, cujo foco é preparar e envolver a pessoa e o cuidador física, emocional e psicologicamente no processo de recuperação. Durante a consulta, o enfermeiro especialista em reabilitação realiza uma avaliação que procura identificar limitações funcionais, conhecer os antecedentes de saúde, uso de medicamentos e os fatores de risco que possam influenciar o processo de recuperação.

A informação sobre o processo cirúrgico e de reabilitação, bem como o esclarecimento de dúvidas, ajudam a mitigar o medo do desconhecido e por conseguinte a gerir a ansiedade. As informações e os ensinamentos realizados durante a consulta promovem uma sensação de controlo, antes, durante e após a cirurgia, aumentando a confiança durante todo o processo de recuperação.

Os doentes propostos para cirurgia de artoplastia total, seja da anca ou do joelho, devido à dor, possuem - por norma - alterações da mobilidade, força e amplitude articular. Durante todo o processo de avaliação, o enfermeiro especialista em reabilitação ensina um conjunto de exercícios específicos e individualizados de fortalecimento muscular, alongamento e equilíbrio. Ao melhorar a força muscular e a amplitude de movimento antes da cirurgia, a pessoa estará melhor preparada para a reabilitação pós-operatória, o que contribuirá para acelerar o processo de recuperação e redução do tempo necessário para o restabelecimento da funcionalidade.

Em função da avaliação serão também selecionadas as ortóteses e os auxiliares de marcha (canadianas ou andarilho) adequados à condição específica de cada indivíduo. A pessoa sairá da consulta, não só capaz de deambular com auxiliar de marcha apropriado, mas também instruída sobre os restantes cuidados inerentes às atividades de vida diária, como por exemplo, levantar-se, deitar-se na cama ou sentar-se numa cadeira.

A preparação adequada para essas mudanças nas atividades do dia-a-dia facilita a adaptação, promove a autonomia e reduz a imobilidade e impacto psicológico da recuperação. O condicionamento físico adequado, a segurança e a capacitação da pessoa para se auto mobilizar, contribuem drasticamente para a diminuição do risco de trombose venosa profunda, atrofia muscular, queda e úlcera de pressão.

A experiência individual do cirurgião e a evolução tecnológica, como o caso da cirurgia

assistida por robótica, têm permitido reduzir significativamente o período de internamento do doente submetido a uma artoplastia. Contudo, as pessoas são vulneráveis a experiências de interrupção da continuidade de cuidados de reabilitação, o que promove um aumento do risco de perda da capacidade funcional após cirurgia.

A consulta pré-operatória, com envolvimento do cuidador, é fundamental para o planeamento, compreensão e adesão ao programa de reabilitação, promovendo a aquisição de habilidades e recursos necessários para dar continuidade ao processo iniciado na unidade hospitalar. Assim, a consulta pré-operatória representa também o primeiro passo na preparação para a alta hospitalar, possibilitando a avaliação do ambiente físico do domicílio e da estrutura familiar da pessoa. Nesta etapa, são fornecidas todas as informações necessárias e são sugeridas as adaptações fundamentais, de forma a garantir um retorno ao domicílio atempado e em segurança.

Em suma, a consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental na preparação dos doentes que serão submetidos a um artoplastia. Este momento oferece uma oportunidade para envolver e capacitar a pessoa e o cuidador no processo cirúrgico e na recuperação, contribuindo também para a melhoria da mobilidade, gestão de fatores de risco, redução da ansiedade e melhoria dos resultados pós-operatórios. Ao integrar cuidados de enfermagem de reabilitação antes da cirurgia é possível otimizar o sucesso da intervenção cirúrgica e garantir uma recuperação mais rápida e eficaz, reduzindo o tempo de internamento e promovendo a qualidade de vida do doente a longo prazo.

*Renato Domingues
(Enfermeiro especialista em Reabilitação)*

CORTISOL: O BOM, O MAU E O VILÃO

É tão só uma hormona, mas com um papel fundamental na influência da saúde e da doença. Precisamos do cortisol para dormir melhor, para dar uma resposta ao stress diário, para regular as células imunitárias, para que os fetos desenvolvam os seus pequenos pulmões, para não engordarmos.... Mas, sempre em quantidade “quanto baste”. O excesso ou a produção insuficiente têm consequências

O cortisol é uma molécula importantíssima no nosso organismo; pertence à classe das hormonas esteroides e é produzida e libertada pela glândula adrenal (órgão de alguns centímetros, no formato de “cápsula” acima do rim). Esta hormona desempenha um papel fundamental no equilíbrio bioquímico e fisiológico do organismo humano e tem grande influência na saúde e na doença.

Sendo uma hormona esteroide, tem os seus recetores (proteínas às quais se ligam e “descodificam a mensagem”) no interior das células humanas, com efeitos epigenéticos, ou seja, têm a capacidade de influenciar a tradução do código genético, afetando o funcionamento e a função de células e tecidos, sendo essencial para manter a homeostase do organismo humano – as células têm capacidade de adaptação do seu funcionamento em função de alterações do meio, de acordo com as necessidades metabólicas para manter a viabilidade.

A libertação de cortisol pela glândula adrenal é regulada pelo eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). O hipotálamo solta a hormona libertadora de corticotrofina (CRH), que estimula a glândula pituitária anterior a segregar a hormona adrenocorticotrófica

(ACTH), que entra na corrente sanguínea até às glândulas adrenais, que são assim estimuladas a produzir e libertar o cortisol para o sangue. Sendo uma hormona lipossolúvel, atravessa facilmente as membranas celulares e liga-se a recetores de glicocorticoides (GR) no citoplasma das células.

Este complexo hormona-recetor viaja no interior da célula para o núcleo, onde se liga a sequências específicas de ADN, chamadas elementos de resposta a glicocorticoides (GREs), influenciando a transcrição e tradução de genes específicos, levando ao aumento ou diminuição da produção de proteínas. É através desta modulação da expressão genética que o cortisol exerce a maioria dos seus múltiplos efeitos fisiológicos. Além dos seus efeitos genómicos, o cortisol pode também exercer efeitos não genómicos, mais rápidos e que não envolvem a alteração da transcrição genética.

De entre as diversas funções do cortisol para manter a homeostase, salienta-se:

Resposta ao stress: é um mediador crucial na resposta do organismo ao *stress*, que afeta o funcionamento fisiológico e metabólico, mas também neuroquímico. Ajuda a mobilizar reservas de energia (glicose, ácidos gordos e aminoácidos) para enfrentar a situação de *stress*, suprime o sistema imunitário (o que pode ser benéfico a curto prazo para evitar respostas inflamatórias excessivas) e influencia o humor e o estado de alerta, porque induz ao gasto de triptofano, o aminoácido que é usado para a produção do neurotransmissor serotonina, associado à regulação do humor, do apetite e do sono. Embora a curto prazo seja adaptativo, a exposição crónica a níveis elevados de cortisol pode ter efeitos nefastos. O cortisol também influencia a perceção do *stress* e o comportamento.

Regulação da pressão arterial: tem um papel na manutenção da pressão arterial, embora os mecanismos exatos sejam complexos e envolvam a sua interação com outras hormonas (como a adrenalina e a noradrena-

lina) e o sistema cardiovascular, modulando a sensibilidade dos vasos sanguíneos a estas hormonas.

Ação anti-inflamatória e imunossupressora: possui propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras. Ao suprimir a libertação de substâncias inflamatórias (como citocinas e prostaglandinas), ajuda a controlar a inflamação no corpo e suprime a atividade de células do sistema imunitário. Esta ação é importante para controlar respostas inflamatórias excessivas e proteger contra danos nos tecidos, mas a longo prazo pode aumentar o risco de infeções. A inflamação excessiva está associada à libertação de citocinas e outras moléculas, que prejudicam o funcionamento das células, incluindo dos neurónios a nível cerebral.

Regulação do metabolismo da glicose: efeito hiperglicemiante – aumenta a glicémia (“açúcar no sangue”), através da estimulação da gliconeogénese (síntese de novo da glicose, no fígado, a partir de outras moléculas em circulação, como aminoácidos e glicerol, que não são hidratos de carbono, ou seja açúcares). Também inibe a captação de glicose nas células periféricas (como nos músculos e no tecido adiposo), reservando-a para o cérebro. Esta ação é crucial durante períodos de stress ou jejum, para garantir um fornecimento adequado de fontes de produção de energia. Nos diabéticos, o *stress* ativa este mecanismo e aumenta ainda mais a glicémia, prejudicando o controlo dos níveis de açúcar no sangue.

Metabolismo de proteínas e gorduras: influencia o metabolismo de proteínas e gorduras, promovendo a degradação de proteínas musculares (catabolismo proteico), para fornecer aminoácidos para a gliconeogénese, favorecendo a lipólise (degradação de triglicéridos – gorduras – em ácidos gordos e glicerol) para disponibilizar fontes de energia alternativas.

O cortisol desempenha funções vitais para a manutenção da saúde, nomeadamente:

Regulação do ciclo circadiano (sono-vigília): os níveis de cortisol seguem um ritmo circadiano, com picos mais elevados pela manhã (preparando o corpo para a atividade) e níveis mais baixos à noite (promovendo o relaxamento e o sono), o que contribui para o ciclo sono-vigília. Assim, o cortisol, em níveis adequados, é essencial para acordarmos e nos levantarmos pela manhã, com capacidade de realizar ações proactivas.

Modulação da função imunitária: embora a longo prazo a exposição excessiva ao cortisol possa suprimir o sistema imunitário, níveis basais de cortisol são importantes para a regulação e maturação das células imunitárias, bem como para evitar uma resposta excessiva do sistema imunitário, que levaria a um estado de alerta permanente como se o organismo estivesse constantemente sob ameaça.

