



Trimestral

Nº 47 2026

Olhares



À procura das áreas cegas

Mudou o caminho da avaliação do campo visual

- O coração d'Elas é diferente? É.
- Disforia do sexo, a incongruência da VOZ
- Já lhe disseram que precisa fazer exercício físico?
- Boys Don't Cry (Os rapazes não choram)

ACORDOS



CENTRO
CIRÚRGICO
COIMBRA

Medical
Technology

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



A informação completa está disponível na receção do CCCI. Para esclarecimentos contacte 239802700

Este conteúdo pode configurar publicidade institucional da INTERCIR – Centro Cirúrgico de Coimbra, S.A.

| NIPC 503 834 971 | ERS E106499 | Licenças UPS 3/2010 (aditamento Licença de Funcionamento

UPS 07/02.00) e 9072/2015 | 3045-089 Coimbra

DE 1 A 60

É a leitura da dinâmica da pupila que está a mudar o modo de avaliar o campo visual. Um novo equipamento, com luz e som controlados, permitirá antecipar diagnósticos, quando se procuram áreas cegas. O passo pode ser gigante e por isso o destaque.

Ainda nestas 60 páginas, explicamos como os óculos corrigem os chamados erros refrativos e porque, depois de uma cirurgia à retina, o oftalmologista insiste que devemos manter a cabeça e o corpo em determinada posição. É difícil, mas a intenção é boa.

Chamamos a atenção para as pequenas diferenças que têm grande impacto no coração d'Elas; explicamos que os homens e mulheres emagrecem e engordam em tempos diferentes e destacamos os desafios e as complexidades da saúde da mulher. Explicamos a incongruência da Voz, nos casos de disforia do sexo; lembramos que os rapazes também choram e destacamos a problemática da perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

Partilhamos informação útil sobre a necessidade de um médico prescrever exercício físico; explicamos as ferramentas necessárias a uma boa gestão da saúde individual e explicamos que a apneia do sono não é apenas um questão de dormir mal, tem consequências.

Terminamos com um exemplo de como a traição ocorre através do mesmo gesto que dá confiança: um beijo.

Boa leitura!

Conceição Abreu



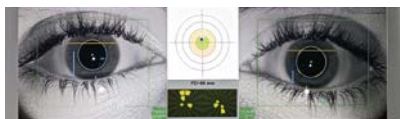
Í N D I C E

Perimetria subjetiva versus perimetria objetiva

À PROCURA DAS ÁREAS CEGAS

Mudou o caminho. A perimetria objetiva abre novas portas à avaliação funcional do campo visual

P. 6



AS LENTES QUE CORRIGEM OS ERROS DE FOCAGEM, OS ÓCULOS EXPLICADOS

Servem para corrigir erros refrativos, mas também para comunicar em silêncio. Nem sempre foi assim.

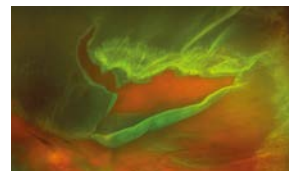
P.12



Pós-operatório da cirurgia à retina

PORQUE DEVO MANTER UM POSICIONAMENTO ESPECÍFICO?

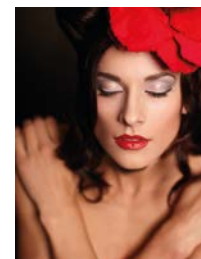
P. 16



O CORAÇÃO D'ELAS É DIFERENTE? É.

Pequenas diferenças, grandes impactos. As doenças cardíacas podem manifestar-se de forma diferente entre homens e mulheres.

P. 18



Ficha Técnica

Título | Olhares

Entidade proprietária |

Intercir - Centro Cirúrgico de Coimbra, SA | ERS E106499 |
Licenças UPS 3/2010 (aditamento Licença de Funcionamento UPS
07/02.00) e 9072/2015 | ccci.pt

Centro Cirúrgico de Coimbra Medical Technology® (CCCI®) é
uma marca registada.

Todos os direitos reservados.

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)

47ª Edição

Periodicidade | Trimestral

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

MULHERES E HOMENS EMAGRECEM E ENGORDAM A TEMPOS DIFERENTES

Comparar a redução de peso não é justo, é mesmo redutor e minimalista.

