



Olhares

Trimestral

Nº 44 2025

A FISIOTERAPIA COMO CIÊNCIA DO MOVIMENTO

- Fizemos uma aliança
com a tecnologia

A vertigem e a importância de
“desconstruir” a Síndrome

Como sobreviver às emoções?

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



UMA ALIANÇA COM O QUE SOMOS

O nosso logotipo mudou, cresceu. Juntou-se-lhe a Medical Technology, homenageando a tecnologia e refletindo aquilo que sempre fomos. A aliança não é de agora, sempre oferecemos uma medicina de vanguarda. E se hoje já existem sensores que detetam arritmias e sistemas inteligentes no apoio ao diagnóstico (cardiologia e outras), também percebemos que, nem sempre nem nunca. Há limites e a neurocirurgia (por exemplo) explica-nos quais são, enquanto a otorrinolaringologia aproveita a evolução para abrir as portas que a surdez fechou.

É essa mesma tecnologia, que já tinha entrado na sala de operações da ortopedia, que é agora a essência da fisioterapia, elevando-a a ciência aplicada ao movimento e não apenas um serviço complementar. Acabámos de reclassificar a fisioterapia. Sempre que é possível fazer melhor, somos coagidos a seguir esse caminho. Cuidar do outro exige adaptação e o Centro Cirúrgico de Coimbra tem essa missão em curso.

Conceição Abreu

Í N D I C E

MEDICAL TECHNOLOGY, ARTE, DISCIPLINA E CIÊNCIA

O Centro Cirúrgico de Coimbra “ não é uma
marca “, é uma missão em curso.

P. 6

NOVAS TECNOLOGIAS REVOLUCIONAM A SAÚDE

P. 8

OS LIMITES DA TECNOLOGIA NA NEUROCIRURGIA

P. 10



QUANDO A TECNOLOGIA ABRE AS PORTAS QUE A SURDEZ FECHOU

P. 14

A VERTIGEM E A IMPORTÂNCIA DE “DESCONSTRUIR” A SÍNDROME

É tão só um sintoma com causas benignas ou
graves, mas a vertigem exige um diagnóstico
esclarecedor.

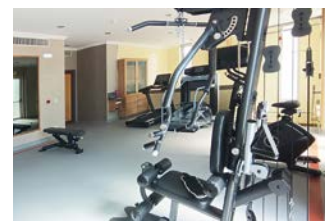
P. 18



UMA NOVA VISÃO DA FISIOTERAPIA

Elevamos a Fisioterapia ao lugar que merece:
como ciência aplicada ao movimento, não
como serviço complementar.

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)

44ª Edição

Periodicidade | Trimestral

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

© Centro Cirúrgico Coimbra

Foto da capa: Ahmad Odeh na Unsplash

QUAL O IMPACTO DA PERDA DE MASSA MUSCULAR?

As escolhas feitas a partir da terceira década de vida têm um impacto profundo no estado funcional.

P. 26



COMO ENVELHECER SEM QUEDAS?

O treino de equilíbrio e marcha, o fortalecimento muscular e propriocepção, bem como educação sobre adaptações do ambiente, promovem o papel do fisioterapeuta na sua segurança

P. 28

BINÓMIO MÁQUINAS E FISIOTERAPEUTAS

A alta tecnologia (a chamada high tech) é um recurso que permite novas abordagens. Revelamos o equipamento que se junta à equipa.

P. 30

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DO CANCRO DA MAMA

P. 34



O QUE É O PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO RÁPIDA?

P. 36

VITAMINA D E EXPOSIÇÃO SOLAR, ONDE ESTÁ O EQUILÍBRIO?

P. 38



COMO SOBREVIVER ÀS EMOÇÕES?

São um mensageiro de alerta e as nossas hipóteses de sobrevivência sempre dependem desse sentir que nos move. É preciso saber lidar com elas.

P. 42



COMO PREPARAR OS PRIMEIROS DIAS DE VIDA DE UM BEBÊ?

P. 46



FIMOSE: ESPERAR, TRATAR OU OPERAR?

P. 48



OUVIR MAL NÃO É NORMAL

P. 50

CONHECE O NOSSO LABIRINTO?

P. 54



AINDA HÁ CIÊNCIA

Não se faz Ciência por ambição. Faz-se por paixão pelo real.

P. 58

MEDICAL TECHNOLOGY, Arte, Disciplina e Ciência

Decidimos - de forma simples - homenagear a tecnologia incorporando-a no nosso logotipo - não por moda - mas para refletir uma aliança verdadeira com aquilo que somos e com a verdade que sempre procurámos. O Centro Cirúrgico de Coimbra “ não é uma marca “, é uma missão em curso

O Centro Cirúrgico de Coimbra nasceu de uma ideia simples, mas exigente:

Oferecer uma Medicina de vanguarda, cientificamente honesta e humanamente consciente. Aqui, não cuidamos apenas com conhecimento. Cuidamos com disciplina, com rigor, com respeito absoluto pela verdade médica, elevada pela confiança de quem nos procura.

Com quase meia centena de especialidades clínicas, apoiadas pelas tecnologias mais sofisticadas, o Centro Cirúrgico de Coimbra não é apenas uma soma de serviços. É um sistema clínico vivo, num espaço único, onde a Oftalmologia é a “ Mãe “, a Matriarca de uma

Família de saberes interligados, práticas complementares e ações clínicas comprometidas com a modernidade e com a revisão constante do conhecimento.

Fazer o melhor possível com o máximo de precisão - não é um fim - é um sonho que temos realizado. Errar o mínimo, quando não é possível prevenir o erro, é o nosso milagre diário.

Tecnologia real.

Ciência transparente.

Profissionalismo com consciência.

Num tempo em que a medicina, por vezes, se transforma em produto, reafirmamos o contrário: cuidar e acreditar são os nossos compromissos.

A nossa Tecnologia é real, não publicitária.

A nossa ciência é transparente e testada e não é negociável.

A nossa prática diária é realizada por pessoas disciplinadas, com pensamentos e ações disciplinadas, incentivadas todos os dias a serem melhores - não por vaidade, mas por consciência profissional.

Aprender é um Dever, não um gesto nobre.



Somos um Centro Cirúrgico, sim - mas somos também um espaço de aprendizagem contínua. Aqui, os erros são revistos e estudados - não varridos- e o sucesso é documentado e replicado com ética. Aqui, a relação profissional /doente é protegida como base de tudo.



A memória científica da nossa integridade, o Atlas RL Eye

O nosso Atlas RL Eye é único no mundo. Está *online* há mais de 15 anos, com documentação rigorosa de casos clínicos e décadas de seguimento atualizado. É uma das nossas memórias científicas, um espelho da nossa integridade, da nossa qualidade e da nossa diferença.

Estamos a integrar tecnologias de ponta na reabilitação física, a consolidar as neurociências com recursos de última geração e a tornar a mobilidade dentro e fora do Centro mais fácil, precisa e segura.

Formamos as nossas equipas com a mesma exigência de sempre. As asas que lhes damos são a garantia de que o futuro será melhor.

Decidimos de forma simples, homenagear a tecnologia incorporando-a no nosso logotipo - não por moda - mas para refletir uma aliança verdadeira com aquilo que somos e com a verdade que sempre procurámos.

Acreditamos numa Medicina, translacional “sem reservas”. Acreditamos que ela é a melhor expressão da medicina moderna. Medical Technology com mais “alma”. Medical Technology com mais cérebro. Com mais sistema imunitário. Mais microbiana. Mais Luz.

O Centro Cirúrgico de Coimbra “ não é uma marca “, é uma missão em curso.

Quem connosco trabalha ou recorre aos nossos Serviços sabe que:
Não nascemos para ser mais um...

Apresentamo-nos com uma missão clara, guiada por atitudes firmes.

Investimos nas melhores relações, porque queremos abraçar sentimentos humanos e generosos. Investimos na melhor tecnologia porque trabalhamos para ser os melhores.

É assim que damos vida à vida e humanizamos a Medicina.

E quando, no futuro, a Medicina se encontrar com o ramo ético da Inteligência Artificial, esperamos que se lembre e orgulhe de há muito tempo, ser praticada por nós.

*António Travassos
(Médico, Oftalmologista e presidente do
Conselho de Administração)*

HÁ UMA REVOLUÇÃO DIGITAL NA SAÚDE

Sensores que detetam arritmias, sistemas inteligentes que apoiam nos exames de diagnóstico e que ajudam a interpretar imagens e o fabrico de réplicas anatómicas e próteses individualizadas são apenas algumas das novas tecnologias que estão a revolucionar a saúde. Existem ganhos é certo, mas...



O avanço tecnológico dos últimos anos tem sido vertiginoso, com profundas repercussões em múltiplas áreas - e a saúde não é exceção. Tecnologias como a inteligência artificial, sensores biométricos e impressão tridimensional (3D) estão a transformar a forma como diagnosticamos, tratamos e acompanhamos os doentes.

Inteligência Artificial: O futuro é agora

A inteligência artificial (IA) promete mudar radicalmente o paradigma na medicina. Um

dos exemplos mais ilustrativos desta transformação é o *ChatGPT*, uma plataforma de diálogo entre utilizador e assistente virtual baseada em IA (modelos de linguagem de grande escala). O *ChatGPT* conseguiu aprovação no exame norte-americano para obtenção da licença médica. Aplicado à Prova Nacional de Acesso à Formação Especializada para médicos em Portugal, o *ChatGPT* 4º obteve pontuações dentro do top 1% em duas edições do exame e superou o desempenho mediano dos candidatos humanos.

Estes resultados evidenciam a capacidade da IA para processar um grande volume de informação e fornecer respostas com elevado rigor lógico. No entanto, a sua "criatividade" pode originar erros, conhecidos como *alucinações*, pelo que as suas sugestões devem ser sempre validadas por profissionais de saúde. Métodos como o *machine learning*, que permitem aos sistemas aprender automaticamente com grandes bases de dados, estão a ser cada vez mais utilizados para apoiar o diagnóstico, especialmente na interpretação de exames complementares como ressonâncias magnéticas, eletrocardiogramas ou biópsias.



Sensores e wearables: tecnologia ao ritmo do corpo

Os *wearables* - pequenos dispositivos com sensores e ligação sem fios - tornaram-se comuns no quotidiano, em especial os *smart-watches*. Estes aparelhos permitem monitorizar parâmetros como a frequência cardíaca e a atividade física, promovendo hábitos mais saudáveis. O número de passos por dia é um determinante fundamental da saúde cardiovascular. Menos de 5000 passos/dia definem um indivíduo sedentário, portanto recomenda-se o dobro para melhorar o prognóstico de saúde cardiovascular.

Modelos mais avançados conseguem detetar arritmias, como a fibrilhação auricular, e até

realizar registos eletrocardiográficos de alta precisão, úteis para o diagnóstico de arritmias ocasionais (mediante validação médica). No entanto, a monitorização contínua pode provocar ansiedade, especialmente se os utilizadores não compreenderem a variabilidade natural dos dados biológicos. Cabe ao médico clarificar os objetivos da monitorização e ajudar a interpretar corretamente os resultados.

Impressão 3D: Da imaginação à realidade clínica

A impressão 3D - ou fabrico aditivo - democratizou o acesso à produção de objetos tridimensionais. Com um modelo digital, é hoje possível criar réplicas anatômicas de doentes reais, que podem ser usadas para planear cirurgias, treinar técnicas médicas ou desenvolver dispositivos personalizados.

Esta tecnologia tem vindo a crescer exponencialmente em medicina, permitindo criar próteses individualizadas e, num futuro próximo, até tecidos biológicos e órgãos.

Desafios da saúde digital

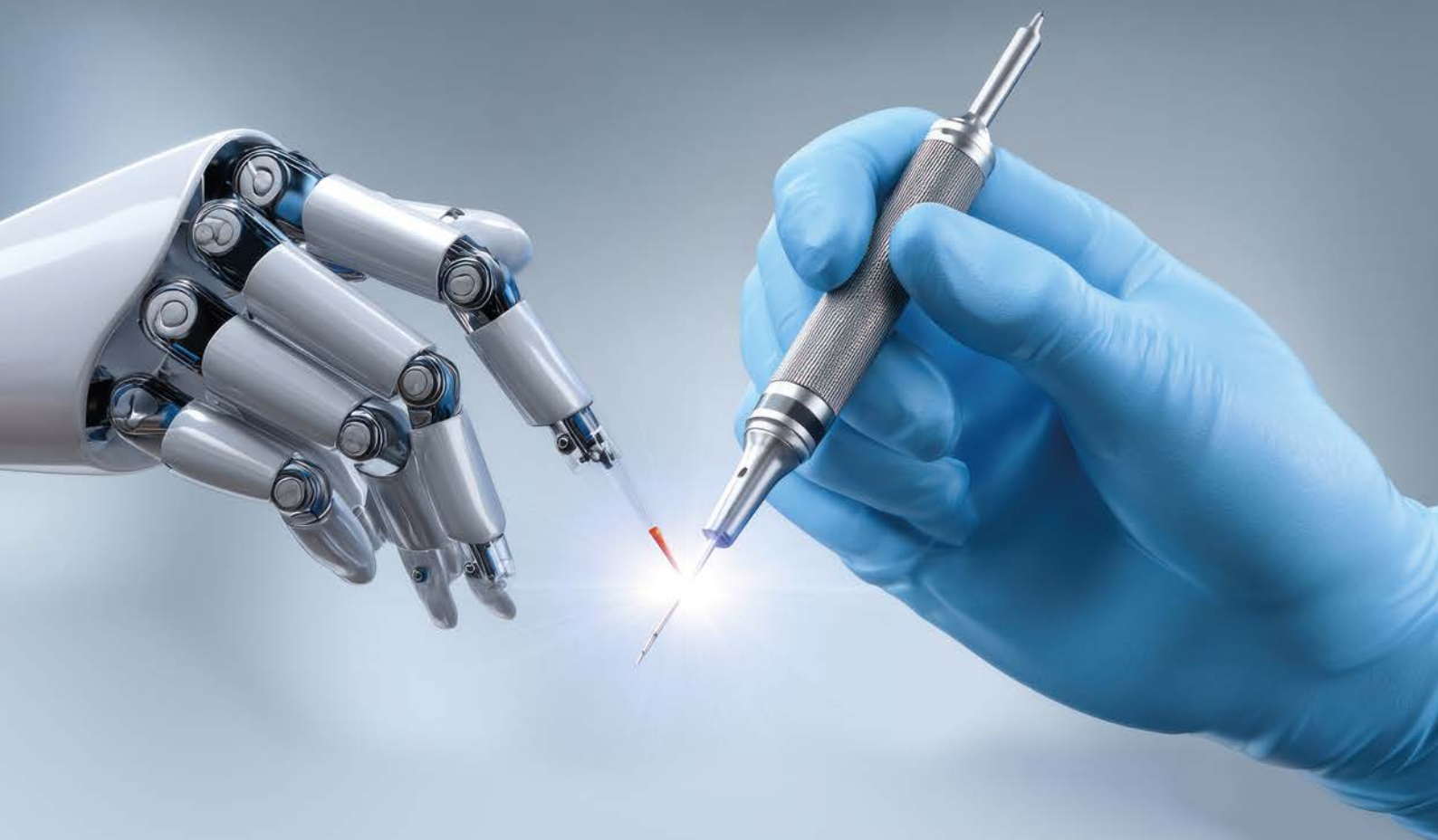
Apesar das vantagens, a adoção destas tecnologias exige uma abordagem equilibrada. O acesso a novas ferramentas e fontes de informação é promissor, mas também complexo, principalmente numa população com baixos níveis de literacia em saúde. Assim e para garantir ganhos efetivos, é essencial:

- Promover literacia digital entre os utentes;
- Investir na formação contínua dos profissionais de saúde;
- Manter a centralidade da relação médico-doente, que nenhuma tecnologia poderá substituir.