Manutenção do metabolismo energético basal: o cortisol ajuda a manter níveis adequados de glicose no sangue entre as refeições, garantindo a sua disponibilidade para manter a função cerebral e outras atividades metabólicas essenciais ao funcionamento homeostático do organismo.

Desenvolvimento fetal: O cortisol desempenha um papel crucial no desenvolvimento de vários órgãos e sistemas no feto, incluindo os pulmões.

Sendo uma molécula essencial para manter um funcionamento adequado do corpo humano, a alteração drástica dos seus níveis pode refletir uma doença ou levar a situações patológicas quando a alteração é mantida.

Por outro lado, há também doenças associadas a alterações do cortisol, realçam-se:



Hipercortisolismo (Síndrome de Cushing): a exposição prolongada a níveis elevados de cortisol pode levar à Síndrome de Cushing, caracterizada por sintomas como aumento de peso (especialmente na zona abdominal e face – "cara de lua"), depósitos de gordura na base do pescoço ("gibba de búfalo"), acne, pele fina e com hematomas fáceis, estrias violáceas, hipertensão, diabetes, fraqueza muscular, osteoporose, alterações de humor (depressão, ansiedade) e aumento da suscetibilidade a infeções. As causas podem estar relacionadas com a administração de glucocorticoides exógenos (iatrogénica), tumores na glândula pituitária que produzem ACTH (doença de Cushing), tumores nas glândulas adrenais que produzem cortisol ou produção ectópica (fora do local normal) de ACTH por outros tumores.

Hipocortisolismo (Doença de Addison): a produção insuficiente de cortisol pela glândula adrenal resulta na Doença de Addison. A causa primária envolve a destruição autoimune do córtex adrenal; a insuficiência adrenal secundária é causada por problemas na glândula pituitária que levam à produção deficiente de ACTH. Os sintomas podem incluir fadiga crónica, fraqueza muscular, perda de peso, diminuição do apetite, hiperpigmentação da pele e mucosas (na doença de Addison), tensão arterial baixa, tonturas e apetite aumentado por sal.

Inflamação Crónica: embora o cortisol tenha propriedades anti-inflamatórias, a sua regulação inadequada ou a resistência aos seus efeitos podem contribuir para processos inflamatórios crónicos associados a várias patologias. A regulação inadequada do eixo HPA e a sensibilidade dos GRs desempenham um papel importante na modulação da inflamação.

Stress Crónico: a exposição prolongada ao stresse pode levar a níveis crónicos e elevados de cortisol, o que tem sido associado a um risco aumentado de várias doenças, incluindo

doenças cardiovasculares, depressão, ansiedade e disfunção do sistema imunitário.

Depressão: a exposição prolongada a níveis elevados de cortisol leva à diminuição drástica de triptofano, causando défice de serotonina, o neurotransmissor do humor. Por outro lado, a indução excessiva da produção de citocinas e quimocinas pró-inflamatórias conduz à neuroinflamação, que, de acordo com a literatura mais recente está na génese de muitos casos de depressão, o que indica que o tratamento neuroquímico pode não ser totalmente eficaz se a neuroinflamação se mantiver.

Os níveis de cortisol podem ser medidos no sangue ou na saliva, sendo um possível biomarcador de bem-estar.

Em resumo, o cortisol é uma hormona pleiotrópica, com efeitos múltiplos e com diversos mecanismos de ação, que incluem a regulação metabólica, a resposta ao *stress*, a função imunitária e a manutenção da pressão arterial, sendo indispensável para a homeostase. O equilíbrio nos níveis de cortisol é crucial para a manutenção fisiológica. Tanto a deficiência como o excesso de cortisol podem ter consequências significativas para a saúde, sendo de destacar a importância da sua regulação adequada, dado que as suas disfunções estão intrinsecamente ligadas ao desenvolvimento de diversas doenças.

O cortisol é como o sal, o açúcar, o sol e até a felicidade: sem eles não se vive, mas tem de ser "quanto baste".

Manuela Grazina

(Professora na FMUC, Investigadora, Comunicadora de Ciência e Mentora Científica)



COMO ENSINAR O CÉREBRO A AUTORREGULAR-SE?

É possível redesenhar o cérebro? É. A neuromodulação endógena ou neurofeedback é isso que faz, estimula a mudança. Uma nova terapêutica não invasiva, nem dolorosa que permite aprimorar as capacidades do cérebro. Um avanço na saúde mental

O cérebro não é apenas um órgão com aproximadamente 86 mil milhões de neurónios que comunicam entre si, é o artífice de tudo o que nos torna realmente humanos - o pensamento abstrato, o amor, a criação artística, a ética, a espiritualidade e a própria experiência de existir. Como diz o neurocientista António Damásio, “o cérebro não é apenas um computador, é um órgão que sente, sofre e aspira”.

A comunicação entre os neurónios que, através de descargas elétricas, recebem e transmitem informações, é essencial para o bom funcionamento físico, cognitivo, mental e emocional do ser humano. Contudo, este funcionamento pode ser afetado por vários fatores: herança genética, trauma, problemas ambientais, alimentação, stresse, hábitos de vida, problemas de saúde, condições neurológicas, etc..

O que é o neurofeedback ou neuromodulação endógena?

O neurofeedback é uma intervenção terapêutica, não invasiva e não dolorosa, que permite aprimorar o funcionamento e as capacidades do cérebro através da regulação da sua própria atividade. O desenvolvimento do neurofeedback (método Othmer) surgiu na década de 1970, quando investigadores como Joel Lubar e Barry Sterman descobriram que era possível reduzir a hiperatividade motora em crianças e diminuir o risco de convulsões, usando o reforço positivo de certas ondas cerebrais.

Como funciona?

Num primeiro momento, efetua-se a anamnese completa do paciente e estabelece-se um plano de tratamento, de acordo com a sua condição atual, sintomas e objetivos. São colocados elétrodos no couro cabeludo e existe um *software*, ligado a um ecrã, que avalia as ondas cerebrais, nomeadamente os seus padrões, amplitudes e frequências, fazendo um registo do eletroencefalograma (EEG). Estes dados são descodificados e transformados pelo *software* em estímulos visuais, auditivos e táteis que a pessoa recebe, em tempo real, durante a sessão. Por exemplo, em casos de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), a imagem projetada num ecrã fica mais nítida, com cores mais vivas (*feedback* visual), o volume da música aumenta (*feedback* auditivo) e o aparelho tátil vibra (*feedback* tátil) quando o foco aumenta.

Através da informação sobre os seus padrões elétricos (ondas cerebrais), que refletem diferentes estados mentais (foco, relaxamento, ansiedade, etc.), o cérebro aprende, assim, a autoregular-se, a autocorrigir-se, a reforçar padrões saudáveis de forma natural, criando um impacto positivo nas funções cognitivas, emocionais e comportamentais.

O protocolo é inteiramente personalizado e adaptado aos objetivos e à evolução de cada pessoa. O diálogo com o neuroterapeuta é uma constante.

Existem vários tipos de neurofeedback?

Sim, existem vários tipos de neurofeedback. O tipo de neurofeedback usado no Centro Cirúrgico de Coimbra é o **Neurofeedback terapêutico Cygnet** (método Othmer), em que o dispositivo e o material usado são reconhecidos como neurofeedback médico pela FDA (Food and Drug Administration dos Estados Unidos) e pela EMA (European Medicines Agency). É um tipo de neurofeedback dinâmico (usa várias bandas de frequências, dependendo da pessoa). O protocolo é altamente personalizado (baseia-se nos sintomas de cada indivíduo), usa frequências ultrabaixas (0,1hz), é o único que tem tecnologia que permite libertar os traumas profundos (ondas cerebrais alpha-theta) e as técnicas baseiam-se e são atualizadas em função da evolução no domínio das neurociências e da investigação científica.

Quem pode beneficiar?

Qualquer pessoa pode beneficiar do neurofeedback. Esta técnica é indicada para pessoas de todas as idades, sendo aconselhada uma consulta de avaliação prévia, para discutir a pertinência do tratamento, em função da situação e dos objetivos que se pretendem alcançar.

Exemplos de situações em que o neurofeedback é aplicado:

- PHDA, Ansiedade, Espectro do Autismo, Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT), Epilepsia, dificuldades na regulação emocional (medo, stresse, impulsividade);
 - Melhoria nos sintomas e bem-estar em doentes com doenças neurodegenerativas (Parkinson, Alzheimer, etc.), favorecendo a recuperação de funções cognitivas e motoras, em conjugação com outras terapias;
 - Bem-estar: autoconhecimento, regulação do sono, humor e condições crónicas;
 - Alto desempenho: melhoria na performance cognitiva, emocional, física e de memória, em atletas, executivos, profissionais e estudantes.
- Contraindicações:** epilepsia não controlada, esquizofrenia ou psicose (sem avaliação e supervisão médica).



Evidências científicas

Este método de *neurofeedback* foi alvo de uma evolução constante, com protocolos iniciais baseados em condicionamento operante, até um modelo mais dinâmico, usando frequências cada vez mais baixas, com aplicações clínicas cada vez mais específicas e com resultados validados por um número crescente de estudos científicos.