P. 20

DISFORIA DO SEXO, A INCONGRUÊNCIA DA VOZ

“Sexo é o que se vê, género é o que se sente”

P. 24

DESAFIOS E COMPLEXIDADE DA SAÚDE DA MULHER

P. 28



HÁ FERRAMENTAS QUE FAZEM A GESTÃO DA SUA SAÚDE, O CHECK-UP

P. 32



JÁ LHE DISSERAM QUE PRECISA FAZER EXERCÍCIO FÍSICO?

Não basta mexer o corpo. A prescrição é bem-intencionada.

P. 36



BOYS DON'T CRY (OS RAPAZES NÃO CHORAM)

Andamos todos a fingir que somos fortes e perfeitos.

P. 40



PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

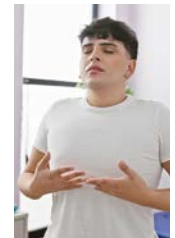
Os desafios da avaliação e os caminhos para intervir

P. 44

APNEIA DO SONO, QUAL O IMPACTO DE DORMIR MAL?

É um problema de saúde e está associada a um maior risco de enfarte, AVC, diabete, hipertensão...

P. 48



O INQUIETANTE BEIJO DE JUDAS

A traição ocorre através do mesmo gesto que deu confiança

P. 56





À PROCURA DAS ÁREAS CEGAS

Perimetria subjetiva versus perimetria objetiva

O registo e estudo da dinâmica pupilar pode mudar a avaliação funcional do campo visual. Antecipar um diagnóstico e procurar áreas cegas continua a ser o objetivo, mas o caminho mudou

A avaliação funcional do campo visual permanece um dos maiores desafios da oftalmologia contemporânea. Apesar da crescente sofisticação dos sistemas de perimetria, continua a existir uma tensão inevitável entre a precisão estatística produzida pela tecnologia e a reali-

dade biológica, emocional e cognitiva do ser humano. A compreensão da função visual é, por isso, uma procura de verdade — uma verdade situada na intersecção entre o dado neurofisiológico objetivo e a experiência subjetiva do doente.

Neste contexto, a distinção entre a perimetria subjetiva, classicamente representada pelo sistema Humphrey, e as formas emergentes de perimetria objetiva, como as desenvolvidas pela tecnologia Konan associada à análise da dinâmica pupilar, adquire particular relevância científica e ética.

Em ambos os casos, a finalidade é a mesma o que difere é o caminho. A perimetria ocular ou campimetria pretende avaliar o campo visual e é um exame major para o diagnóstico e monitorização de doenças como o glaucoma, problemas no nervo ótico e doenças neurológicas.

Numa perimetria subjetiva, o exame é realizado numa sala escura e a um olho de cada vez, pedindo à pessoa que realiza o exame para carregar num botão, sempre que aparece uma luz. O exame é indolor e requer colaboração, por isso, a subjetividade estará sempre presente no resultado final. Hoje e com o desenvolvimento do novo Perímetro Objetivo da Konan há uma mudança progressiva na forma como observamos a função visual e na maneira como a oftalmologia poderá, no



futuro, integrar informação estrutural, funcional e neurofisiológica numa compreensão mais completa da visão humana.

Leitura da pupila

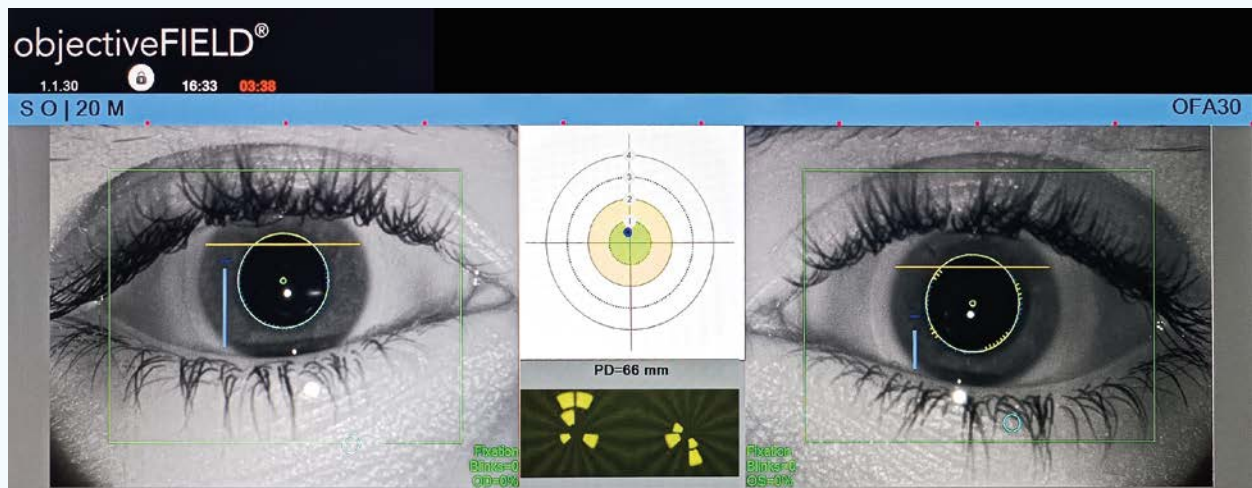
Identificar áreas cegas, os escotomas mantém-se como objetivo, mas com este novo equipamento, o exame ganha robustez e objetividade. O doente não interfere no exame, a máquina irá tão só fazer a leitura da pupila.