A tecnologia é uma aliada poderosa — desde que nunca substitua o cuidado humano, mas sim o reforce.

*Manuel Santos
(Médico, Cardiologista)*

OS LIMITES DA TECNOLOGIA NA NEUROCIRURGIA



As técnicas robóticas já auxiliam na localização e navegação, os algoritmos fazem análises preditivas de resultados. Há impressão de próteses em 3D, elétrodos para fazer estimulação cerebral profunda e neuromodulação não invasiva. Mas toda esta panóplia tecnológica - que pode entrar dentro de uma sala de operações - em nada substitui o operador, que é a pessoa humana. A máquina não substituiu o neurocirurgião

Numa frase da figura maior da Neurocirurgia portuguesa, o Prof. João Lobo Antunes (1944 – 2016): “Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”

E assim é. A Inteligência Artificial e as novas tecnologias não mudaram o caminho da neurocirurgia. Ajudam a fazer o caminho é certo, retiram algumas “pedras”, admito, mas no fim do dia, é o neurocirurgião que continua a desempenhar o ato de “curar”.

A neurocirurgia conheceu a grande evolução na década de 60, com a intervenção do Prof. Gazi Yasargil, considerado um dos maiores neurocirurgiões da história, nascido na

Turquia em 1925 e tendo exercido a maioria da sua atividade profissional em Zurique, na Suíça. Foi ele que revolucionou a neurocirurgia, com o desenvolvimento da microneurocirurgia, integrando o uso do microscópio cirúrgico e de técnicas delicadas e precisas. Desenvolveu uma linha de instrumentos finos, leves e eficazes para a microdissecação em cirurgias vasculares e tumorais. Hoje, muitos cirurgiões ainda se referem a pinças, tesouras ou aspiradores como “instrumentos Yasargil.

Estabeleceu padrões de abordagem cirúrgica e técnicas de dissecação microcirúrgica, com a preocupação fundamental de diminuir a possibilidade de agressão do cérebro, especialmente para:

- Aneurismas cerebrais
- Malformações arteriovenosas
- Tumores intracranianos profundos

Portugal também contribuiu para o desenvolvimento da Neurocirurgia, na figura do Prof. Egas Moniz, considerado o pai da angiografia cerebral e um dos criadores da leucotomia pré-frontal (lobotomia), que hoje é considerado um procedimento desumano mas que numa época (anos 30) em que ainda não eram conhecidos os atuais medicamentos usados em Psiquiatria se apresentava como tratamento único de certos distúrbios psiquiátricos. Esta técnica foi amplamente utilizada nos Estados Unidos da América pelo Sr. Walter Freeman (1895 – 1972), que realizou pessoalmente uma modificação da técnica designada como “do picador de gelo”, uma abordagem sem craniotomia (abertura do crânio), usando um instrumento similar a um picador de gelo (chamado *orbitoclast*).

No Século XXI as inovações não pararam e avançaram ao ritmo da evolução tecnológica. Os microscópios são de elevada qualidade, com técnicas de realce de estruturas e possibilidade de visualização em 3D ou com realidade aumentada. E as técnicas robóticas também têm sido amplamente aplicadas na Neurocirurgia, mas como auxílio à localização e navegação assistida, já que a margem de erro exigida na maioria dos procedimentos

não é compatível com a dispensa de neurocirurgião. Algumas destas novas técnicas também têm aplicação na cirurgia da coluna, principalmente a microscopia ou a cirurgia por navegação.

Diversos sistemas têm sido desenvolvidos ao longo dos anos, com mais ou menos sucesso, associados muitas vezes às próprias firmas que desenvolvem e comercializam o material de aplicação. Como seria de esperar, o advento das novas tecnologias vem - nos nossos tempos - associado ao seu potencial económico, quer para as empresas que as comercializam, quer para os cirurgiões que as utilizam. Já que (habitualmente) são investimentos avultados. Porque a tecnologia é cada vez mais cara!

Assim, assiste-se ao desenvolvimento do Marketing na Medicina e da difusão da noção de que o que é mais caro e moderno é melhor. A remuneração do médico e o benefício da indústria pode assim ser maior consoante a tecnologia aplicada. A tendência é para aplicar cada vez mais tecnologia, com a mensagem de que o resultado final pode ser melhor.

Infelizmente nem sempre assim é...

A própria literatura médica é influenciada (por vezes) pelos patrocinadores dos estudos, o que, na época em que vivemos, com a difusão rápida e facilitada da informação, acaba por ter implicações na popularização de determinadas formas de tratamento. Claro que a Inteligência Artificial representa também aqui uma evolução considerável, mas não na perspetiva da substituição do médico pela máquina, mas pela possibilidade da análise preditiva de resultados, triagem de exames de imagem e planeamento cirúrgico. Por exemplo: Algoritmos que preveem complicações em cirurgias de coluna ou neuro-oncologia e pela personalização de condutas com base em grandes bases de dados (*Big Data*).

Novas terapias têm sido desenvolvidas também com base na Engenharia Genética,

por exemplo com a utilização de vetores virais capazes de interferir com a expressão dos genes de tecidos normais, doentes ou tumorais, com potenciais aplicações terapêuticas em estudo.

Assistimos ainda a um grande desenvolvimento no campo dos Biomateriais e Impressão em 3D de próteses para utilização em cirurgia de crânio, coluna ou outras localizações, com a utilização de materiais cada vez mais biocompatíveis.

Por outro lado, a utilização de técnicas de imagem mais detalhadas, como a Ressonância Intraoperatória e Ecografia de Alta Definição permitiu também a melhoria da planificação e realização de determinados procedimentos cirúrgicos, como a ressecção de tumores e malformações vasculares, pela capacidade de aferição em tempo real da eficácia do procedimento e deteção de potenciais complicações.



Outra vertente aplicada na Neurocirurgia passa também pela Estimulação Cerebral Profunda (DBS) de Última Geração, com aplicação de elétrodos direcionais ligados a programadores implantáveis, proporcionando um desenvolvimento rápido na forma de tratar doenças como o Parkinson, Tremor Essencial, Transtornos Obsessivo-Compulsivos ou depressão refratária. Para estes casos, o recurso à Inteligência Artificial poderá permitir ajustes mais eficazes em tempo real.

Devemos ainda incluir a estimulação por Neuromodulação Não Invasiva, com a aplicação na dor crónica, reabilitação neurológica e transtornos psiquiátricos, recorrendo a dispositivos estimuladores implantados sob a pele ou externos. De sublinhar ainda que no campo da cirurgia da coluna, a Cirurgia Endoscópica e Minimamente Invasiva tornaram-se cada vez mais difundidas, beneficiando cada vez mais do auxílio das modernas técnicas de vídeo e microscopias de alta definição.

Mas no fim do dia e voltando a lembrar o pensamento do Prof. Lobo Antunes, é preciso não esquecer a finalidade última do ato de cuidar: “a melhoria do sofrimento humano”, que apesar de toda a tecnologia, experiência acumulada, meios económicos, suor e lágrimas empregados, nem sempre é conseguida. Porque o tecido utilizado neste labor é o humano, frágil, com variação individual, sujeito a desgaste, envelhecimento e deterioração final, para a qual toda a nossa tecnologia se apresentará sempre como risível.

Gonçalo Costa
(Médico, Neurocirurgião)



*“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



QUANDO A TECNOLOGIA ABRE AS PORTAS QUE A SURDEZ FECHOU

Claramente, a reabilitação auditiva está mais eficiente e confortável. A conjugação entre surdez e tecnologia está a criar um mundo mais inclusivo e acessível às pessoas surdas. A terapia genética e os dispositivos personalizados e implantáveis serão as próximas soluções

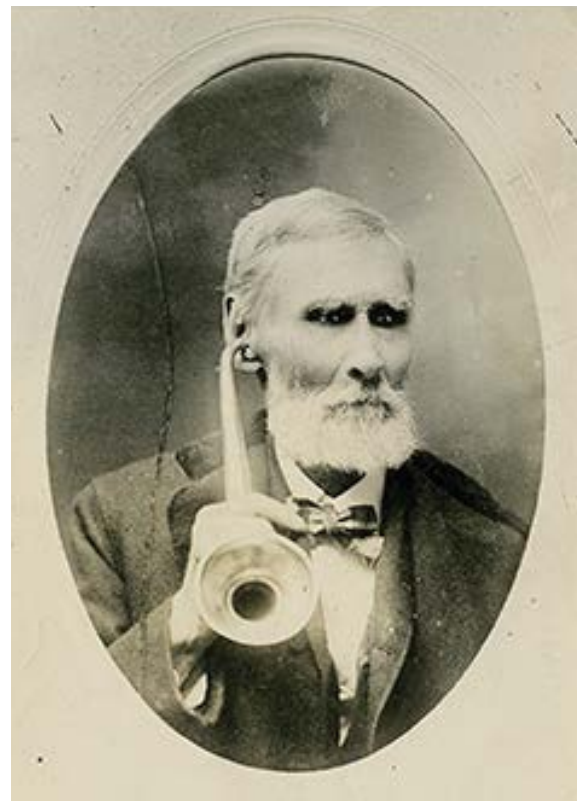
Por surdez entende-se uma qualquer limitação na capacidade auditiva e esta é uma condição que pode afetar qualquer pessoa em qualquer idade, sexo ou raça, com uma enorme repercussão na linguagem e comunicação.

A perda de audição pode ser repentina ou progressiva, resultante de causas variadas, congénitas (perda auditiva presente à nascença, hereditária ou não) ou adquiridas, surdez que surge após o nascimento, em qualquer altura da vida, em consequência de diferentes situações. Pode variar desde uma perda parcial (ligeira, moderada, profunda) até à perda total da audição, devendo ser confirmada e caracterizada (surdez de condução, neurossensorial ou mista) por exames, de acordo com a idade do indivíduo e a situação clínica concreta. Basta uma diminuição ou alteração de audição para originar uma redução na perceção de sons e dificuldade de compreensão das palavras. Esse obstáculo aumenta com o tipo e grau de perda auditiva.

São várias as situações que podem provocar surdez e podemos identificar algumas:

- Impedimento na entrada da onda sonora (som) no ouvido, como cera/cerúmen, corpos estranhos ou infeção da pele na entrada do ouvido (comum no verão, pela frequência de praias e piscinas);
- Otites crónicas em que o grau da surdez vai depender da gravidade da doença;
- Uma simples gripe, traumatismo do ouvido, acidentes vasculares cerebrais, variações na pressão (viagens de avião, mergulho), uso de

determinados medicamentos, exposição a ruídos de intensidade elevada.



A estas, deveremos ainda juntar o envelhecimento – presbiacusia – que envolve particularmente a degenerescência do ouvido interno, embora também possa envolver outras partes do sistema auditivo. A perda auditiva é progressiva, afetando preferencialmente as frequências mais elevadas. À medida que a idade avança, vai-se perdendo alguma qualidade da audição e consoante a sua gravidade, pode haver necessidade de usar aparelho

auditivo para conseguir manter as atividades do quotidiano.

A perda auditiva em idosos, também conhecida como perda auditiva relacionada à idade ou presbiacusia, faz parte das alterações fisiológicas causadas pelo processo de envelhecimento humano. É considerada uma das mais frequentes e incapacitantes alterações, pois diminui o contato social do idoso, impedindo uma comunicação efetiva e como consequência o isolamento social, baixa autoestima, depressão e alto risco de perda cognitiva.

Apontada como um risco reversível e modificável, no que se refere ao declínio cognitivo e ao desenvolvimento da demência na população idosa, a perda auditiva deve ser diagnosticada o mais precocemente possível, uma vez que tal processo é pré requisito para que as intervenções adequadas sejam feitas e assim inverter ou minimizar o curso das alterações cognitivas.

Em qualquer caso, a repercussão a nível da linguagem e da comunicação pode ser enorme, afetando a interação social. A abordagem da surdez, qualquer que seja a sua origem, pode implicar tratamento médico, intervenção cirúrgica ou a sua associação. Em muitos casos, pode haver necessidade de recorrer a equipamentos específicos que permitam uma melhor audição: aparelhos auditivos, osteointegrados, implantes cocleares... É também importante sublinhar que existem pessoas que usam língua gestual e estão assim perfeitamente integradas, considerando-se simplesmente diferentes, e não “doentes”.

A reabilitação auditiva mais comum tem sido a adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual. Os aparelhos auditivos passaram por uma evolução significativa ao longo dos anos. Inicialmente, no século XIX, os primeiros dispositivos eram bastante rudimentares, muitas vezes consistindo em tubos que amplificavam o som, as “cornetas” (para quem gosta de banda desenhada, o Professor Tournesol, nos livros do herói *Tintin*, usava uma, com efeitos muito limitados...) Utiliza-

das para concentrar o som no ouvido podem ser consideradas uma forma de ajuda tecnológica. Com o avanço da tecnologia, surgiram os aparelhos auditivos eletrónicos, na década de 1950, que utilizavam transístores para melhorar a qualidade do som.

Na década de 1980, a miniaturização da tecnologia permitiu a criação de aparelhos mais compactos e discretos. A introdução de microprocessadores nos anos 90 trouxe outras melhorias, permitindo ajustes personalizados e melhor adaptação ao ambiente sonoro.

Mas, nos últimos anos, a tecnologia digital revolucionou os aparelhos auditivos, permitindo uma qualidade de som superior, redução de ruído e conectividade com dispositivos móveis. Hoje, muitos aparelhos auditivos são equipados com recursos avançados, como controle por aplicativo, conectividade *Bluetooth* e inteligência artificial, que ajudam a personalizar a experiência auditiva de cada usuário. Esta evolução contínua tem proporcionado uma melhor qualidade de vida para milhões de pessoas com perda auditiva, tornando a audição mais acessível e confortável.

Atualmente e graças às mais recentes tecnologias aplicadas à audição, estão disponíveis várias soluções:

- Aparelhos auditivos de dimensões e aparência que os fazem assemelhar a auriculares de ouvido, são quase impercetíveis, amplificando os sons e ajudando a pessoa a ouvir melhor;
- Implantes osteointegrados e cocleares, estes últimos, dispositivos eletrónicos que estimulam diretamente o nervo auditivo, sendo uma opção para casos de perda auditiva mais severa;
- Dispositivos de transmissão sem fio (*Bluetooth*) que conectam aparelhos auditivos, implantes ou aparelhos de assistência sonora a *smartphones*, televisores e outros dispositivos, facilitando a comunicação e o acesso ao som em tempo real e a adaptação pelo próprio;
- Aplicações de inteligência artificial: que

oferecem transcrição de fala em tempo real, tradução de idiomas e reconhecimento de sinais, ajudando na comunicação diária;

- Baterias de longa duração e carregamento rápido: melhorias que aumentam a autonomia dos dispositivos auditivos e implantes.

Essas inovações estão a tornar a reabilitação auditiva mais eficiente e confortável, apesar de ainda persistirem preconceitos e obstáculos à difusão destas tecnologias:

- O estigma dos aparelhos auditivos;
- Inconveniente e desconforto;
- Expectativas irrealistas;
- Preços elevados / limitações financeiras;
- Comorbilidades/doenças associadas.

Contudo, as ajudas auditivas de que dispomos, até agora, ainda NÃO permitem restaurar uma audição normal.

Mas o Futuro parece risonho.

A conjugação entre surdez e tecnologia está a criar um mundo mais inclusivo e acessível para as pessoas surdas. As inovações em aparelhos auditivos, as aplicações tecnológicas, a comunicação visual e a educação têm ajudado a melhorar a qualidade de vida e a promover a inclusão social.