A investigação científica tem corroborado a eficácia deste método em varias áreas, tais como:

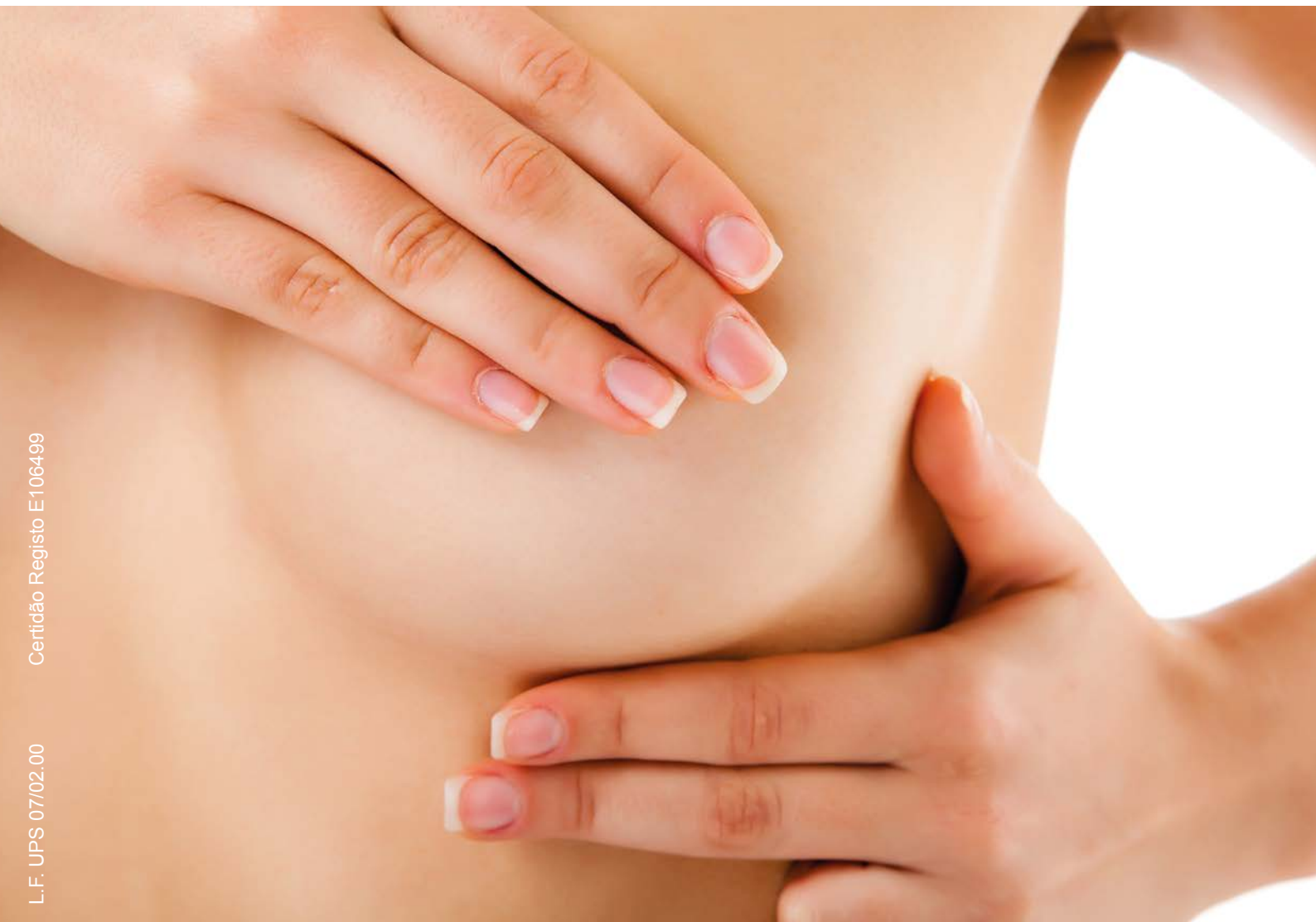
- Melhoria na atividade cerebral (redes neuronais, linguagem, conectividade funcional);
- Saúde mental: redução de sintomas - depressão, PSPT, ansiedade - e melhoria significativa na atenção em PHDA, com resultados semelhantes à medicação e sem os efeitos negativos associados;
- Condições físicas ou neurológicas: fibromialgia, concussão cerebral, dor crónica, melhoria no sono (insónia),

epilepsia e regulação do sistema nervoso;

- Alto Desempenho: melhoria de foco e de capacidade de memória em atletas, executivos e estudantes.

A neuromodulação endógena implica também uma mudança de paradigma na saúde mental: os doentes deixam de ser meros espectadores e transformam-se em artistas ativos a redesenhar as cores (representação das ondas cerebrais) do próprio cérebro - uma obra de arte em constante evolução, onde cada sessão é uma pincelada, rumo ao equilíbrio.

Cláudia Quintans
(Psicóloga Clínica e Terapeuta de Neurofeedback)



Certidão Registo E106499

L.F. UPS 07/02.00

Rastreio de Cancro da Mama

A melhor forma de combater o cancro da mama é a prevenção através de mamografias e exames regulares.

Marque a sua consulta através do **239 802 700**
www.ccci.pt (Rede fixa nacional)



ESTÁ AÍ UMA NOVA VELHICE?

A grande longevidade está aí. Falta formatar o novo paradigma. Há tarefas ainda por fazer, como a mudança da visão preconceituosa e negativa que ainda hoje prevalece sobre a velhice

Há um tempo para tudo, desde trabalhar numa qualquer profissão, até para sair, dando lugar a outros e a novas gerações, num contínuo em que se aconselha descrição e uma capacidade de olhar para o futuro com algum otimismo. A geração que desfruta agora a terceira idade é constituída por pessoas que passaram por guerras, por grandes mudanças sociais e culturais, pela repercussão do grande desenvolvimento científico e tecnológico e também pela aceleração dos ritmos de vida e de uma informação cada vez mais global.

De toda a amálgama de vivências, dos sobressaltos e inovações experimentadas, podemos dizer que o estilo de vida, condições socioeconómicas e os progressos na área médico-sanitária ditaram - nas últimas décadas - um envelhecimento prolongado e a consequente necessidade de proporcionar a um maior número de pessoas, um quotidiano de bem-estar.

Sabemos que o tempo do trabalho, no total da vida adulta, tem certas determinantes e a aproximação da idade da reforma determina,



em cada um de nós, reajustamentos. Nesta transição há ganhos e perdas que cada um deve gerir de acordo com as suas expectativas, mas com sabedoria para desfrutar o tempo disponível e dar sentido a este período do ciclo da vida.

As populações mais jovens olham para o ciclo da vida de uma forma mais flexível e perspetivavam formas diferentes de organizar as várias fases, deixando para trás a visão dicotómica do “tempo do trabalho/ tempo da reforma” de significado vivencial muito diverso e redutor.

Hoje, já é frequente vermos pessoas a delinear o futuro com uma idade avançada, introduzindo o trabalho parcial e várias atividades não remuneradas (voluntariado), de modo a obterem ganhos próprios com alguma produtividade e, simultaneamente, darem o seu contributo de cariz social. Assim, o envelhecimento torna-se ativo e mais satisfatório com as condições de bem-estar possíveis, sem constrangimentos e limitações e favorecendo uma boa saúde física, mental e psicológica.

Estes aspetos, muito valorizados em idades avançadas, impõem um investimento precoce na adaptabilidade aos condicionamentos decorrentes da idade, facilitando o bom funcionamento mental, a interação social e as boas condições físicas. Nesta perspetiva, cada um deve responsabilizar-se pelo que vai fazendo por si, pelo que faz do seu tempo livre, do lazer e do sentido que dá à vida.

Há, no entanto, numa sociedade já muito marcada pelos aspetos que mais nos vinculam aos outros, como o ser reconhecido, ser amado, ou algumas situações que envolvem grandes doses de desejo, os eventos como a morte do cônjuge, perda do convívio no emprego e falta de atividades de grupo, ou seja, acontecimentos que complicam a vivência e a saúde mental do mais idoso. Ao mesmo tempo há um empobrecimento da interajuda e da solidariedade social, o que facilita a existência da sensação de solidão, acompanhada quase sempre de

emoções negativas como a tristeza, frustração, angústia e depressão.

Nestes tempos algo disruptivos e que nos põem perante aspetos mais filosóficos e políticos da existência humana, interrogamo-nos como se vai reconfigurar o tempo cada vez mais longo do idoso, o futuro sem segregação dos mais velhos. Sendo certo que teremos que revitalizar mais a interação social, desenhar novos papéis para essa população, levando a olhar para o avanço da idade sem medo e com a manutenção de uma boa autoimagem.

Este complexo conjunto de fatores formatam para as novas gerações uma grande longevidade, o que desperta para a consciência da necessidade urgente de um novo paradigma. O cientificismo mecanicista que hoje impera na organização social dos países desenvolvidos, deve ser substituído por uma cultura humanista, que valorize as pessoas, que tenha a capacidade de suprir a todos as necessidades básicas e crie uma atmosfera de solidariedade e bem-estar aos mais idosos, contribuindo para a construção de uma perceção individual de ter suporte perante os acontecimentos adversos.

É toda esta tarefa de mudança da visão preconceituosa e negativa, que ainda hoje prevalece sobre a velhice, que se impõe a utilização de novas motivações para uma abordagem que valorize o próprio viver e a sua qualidade, a humanização do espaço público, em detrimento da eficácia, da função, da imagem e até da quantidade da sobrevivência.

*António Reis Marques
(Médico, Psiquiatra)*

QUAL A EFICÁCIA DA “MÁSCARA” NO TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO?