Ao integrar inteligência artificial, análise automatizada e métodos objetivos de avaliação funcional, esta tecnologia procura reduzir a subjetividade inerente aos exames clássicos e aumentar significativamente a precisão diagnóstica. Mais do que “perguntar” ao doente aquilo que consegue ver, começa agora a tornar-se possível compreender, de forma objetiva e mensurável, como o sistema visual está realmente a responder aos estímulos. Esta evolução pretende aproximar a observação clínica de uma verdade fisiológica mais estável, mais reproduzível e menos dependente das limitações momentâneas da atenção ou da interpretação subjetiva.

A perimetria estática automatizada Humphrey continua a ser o método de referência na avaliação funcional do glaucoma e de múltiplas neuropatias óticas. Contudo, trata-se de uma técnica profundamente dependente da colaboração consciente do doente. O resultado final é influenciado pela atenção, fadiga, ansiedade, motivação, ambiente envolvente, aprendizagem do teste e até pelo estado emocional momentâneo da própria pessoa. Mesmo perante índices formais de fiabilidade aparentemente aceitáveis, subsiste sempre uma margem de incerteza inerente à natureza subjetiva do exame. A máquina produz probabilidades estatísticas; não produz verdades absolutas.

Respostas involuntárias

Por outro lado, a abordagem objetiva procura ultrapassar parte destas limitações através da monitorização rigorosa da fixação e da integração entre parâmetros estruturais e



funcionais, incluindo o estudo da dinâmica pupilar. A análise pupilar permite avaliar respostas neurofisiológicas involuntárias desencadeadas por estímulos luminosos, traduzindo de forma mais direta a integridade funcional das vias óticas. Ao contrário da resposta subjetiva exigida pela perimetria convencional, a resposta pupilar não depende da interpretação cognitiva do estímulo nem da decisão consciente do doente. Esta diferença conceptual é decisiva: a pupila não “interpreta”; responde fisiologicamente.

É precisamente por respeito pela complexidade biológica da visão que estamos a iniciar estes estudos em diferentes ambientes de luz e som, ambientes reprodutíveis, inovadores e fiáveis. Contudo, o objetivo não é criar um ambiente artificialmente “perfeito” ou estático. Pelo contrário: a luz e o som podem ser cuidadosamente modulados durante o exame para avaliar de que modo diferentes estímulos ambientais influenciam a estabilidade e a variabilidade da função visual.

O campo visual não é uma entidade fixa; modifica-se em resposta ao contexto sensorial, ao estado de alerta cortical e às condições neurofisiológicas do momento. Ao variar a luminosidade e os estímulos acústicos dentro da câmara, procura-se compreender até que ponto determinadas alterações do campo visual representam verdadeiras disfunções neuro-oftalmológicas ou apenas adaptações transitórias do sistema visual perante diferen-

tes condições ambientais. Esta abordagem permite explorar a resiliência funcional da visão e compreender melhor a dinâmica entre retina, vias óticas, processamento cortical e resposta autonómica pupilar.

Ao reconhecer que a função visual varia em função do ambiente e do estado neurofisiológico do indivíduo, esta metodologia aproxima-se de uma visão mais humana da própria ciência: uma ciência que procura compreender a variabilidade biológica sem a reduzir imediatamente a doença.

No entanto, seria desumano ignorar que este ambiente pode despertar receios legítimos. O confinamento relativo, as alterações sensoriais controladas e os períodos de silêncio podem provocar ansiedade, desconforto ou mesmo claustrofobia. Estes fenómenos não representam “falhas do sistema”; representam manifestações autênticas da condição humana. A medicina ética não desvaloriza estas respostas — integra-as na interpretação clínica.