À medida que continuamos a explorar novas tecnologias e a sensibilizar a sociedade, podemos esperar um futuro onde a surdez não seja uma barreira, mas sim uma parte da diversidade que enriquece a nossa sociedade.

Inovações em Biotecnologia, com avanços na pesquisa em áreas como terapia genética e dispositivos implantáveis estão a ser exploradas como potenciais soluções para diferentes tipos de surdez. Estas inovações e tendências representam um avanço significativo na forma como a tecnologia pode apoiar e melhorar a vida das pessoas surdas. O futuro promete ainda mais inovações, à medida que a tecnologia continua a evoluir e a sociedade se torna mais consciente da importância da inclusão.

Nos últimos anos, os avanços tecnológicos têm ultrapassado na realidade os sonhos mais ambiciosos. Provavelmente, o Homem Biónico está próximo.

Apesar da evolução tecnológica, existem milhões de pessoas que sofrem de surdez. Em 2024, calculava-se que mais de 1,5 mil milhões de pessoas, em todo o mundo, eram afetadas por um qualquer grau de perda auditiva.

- Uma em cada oito pessoas com mais de 12 anos sofre de algum tipo de perda auditiva bilateral;
- Os homens têm quase duas vezes mais probabilidades de sofrer perda auditiva do que as mulheres;
- 2% dos adultos, entre os 45 e os 54 anos, têm perda auditiva incapacitante;
- A surdez incapacitante afeta quase 25% das pessoas, entre os 65 e os 75 anos e 50% das pessoas com mais de 75 anos.

Estão bem evidentes as enormes vantagens da evolução tecnológica na acessibilidade do Mundo aos surdos, mas a esses benefícios também devemos juntar as desvantagens. Porque não há bela sem senão, é preciso sublinhar e alertar que existe muita surdez provocada pela tecnologia. Ela pode acontecer devido ao uso excessivo de dispositivos com volumes altos, como fones de ouvido, ou pela exposição prolongada a sons altos em ambientes tecnológicos. Há sempre dois lados numa mesma moeda, temos que aprender a escolher o lado certo.

Jorge Miguéis
(Médico, Otorrinolaringologista)

TEMOS ADSE

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

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



A VERTIGEM E A IMPORTÂNCIA DE “DESCONSTRUIR” A SÍNDROME

É um sintoma que dá uma sensação ilusória de movimento. A origem pode estar no ouvido, nos nervos vestibulares ou no sistema nervoso central. Existem causas benignas e causas graves. Um diagnóstico completo é essencial

A Síndrome vertiginosa é um diagnóstico vago, muitas vezes utilizado quando uma pessoa está a sentir - ou sente recorrentemente - vertigem, isto é, uma sensação ilusória de movimento do corpo ou do ambiente em torno do indivíduo, frequentemente descrito como um movimento rotatório. É um diagnóstico muito comum e facilmente utilizado na prática médica, mas não deixa de ser um diagnóstico vago e que não esclarece realmente o que está na origem dos sintomas do doente.

A causa da síndrome vertiginosa pode ser variada, indo desde causas benignas e comuns como a enxaqueca ou a vertigem paroxística posicional benigna, até causas mais graves como o acidente vascular cerebral (AVC) e alguns tumores. Assim, é extraordinariamente importante perceber a síndrome vertiginosa e as suas várias causas. Sem um diagnóstico preciso não é possível instituir o tratamento mais dirigido e adequado a cada situação clínica.

Mas então o que é a vertigem?

A vertigem é um sintoma extremamente comum atingindo 15-30% de adultos mundialmente e a sua prevalência aumenta com a idade. Como sintoma clínico, refere-se à sensação ilusória de movimento, tanto do ambiente exterior em relação ao próprio, como do próprio em relação ao ambiente externo, descrito frequentemente como um movimento rotatório, mas podendo ser também - por vezes - compreendido como sensação de deslocamento, deslize ou puxar.

Sempre que possível, deve ser distinguido da tontura, que ainda é um termo mais vago e

refere apenas a sensação de mal-estar a nível da cabeça, também por vezes denominado sensação de “cabeça vazia” (descrito na literatura anglo-saxónica com *light headness*), ambas as terminologias não apresentam uma definição ou diagnóstico associado claro. Deve ser também distinguida de pré-síncope, a sensação eminente de perda de consciência, que frequentemente tem uma causa cardíaca subjacente e, do desequilíbrio, a incapacidade em caminhar de forma estável e segura. No entanto, não é incomum a pessoa afetada manifestar vários destes sintomas ao mesmo tempo, embora a sua abordagem individual seja diferente.

A vertigem, ao contrário dos restantes sintomas previamente descritos, é um sintoma que tem habitualmente causa subjacente associada, podendo ter origem tanto em patologias do ouvido interno, nervos vestibulares ou ainda no sistema nervoso central. Apesar das causas mais frequentes serem benignas, podem existir causas graves e, por isso, a sua abordagem deve ser rigorosa e sistemática, com um exame objetivo dirigido ao sintoma, de modo a chegar a um diagnóstico preciso.

Como chegar ao diagnóstico?

Para um diagnóstico diferencial, é necessária uma boa história clínica para perceber as características dos sintomas e quando surgem/surgiram, bem como a sua evolução e presença de outros sintomas associados. Posteriormente, é essencial um exame pormenorizado e rigoroso, centrando-se principalmente na observação detalhada dos movimentos oculares, uma vez que estes estão interligados com os estímulos vestibulares, do ouvido interno.



Na avaliação, a pessoa deve estar na posição sentada, para pesquisar nistagmo (movimento involuntário dos olhos que provoca o sintoma da vertigem e que resulta de assimetrias do sistema vestibular), alterações da perseguição ou alinhamento ocular. É ainda importante avaliar a integridade do reflexo óculo-cefálico, com movimentos bruscos da cabeça com o olhar estabilizado e realizar exame posicional, com a pessoa deitada em várias posições, enquanto se examina os movimentos dos olhos, importante para avaliar a função nos canais semicirculares do ouvido interno. Deve também ser feita avaliação cuidadosa da marcha do doente e, frequentemente, é necessário ser complementado por um exame neurológico sumário, com avaliação de força, sensibilidade e coordenação. Por vezes ainda pode ser necessário complementar este estudo clínico com um exame da audição e uma avaliação por otorrinolaringologia, para se perceber a integridade do ouvido externo e médio.

AVC's, enxaquecas e outras causas

Após um exame detalhado, a sua interpretação permite frequentemente chegar ao diagnóstico específico da “síndrome vertiginosa”, para de seguida se proceder ao tratamento dirigido. Apesar de existirem inúmeras causas, é importante destacar duas apresentações distintas: a vertigem persistente/mantida e a vertigem recorrente.

Quando falamos de vertigem persistente/mantida, falamos da pessoa que está constantemente a sentir vertigem, inclusive completamente parada ou deitada, em repouso. Quando estamos perante esta situação, pensamos como causas principais a nevrite vestibular e lesões cerebrais estruturais como é exemplo paradigmático o AVC. Enquanto a nevrite vestibular costuma apresentar-se sem outros sintomas acompanhantes além da vertigem, o AVC frequentemente se acompanha de outros sintomas, como a disartria (dificuldade em falar), diplopia (visão dupla), fraqueza, parestesia (formigueiros) ou perda auditiva súbita. Além disso, é mais comum o AVC acontecer em pessoas mais idosas e com fatores de risco vasculares, como sendo a hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes

mellitus e obesidade. No entanto, também podemos estar na presença de um AVC, em que a única manifestação é a vertigem, sendo a avaliação clínica detalhada essencial para distinguir estas 2 etiologias. A sua distinção é crucial, uma vez que a gravidade e o prognóstico são muito diferentes, assim como os tratamentos.

A nevrite vestibular é uma inflamação do nervo vestibular que origina vertigem, náuseas ou vómitos e desequilíbrio, que pode durar semanas. O tratamento inclui anti-inflamatórios, sendo a recuperação habitualmente completa.

Já o AVC isquémico resulta da interrupção de fornecimento de sangue e, por sua vez, de oxigénio e nutrientes a uma parte do cérebro. Caso atinja as vias vestibulares, pode manifestar-se com vertigem isolada ou acompanhada de outros sintomas ou sinais neurológicos. É uma emergência médica, potencialmente fatal que, frequentemente necessita de tratamento urgente em contexto hospitalar. Após a fase aguda, podem ocorrer sequelas motoras ou sensitivas e é frequentemente necessária terapêutica crónica, para controlo dos fatores de risco vascular e da etiologia do AVC. No entanto, estas causas - habitualmente - não são recorrentes.

A vertigem recorrente refere-se à vertigem que se repete com uma determinada posição do corpo/cabeça ou a vertigem que se apresenta de forma episódica, com crises de vertigem alternados com períodos assintomáticos. Dentro destes, incluem-se a vertigem paroxística posicional benigna (VPPB) e a enxaqueca vestibular.

A VPPB caracteriza-se por episódios de vertigem breves de segundos, associados a mudanças de posição que resultam do movimento de cristais de carbonato de cálcio erroneamente localizados no interior dos canais semicirculares do ouvido interno. Já a enxaqueca vestibular pode se manifestar de diferentes formas, desde uma vertigem permanente que dura entre horas a dias; uma vertigem que surge só quando a pessoa se movimenta ou até uma vertigem que surge por episódios, com ou sem cefaleia acompa-



nhante, em tudo semelhante à descrita para VPPB.

A VPPB é mais comum em pessoas mais idosas, após quedas com traumatismo craniano ou decúbito prolongado, mas pode acontecer em qualquer idade. O exame posicional é essencial para perceber qual dos 6 canais semicirculares está envolvido, para depois fazer a manobra reposicionadora dirigida a esse canal. Se assim for, não será necessário recorrer a medidas farmacológicas.

Episódios anuais ou semanais?

Já a enxaqueca vestibular é mais comum em pessoas do sexo feminino de meia-idade e com história de enxaqueca prévia. A vertigem é frequentemente acompanhada de cefaleia ou sintomas migranosos (fotofobia ou precedido de aura visual ou sensitiva), mas também pode aparecer isoladamente. A frequência dos episódios é altamente variável, podendo haver com episódios a cada ano ou episódios semanais. O tratamento é dirigido aos sintomas, aquando da crise e inclui também medidas preventivas, como mudanças do estilo de vida e medicação.

Independentemente da causa subjacente, a vertigem é quase sempre acompanhada de náusea e muitas vezes vômitos, sendo um sintoma muito desconfortável para quem o sofre e que gera muita preocupação. É imperioso fazer uma abordagem completa e criteriosa para se chegar a um diagnóstico preciso e é essencial que a pessoa compreenda o porquê do seu sintoma e, com isso, perceber também o tratamento proposto. Só deste modo se pode conseguir que cumpra o tratamento e ajude ativamente na sua recuperação.

Realço mais uma vez que se deve evitar rotular um doente com “Síndrome vertiginosa”, porque existem muitas causas para as vertigens que não são recorrentes e não implicam tratamentos farmacológicos ou continuados. Esta designação pode mesmo gerar ansiedade, por medo de recidiva das queixas e leva, não raras vezes, a desenvolvimento de patologia psiquiátrica que condiciona a perpetuação de sintomas e mal-estar.

André Jorge
(Médico, Neurologista)

UMA NOVA VISÃO DA FISIOTERAPIA

Elevamos a Fisioterapia ao lugar que merece: como ciência aplicada ao movimento, não como serviço complementar. A Unidade Avançada de Fisioterapia criada pelo Centro Cirúrgico de Coimbra tem esse objetivo

Nasce no Centro Cirúrgico de Coimbra uma nova abordagem à fisioterapia, centrada na função sustentada na tecnologia e guiada por princípios clínicos e objetivos. Vamos fazer diferente.

A nova Unidade Avançada de Fisioterapia foi concebida para responder com rigor e inovação à necessidade crescente da fisioterapia e, em particular, de uma reabilitação mais eficaz, mensurável e personalizada, especialmente no contexto pós-cirúrgico, ortopédico e neurológico.

Para tornar esse objetivo possível a Unidade de Fisioterapia integra algumas das mais recentes inovações tecnológicas no domínio da reabilitação:

- Robótica de marcha (R-Gait)
- Treino de força com biofeedback (R-Force)

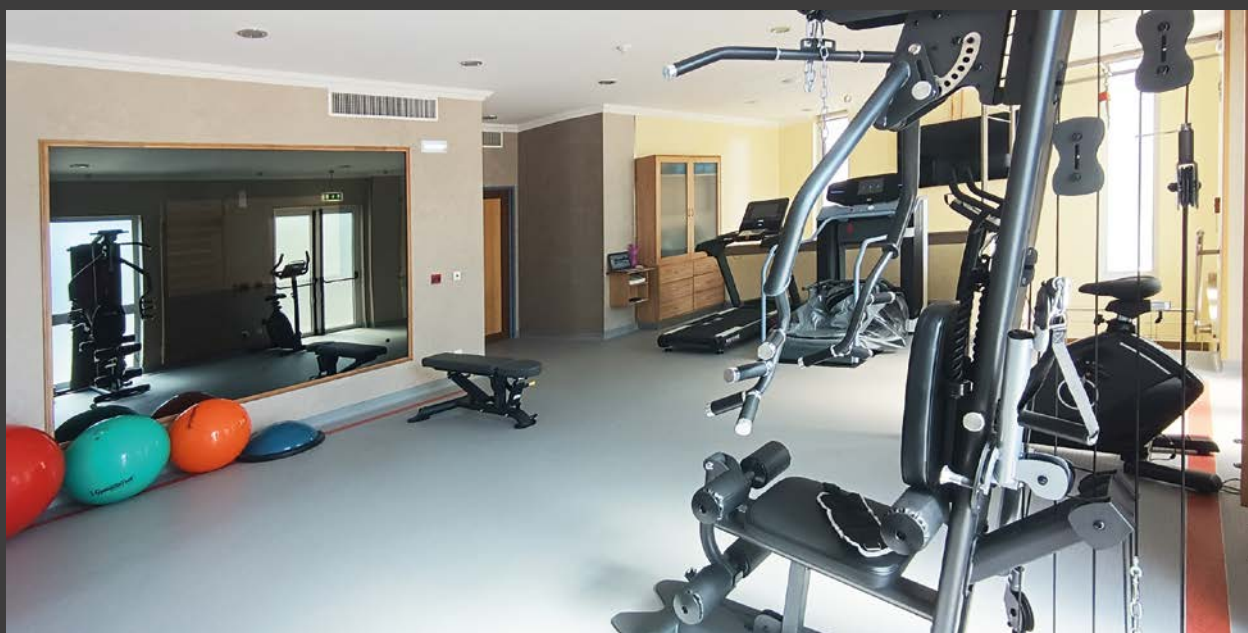
- Estimulação elétrica funcional (FES) e estimulação magnética (rTMS)
- Plataformas avançadas de avaliação postural, equilíbrio e mobilidade

Tudo isto ao serviço de um modelo clínico sólido, assente numa equipa multidisciplinar, que inclui fisioterapeutas diferenciados e, para os doentes em pós-operatório um enfermeiros de reabilitação.

Uma visão centrada no doente.

Traçámos estes objetivos a partir de uma pergunta honesta, direta e precisa:

É possível fazer fisioterapia de excelência com tecnologia, ética e resultados reais? Acreditamos que sim. E seguimos cinco princípios fundamentais:





1. Função acima da forma

Focamo-nos na funcionalidade real: caminhar, subir escadas, vestir-se, trabalhar - viver com autonomia.

2. Tecnologia como ferramenta, não como um fim

Utilizamos os equipamentos com critério, de forma integrada, e sempre com base na avaliação funcional individualizada, em ambiente de fisioterapia e reabilitação.