A evidência confere que a “máscara” ou PAP é o tratamento com maior eficácia no tratamento da apneia obstrutiva do sono. A tecnologia já proporciona equipamentos mais silenciosos, com algoritmos mais eficientes e máscaras mais cómodas. A importância da qualidade do sono exige que se troquem as noites com centenas de micro despertares por um tratamento individualizado

O sono é essencial para o nosso bem-estar físico e mental, com benefício na saúde cardiovascular, na consolidação da memória, na cognição e imunidade. E esta é uma verdade incontestável. Mas é preciso que o sono exista em quantidade e qualidade e é aqui que uma série de fatores podem influenciar o que se espera de uma boa noite de sono. A qualidade do sono é influenciada por uma série de fatores, alguns comportamentais e modificáveis, mas também pela existência de doenças específicas do sono. As doenças mais comuns são a insónia e as doenças respiratórias do sono. Deste segundo grupo a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é a mais prevalente.

Apneia Obstrutiva do Sono - o que é?

É uma doença crónica e comum (afeta 9-24% da população adulta), caracterizada pelo estreitamento parcial ou total (eventos obstrutivos) e cíclico, da via aérea superior. Múltiplos fatores contribuem para este fenómeno, no entanto, o principal problema deve-se ao relaxamento dos músculos que envolvem a faringe (tubo flexível que leva o ar até à traqueia). A obesidade e algumas alterações da estrutura craniofacial e orofaringe podem agravar esta obstrução.

Os eventos obstrutivos levam à descida da concentração de oxigênio no sangue com consequente micro despertares (fragmentação do sono). O micro despertar surge para ativar os músculos e abrir a faringe. Contudo, isto pode acontecer centenas de vezes por noite...

Embora uma pequena fração de doentes com apneia seja assintomática, a maioria tem sintomas importantes e alguns são limitativos da atividade diária. O ressonar, despertares com sensação de sufoco/engasgamento, cefaleias, perturbações da memória e concentração, sensação de sono não reparador e sonolência excessiva/fadiga diurna são alguns dos sintomas referidos. A apneia do sono não tratada aumenta o risco para desenvolver, ou agravar, problemas cardiovasculares como a hipertensão, arritmia, doença isquémica e AVC. A sonolência excessiva aumenta o risco de acidentes (ao volante, em casa, no trabalho).

A realização de um estudo diagnóstico (estudo poligráfico do sono) é fundamental, para confirmar a existência de doença (e possível comorbilidades do sono), mas também para definir a gravidade e orientar o tratamento.

Tratamento personalizado

Essencial para o tratamento de qualquer doença do sono é a adoção de medidas de higiene do sono adequadas - manter horário de sono regular; fazer exercício físico regular, mas não próximo do deitar; evitar consumo de estimulantes próximo do deitar, exposição a dispositivos digitais e luz excessiva, consumo de álcool e outros depressores do sistema nervoso central; criar um espaço confortável para dormir.

O tratamento específico da AOS deve ser, tanto quanto possível, personalizado. Existem mecanismos fisiopatológicos que podem ser diferentes entre doentes e as manifestações clínicas podem também ser distintas. A avaliação cuidada do doente e exames determinará a escolha terapêutica.

Aqui, abordamos apenas o tratamento da AOS com pressão positiva da via aérea (PAP), existem outros tipos.

Quais os benefícios do tratamento com pressão aérea positiva?

A aplicação de pressão positiva na via aérea (PAP) é o tratamento mais eficaz na apneia obstrutiva. Através de uma interface (máscara), conectada a um tubo (traqueia), o ar do ambiente é filtrado e introduzido na via aérea, enquanto a pessoa dorme. O ajuste correto da máscara é fundamental para o sucesso terapêutico e existe uma vasta gama de estilos e tipos (nasal, facial, almofadas), que permite várias opções individualizadas. Também tem havido grande avanço tecnológico dos dispositivos (geradores do ar pressurizado) nos últimos anos, com vários modelos disponíveis. Os modelos mais recentes são pequenos, de fácil transporte, silenciosos e fáceis de usar.

A pressão positiva tem o objetivo de manter a via aérea aberta, de forma a resolver os eventos obstrutivos, normalizar a saturação de oxigénio e melhorar os sintomas e a qualidade



de do sono. É eficaz nos diversos graus de gravidade da doença e é o tratamento para o qual existe maior evidência, no que respeita à sua eficiência no controlo dos eventos obstructivos e benefício nos sintomas e comorbilidades.

As dificuldades

O uso de PAP durante o sono requer alguma habituação e alguns doentes referem dificuldades importantes. Têm existido avanços tecnológicos significativos e os equipamentos recentes são mais silenciosos, têm algoritmos mais eficientes e as máscaras são mais cómodas. Mesmo assim, algum desconforto pode levar ao uso inadequado da PAP (pouco tempo) ou mesmo à interrupção (cerca de 50%) do tratamento. Os efeitos secundários motivados pelo tratamento raramente são graves e estão, geralmente, relacionados com o mau ajuste da máscara ou com a pressão do ar. A PAP é o tratamento mais eficaz para a apneia obstructiva e é importante fazer o esforço e ajustes necessários para que seja bem tolerado.

Xerostomia - Indivíduos que respiram pela boca e dormem com a boca aberta têm - normalmente - queixas de secura da mucosa oral. A situação é agravada pelo ar frio, pressurizado, exalado pela boca e pode ocorrer com qualquer tipo de máscara (mais com facial). Melhora usando humidificador, alívio do fluxo expiratório e uso de apoio do mento.

Congestão nasal - Queixas variáveis desde a rinorreia à obstrução nasal e mais raro, hemorragia. Está relacionado com o fluxo de ar seco e pressurizado. A adaptação de humidificador e circuito (tubo) aquecido pode ser uma solução; a aplicação de soro fisiológico ou descongestionante pode estar indicado.

Irritação da pele - Uma máscara mal ajustada pode motivar esta queixa mas a acumulação de suor, gordura e elementos celulares na máscara podem promover o desenvolvimento de bactérias que facilitam as lesões da pele. A higiene regular e a substituição atempada da

almofada são essências.

Problemas oculares - Por vezes o ar que escapa pela máscara é projetado para a área ocular levando a secura e hiperemia. O ajuste correto da máscara e arnês é fulcral, e não deve estar nem muito apertada nem muito justa. Isto interfere com a selagem da almofada e possibilita as fugas. Pode necessitar de modelo ou tamanho diferente.

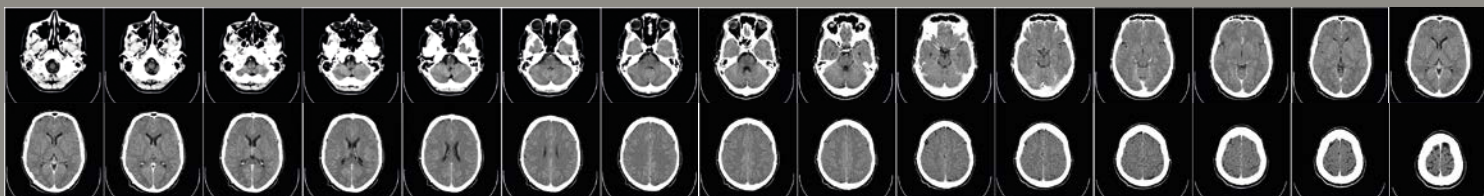
Falta de ar/dificuldade na expiração - O fluxo de ar pressurizado pode dificultar a expiração. O alívio da pressão na exalação pode resolver, no entanto, pode ser necessário a adaptação de outro modo de PAP.

Aerofagia/Aerocolia - Quando existe dificuldade na expiração o ar pode acumular e entrar no esófago; é mais frequente quando há necessidade de pressões mais elevadas; resulta na acumulação de ar com distensão e dor abdominal. Habitualmente melhora com o ajuste da pressão.

Claustrofobia - Alguns doentes sentem-se confinados e perturbados pela máscara. O uso de máscaras de contacto mínimo e uma adaptação durante o período acordado deve beneficiar. Em algumas situações haverá necessidade de intervenções mais dirigidas (tratamento comportamental).

As consequências da apneia obstructiva do sono não tratada incluem sonolência diurna, com implicações na qualidade de vida e cognição, e aumento do risco para doenças cardiovasculares. A PAP é o tratamento com maior evidência de eficácia no tratamento da AOS. Alguns doentes têm dificuldade em tolerar o tratamento e acabam por suspender ou usar pouco, não beneficiando assim dos seus efeitos. As queixas são habitualmente de fácil resolução e devem ser tratadas precocemente.