3. O fisioterapeuta como estratégia do movimento e da recuperação

A atuação humana é insubstituível. A tecnologia potencia - não substitui - o planeamento, o raciocínio clínico e o acompanhamento próximo.

4. Reabilitação personalizada

Cada plano é único, adaptado ao progresso real do doente. A fisioterapia e a reabilitação não serão em série.





5. Metodologia baseada em evidência

Avaliação funcional inicial bem documentada, definição de objetivos clínicos, prescrição combinada (tecnologia + intervenção manual+ treino ativo) e reavaliações com métricas objetivas, associadas à avaliação em processo de fisioterapia.

O que ambicionamos?

- Reduzir com segurança o tempo de recuperação pós- cirúrgica (artroplastias – próteses – coluna) - Acelerar a marcha e equilíbrio em doentes neurológicos, com apoio robótico.
 - Aumentar a motivação dos doentes através de planos claros, objetivos reais em ambiente de confiança e acolhedor.
- Mais do que reabilitar: cuidar com ciência e alma.

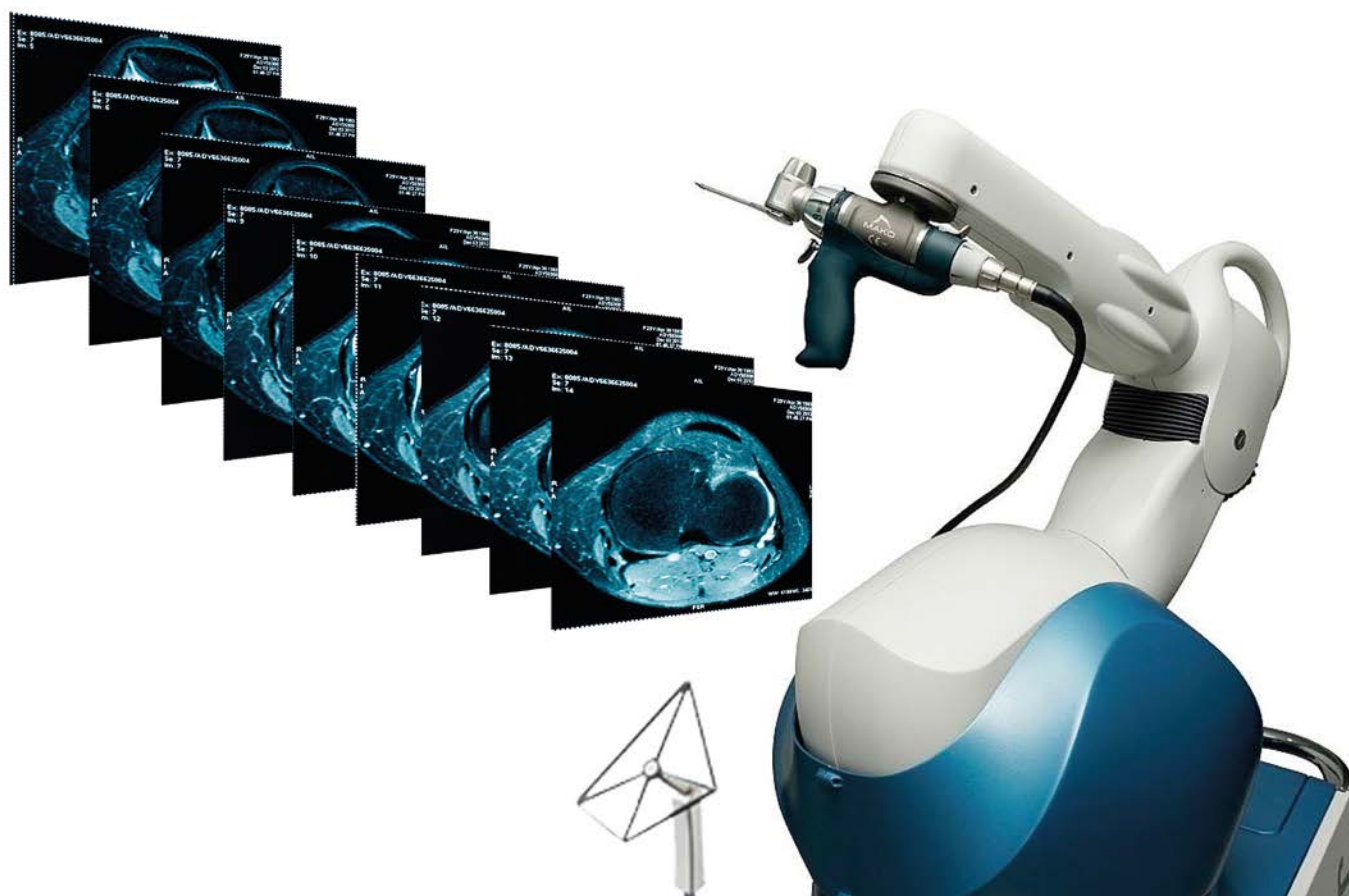
Esta nova aposta do Centro Cirúrgico de Coimbra representa uma tentativa credível, ética e inovadora de elevar a Fisioterapia ao lugar que merece: como ciência aplicada ao movimento, não como serviço complementar.

Num modelo de medicina translacional, assumimos o compromisso de inovar com rigor, proximidade e visão clínica. Queremos que as pessoas e utilizadores desta nova Unidade de Fisioterapia sintam confiança e comprovem os resultados que alcançam. E queremos provar que é possível fazer melhor - com tecnologia, verdade e alma.

*Pedro Marques
(Diretor Clínico)*



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



QUAL O IMPACTO DA PERDA DE MASSA MUSCULAR?

A invalidez da pessoa idosa não começa com quedas ou fraturas, mas sim com a perda de massa e força muscular a partir dos 30 anos. A prevenção da sarcopenia deve começar cedo e as escolhas feitas a partir da terceira década de vida têm um impacto profundo no estado funcional das décadas seguintes

O envelhecimento é um processo natural e progressivo, frequentemente acompanhado por alterações fisiológicas e da composição corporal, nomeadamente, alterações de massa magra e massa gorda, verificando-se uma gradual perda de massa muscular, com um aumento da quantidade de gordura corporal, constituindo risco de limitações de mobilidade e mortalidade.

Esta condição, caracterizada pela perda progressiva de massa muscular, força e desempenho físico é designada por Sarcopenia e pode ter início logo a partir dos 30 anos de idade, com uma aceleração mais acentuada após os 60 anos.

A etiologia da sarcopenia é multifatorial, resultando da interação de diversos fatores, entre os quais se destacam a inatividade física, as alterações hormonais associadas ao envelhecimento, a presença de inflamação crónica, a resistência anabólica, a má nutrição e um estilo de vida inadequado. No entanto, alguns destes fatores são modificáveis, o que possibilita uma intervenção eficaz.

Assim, a prevenção da sarcopenia deve assentar em três pilares fundamentais:

- Exercício físico regular, com ênfase no treino de força e resistência, que estimula a síntese proteica e preserva a função muscular;
- Alimentação equilibrada, com ingestão proteica adequada;
- Promoção de um estilo de vida ativo, com combate ao sedentarismo e incentivo à participação social e funcional.

Embora os efeitos visíveis da sarcopenia se manifestem mais tarde, a sua origem é precoce e progressiva. Os estudos recentes indicam que é a partir dos 30 anos que se inicia uma perda lenta de massa muscular, cerca de 1% ao ano, uma situação que se acumula com o passar do tempo.

No entanto, acredita-se que um indivíduo que, a partir desta idade, incorpore na sua rotina exercício físico regular, uma alimentação equilibrada e que adote um estilo de vida ativo, pode preservar quase na totalidade a sua força e massa muscular. O estímulo contínuo ao sistema músculo-esquelético, aliado a uma nutrição adequada e hábitos saudáveis, favorecem a síntese proteica, a renovação celular e a manutenção da funcionalidade.

Em contrapartida, uma pessoa que ignora estes cuidados ao longo das décadas e adota um estilo de vida sedentário, pode enfrentar uma perda significativa de capacidade física. Vários estudos apontam para que, nestes casos, a massa muscular possa diminuir entre 30 a 40% até aos 70 anos idade, comprometendo severamente a mobilidade, o equilíbrio e a autonomia. Esta perda, além de impactar diretamente a qualidade de vida, aumenta o risco de quedas, dependência e hospitalizações. A atuação dos profissionais de saúde, orientada para a promoção da funcionalidade, deve começar ainda na fase adulta, e não apenas em idades avançadas, contribuindo para um percurso de envelhecimento saudável e ativo.

O envelhecimento ativo visa maximizar a saúde e segurança das pessoas idosas, garantindo uma vida com qualidade e dignidade. Inclui componentes físicos, mentais, emocionais e sociais, dependendo fortemente da promoção da autonomia e da funcionalidade. Neste contexto, o enfermeiro especialista em reabilitação pode ter um papel de grande relevância, colaborando com a equipa multidisciplinar na identificação precoce de sinais de declínio funcional, na implementação de programas de exercício terapêutico e na promoção de comportamentos saudáveis, com vista à manutenção de funcionalidade e autonomia ao longo do ciclo da vida.

A prevenção da sarcopenia deve começar cedo e as escolhas feitas a partir da terceira década de vida têm um impacto profundo no estado funcional das décadas seguintes. Cabe ao enfermeiro de reabilitação, enquanto promotor da funcionalidade, reforçar esta consciência e orientar a população para um percurso de envelhecimento mais saudável e autónomo. E cabe à pessoa aceitar o seu envelhecimento, assumindo uma atitude participativa, informada, consciente e ativa ao longo de todos os ciclos da vida.

O que está em causa não é apenas o processo de envelhecer, mas a forma como se envelhece. A sarcopenia não é inevitável, mas a sua prevenção precoce e contínua pode reduzir significativamente o seu impacto.

Renato Domingues
(Enfermeiro Especialista em Reabilitação)

COMO ENVELHECER SEM QUEDAS?

A fisioterapia disponibiliza inúmeras estratégias individuais para que possa enfrentar as alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento. O treino de equilíbrio e marcha, o fortalecimento muscular e propriocepção, bem como educação sobre adaptações do ambiente, promovem o papel do fisioterapeuta na sua segurança



Quedas e lesões associadas representam um importante problema de saúde pública em todo o mundo, sendo consideradas a principal causa de morte acidental na população com 65 ou mais anos. Em Portugal, estudos revelam que cerca de 30 a 35% dos adultos mais velhos - que residem na comunidade - caem pelo menos uma vez por ano.

Embora os estudos sobre quedas estejam principalmente associados a esta faixa etária, pessoas com 50 anos ou mais, frequentemente subestimam o seu risco de sofrer uma queda, desvalorizando as alterações neurais que chegam nessa fase da vida e que podem

levar a perdas de equilíbrio, força e mobilidade. As consequências, além das fraturas e hospitalizações, incluem perda de confiança e medo de cair, e uma redução significativa de autonomia funcional.

Além das alterações dos sistemas músculo-esquelético e sensorial, associadas ao envelhecimento, outros fatores podem influenciar este risco de queda, como a polimedicação, problemas de visão, pressão arterial alta, sedentarismo, riscos ambientais em casa ou o próprio medo de cair. Pessoas com história de queda nos últimos 12 meses têm maior probabilidade de voltar a cair.

No entanto, há evidências sólidas de que estas quedas podem ser prevenidas. Uma triagem adequada dos fatores de risco, aliada à prescrição de intervenções personalizadas por um fisioterapeuta, constitui uma abordagem eficaz. O primeiro passo envolve a análise do histórico clínico e uma avaliação física detalhada do indivíduo. Existem testes simples e de fácil aplicação que avaliam equilíbrio, marcha, força muscular e flexibilidade. Essas ferramentas permitem ao fisioterapeuta construir um raciocínio adequado, fornecer conselhos ou justificar a progressão de um plano de exercícios.

A fisioterapia pode disponibilizar as melhores estratégias para enfrentar as alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento, revelando-se assim uma aliada fundamental quando se fala em prevenção. É possível promover maior independência funcional e reduzir o medo de cair, o que acaba por melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida, proporcionado simultaneamente um ganho de confiança para a realização das atividades do dia-a-dia, bem como participar socialmente em inúmeras atividades, mas em segurança.

As estratégias utilizadas na fisioterapia incluem o treino de equilíbrio e marcha, o fortalecimento muscular e propriocepção, bem como educação sobre adaptações ao ambiente e gestão de doenças crónicas associadas. Além disso, a fisioterapia atua de forma multidisciplinar, abordando não só os aspetos fisiológicos, mas também os aspetos psicossociais associados.

Programas de exercício físico individualizados e adaptados às necessidades da pessoa, particularmente se associados a uma intervenção multidisciplinar, associam-se a um mais baixo risco de queda com lesão, quando comparados com outras intervenções comuns. A educação é essencial, não só ao próprio indivíduo, como também aos seus cuidadores e família, pois além de favorecer a adesão ao tratamento, reforça comportamentos mais seguros.

O fisioterapeuta também pode dar orientações sobre as medidas de segurança a implementar em casa: remoção de tapetes, instalação de barras de apoio e a adequação da iluminação dos espaços. Esta abordagem não deve começar apenas após uma queda, a prevenção destes episódios, além de promover o envelhecimento de forma saudável, reduz riscos e mantém a autonomia.

Programas comunitários de prevenção de quedas são iniciativas valiosas que, além de incentivarem um estilo de vida saudável e ativo, proporcionam o envolvimento social que influencia positivamente na autoestima e motivação. Pessoas que participam regularmente nestes programas apresentam menor incidência de quedas, beneficiando de um ambiente seguro, supervisionado por profissionais qualificados, o que contribui para uma maior adesão e eficácia das intervenções.

Na área da fisioterapia, a prevenção de quedas tem-se destacado como uma área de crescente importância, que tem em conta o envelhecimento populacional e as consequências que estão associadas a quedas nesta faixa etária. O fisioterapeuta assume, assim, um papel fundamental que contribui significativamente para a promoção de segurança, qualidade de vida e funcionalidade.

O envelhecimento não tem de ser sinónimo de fragilidade. A prevenção começa com informação e ação e a fisioterapia é uma ferramenta essencial para envelhecer com qualidade.

Magda Reis
(Fisioterapeuta)

BINÓMIO MÁQUINAS E FISIOTERAPEUTAS

Equipada com alta tecnologia, a unidade avançada de fisioterapia quer provar que há uma ciência aplicada ao movimento. A alta tecnologia (a chamada high tech) é um recurso que permite novas abordagens. Revelamos o equipamento que se junta à equipa

A assistência robótica, o R-Gait

As práticas repetitivas e intensas utilizadas em uma qualquer abordagem de reabilitação contam com a ajuda de um dispositivo robótico inovador. O equipamento utiliza ortóteses de marcha motorizadas, que são fixadas às pernas da pessoa, que fica com o peso corporal suspenso. As pernas irão mover-se seguindo um padrão pré-programado, sendo possível treinar um número muito superior de



passos. O R-Gait foi desenvolvido para a reabilitação da marcha e por isso simula um padrão de marcha natural, combinando ainda a análise precisa do movimento e o treino assistido, com monitorização contínua e biofeedback em tempo real.

Este sistema avançado ajuda na recuperação funcional com precisão, num ambiente seguro e eficaz em pessoas com défices ortopédicos, geriátricos e neurológicos, tais como acidente vascular cerebral (AVC), traumatis-



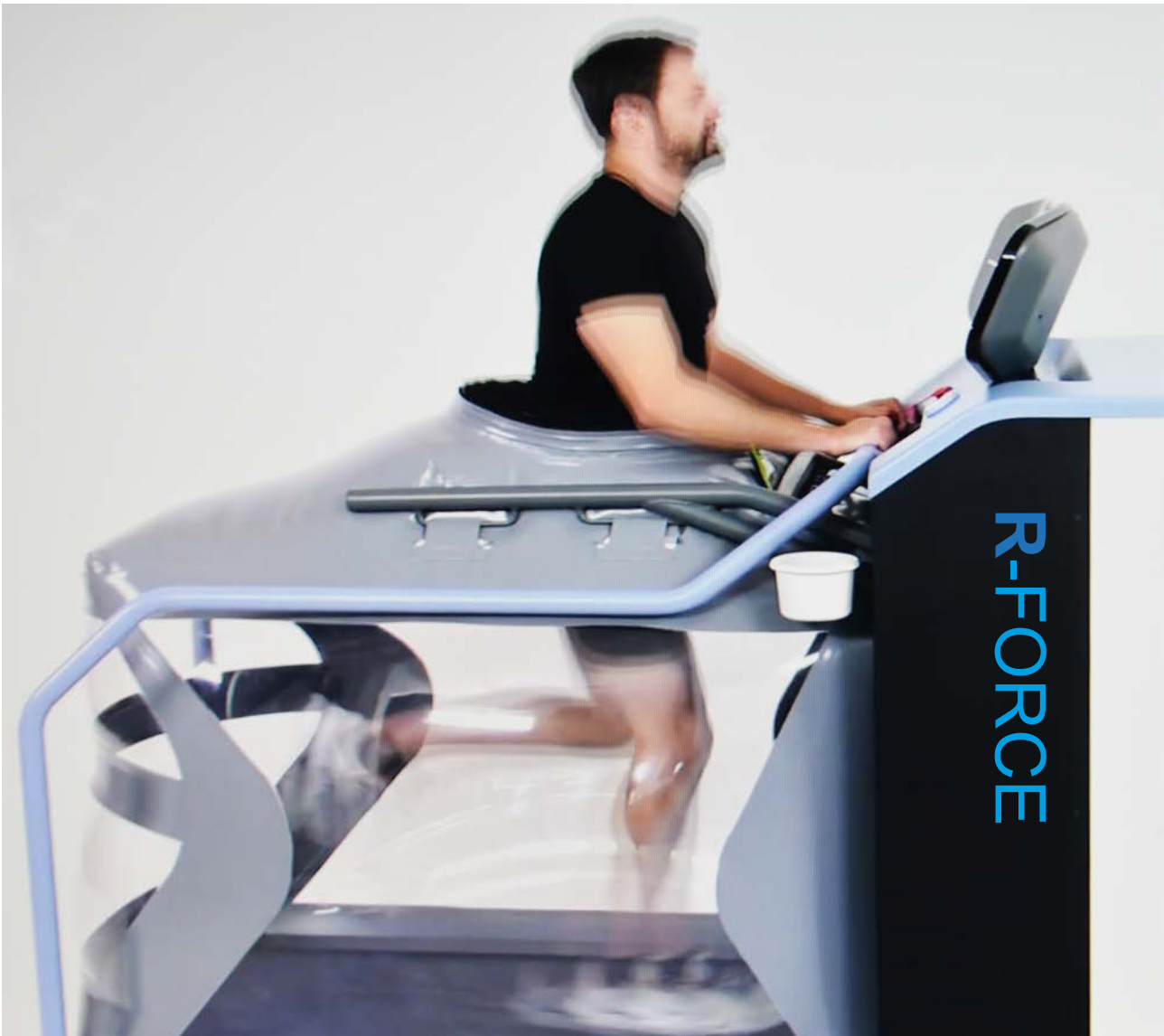
mo crânio encefálico (TCE), esclerose múltipla, paralisia cerebral infantil e doença de Parkinson.

A assistência robótica permite fazer uma análise tridimensional da marcha, pela capta-

ção detalhada dos padrões de movimento em tempo real, com identificação de assimetrias e desvios; oferecendo ainda um feedback visual imediato. A pessoa recebe – no imediato – as correções que importa fazer, promovendo assim a consciência corporal, facilitando a reaprendizagem motora, ao mesmo tempo que permite modular os parâmetros da marcha pelo ajuste de velocidade, cadência, comprimento do passo e outras variáveis conforme a evolução de cada pessoa e por isso o tratamento é sempre personalizado.

Da NASA para o ginásio de fisioterapia, o R-Force

Desenvolvida pela NASA para treinar astro-



nautas, a R-Force depressa entrou nos programas avançados de fisioterapia, pela capacidade de reduzir carga e impacto.

Esta é uma passadeira que recorre a um ambiente de baixa gravidade e foi desenhada para facilitar a reabilitação motora com o máximo de conforto, segurança e eficiência. Utiliza tecnologia de descompressão corporal (anti gravidade) para permitir o treino controlado de marcha ou corrida, com uma redução do peso corporal até 100%, promovendo uma recuperação mais rápida e segura após lesão ou cirurgia. Mais uma vez, é possível recorrer ao biofeedback visual, através de uma câmara integrada, que fornece projeção visual da marcha em tempo real, possibilitando fazer as correções.

A passadeira tem uma ampla gama de aplicações clínicas. É ideal na reabilitação pós-cirúrgica, onde a descarga do peso corporal facilita a recuperação após lesão, cirurgia ou substituição articular do membro inferior. Na população mais idosa, permite a realização de exercício físico de forma segura e adaptada, com foco na manutenção da mobilidade e na prevenção de quedas. Também é indicada para pessoas com problemas neurológicos, permitindo o treino da marcha, a reeducação neuromuscular e a recuperação do padrão locomotor. Em situações de dor ou limitação funcional o exercício torna-se mais tolerável,

reduzindo o impacto nas articulações. Além disso é uma passadeira adequada para o condicionamento físico e reforço muscular, sendo utilizado tanto em contextos de treino aeróbico e desportivo como em programas de recuperação funcional.

Emsella para o tratamento da incontinência

É um equipamento que oferece um tratamento não invasivo e confortável para a incontinência urinária, ao mesmo tempo que permite um fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico. Através de tecnologia de estimulação eletromagnética de alta intensidade (HIFEM), o Emsella promove contrações musculares profundas, inacessíveis com exercício voluntário, contribuindo significativamente para a melhoria da função pélvica.

É indicado para o fortalecimento muscular do pavimento pélvico no tratamento de doenças/problemas do aparelho geniturinário, como a incontinência urinária, em pessoas do sexo masculino e feminino. Além disso, é indicado no pós-parto e reabilitação pélvica, no pós-operatório urológico ou ginecológico, em casos de fraqueza muscular pélvica associada ao envelhecimento e em disfunções sexuais.





Campos eletromagnéticos, o Super Inductive System (SIS)

É uma tecnologia baseada num campo eletromagnético de alta intensidade, vocacionada para o tratamento de doenças agudas e crónicas dos sistemas neuromuscular, esquelético e articular, de forma não invasiva. Este equipamento está indicado para controlo da dor, estimulação muscular, tratamento de hipertonia e espasmos de etiologia músculo-esquelética e neurológica, cicatrização de fraturas e mobilização articular.

Regeneração tecidular, o TECAR

É um equipamento que utiliza uma corrente de radiofrequência (tecarterapia) para promover a regeneração tecidular, redução da dor e aceleração da recuperação funcional, de forma não invasiva. A capacidade de gerar calor nos tecidos profundos, faz com que a vascularização local aumente, estimulando o metabolismo celular e, conseqüentemente, a regeneração de tecidos, que resulta em efeitos como alívio de dor, mio relaxamento, aumento da circulação sanguínea local e redução de edema.

Pode ser usado no tratamento de condições agudas e crónicas do sistema músculo-esquelético, como lesões musculares e distúrbios degenerativos articulares.

Drenagem linfática mecânica, o Lymphastim

É um dispositivo terapêutico, não invasivo, que utiliza o princípio da compressão pneumática intermitente (pressoterapia) para melhorar a circulação linfática e sanguínea, acelerando a recuperação física, com uma sensação de leveza e bem-estar associada. Tem indicação no tratamento de perturbações na circulação sanguínea e linfática periférica como linfedema, inchaço pós-traumático e pós-cirúrgico, síndrome de pernas pesadas e na recuperação desportiva.

Eletroterapia e ondas de choque

Equipamentos avançados que utilizam correntes elétricas, que penetram nos tecidos humanos, com fins terapêuticos. A Eletroterapia é utilizada no tratamento da dor aguda e crónica, disfunções neuromusculares, redução de edema agudo e crónico, melhoria da circulação sanguínea periférica, reparação tecidular e melhorias na mobilidade.

As ondas de choque utilizam a energia mecânica, penetrando profundamente nos tecidos. O seu uso é destinado principalmente a músculos e tecido conjuntivo (ligamentos, tendões e fáscia), relaxando e aumentando o fluxo sanguíneo local e reduzindo o edema, promovendo uma aceleração do processo de cicatrização.

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DO CANCRO DA MAMA

A reabilitação de um cancro da mama exige intervenções que recuperem o bem-estar físico e a funcionalidade da mulher. O plano é obrigatoriamente personalizado e a fisioterapia ajuda a corrigir as alterações



Todos os anos surgem cerca 9 mil novos casos de cancro da mama em Portugal. Destes, apenas 1% é referente ao sexo masculino. Na mulher este é o tipo de tumor mais comum, com grande impacto quer pela sua possível gravidade quer pelo efeito que tem na imagem feminina.

De todos os diagnósticos, 91% dos casos necessitam de intervenção cirúrgica, seja para remoção total da mama, seja apenas parcial. Mas, em ambos os casos, consequentemente, irá existir formação de tecido cicatricial, diminuição da mobilidade da área afetada e - possivelmente - dor, o que levará a uma perda da funcionalidade das articulações adjacentes.

Sendo um dos principais objetivos da fisioterapia corrigir alterações do movimento e

promover um aumento da funcionalidade, é fundamental uma intervenção pós-cirúrgica o mais precocemente possível.

No período pós-cirurgia, a fisioterapia revela ser de grande importância no trabalho da mobilidade de tecidos cicatriciais, na diminuição da dor local e das articulações envolvidas, no aumento da mobilidade dessas mesmas articulações. Uma atuação profissional em todos estes pontos irá promover uma melhoria da funcionalidade e do bem-estar físico e emocional da mulher. Através de terapias manuais específicas que ajudam a mobilizar os tecidos moles, podem ser trabalhados os tecidos cicatriciais, libertando aderências, melhorando assim a mobilidade dos tecidos afetados e prevenindo a formação de fibroses.

Por outro lado, a existência de dor é um dos principais motivos para procurar ajuda na fisioterapia. Nestes casos, a dor é uma consequência do corte de tecidos, de um eventual edema que se possa ter formado ou da diminuição da mobilidade e estas queixas podem ser amenizadas por técnicas específicas de fisioterapia que promovem analgesia e conforto.

Alterações da mobilidade causadas por cicatrizes, pela dor, pelo imobilismo ou por diminuição da força devem ser trabalhadas e corrigidas através de técnicas de mobilização e alongamento. A diminuição da força e fadiga do membro superior afetado devem ser trabalhados com fortalecimento de músculos específicos, utilizando exercícios terapêuticos com cargas progressivas, promovendo a sua funcionalidade. A atividade física pode e deve ser mantida, ainda que de forma adaptada, uma vez que melhora a função cardiovascular, diminui a fadiga, aumenta a imunidade e promove o bem-estar físico e emocional.

É ainda frequente que após a cirurgia da mama surjam patologias associadas, tais como alterações posturais da cervical ou dorsal, ou até patologia do membro contralateral por sobre uso. É fundamental a correção destas situações para que a mulher possa ter novamente qualidade de vida e retorne ao seu dia-a-dia da melhor forma.

A formação de linfedema (inchaço por alteração dos vasos linfáticos) no membro superior é uma complicação muito incapacitante, que resulta fundamentalmente da necessidade, cada vez menos frequente, de excisar gânglios linfáticos da axila. Também nestes casos, a fisioterapia pode atenuar e prevenir esta situação, através de técnicas de drenagem linfática manual, que podem ser combinadas com pressoterapia (drenagem linfática mecânica).

Ao nível respiratório, que tantas vezes é afetado em uma qualquer cirurgia, a fisioterapia

pode melhorar a ventilação pulmonar com exercícios específicos de ventilação dirigida e expansão torácica. Acrescente-se ainda que nos casos em que existe necessidade de tratamento por radioterapia, a fisioterapia também pode ser uma aliada, ajudando a alcançar a mobilidade e amplitude do membro superior, necessários para o posicionamento correto do mesmo durante a sua aplicação, tal como também se revela muito útil ao minimizar as retrações tecidulares consequentes desta terapia.

Nos casos em que existe um processo de reconstrução mamária, a fisioterapia promove um ajuste correto dos tecidos à prótese ou enxertos tecidulares, moldando-os da melhor forma, para que a nova mama se assemelhe o mais possível ao lado contralateral.

A intervenção precoce da fisioterapia ainda pode ajudar a evitar as consequências de longo prazo, tais como, rigidez articular do ombro, fibrose dos tecidos moles intervencionados, que promovem dor, incapacidade funcional e, consequentemente, alterações impactantes no dia-a-dia destas mulheres.

Todas estas técnicas e possíveis intervenções devem ser feitas após uma avaliação individual. É fundamental criar um plano de intervenção personalizado às necessidades específicas de cada mulher, tendo sempre em consideração as suas alterações físicas e emocionais. A melhoria do movimento corporal, recuperação da funcionalidade e autonomia têm impacto direto na autoimagem e autoestima, sendo este um aspeto fundamental da intervenção do fisioterapeuta.

Em suma, a intervenção da fisioterapia revela-se um fator essencial na reabilitação da mulher, devendo ser personalizada e iniciada o quanto antes, sempre que possível ainda antes da cirurgia.

*Maria João Pereira
(Fisioterapeuta)*

CIRURGIA DA ANCA E DO JOELHO

O QUE É O PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO RÁPIDA?

*Preparado para uma recuperação revolucionária após a sua cirurgia da anca ou do joelho? Apresentamos o nosso **Programa de Recuperação Rápida**, inovador e desenhado especificamente para que volte a mover-se com liberdade e sem dor, muito mais cedo do que imagina*

Baseado nas mais recentes evidências científicas e técnicas de reabilitação, este programa otimiza cada etapa da sua recuperação, desde o pré-operatório até ao seu pleno restabelecimento. Connosco, a sua jornada para uma vida ativa e sem limitações é mais rápida, segura e com resultados comprovados.

O nosso **Programa de Recuperação Rápida (PRR)** foi concebido para otimizar a sua recuperação física após a cirurgia. O principal objetivo é restaurar a função, força e amplitude de movimento, enquanto minimiza o stress fisiológico nos órgãos e sistemas principais durante o processo cirúrgico.

Reconhecendo a importância dos aspetos psicológicos na recuperação, o PRR também oferece informações e suporte essenciais para que possa fazer escolhas informadas em cada etapa da sua jornada de tratamento. O nosso compromisso é envolver ativamente o doente na tomada de decisões, incentivando-o também a convidar um familiar ou amigo para atuar como 'coach' e parceiro de apoio durante todo o processo.

Como parte integrante do nosso programa de educação, fornecemos informações detalhadas sobre todos os aspetos do seu tratamento. Adicionalmente, terá a oportunidade de discutir qualquer questão ou preocupação diretamente com um membro da nossa equipa de saúde.