*Maria de Fátima Teixeira
(Médica, Pneumologista, com especialização em Medicina do Sono)*



L.I.C. 103/2021 Certidão Registo E106499

IMAGIOLOGIA

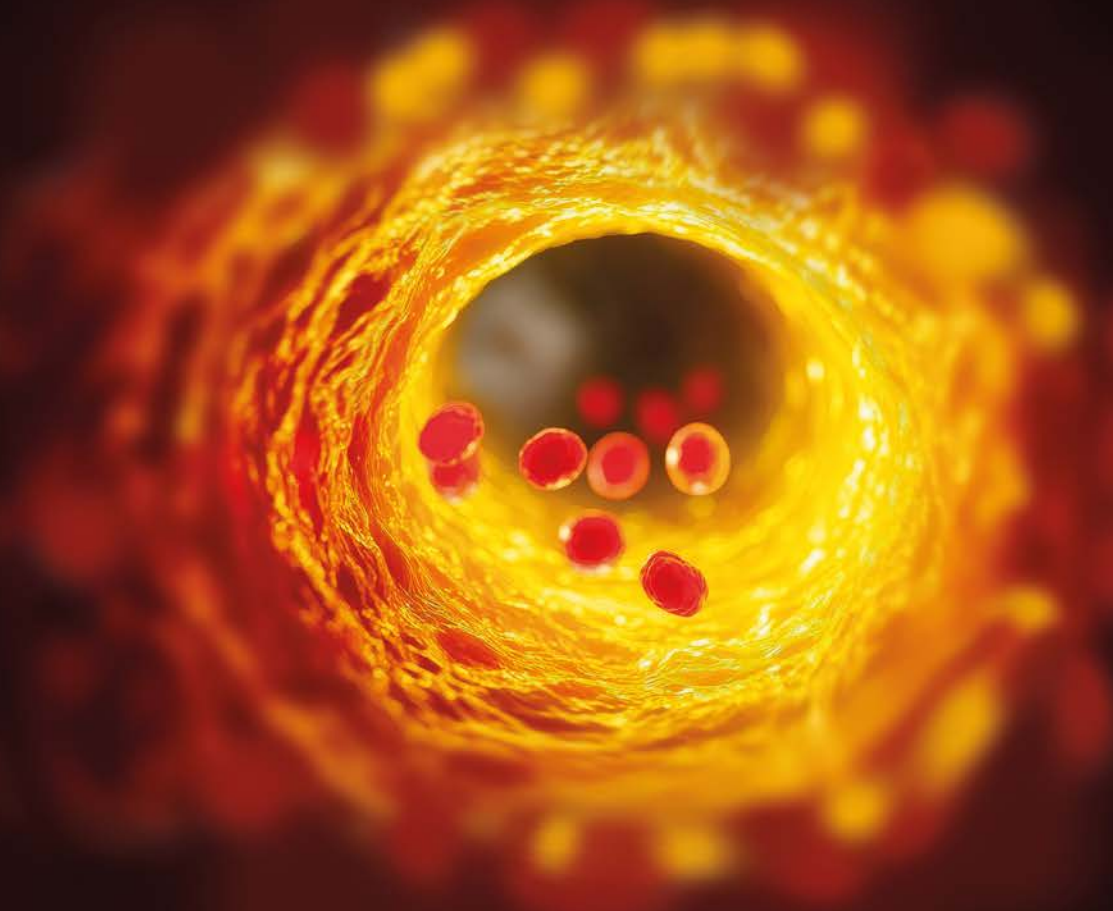
Realizamos todos os exames de Imagiologia:
Radiologia convencional, Tomografia,
Mamografia por tomossíntese, Ecografia,
Ressonância magnética 3Tesla e Radiologia de intervenção.

Faça a sua marcação pelo número **239 802 590** (Rede fixa nacional)
www.ccci.pt



CENTRO
CIRÚRGICO
COIMBRA

AS ARTÉRIAS TAMBÉM ADOECEM



É uma doença um pouco esquecida e a aterosclerose é a sua principal causa. Afeta as artérias dos membros inferiores e provoca obstrução do fluxo sanguíneo. O risco de enfarte do miocárdio e de um acidente vascular cerebral aumenta e a esperança de vida diminui

A principal causa da Doença Arterial Periférica (DAP) é a aterosclerose (90% dos casos) e, como facilmente se depreende, esta é uma patologia que afeta as artérias, provocando-lhes obstruções e dificultando o normal fluxo sanguíneo, que acaba por diminuir nas extremidades. Frequentemente, esta doença está associada a obstruções concomitantes nas artérias coronárias, 25-70% dos doentes com DAP têm obstruções nas artérias do coração, que podem levar a angina de peito ou enfarte agudo do miocárdio ou nas artérias carótidas que irrigam o cérebro, 14-19% dos doentes

com DAP têm doença significativa nas carótidas, o que pode ser causa de acidente vascular cerebral.

Apesar das consequências, a doença arterial periférica é muitas vezes esquecida. Está associada a múltiplos fatores de risco, habitualmente conhecidos por fatores de risco cardiovasculares (diabetes mellitus tipo 2, tabagismo, doença renal crónica em hemodiálise, hipertensão arterial, dislipidemia). Contudo, com as mudanças no estilo de vida dos últimos anos, tem-se observado um

aumento exponencial de casos associados à diabetes mellitus.

A evolução da doença é variável, podendo evoluir de uma forma assintomática ou com claudicação (queixas de dor ou peso na região dos gémeos ou face posterior da coxa que aparecem com a deambulação e desaparecem com o repouso, e que agravam com o plano inclinado). Numa fase mais avançada poderemos ter as dores em decúbito/repouso (dor no pé que agrava durante a noite, quando a pessoa se deita, e que muitas vezes a obriga a levantar-se ou a dormir com o pé pendente fora da cama) ou as lesões tróficas (úlceras/feridas ou gangrena).

O diagnóstico pode realizar-se de uma forma simples em consulta, com uma história clínica e exame físico (palpação dos pulsos). Perante um quadro com queixas semelhantes às descritas, anteriormente, e com algum dos fatores de risco referidos, deve procurar o médico de família ou um especialista em angiologia e cirurgia vascular.

A simples realização de um eco doppler arterial dos membros inferiores permitirá confirmar/excluir e estudar esta patologia. Este é exame rápido e indolor. Em algumas situações poderá ser necessária a realização de outros exames, nomeadamente Angio-TAC ou Angiografia (cateterismo).

O tratamento desta doença começa pela adoção de medidas higieno dietéticas, nomeadamente cessação tabágica, dieta mediterrânica (pobre em sal e gorduras e rica em frutas e vegetais), prática de atividade física moderada (30 minutos/dia) 3 a 4 vezes/semana e peso adequado (IMC <25). Também poderá ser necessária a introdução de medidas farmacológicas, nomeadamente para fluidificar o sangue, medicamentos para o colesterol, medicamentos para a diabetes e, algumas vezes, terapêutica usada para dilatar as artérias.

Com a atuação destas terapêuticas 80-85% dos indivíduos que são claudicantes melho-

ram das suas queixas no período de 5 anos, não necessitando de qualquer intervenção invasiva. Nos casos em que as pessoas apresentam uma claudicação incapacitante para a sua vida diária ou que possuem uma isquemia crítica ameaçadora de membro (dores em repouso ou lesões tróficas) beneficiarão, caso seja possível, de um tratamento invasivo.

O tratamento invasivo pode consistir na realização de uma angioplastia, isto é, a dilatação das artérias com um balão ou com um *stent* (tubo metálico que se introduz nas artérias) através de um cateterismo, designando-se este por tratamento endovascular (menos invasivo), ou através de uma cirurgia clássica (com a realização de bypass ou endarterectomias). Em algumas situações poderão realizar-se os dois tipos de procedimentos (tratamento híbrido).

No caso de isquemia crítica ameaçadora de membro, o diagnóstico rápido é fundamental para evitar situações muito avançadas, em que não há possibilidade de tratamento invasivo de revascularização e em que a amputação major (perna ou coxa) é a alternativa para controlo da dor, lesões ou infeção.

Estudos demonstram que uma pessoa com doença arterial periférica e claudicação tem uma redução (para metade) da esperança de vida a 10 anos, enquanto se tiver uma isquemia crítica tem uma sobrevida de 10% a 10 anos, comparando com os 90% de sobrevida a 10 anos para pessoas sem DAP. A doença arterial periférica é uma doença que diminui a qualidade e esperança de vida, pelo que a prevenção e/ou tratamento são fundamentais. Esta é uma patologia que afeta um segmento importante da população, principalmente a partir da 6ª década de vida. Tem uma prevalência que é inferior a 5% em idades inferiores a 50 anos e aumenta progressivamente, podendo atingir os 25% em idades superiores a 80 anos.

Luís Antunes

(Médico, especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular)

LESÕES DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, QUAL O TRATAMENTO IDEAL?

Tratamento cirúrgico ou tratamento conservador? Qual a melhor solução? E o que ficou afetado? Apenas o Ligamento cruzado anterior ou há outras lesões envolvidas? As respostas dependem de inúmeros fatores, a gravidade do dano é importante, assim como saber quais são os objetivos de cada um dos lesionados



A lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) é frequente e afeta normalmente indivíduos jovens e ativos e, frequentemente, requer intervenção cirúrgica. Embora a maioria dos doentes obtenha resultados satisfatórios, uma percentagem significativa não consegue regressar ao estado funcional anterior à lesão. Tal acontece porque estes resultados dependem não só daquela lesão específica, mas também de outras lesões associadas na articulação do joelho. Além disso, há uma

variedade de fatores psicossociais, incluindo as aspirações e exigências da pessoa doente, que têm impacto no resultado.

Os médicos que tratam estes casos têm a oportunidade de otimizar o resultado, influenciando todo o espectro de cuidados, desde a avaliação inicial até ao tratamento, que conduzem ao resultado funcional desejado.

Diagnóstico e Avaliação Inicial

O primeiro passo para um tratamento eficaz é um diagnóstico preciso. A avaliação inicial deve incluir:

- Identificação do mecanismo da lesão (rotação, hiperextensão, contato direto, etc.), sintomas como dor, inchaço e instabilidade;
- Exame físico, que inclui testes específicos para avaliar a estabilidade do joelho, como:
 - Teste de Lachman: Avalia a translação anterior da tibia em relação ao fêmur.
 - Teste do Pivot Shift: Deteta instabilidade rotacional do joelho;
- Exames de imagem:
 - Radiografia: Para excluir fraturas associadas,
 - Ressonância Magnética: Para confirmar a lesão do LCA, avaliando também lesões meniscais, cartilagíneas, e de outros ligamentos.