Após a cirurgia, o Programa de Recuperação Rápida tem como prioridade mobilizar o doente e promover o movimento da nova articulação o mais precocemente possível, sempre com um eficaz controlo da dor. Esta abordagem inovadora é amplamente sustentada por uma vasta pesquisa científica, que demonstra consistentemente que a mobilização precoce — sair da cama, caminhar, comer e beber logo após a operação — acelera significativamente a reabilitação e otimiza os resultados cirúrgicos.

Os principais benefícios do Programa de Recuperação Rápida incluem:

- **Tempo de internamento hospitalar reduzido:** A média de permanência no internamento é de apenas três dias, permitindo um regresso mais rápido ao conforto do seu lar.
- **Recuperação otimizada e mobilidade precoce:** Promove uma melhor amplitude de movimento e uma recuperação significativamente mais rápida nas fases iniciais.
- **Minimização de complicações pós-operatórias:** Contribui para a redução de taxas de complicações, como coágulos sanguíneos e infeções.
- **Conforto aprimorado:** Um objetivo que é alcançado através da remoção precoce de drenos e acessos intravenosos, ausência de cateteres na bexiga e, na maioria dos casos, sem necessidade de oxigénio suplementar.
- **Preferência por anestesia local/regional:** Oferece a opção de anestesia local ou regional,

com a possibilidade de sedação, caso prefira não estar consciente durante o procedimento.

• **Redução da necessidade de transfusões sanguíneas:** Ações preventivas são tomadas para evitar transfusões, sempre que clinicamente possível.

• **Controlo eficaz da dor:** Garante um alívio da dor otimizado, resultando numa redução significativa do sofrimento no pós-operatório.

• **Experiência menos stressante e maior satisfação:** Proporciona um processo de recuperação mais tranquilo e confortável, aumentando a satisfação geral do doente.

Mesmo após a alta clínica, o acompanhamento e a preocupação pelo seu bem-estar mantêm-se. A consulta de enfermagem pós-operatória tem esse objetivo. Antes da avaliação propriamente dita em consulta de seguimento, um enfermeiro fará um contato telefónico precoce, com o objetivo de aferir se o plano individual de recuperação se mantém ou se é necessário fazer algum ajuste, ou tão só tirar as dúvidas que possam existir.

Pedro Marques
(Médico, Ortopedista)

PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO RÁPIDA

Artroplastia total da anca e do joelho

1

PROPOSTA CIRÚRGICA

- Consulta com o médico ortopedista que propõe a cirurgia

2

CONSULTA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

- Avaliação pelo enfermeiro de reabilitação
- Ensino à pessoa e aos cuidadores
- Preparação para a alta hospitalar
- Apresentação da equipa multidisciplinar

Reabilitação pré-operatória
na unidade de fisioterapia

3 a 4 semanas

3

CIRURGIA

- Internamento
- Reabilitação pós-operatória imediata

4

ALTA HOSPITALAR E INÍCIO DA FISIOTERAPIA

- Após a alta, início de fisioterapia em regime ambulatório
- Reabilitação pós-operatória imediata

5

CONSULTA DE REAVALIAÇÃO

- Avaliação funcional

VITAMINA D E EXPOSIÇÃO SOLAR, ONDE ESTÁ O EQUILÍBRIO?



Se por um lado, devemos agir com prevenção e utilizar protetor solar SPF 50 +, por outro lado, é sabido que a pele produz cerca de 90% da vitamina D, com importante desempenho no nosso organismo. É possível conciliar estas duas necessidades? É

A deficiência de vitamina D tem-se afirmado como uma preocupação crescente em saúde pública, estando particularmente associada a uma perturbação do bom funcionamento do metabolismo ósseo, com consequências que podem ter grande impacto na morbimortalidade populacional. Compreende-se assim o interesse renovado por parte da comunidade científica e médica, com destaque para a avaliação dos níveis séricos populacionais de vitamina D e para a compreensão dos fatores que influenciam a sua síntese.

A produção endógena de vitamina D, responsável pela maior parte das reservas no organismo humano, depende fundamentalmente da exposição à radiação ultravioleta B (UVB), proveniente da luz solar. Este facto levanta uma importante questão de equilíbrio: como assegurar uma exposição solar suficiente para garantir níveis adequados de vitamina D evitando, simultaneamente, os riscos associados à radiação solar, como o envelhecimento precoce da pele e o aumento do risco de cancro cutâneo?

A vitamina D é uma vitamina lipossolúvel com importantes funções no nosso organismo:

- Metabolismo do cálcio e do fósforo e impacto na saúde óssea: aumenta a absorção destes minerais no intestino, os quais são essenciais na formação e manutenção da massa óssea. A sua deficiência pode levar a raquitismo (em crianças) e osteomalacia/osteoporose (em adultos). É também importante na manutenção de dentes saudáveis.

- Função imunológica: modula o sistema imunitário, ajudando o corpo a combater infeções e a reduzir inflamações.

- Regulação hormonal: atua no equilíbrio de diversas hormonas, inclusive as que afetam o metabolismo.

- Saúde cardiovascular: estudos sugerem que pode ter um papel na regulação da pressão arterial e na saúde dos vasos sanguíneos.

Como se produz?

A radiação UVB é a responsável pela conversão do composto 7-deidrocolesterol em pré-vitamina D3 na pele, que posteriormente é transformada - por ação do fígado e rins - em diferentes compostos de vitamina D, nomeadamente colecalciferol, ergocalciferol, alfacalcidol ou calcitriol, que vão depois atuar em diferentes áreas do metabolismo.

A produção cutânea representa, em média, 80-90% da vitamina D obtida pelo organismo, especialmente em populações não suplementadas. Baixa exposição solar — por exemplo, em idosos, pessoas institucionalizadas, em latitudes altas no inverno, ou com hábitos de evicção solar — compromete significativamente a síntese de vitamina D, o que pode levar à sua deficiência. Existem ainda algumas fontes alimentares potenciais (apesar de conterem baixa concentração), como peixes gordurosos (salmão, sardinha, cavala), gema de ovo, fígado e cereais fortificados.

Doseamento da vitamina D: quem deve ser rastreado?

O rastreio universal de vitamina D não é recomendado por rotina em pessoas saudáveis e assintomáticas, uma vez que não tem demonstrado impacto clínico significativo, nomeadamente em termos de mortalidade. Recomenda-se, no entanto, a sua avaliação apenas em grupos de risco, tais como:

- Pessoas com idade superior a 65 anos, a viver em unidades de internamento de cuidados continuados de longa duração (superior a 90 dias), com exposição solar limitada;

- Pessoas com fatores de risco documentados para deficiência e insuficiência de vitamina D: exposição solar muito limitada; síndromes de má absorção intestinal; insuficiência renal crónica; história conhecida de alterações metabólicas congénitas ou adquiridas do

metabolismo do cálcio e vitamina D; história prévia de deficiência de vitamina D.

- Pessoas com condições de saúde ou exames sugestivos de deficiência de Vitamina D: baixa excreção urinária de cálcio em urina 24h; níveis elevados de PTH ou fosfatase alcalina óssea; hipocalcemia e/ou hipofosfatemia; osteoporose; fraturas não traumáticas

Quanto tempo de exposição solar diária é necessário?

Não existe um consenso único. O tempo ideal de exposição ao sol pode variar e é dependente de vários fatores, incluindo o tipo de pele, a localização geográfica, a hora do dia e a estação do ano.

Exposição solar direta na pele, responsável, durante cerca de 15 – 20 minutos diários, nos braços e pernas, é suficiente para manter níveis adequados de vitamina D em pessoas de pele clara. Para pessoas com pele mais escura, pode ser necessário mais tempo (30 a 60 minutos).

O protetor solar compromete a produção de vitamina D?

Em condições ideais de laboratório, protetores solares com SPF 50+ bloqueiam 98% da

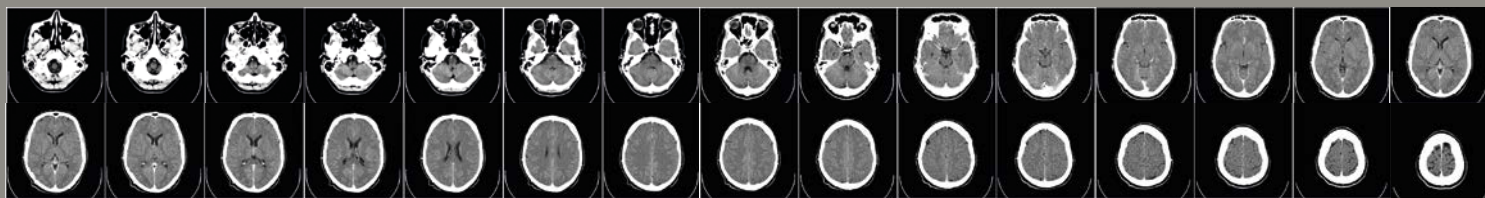
radiação UVB, o que teoricamente poderia impedir a síntese de vitamina D.

No entanto, na prática não é isso que acontece. O uso típico do fotoprotetor pela população geral (habitualmente em quantidade inferior à recomendada, aplicação irregular; sudorese, fricção, etc.) permite penetração da radiação UVB suficiente para a produção de vitamina D.

Vários estudos mostraram que, mesmo com uso regular de SPF 50+, a produção de vitamina D não foi significativamente reduzida em voluntários expostos ao sol durante as férias e em climas tropicais. Portanto o uso correto de protetor solar pode reduzir a síntese de vitamina D mas, na prática clínica, o impacto é modesto. Dado o seu benefício, face aos efeitos nefastos da exposição solar desprotegida, particularmente o risco de desenvolvimento de cancro cutâneo, e uma vez que a síntese de vitamina D não fica comprometida, a aplicação de protetor solar é um importante aliado na manutenção da saúde da nossa pele.

*Mariana Batista e Joana Calvão
(Médicas, Dermatologistas)*





IMAGIOLOGIA

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

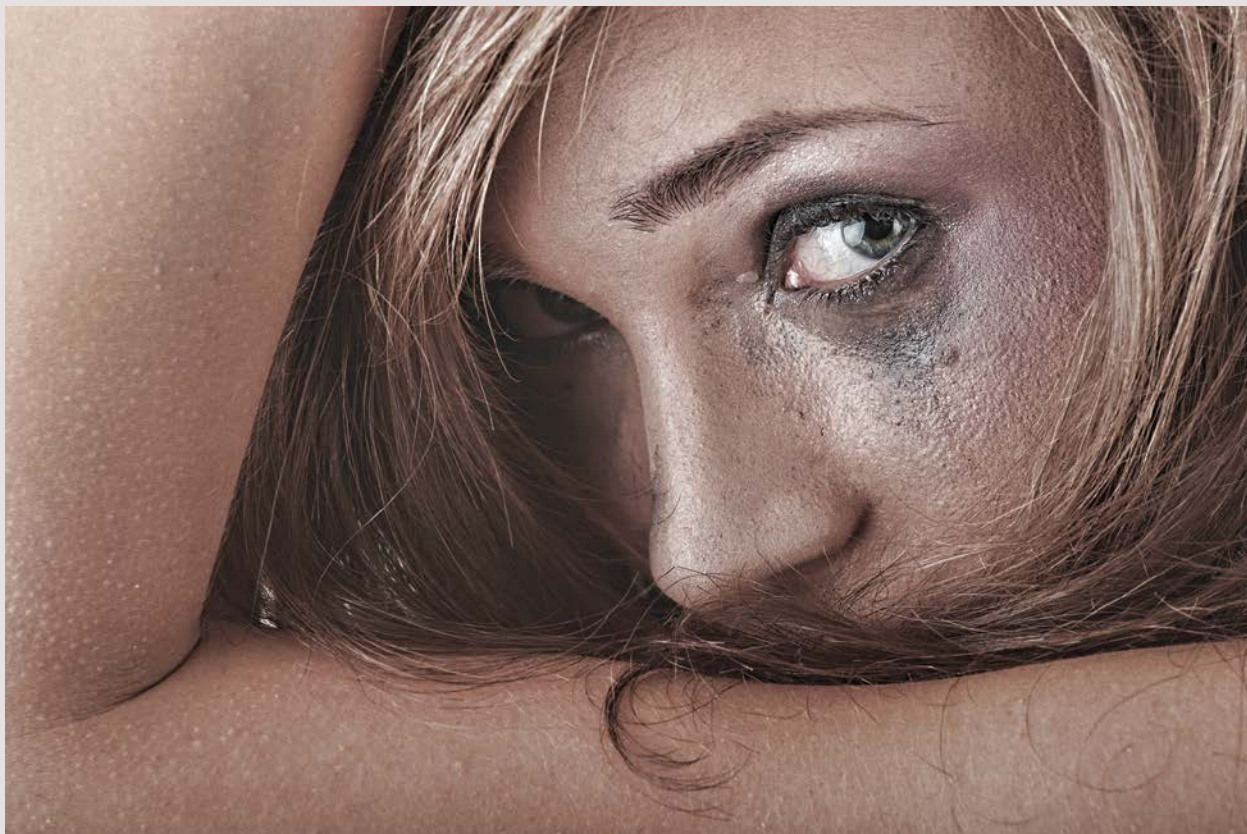
Faça a sua marcação pelo número **239 802 590** (Rede fixa nacional)

www.ccci.pt



CENTRO
CIRÚRGICO
COIMBRA

COMO SOBREVIVER ÀS EMOÇÕES?



Devem ser vistas como um mensageiro que nos alerta para o perigo ou para algo importante a compreender. Ajudam-nos a tomar decisões e as hipóteses de sobrevivência estão dependentes disso mesmo, desse sentir que nos move. Precisamos de saber lidar com toda esta informação sentida e quase invisível, as emoções

Apesar de os investigadores estarem de acordo quanto à existência de emoções, não há um consenso relativamente à definição do que é uma emoção, nem tão pouco quanto à quantidade de emoções (6, segundo *Darwin* e 16, segundo *Ekman*) ou ao tipo de emoções (primárias e secundárias, positivas e negativas).

Quando falamos de emoções, normalmente pensamos na consciência subjetiva e imaterial deste fenómeno — “eu sinto que estou com

medo” - mas, na verdade, a emoção é um fenómeno complexo e multifacetado, com algumas dimensões perfeitamente observáveis: a atividade neuronal, a ativação fisiológica, as sensações corporais, a expressão facial e a modificação da postura. Quando sentimos uma emoção, normalmente, podemos constatar quatro dimensões. Por exemplo: estou sozinha em casa, ouço um crepitar nas folhas lá fora (informação proveniente dos órgãos dos sentidos); penso “está um ladrão em minha casa” (pensamento); no meu corpo

sinto taquicardia, suor, tensão nos músculos (sensações corporais) e, assim, decido verificar a existência (ou não) de um intruso em casa e/ou trancar a porta e/ou esconder-me (comportamento).

Para que servem?

As emoções têm várias funções fundamentais à sobrevivência, adaptação e bem-estar do ser humano:

- **Informar sobre o que é importante para nós:** o *stress* mostra que não estou bem preparada para um exame; ou a satisfação que aprendi o suficiente para atingir o meu objetivo;
- **Facilitar a ação:** o medo permite-me fugir rapidamente face a uma ameaça e a raiva leva-me a que me defenda de um agressor;
- **Tomar decisões:** em vez de passar horas a pensar nos prós e nos contras, a emoção permite-me sentir no corpo o que é melhor para mim;
- **Promover a adaptação:** coordenação corpo/mente para responder aos estímulos do ambiente e, assim, aumentar as hipóteses de sobrevivência. No exemplo anterior, ao pensar que estará – eventualmente – um ladrão em casa, a prioridade biológica será dada à vigilância *versus* sono.

Enquanto psicóloga clínica, vejo as emoções como **fontes importantes de informação** e não apenas como um problema a corrigir: como no tablier do nosso carro aparece uma luz que indica que temos de colocar mais gasolina, de igual modo, as emoções aparecem para nos dizer algo importante sobre nós. Por exemplo, no caso de um adulto, a ansiedade pode indicar que é necessário mais descanso ou mais tempo livre. No caso de uma criança, estará a tentar exprimir algo que, dada a imaturidade do seu cérebro, ainda não consegue exprimir verbalmente.

Toda a gente sente as mesmas?

Durante muito tempo pensou-se que as emoções eram universais, ou seja, que o ser humano nasce com circuitos neuronais já preparados para sentir emoções e que, inde-

pendentemente da cultura, as emoções são perfeitamente identificáveis. As neurociências dizem-nos que esta ideia é um mito. As emoções não são universais, nem inatas, mas sim construções do cérebro. A teoria atual das emoções (*Lisa Feldman Barrett*) constata que o cérebro produz emoções baseadas no contexto familiar, social e cultural, nas nossas experiências passadas e na linguagem. As emoções sentidas em Papua-Nova Guiné não são idênticas às que podemos sentir em Portugal. O medo provocado por um estrondo não vai provocar as mesmas reações corporais se estivermos em Coimbra ou numa cidade em guerra. Para além disso, ousa acrescentar que as emoções que sentimos também são influenciadas pela história dos novos pais e dos nossos antepassados, que se mantém vivas através de nós, conscientemente ou inconscientemente (transgeracional). Também os fatores ambientais como a alimentação, o estilo de vida ou a qualidade das relações interpessoais podem influenciar a expressão dos genes (epigenética).



Podemos aprender a lidar com as emoções?

Tal como aprendemos a ler e a escrever na nossa infância, também podemos aprender a lidar com as nossas emoções, principalmente aquelas que podem causar mais dificuldades

na nossa vida, como a ansiedade, o medo ou a raiva. Adultos ou crianças, todos podemos aprender a utilizar ferramentas para que as emoções constituam uma força positiva, um aliado na nossa vida (e não um obstáculo que nos impede de atingir os nossos objetivos). As emoções têm um impacto significativo nos aspetos mais importantes da nossa vida (*Moir Mikolajczak*):

Bem-estar: com a emoção serenidade sentimos bem-estar; com o stress ou zanga sentimo-nos mal. As pessoas com mais competências emocionais têm menos risco de ter perturbações mentais (ansiedade, depressão e *burnout*);

Saúde física: o *stress* tem um impacto negativo na saúde (maior risco de diabetes e de problemas cardiovasculares). As pessoas com mais competências emocionais tomam menos medicamentos, vão menos ao médico e são menos vezes hospitalizadas;

Performance no trabalho: emoções positivas como o entusiasmo, aumentam a eficácia no trabalho e outras, como o aborrecimento, diminuem-no. Tendo o mesmo quociente de inteligência (QI) e as mesmas competências técnicas, os indivíduos com melhores competências emocionais têm uma melhor performance no trabalho.

Relações interpessoais: a gratidão e o altruísmo torna-nos mais próximos; a zanga distancia-nos. Os indivíduos com melhores competências emocionais têm relações mais satisfatórias e estáveis.

Quais os primeiros passos no treino?

O primeiro passo é ter um **vocabulário emo-**

cional, pois, sem a palavra, não há pensamento. Conhecer as palavras que descrevem as emoções: medo, zanga, ansiedade, tristeza, culpa etc. é como aprender o abecedário para poder ler e escrever.

O segundo passo é **identificar a emoção** e saber qual o impacto desta emoção: as **manifestações corporais, os pensamentos e o comportamento**. Saber por exemplo que, quando me sinto zangado, sinto muita força nas mãos, penso que os outros estão contra mim e aumento o tom da minha voz.

O terceiro passo é **aceitar** a emoção que estou a sentir, sem ignorar nem sobrevalorizar, vendo a emoção como um aliado, com um mensageiro de algo importante para nós.

O quarto passo é **expressar, verbalizar a emoção**. *Eu sinto-me zangada(o)*. De seguida, questionar-se sobre quais as minhas necessidades, o que é importante para mim, que necessidade (não satisfeita) pode estar escondida por detrás desta emoção? *Eu sinto-me zangada(o) quando falo contigo e tu não tiras os olhos do telefone, sinto que o que digo não tem importância*.

Por último importa perceber o que desencadeia a emoção que é difícil para mim: quais são as situações/contexto/pessoas? Por exemplo, reparei que quando não descanso o suficiente, fico mais irritado(a) e sensível ao que os outros me dizem.

Desde modo, graças a um trabalho de auto-conhecimento, que pode exigir alguma práti-



ca, podemos então encontrar estratégias para regular a intensidade da emoção.

Como lidar com o medo ou a zanga?

Aprender a lidar com esta energia que parece indomável e sobre a qual parece termos tão pouco controlo requer treino, perseverança e paciência consigo próprio.

Relativamente ao medo, como já foi referido, em primeiro lugar, é preciso identificar os pensamentos negativos, as sensações corporais e o comportamento na situação que desencadeia o medo, por exemplo: estou a pensar “se apanhar o avião, ele vai cair”, sinto o meu coração acelerado, suor, dor de barriga e evito entrar no avião, focando a minha atenção apenas nos rostos que exprimem preocupação, para confirmar a ideia de que há um problema.

Em segundo lugar, questionar a veracidade dos pensamentos negativos e tentar encontrar pensamentos mais “realistas”, menos catastróficos, por exemplo: “posso ter a certeza absoluta que se apanhar o avião, ele vai cair?” Ou “na verdade o avião é um dos meios de transportes mais seguros”.

Em terceiro lugar, encontrar estratégias para acalmar o sistema nervoso no momento de pânico, por exemplo, técnicas de respiração (inspirar 3 segundos, reter a respiração 3 segundos e expirar 4 ou 5 segundos) ou técnicas de visualização (pensar num lugar em que se sente seguro).

Por último, gradualmente, afrontar o medo e focar a atenção no rosto de todas as pessoas, principalmente aquelas que sorriem ou mostram bem-estar.

Relativamente às crianças, no que respeita à emoção / zanga até aos 6 anos, dada a imaturidade do córtex pré-frontal do seu cérebro (que permite acalmar durante uma emoção, ouvir os pais ou encontrar soluções) são os pais que vão ajudar a criança a regular as emoções. Como? Através da regulação do seu próprio sistema nervoso, ou seja, num momento de forte emoção, os pais aprendem, gradualmente, a acalmar-se e, assim, “emprestam” as suas capacidades de calma à criança. A criança, ao ver o adulto calmo e empático face à tempestade emocional pode, no início, saltar para o barco do adulto e, mais tarde, construir o seu próprio barco. A partir dos 6, 7 anos podemos ajudar a criança a identificar os pensamentos negativos, as sensações corporais e o comportamento na situação que desencadeia a zanga e, depois sim, construir pensamentos mais positivos e estratégias que o ajudem a acalmar o fogo da zanga.

Em conclusão, para ajudar as crianças a lidarem melhor com as emoções, é tão ou mais importante cuidar da geração dos adultos que somos (e da criança que fomos). Só depois estaremos em condições de aumentar a literacia emocional das crianças desta geração.

*Cláudia Quintans
(Psicóloga Clínica e
Terapeuta de Neurofeedback)*



COMO PREPARAR OS PRIMEIROS DIAS DE VIDA DE UM BEBÉ?

A consulta pré-natal realizada pelo pediatra constitui uma oportunidade de esclarecimento antecipado junto dos futuros pais. A adaptação aos primeiros dias de vida, a amamentação, o sono, as vacinas, a síndrome de morte súbita, são apenas alguns dos temas que os pais podem esclarecer

Os pediatras do Centro Cirúrgico de Coimbra têm disponível uma consulta pré-natal para os futuros pais. Centrada no recém-nascido e na criança, este momento pretende antecipar a preparação para os cuidados imediatos que um recém-nascido precisa. O objetivo é fornecer informação clara, baseada na mais recente evidência científica, prevenindo a ansiedade e esclarecendo dúvidas frequentes.

Nesta consulta será feita uma história detalhada da gravidez e analisada a história familiar para deteção de potenciais situações problemáticas. Mas será principalmente um espaço em que os futuros pais podem e devem abordar alguns dos temas mais exigentes nos primeiros dias da vida de um bebé e que, por norma, causam sempre muita ansiedade e dúvida.

Alguns dos temas que poderão ser abordados nesta consulta pré-natal são, por exemplo:

- A adaptação do recém-nascido à vida extrauterina nos primeiros dias de vida;
- Esclarecimentos sobre o peso e o aleitamento materno;
- Rastreios neonatais existentes;
- Programa nacional de vacinação bem como quais são vacinas que existem extracalendário;
- Segurança e prevenção, nomeadamente medidas universais de prevenção da síndrome da morte súbita do lactente.
- Transporte adequado ao bebé e ambiente familiar seguro.

- O sono do bebé nos primeiros dias/meses de vida.

A consulta pré-natal de pediatria deve acontecer no terceiro trimestre de gravidez, geralmente entre a 32^a e a 36^a semana de gestação. E este será um momento privilegiado de educação parental, permitindo transmitir informação estruturada sobre os primeiros dias de vida do recém-nascido.

A antecipação destas orientações promove confiança nos pais e contribui para uma transição neonatal mais segura e saudável.

*Gustavo Januário
(Médico Pediatra)*



FIMOSE: ESPERAR, TRATAR OU OPERAR?

Nem tudo o que parece fimose é, de facto, uma patologia. Em muitos casos, é apenas uma etapa normal do desenvolvimento da criança

Na prática da cirurgia pediátrica é muito comum receber crianças encaminhadas por fimose. Os pais frequentemente chegam com dúvidas legítimas e alguma ansiedade: “a pele do pénis ainda não abriu”, costumam dizer. Essa dúvida é recorrente – e compreensível.

Nos primeiros anos de vida é perfeitamente natural que o prepúcio não retraia. Essa condição, chamada de fimose fisiológica, corresponde a um estreitamento transitório do prepúcio, típico da infância. Além disso, é comum a presença de aderências balano-prepúciais – uma união natural entre a glândula e o prepúcio, que tende a libertar-se gradualmente com o crescimento. Durante esse processo, ocorre a produção de esmegma – uma substância composta por células descamadas e secreções de glândulas locais, que se forma entre o prepúcio e a glândula, facilitando o descolamento dessas aderências. Por ser branca e leitosa, essa secreção é frequentemente confundida com pus ou, quando retida, equivocadamente interpretada como um quisto – ambas situações que podem causar ansiedade desnecessária. Todas essas manifestações são normais no desenvolvimento genital masculino e, na maioria dos casos, não exigem qualquer tratamento.



A pergunta “quando deve estar resolvida a fimose?” não tem uma resposta única. Cada criança tem o seu ritmo. Existem factores como a imaturidade, o medo, a hipersensibilidade da glândula, a falta de destreza manual ou até uma gordura supra-púbica mais exuberante, que podem dificultar a retracção do prepúcio, mesmo sem haver um verdadeiro problema clínico. Nestes casos, o mais importante é respeitar o tempo da criança, promover a higiene adequada e, quando oportuno, iniciar ensinamentos simples e progressivos, adaptados à idade e sempre sem forçar.

Na realidade, uma grande parte das crianças referenciadas como tendo fimose consegue retraindo o prepúcio de forma autónoma e espontânea, após uma consulta bem orientada, sem dor nem traumas - apenas com explicação, confiança e prática orientada.

Importa também desmistificar a ideia de que existe “pele a mais”. O prepúcio não é excessivo – cada criança tem o seu próprio formato. O que merece atenção são sinais como infeções urinárias recorrentes, inflamações ou infeções do prepúcio (balanites), dor persistente ou dificuldade em urinar. Nesses casos, pode tratar-se de uma fimose patológica, para a qual o tratamento com pomadas de uso tópico, associada a exercícios de retracção do prepúcio, é habitualmente eficaz. A cirurgia é reservada para situações persistentes ou com complicações associadas.

Há ainda formas menos comuns, mas mais graves, como a Balanite Xerótica Obliterante (BXO) – uma inflamação crónica, de provável origem auto-imune, que provoca branqueamento, endurecimento e estreitamento progressivo do prepúcio, podendo afectar também a uretra. Nesses casos, o diagnóstico precoce é essencial e a cirurgia está habitualmente indicada. O procedimento pode envolver cuidados detalhados e técnicas específicas, garantindo assim os melhores resultados e minimizando possíveis complicações.

A abordagem da cirurgia pediátrica visa, sempre que possível, preservar o prepúcio, sobretudo em idades mais precoces. O corpo da criança está em crescimento e muitas situações podem resolver-se naturalmente com o tempo. Intervenções prematuras, especialmente em crianças com gordura supra-púbica acentuada, podem levar a resultados insatisfatórios, que vão desde a remoção excessiva de pele até à remoção insuficiente, causando a impressão de um pénis muito pequeno ou deixando um prepúcio residual com aparência de “bico de lápis”. Esses resultados podem causar alterações estéticas indesejadas, gerar desconforto em relação à própria imagem, ou até levar à recidiva da fimose no futuro.

A experiência acumulada na cirurgia pediátrica, onde se observam diariamente muitos casos de fimose, permite-nos reconhecer com precisão o que precisa de tempo, o que se resolve com orientação – e o que realmente exige tratamento. Saber ensinar, tranquilizar e tratar no momento certo faz toda a diferença. Nem tudo o que parece fimose é, de facto, uma patologia. Em muitos casos, é apenas uma etapa normal do desenvolvimento da criança.

Nadia Laezza

(Médica com a Especialidade de Cirurgia Pediátrica)

OUVIR MAL NÃO É NORMAL

Tal como ressonar não é apenas um incómodo

A distração nem sempre o é, a perda auditiva pode ser a explicação. Tal como ressonar ou respirar pela boca não são normais em crianças. Pais e cuidadores devem estar atentos aos sinais



A saúde dos ouvidos, nariz e garganta das crianças é uma preocupação constante para pais e cuidadores. Muitas vezes, pequenas queixas aparentemente inofensivas – como uma criança que ouve mal, ressona à noite ou respira pela boca – podem esconder situações que merecem atenção médica. Entre os motivos mais frequentes de consulta encontram-se duas situações que, apesar de comuns,

podem ter consequências importantes se não forem reconhecidas e tratadas: a otite média serosa crónica e a roncopia (ressonar), por vezes associada à apneia obstrutiva do sono.

Otite média serosa crónica

A otite média serosa crónica é uma condição em que há acumulação de líquido no ouvido

médio, atrás do tímpano, sem sinais evidentes de infeção. Este líquido interfere com a transmissão do som, levando a uma perda auditiva ligeira a moderada. A criança pode não se queixar diretamente de dor, o que leva a que o problema muitas vezes passe despercebido. Esta situação é especialmente frequente em idade pré-escolar, altura em que a tuba auditiva (o canal que liga o ouvido à parte posterior do nariz) ainda não está totalmente desenvolvida. Quando a sua função de ventilação é comprometida – por exemplo, devido a constipações frequentes, alergias ou aumento do volume das adenoides – o ouvido médio pode acumular fluido.

Sinais a que os pais devem estar atentos:

- A criança parece “distraída” ou não responde quando chamada;
- Aumenta o volume da televisão ou pede para repetir o que foi dito;
- Dificuldades na fala ou atraso na linguagem;
- Mau rendimento escolar.

Se não for tratada, esta perda auditiva prolongada pode interferir com o desenvolvimento da linguagem, aprendizagem e até com o comportamento social da criança. O diagnóstico é feito através da observação clínica e de exames como a timpanometria e a audiometria, adaptados à idade da criança. O tratamento pode passar por vigilância em casos leves, mas em situações persistentes pode ser recomendada a colocação de tubos de ventilação no ouvido, para permitir a drenagem do líquido e melhorar a audição. É um procedimento simples e muito seguro, realizado em bloco operatório com anestesia geral.