Tratamento

O tratamento ideal para a lesão do LCA depende de vários fatores, nomeadamente a gravidade do dano no joelho, o perfil pessoal e os seus objetivos funcionais. Assim, a decisão deve ser partilhada com a pessoa doente, após discussão dos seus níveis de atividade, aspirações e avaliação completa da lesão, incluindo lesões associadas.

Tratamento não cirúrgico

Em casos de lesão parcial ou em indivíduos com baixo nível de atividade física, o tratamento conservador pode ser uma opção viável. Esta abordagem envolve:

- Fisioterapia para fortalecimento muscular e reabilitação funcional,
- Modificação de atividades para evitar sobrecarga do joelho.

Tratamento cirúrgico

O objetivo principal da cirurgia é restaurar a estabilidade funcional do joelho sem comprometer outras funções articulares, nomeada-

mente a amplitude de movimentos. Cada doente deve ser avaliado individualmente, tendo em conta o tipo e a frequência da atividade física, bem como a laxidez ligamentar. Com base nesta avaliação e após discussão com o doente, em determinadas circunstâncias, pode ser considerada uma reconstrução cirúrgica numa fase inicial pós-lesão, mesmo antes de os sintomas de instabilidade se desenvolverem, após a resposta inflamatória inicial à lesão ter estabilizado, com o joelho "calmo", sem inchaço, e a amplitude total de movimentos, particularmente a extensão, restaurada.

A cirurgia é recomendada para os doentes mais jovens, atletas ou aqueles que apresentam instabilidade funcional significativa do joelho, comprometendo atividades diárias ou desportivas. O procedimento mais comum é a reconstrução deste ligamento, o que envolve a substituição do ligamento rompido por um enxerto. Os tipos de enxertos utilizados incluem o tendão patelar, os tendões dos músculos isquiotibiais ou o tendão do músculo quadricípite. A escolha do enxerto depende de fatores como idade, nível de atividade física e preferência do cirurgião.

Não há evidência de que a reconstrução do LCA reduza a incidência ou a progressão das alterações degenerativas no joelho, mas a estabilização precoce reduz a incidência de patologia meniscal subsequente. Embora não existam estudos comparativos a longo prazo, é sensato concluir que a reconstrução do LCA terá um efeito protetor. A idade e as alterações degenerativas não são, por si só, contra-indicações para a reconstrução do ligamento cruzado anterior.

Embora a reconstrução do LCA isolada tenha sido ao longo do tempo um procedimento cirúrgico bem-sucedido, uma minoria significativa de pacientes apresenta um fenómeno de instabilidade rotacional persistente que conduz a lesões condrais e meniscais, aumentando o risco de artrose. Assim a evidência clínica atual suporta a utilização de procedimentos extra-articulares, como a tenodese

lateral, para reforçar a reconstrução deste ligamento. As indicações apropriadas podem incluir: idade inferior a 25 anos; atletas profissionais; laxidez ligamentar generalizada ou genu recurvatum; pivô shift de alto grau ou revisão da reconstrução do LCA.

Lesões associadas

Apenas em 12% dos casos as lesões do LCA ocorrem de forma isolada. Habitualmente associam-se a lesões noutros ligamentos do joelho, lesões dos meniscos e ou lesões da cartilagem articular. A sua presença associa-se a um pior resultado, com um risco mais elevado de artrose do joelho. Por outro lado, a sua identificação pode alterar significativamente a urgência da intervenção necessária no tratamento de uma lesão do LCA.

• Multiligamentares

As lesões multiligamentares, com ou sem luxação do joelho associada, são as lesões mais graves, podendo colocar em risco a

viabilidade do membro afetado. Caracterizam-se por uma rutura completa de dois ou mais dos principais ligamentos do joelho, normalmente o LCA e o ligamento cruzado posterior (LCP). Geralmente resultam de traumatismos de elevada energia associados a acidentes rodoviários, mas podem ocorrer em desportos de alto impacto, bem como em traumatismos de baixa energia em pacientes hiperlaxos ou obesos. Na presença de uma luxação do joelho, a redução da articulação é emergente, sendo necessária uma avaliação vascular e neurológica antes e depois da redução da articulação. Sabe-se também que há um aumento da taxa de insucesso da cirurgia de reconstrução do LCA em doentes com lesões concomitantes do canto pósterio externo ou do complexo ligamentar medial do joelho, não diagnosticadas ou não tratadas devidamente. A discussão/encaminhamento precoce para um ortopedista devidamente especializado em lesões ligamentares do joelho é muito importante para o planeamento de uma investigação /tratamento adicional.



• Meniscais

A lesão meniscal é comum após a rotura do LCA, com uma incidência que varia entre 25 e 75%. A lesão meniscal lateral é mais comum, mas a patologia meniscal medial aumenta após a lesão do LCA. Com o tempo, as ruturas tornam-se mais complexas, degenerativas e menos passíveis de reparação. Sabe-se também que a reparação do menisco, em simultâneo com a reconstrução do LCA, melhora a taxa de sucesso da reparação. Assim, a presença de uma lesão meniscal instável e reparável em combinação com a insuficiência do LCA indica a necessidade de uma reconstrução do LCA com reparação meniscal, em vez da excisão parcial do menisco. A reparação meniscal faseada seguida de uma reconstrução posterior do LCA é aceitável no caso de o doente apresentar um joelho bloqueado pela lesão meniscal, para permitir que a reconstrução seja realizada quando o joelho recuperar a extensão completa.

• Cartilagíneas

As lesões da cartilagem articular variam desde pequenas fissuras até perda total da sua espessura. Pode ser necessária uma intervenção mais urgente para facilitar a fixação de grandes fragmentos osteocondrais ou para a remoção de corpos livres que estejam a impedir a reabilitação. As opções de tratamento das lesões da cartilagem dependem de: cronicidade, idade do doente, dimensão e localização do defeito. Os ortopedistas que tratam lesões do LCA devem estar familiarizados com as diferentes opções de tratamento destas lesões.

Reabilitação Pós-Operatória

A maturação do enxerto do ligamento cruzado anterior decorre durante, pelo menos, 12 meses, podendo o desempenho neuromuscular ser afetado até 24 meses pós lesão. Assim, a reabilitação é essencial para uma recuperação completa e um regresso seguro às atividades. Este processo é faseado:

1. Fase Inicial (0-6 semanas): Controlo da dor e inchaço, ganho gradual de mobilidade e fortalecimento muscular inicial.

2. Fase Intermediária (6-12 semanas): Foco no fortalecimento muscular, equilíbrio e estabilidade.

3. Fase Avançada (3-6 meses): Treino funcional e retorno progressivo a atividades desportivas.

4. Retorno ao Desporto (6-12 meses): Testes específicos para avaliar a segurança do retorno ao desporto, de forma a diminuir o risco de nova lesão.

A escolha do tratamento ideal na lesão do LCA depende de uma análise individualizada de cada pessoa. Enquanto o tratamento conservador pode ser eficaz para alguns casos, a cirurgia, combinada com uma reabilitação adequada, é o caminho mais indicado para aqueles que desejam retornar a atividades de alto impacto. O acompanhamento médico é essencial para um prognóstico favorável e prevenção de novas lesões.

Vítor Hugo Pinheiro
(Médico, Ortopedista)

NÃO É PRECISO MUITO PARA SER FELIZ

Não havia tempo para engordar e a ocupação do tempo de sobra era inventado por cada grupo. O tempo da Primária foi entremeado com a ajuda a encher morcelas, chouriços e farinheiras, a fazer contas em papel pardo e a aviar. Uma gaita-de-beiços bastou para conhecer a maior felicidade do mundo



Naqueles meus tempos de menino, em pleno coração do Ribatejo, a ida para a escola - por volta dos 7 anos - era a aventura mais esperada por aqueles, como eu, que tinham o privilégio de aprender as letras e os números, fugindo aos trabalhos do campo, que começariam também por volta dessa idade.

A maioria das gentes, naquela vila de 10 mil habitantes, era analfabeta, de recursos muito limitados, vivendo do suor da terra, com trabalhos pesados e ordenados que mal davam para comer. A minha irmã faleceu com 2 anos, antes de eu nascer, de infeção não completamente esclarecida e eu, ao contrário de muitas famílias, acabei por ser o rebento único que beneficiou das poucas economias angariadas pelos maravilhosos pais, que distribuíam o seu trabalho entre os meloais de março a junho, e as vinhas onde trabalhavam por contra de outrem.

Na época dos meloais, ficava durante 3 a 4 meses com a avó Inácia, avó materna, salsicheira, e à data da minha ida para a escola, viúva. Depois da primeira classe, já eu fazia as contas num papel pardo, à moda da avó, com rodas que valiam 10 - era no tempo dos escudos e mil reis - valendo a roda cortada 5 e os riscos, tipo pau de fósforo, que valiam 1.

Além de ter aprendido a fazer farinheiras, chouriços e morcelas, aviava com uma limpeza, digna de autêntico profissional. A querida avó nunca, mas mesmo nunca ralhou comigo. Aliás, como a mãe Rosa também nunca ralhou comigo. E o pai Zé, o meu ídolo máximo, desde sempre, adorava que eu lesse o livro da segunda classe para ele se derreter deliciado a ouvir.

Não era preciso muito para sermos felizes e eu, além de ter uma infância particularmente especial, fui um felizardo, porque o meu

professor no final da Primária, entendeu que eu tinha garra para ir mais longe, e ofereceu graciosamente ao meu pai, a possibilidade de eu continuar a estudar, inicialmente sob controlo seu, até onde tivesse capacidade. Novamente felizardo, porque fui o único da Primária sem possibilidades económicas, a prosseguir os estudos, por iniciativa do professor Faia.