Ressonar e apneia do sono

É relativamente comum ouvir os pais dizerem que o filho “ressona” ou “respira mal” durante a noite. Em muitos casos, isso é causado por um aumento das amígdalas ou adenoides, estruturas que fazem parte do sistema de defesa do organismo mas que, quando

aumentadas, podem obstruir a via aérea e dificultar a respiração durante o sono. Ressonar de forma habitual, respirar pela boca ou ter pausas respiratórias durante a noite (apneias) não são normais em crianças. Estes sinais podem indicar uma síndrome de apneia obstrutiva do sono, uma condição que pode afetar a qualidade do sono, o crescimento e até o comportamento da criança.



Sintomas de alerta:

- Ressonar frequente e intenso;
- Respiração agitada ou com pausas;
- Suores noturnos;
- Sono inquieto, com movimentos constantes;
- Cansaço durante o dia, irritabilidade ou dificuldade de concentração.

As crianças com apneia do sono podem ter dificuldades de aprendizagem, parecer hiperativas ou mostrar alterações de humor. O diagnóstico envolve a avaliação clínica cuidadosa, podendo ser necessário um estudo do sono (polissonografia), especialmente nos casos mais complexos.

Quando há sinais de obstrução evidente por amígdalas e/ou adenoides aumentadas, o tratamento pode incluir a sua remoção cirúrgica.

gica (adenotomía). Esta intervenção, feita com grande frequência e segurança em idade pediátrica, tem um impacto muito positivo na qualidade de vida da criança: melhora o sono, a respiração, o comportamento e até o desempenho escolar.



A importância do diagnóstico precoce

É fundamental que os pais e educadores estejam atentos aos sinais de alerta. Muitas destas condições não causam dor nem febre, e por isso podem passar despercebidas durante algum tempo. Contudo, quando tratadas atempadamente, o prognóstico é muito bom.

A vigilância regular por parte do pediatra é essencial, mas quando há suspeita de alterações persistentes na audição, respiração ou sono, a avaliação por um otorrinolaringologista pode fazer a diferença.

Uma abordagem multidisciplinar

Em alguns casos, o acompanhamento destas crianças pode envolver também outros profissionais, como terapeutas da fala, alergologistas e dentistas especializados em ortodontia. O objetivo é sempre o mesmo: promover um desenvolvimento saudável e harmonioso.

Para reter:

- A otite média serosa crónica pode passar despercebida, mas prejudica a audição e o desenvolvimento da linguagem;
- Ressonar não é normal nas crianças e pode esconder problemas respiratórios importantes;
- A apneia do sono pode afetar o sono, o crescimento e o comportamento da criança;
- O tratamento adequado melhora significativamente a qualidade de vida da criança;
- O papel dos pais é essencial na identificação precoce dos sinais de alerta.

Cuidar da saúde auditiva e respiratória das crianças é garantir-lhes as ferramentas essenciais para crescer, aprender e comunicar. Nunca subestime sinais como ouvir mal, ressonar ou respirar pela boca. Um diagnóstico atempado e uma intervenção adequada podem mudar o futuro da criança – para melhor.

João Laffont
(Médico, Otorrinolaringologista)



*“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



CONHECE O NOSSO LABIRINTO?

Tem uma entrada e uma saída. Sem armadilhas ou truques.

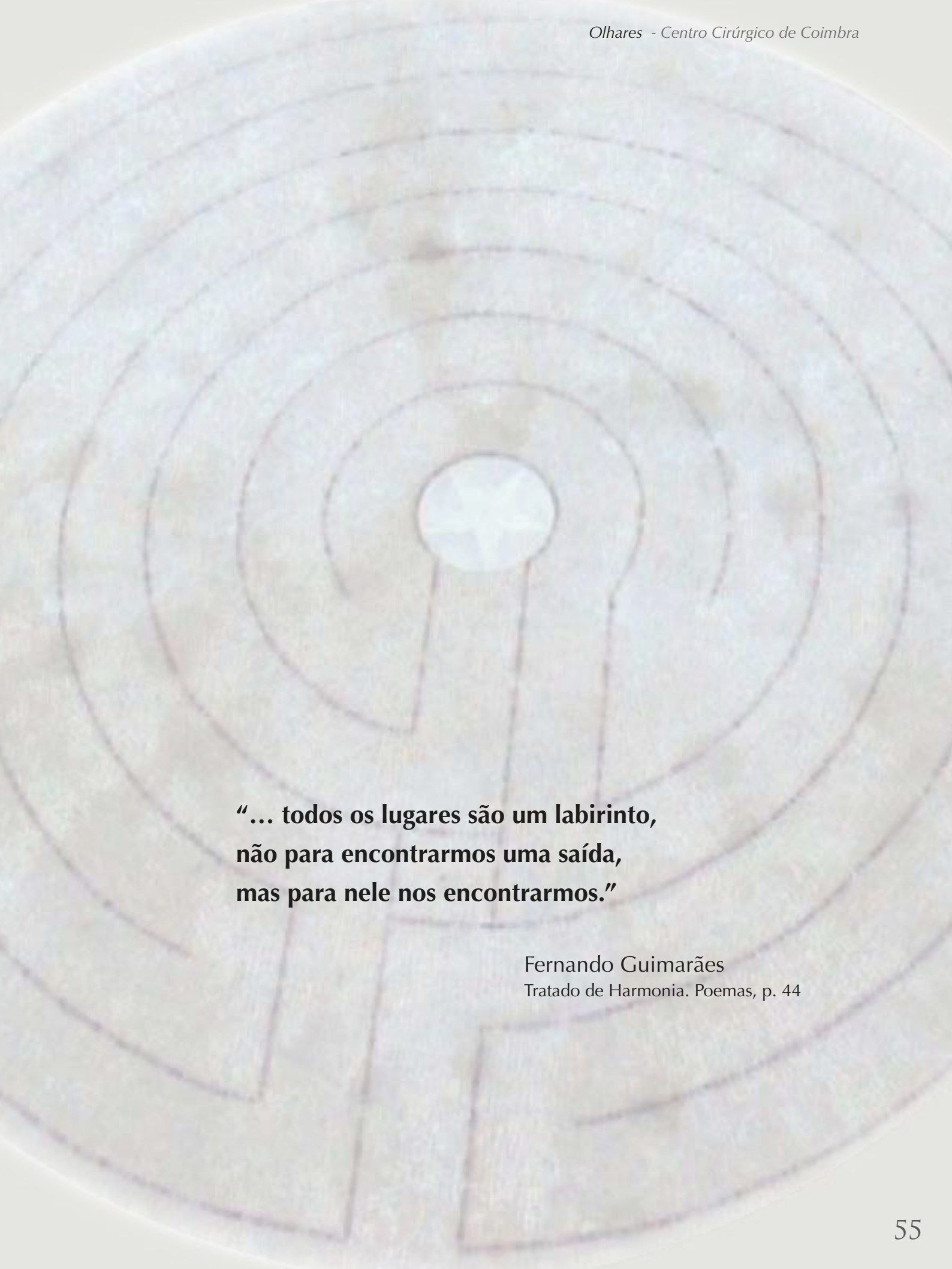
Um circuito único, sem necessidade de colocar uma hipótese a cada curva. Apenas um caminho. Sabemos que o “caminho faz-se caminhando” e não poderíamos estar mais de acordo com o poeta castelhano Antonio Machado. Porque é este caminhar que pode ser catalisador. Confiando nos próprios passos para chegar ao centro.

Não se trata de mais uma promessa de auto cura ou de transformação. Trata-se tão só de seguir um caminho com os próprios passos. Impossível perder-se!

É esta a proposta do Centro Cirúrgico de Coimbra. Oferecemos 156 metros em circuito fechado. Para que possa fazer o seu caminho, caminhando, ignorando tudo o resto. É o momento reservado para pensar naquilo que é realmente importante.

É este o caminho do nosso labirinto. Encontra-o no jardim, logo à entrada.





**“... todos os lugares são um labirinto,
não para encontrarmos uma saída,
mas para nele nos encontrarmos.”**

Fernando Guimarães
Tratado de Harmonia. Poemas, p. 44



**Cristo mendigo:
é o lixo do mundo
o corpo de deus**

Fotografia e haiku de João Maria André

Médicos e especialidades

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR - Gabriel Anacleto; Luís Antunes

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

CIRURGIA PEDIÁTRICA - Nádia Laezza; 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

Marcação de consultas:

239 802 700 / consultas@ccci.pt

Marcação de exames:

239 802 590 / radiologia@ccci.pt

AINDA HÁ CIÊNCIA

Em Ciência, a verdadeira descoberta só ocorre quando o cientista abdica do desejo de manipular e aceita com elevação o que vê. Não se faz Ciência por ambição. Faz-se por paixão pelo real, e não pelo sucesso

A Ciência é um dos caminhos para chegarmos à verdade, mesmo sabendo que pode não ser encontrada. Entre a Luz, as Trevas e a Verdade ainda há quem resista - às vezes - e quem saiba dizer sim ou não.

A luz da Ciência sempre nos fascinou ... Desde os pré-socráticos até aos nossos dias, a Ciência promete iluminar, medir, prever... Transforma o invisível em cálculo, e o cálculo em controlo. E, raras vezes, percebemos que também há uma luz que cega - a luz do orgulho, da explicação forçada, da evidência manipulada. O Amor e a Verdade exigem renúncia a esse egoísmo pessoal.

A Ciência que eu quero tem que ser sonhada, silenciosa, ética, respeitada, para ter crédito e ser real. A Ciência não pode ser um teatro de certezas construídas, onde a dúvida é vista como fraqueza, e o reconhecimento da ignorância como fracasso. *A ignorância* (como diria George Orwell) ... *é força*.

A verdadeira Luz não é a que expõe tudo. É a que permite ver alguma coisa... É a que deixa espaço para o invisível. A escuridão que pode ser observada e investigada por uma mente lúcida, é muitas vezes generosa e capaz de ajudar a recusar um resultado incorreto e/ ou a vaidade de uma má conclusão.

Em Ciência, a verdadeira descoberta só ocorre quando o cientista abdica do desejo de manipular e aceita com elevação o que vê, o que escuta e respeita o que "aparece", mesmo que confuso, contraditório ou sem aplicação imediata. A verdade será a única recompensa.

A escuridão fértil da Ciência é onde Ela se cria. É onde se espera. É onde se força. É onde a hipótese respeita o mistério do real.... É onde encontramos - num qualquer momento - uma

migalha de um futuro determinado. A Ciência verdadeira será sempre um combate entre a ambição da razão e a humildade do espírito. Entre o cálculo e o silêncio. Entre a equação e o que a ela escapa.

Não se faz Ciência por ambição. Faz-se por paixão pelo real, e não pelo sucesso. Paixão pelo detalhe, e não pela fama. Paixão por entender - mesmo que isso nunca aconteça plenamente.

A verdade não é um produto.

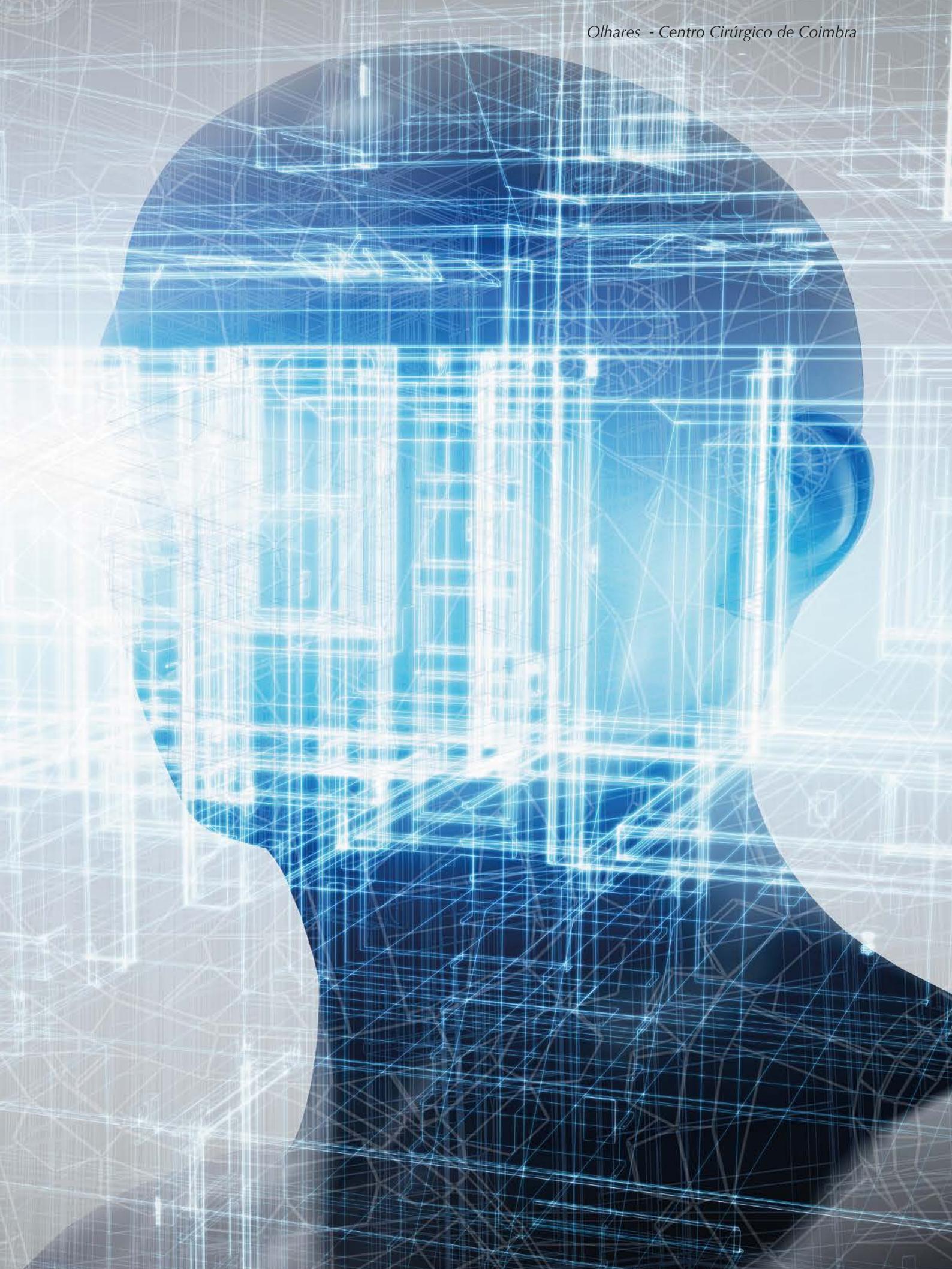
A Ciência não se pode confundir com a indústria de "*papers*", pagos para serem publicados, com "*branding*" institucional ou com o financiamento competitivo. A verdade não se publica em série. A verdade não obedece a um qualquer sistema. É preciso coragem para dizer: Não sei. Este dado não basta. Esta evidência não convence. Esta tecnologia não serve. Este resultado não é ético.

A verdade é um valor absoluto, que exige sacrifício. Mentir - mesmo com boas intenções - é uma fraude, a nós próprios e aos outros.

A boa Ciência é um ato de Amor.
Não é conquista, é escuta.
Não é domínio, é atenção.
Não é carreira, é vocação.

Exige a coragem de não saber, a paciência de não provar e humildade, mas também a clareza necessária para não ceder. A Luz da Ciência só é verdadeira se nascer da sombra da Honestidade ... a que eu aprendi com a minha Família e no meu Alentejo.

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
 Fisioterapia
 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)