Nos intervalos da escola era o jogo da bola de trapos, num qualquer largo da terra. Todos descalços, para não pisarmos os que não tinham botas. Era a pesca aos ruivacos, na vala que atravessava a vila, onde a mãe Rosa e a avó Inácia iam lavar a roupa. Era a ida ao matadouro, ajudar a Inácia a trazer a carne de porco para o mercado e para casa, onde também se fazia a venda. Era a caça aos pássaros, com a fisga feita com um cuidadoso ramo de oliveira, em forma de forquilha, e as duas tiras velhas de câmara-de-ar apertadas num pedaço de sola, oferecidas pelo sapateiro que vivia casa meias com a avó. Era o jogo do botão à parede, com o “ceroulca” de osso especial, a voar mais longe e que nós chamávamos o botão ganhador. Eram as corridas infatigáveis a jogar à malha, à cabra cega, sempre num rodopio contínuo, que até fazia esquecer a hora de nos sentarmos à mesa.

Sem telemóveis, sem computadores, sem automóveis, sem televisão, e sem ter tempo para engordar. Não havia gordos nesse tempo. E os meninos de 9 anos, já iam aos bailes da vila, ainda de calções, dançar com as meninas de 9 anos, que, por terem escolas sem rapazes, só nos conhecíamos nos bailes.

Sem maldades. Sempre em movimento. Felizes, quase todos. E no inverno, quando a cheia cortava a estrada do campo de 7 Km, para Santarém, os meninos da escola faziam barcos de papel e iam pô-los a navegar à entrada da vila, a anunciar que cada um de nós gostaria que a água descesse depressa, para dar vida novamente aos campos e trabalho aos camponeses.

Eram assim as nossas brincadeiras, com brinquedos que não se compravam nas lojas,

feitos por cada um de nós, com tábuas, arcos e pequenos rolamentos, que faziam as delícias dos mais engenhosos.

Em outubro, realizava-se anualmente a feira da Piedade em Santarém. No largo da feira, onde o pai Zé comprou um burro a um cigano, para acarretar os melões na época deles. Íamos de carroça puxada por uma mula, com demora de quase meio dia para chegar à feira. Era um dia de festa, e numa dessas idas, teria eu 7 ou 8 anos, o pai Zé comprou-me uma harmónica bocal - entre os miúdos a vulgar gaita de beijos -, que me deixou totalmente extasiado!!! Fui nesse dia o menino mais feliz do mundo.

Está gravado, perfeitamente, algures no meu cérebro, o momento de intensa felicidade, tendo-me “desunhado” nos períodos seguintes, na tentativa perfeitamente conseguida, sem lições e sem ajudas, a tirar acordes que faziam sentido. Passou a ir comigo para a escola, aproveitando os intervalos, para treinar umas modas e fazer inveja aos meus amigos. E eu tinha muitos amigos. Numa escola onde não havia meninas, também não havia muito motivo para zangas entre os rapazes, e de uma forma geral, os grupos do mesmo ano, eram homogéneos, em termos de socialização, havendo poucos atritos entre nós.

Aprendi nessa altura, que não é preciso muito para se ser feliz e a ocupação do nosso tempo de sobra, era inventado por cada grupo, diariamente, num turbilhão diário de brincadeiras e jogos. A atenção nas aulas era suficiente para ter a escrita em dia, mas o meu restrito grupo de leitura extraescolar, aproveitava para trocar livros e inventar histórias. Foi assim, a correr, o meu tempo espetacular da Primária, entremeado com a ajuda nas contas e no trabalho de encher morcelas, chouriços, e farinheiras, mas nos intervalos, ainda aprendi a tocar - gaita-de-beijos -

*Raimundo Fernandes
(Médico, Neurocirurgião)*

VIAGEM AO PAÍS DAS BICICLETAS



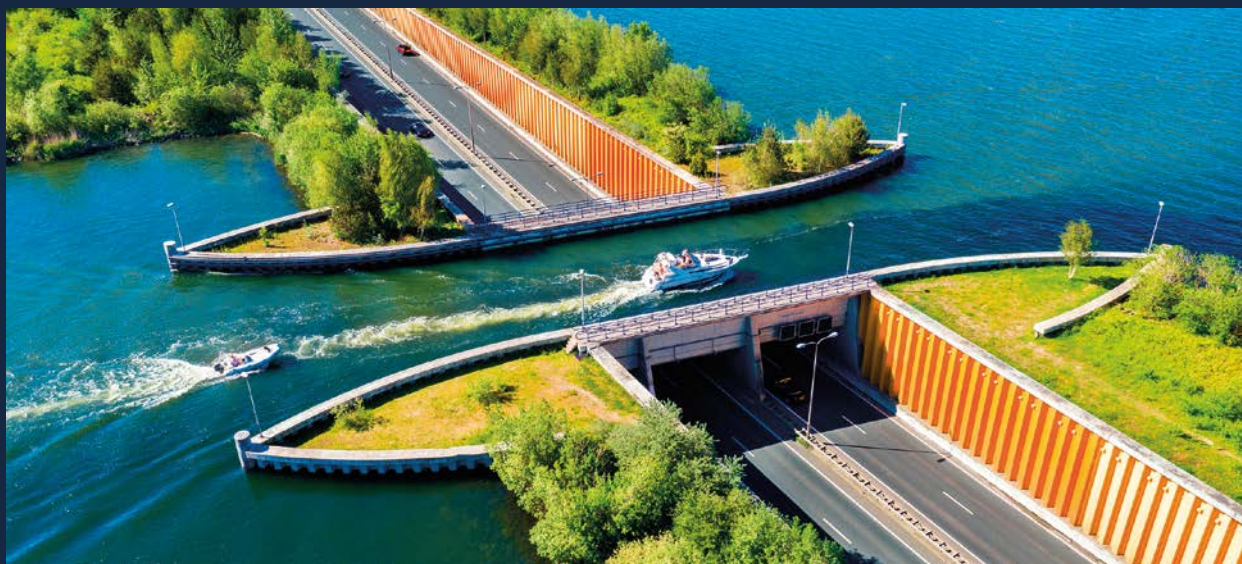
É conhecida como Holanda, mas o nome oficial é Países Baixos. Um holandês escrever sobre a sua terra natal pode gerar desconfiança, mas, também assegura que aquele território tem muito mais do que tulipas ou laranjas mecânicas. Há inúmeras razões para visitar a terra que conquistou o mar

Por ser um país maioritariamente plano, há muitas pessoas que se deslocam de bicicleta, haja sol, chuva, vento ou neve. É ali que existem mais bicicletas – 24 milhões - do que pessoas – 18 milhões e, no trânsito diário, os ciclistas têm direitos especiais que os protegem ao longo dos 35 mil quilómetros de ciclovi-
 as, mas também na estrada, onde os veículos de duas rodas têm prioridade sobre os automóveis. Portanto, prepare-se, este é território para andar principalmente a pé ou de bicicleta. Claro que o transporte público também pode ser uma opção (são confortáveis e cumprem horário), mas são mais caros que em Portugal.

cos, carne, batata, peças de eletrónica e serviços de engenharia e tecnologia.

A distância entre a Holanda e Portugal é “curta”. Em tempo de viagem, fica mais rápido ir à Holanda (de avião) do que ao Algarve (de carro), pouco mais de duas horas de viagem. A dúvida legítima que se segue, será por onde começar, o que visitar?

A capital é Amsterdam, mas o governo fica em Haia, tal como a casa do rei e o Tribunal Penal Internacional. Muitas cidades têm canais, que serviram outrora para o transporte de mercadorias e, hoje, são um recurso aproveitado



A Holanda também é conhecida pela arquitetura arrojada e que em nada deforma a paisagem, mas que se integra e isso pode ser uma surpresa agradável, porque mesmo os prédios construídos para habitação são concebidos com traços diferenciadores. Talvez uma escola inspirada nos trabalhos dos grandes mestres da pintura que ali nasceram. Contudo, as tulipas, os tamancos e a liberdade são as imagens que retemos no imediato, quando pensamos na Holanda. Mas há muito mais.

Os produtos de exportação visíveis são as flores, plantas e produtos lácteos como o queijo, mas para além destes ex-libris, há outros produtos menos visíveis, que alavancam a economia daquele país, como a maquinaria industrial, produtos químicos e plásti-

co pelo turismo. Aliás, Amsterdam é também a capital dos canais, que existem numa extensão de 100 quilómetros, distribuídos por um anel interno que forma uma malha de canais, pontes e ilhas. Os cruzeiros organizados serão uma das muitas formas de conhecer a cidade.

A capital é um *must* para todos os gostos com as ruas de comércio, os cafés, os mercados de rua, os museus de van Gogh, Rijksmuseum e, claro, a casa de Anne Frank. Mas, para chegar a uma experiência única é preciso juntar-lhe o *Red Light district* e os *coffeeshops*. Note bem que neste último há mais alguma coisa para lá de um simples café... Outra dica e por falar em café, depressa se percebe que o nível de vida na Holanda é diferente do nosso. Lá um café pode custar 2,5 euros, vem com um biscoito, é certo.

A língua não deve ser um problema para qualquer turista, quase todos os habitantes falam bem inglês e (alguns) até dominam alguma coisa do francês.

Para sair da cidade e visitar outros territórios dos Países Baixos é aconselhável ir de carro e sugerimos apenas algumas localidades mais típicas: Monnickendam, Volendam, Alkmaar e Enkhuizen. Passar no dique que separa o mar interior do mar de norte, é uma experiência única que começa por ajudar a perceber que estamos em território conquistado à água. Passando pelo Flevopolder, pode apenas imaginar o que antes era um território de mar e como foi possível conquistar terra, recorrendo à engenharia. Mais para o sul, em direção a Haia, está o inesquecível e famoso Keukenhof (aberto só na Primavera) com os seus jardins de 7 milhões de bolbos em flor e os gigantescos campos de flores.

Segue-se Rotterdam, um centro de arquitetura moderna depois da destruição total do centro histórico, no início da II Guerra Mundial em 1940 e é agradável perceber como é possível construir sem estragar a paisagem. Muito próximo não deve perder a oportunidade de visitar o que é uma avenida de moinhos, no Kinderdijk, hoje um património da Unesco. Quem procura sossego, tem ali muitos campos sem fim para fazer longas caminhadas.

Uma nota que não deve esquecer. Os almoços e jantares em restaurantes devem ser feitos entre as 12 e as 13h e entre as 19 e as 20h, não pense em ir jantar fora muito tarde, os estabelecimentos fecham cedo, se comprarmos com os horários em Portugal. Se quiser petiscar alguma coisa na rua, deve experimentar nos frituur os croquetes e bitterballen, para acompanhar umas batatas fritas. O arenque cru também é apreciado, tal como as panquecas e as *stroopwafels* recheadas feitas na hora.

Afinal a terra dos antigos comerciantes e navegadores tem muito mais que a laranja mecânica ou tulipas. Terá sido neste território que as cenouras ganharam a cor laranja (cor da monarquia), selecionando as espécies que levaram à cor que hoje é mais reconhecida.

Atualmente, os Países Baixos têm 12 províncias, nem sempre foi assim, mas sempre imperou a disputa daqueles territórios. Na





chamada época dos Descobrimentos (século XVI) era daqui que saíam os barcos para a Ásia e Américas, dominando rotas que eram concorrentes dos ingleses, espanhóis e portugueses. Já na época, os navegadores eram conhecidos como os Holandeses. Dois séculos antes, a Holanda tinha recebido o dinheiro e a

cultura dos judeus que foram expulsos de Espanha e Portugal. Espinosa foi um deles, houve outros. Mais uma vez, a Inquisição mudou o rumo da História.

*Robert van Velze
(Holandês e Neerlandês)*

Quando a terra conquista o mar

Nederland, Holanda ou Países Baixos, lá para o Norte entre a Alemanha, Bélgica e o Mar do Norte, é um pequeno país que se situa no delta de grandes rios europeus, Reno, Maas e Scheldt. Mais de 25 % do território é água e 26% está abaixo do nível do mar, tem cerca de metade do tamanho de Portugal e vivem lá quase 18 milhões de pessoas. Já foi maior, quando a Bélgica e o Luxemburgo lhe pertenciam e já foi mais pequeno, antes da conquista da terra ao mar. “Deus fez o mundo, mas nós (holandeses) fizemos a Holanda” (dizem). Depois de várias tragédias de inundações, a engenharia trouxe a segurança e a sustentabilidade. Não é de estranhar uma estrada ser transformada em túnel, para que a água e os barcos consigam circular à superfície, ou uma pista de aterragem de aviões passar por cima de uma via de autoestrada. Estamos em terras de Países Baixos.

O facto de ter tanta água obriga a uma proteção especial contra as inundações: os diques, junto à costa e rios e as barragens dão proteção e o mesmo foi feito nas zonas que ficam abaixo do nível do mar, como os polders. E para que a água não suba acima de níveis indesejados, foram construídos – no passado – os moinhos de vento para drenar a água. Por esta razão ainda se veem muitos moinhos, principalmente no oeste. É mais uma das imagens de marca da Holanda.


Humanidade às Cegas

“Tanto jornal, tanta rádio, tanta agência de informações, e nunca a humanidade viveu tão às cegas. Cada hora que passa é um enigma camuflado por mil explicações. A verdade, agora, é uma espécie de sombra da mentira. E como qualquer de nós procura quase sempre apenas o concreto, cada coisa que toca deixa-lhe nas mãos o simples negativo da sua realidade.

hiper top.

in "Diário (1948)"





*“Fui operada à catarata.
Parece que tenho olhos novos.”*

A cirurgia é o único tratamento possível
para quem desenvolveu **catarata**.

Marque a sua consulta **239 802 701/2** (Rede fixa nacional)
www.ccci.pt



A TRANSCENDÊNCIA DO SER

Ir mais além pode ser apenas um sonho, mas temos a capacidade para crescer com uma realidade social mais adocicada e com um Homo Sapiens a viver num ecossistema mais saudável

No meu Alentejo de afloramentos graníticos, crispados pela erosão que deu origem à terra, aprendi a crescer da esperança e da interação de homens experientes e inteligentes, tendo como cenário, a nordeste, o Castelo de Marvão. Em criança aliciei, repetidamente, o meu pai a levar-me aos limites da nossa propriedade para ouvir um vizinho fantasiar as mais inofensivas histórias de relação, contando “mexericos”.

Assim comecei a perceber como a linguagem e as conversas que lhe estão no cerne, manipulam as mentes dos outros, expõem as nossas vulnerabilidades, mas também nos dotam de ferramentas quase perfeitas para conseguirmos os nossos objetivos, para obtermos benefícios e, para em última análise, melhorar a nossa sobrevivência.

O nosso cérebro complexo e caótico não foi feito para pensar, mas para nos proteger do mundo. Um mundo por nós inventado e uma realidade social que apenas existe dentro dos

cérebros humanos. A realidade social, tal como a conhecemos, é uma capacidade singularmente humana, com criatividade capaz de comunicar, de copiar, de cooperar e de compreender, graças às mudanças genéticas que dotaram a nossa espécie de um cérebro grande e extremamente complexo.

“A compreensão surge de uma intrincada capacidade que os humanos possuem num grau que não se encontra em qualquer outro cérebro animal. A compreensão permite a nossa integração social. A integração sensorial permite a abstração. A abstração permite que o nosso cérebro altamente complexo emita previsões flexíveis com base nas funções das coisas e não na sua forma” (Lisa Feldman Barrett).

Anos depois cheguei a Coimbra ... onde os “mexericos” eram mais elaborados, onde o caos era outro e a tragédia dos comuns melhor calculada... Dos sentidos valorizei mais a visão, a dos outros e a minha.

Aprendi mais com o “nascer do Sol” do que com o por do Sol... seguindo o aforismo popular de: “Para ter saúde, pouca cama, pouco prato e muito sapato...”.

Trabalho novas ideias... e sinto necessidade de criar novas alquimias na interação entre a Justiça (justa...), a Educação e a Saúde ... que quero entrelaçadas com a Cultura, a Filosofia, a Arte, a Política e a Inteligência Artificial, para superiormente Humanizarmos a Tecnologia e crescermos numa realidade social mais adocicada e com um *Homo Sapiens* a viver num ecossistema mais saudável. A nossa massa cerebral não pode distorcer o espaço e o tempo, pelo que temos de ser capazes de ser, sentir e saber no momento certo.

Saber que com os “mexericos” podemos chamar a atenção, dizer coisas que podem ser interessantes ou agradáveis a um número limitado de membros do grupo que, como os símios não tem tempo para fazer o *grooming* de cada indivíduo separadamente.

Numa cultura que valorize fortemente os direitos e as liberdades individuais há um dilema moral (paradoxo) “porque a pior coisa que pode existir para o nosso sistema nervoso é outro ser humano, mas a melhor coisa que pode existir para o nosso sistema nervoso é outro ser humano” (*Lisa Feldman Barrett*).

Por isso: Os mexericos praticados com moderação às vezes são vinho tinto....

Aleixo diria:

Para uma mentira ter valor
E atingir profundidade
Tem que ter à mistura
Alguma coisa de verdade.

Para Chris Frith “A grande razão de ser da linguagem seria, pois, a mentira, possibilitando até que mintamos a nós próprios”.

António Travassos
(Médico, Oftalmologista)



Anestesiologia
 Angiologia e Cirurgia Vascular
 Avaliação Médico-Desportiva
 Cardiologia
 Cardiologia Pediátrica
 Check-Up Médico
 Cirurgia Bariátrica
 Cirurgia Geral
 Cirurgia Maxilo-Facial
 Cirurgia Pediátrica
 Cirurgia Plástica
 Dermatologia
 Dor Crónica
 Endocrinologia
 Gastroenterologia
 (endoscopia digestiva)
 Genética Médica
 Ginecologia/ Obstetrícia
 Imagiologia
 Imuno-Alergologia
 Infertilidade e Reprodução
 Medicina Dentária
 Medicina Geral e Familiar
 Medicina Interna
 Medicina do Sono
 Medicina Tradicional Chinesa
 Medicina Transfusional
 Mentoria Científica
 Neurocirurgia
 Neurologia
 Neurorradiologia
 Nutrição
 Oftalmologia
 Ortopedia (cirurgia robótica)
 Otorrinolaringologia
 Pediatria
 Pedopsiquiatria
 Pneumologia
 Psicologia Clínica
 Psicologia do Desenvolvimento
 Psiquiatria
 Reumatologia
 Terapia da Fala
 Urologia

www.ccci.pt | www.facebook.com/CentroCirurgicoDeCoimbra | [Instagram.com/ccirurgicocoimbra/](https://www.instagram.com/ccirurgicocoimbra/)
 Email: comunicacao@ccci.pt

Rua Dr. Manuel Campos Pinheiro, 51 - Espadaneira - S. Martinho Bispo - 3045-089 Coimbra
 T +351 239 802 700 (Rede fixa nacional) M +351 916 047 932 M +351 968 574 777 (Rede móvel nacional)