A verdadeira ciência não consiste em negar a incerteza, mas em reconhecê-la com honestidade intelectual. Nenhum exame funcional possui significado isoladamente. Um campo visual alterado, sobretudo quando pouco reprodutível ou biologicamente incoerente, não deve transformar-se automaticamente num diagnóstico definitivo. A história recente da medicina demonstra como o excesso de

confiança em probabilidades estatísticas pode conduzir à medicalização da dúvida e ao sofrimento psicológico desnecessário.

Responsabilidade médica

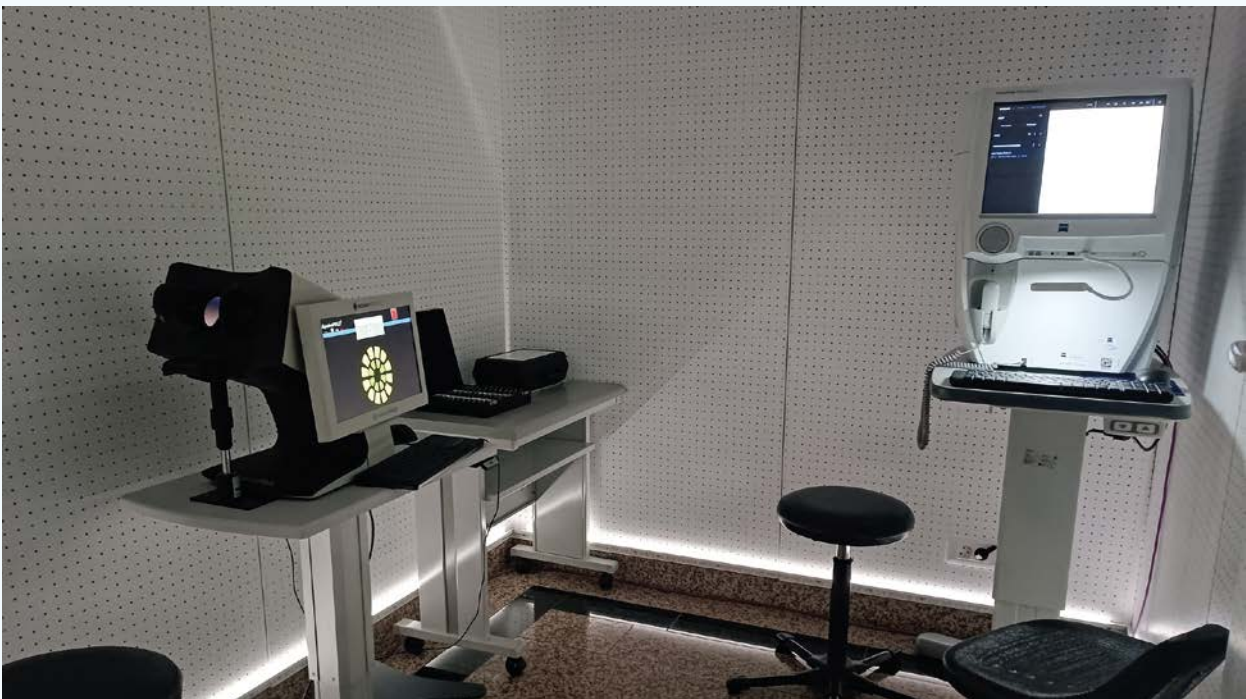
É aqui que emerge a dimensão ética do diagnóstico. Informar um doente sobre uma possível doença visual é um acto de enorme responsabilidade médica. O rigor metodológico não existe para intimidar o paciente, mas para o proteger. Quando explicamos que um exame realizado em condições altamente controladas procura distinguir alterações verdadeiramente neurofisiológicas de flutuações relacionadas com ansiedade, fadiga, adaptação ambiental ou distração, estamos a defender uma medicina mais prudente, melhor documentada, mais justa e mais humana.

Quando o doente percebe que o esforço exigido durante o exame teve como finalidade mapear a sua “melhor visão possível” — e não produzir um rótulo arbitrário — o tratamento deixa de ser vivido como imposição e passa a representar uma decisão consciente de preservação da autonomia visual e da qualidade de vida.

A medicina moderna deverá evoluir para modelos híbridos, nos quais os dados subjetivos da perimetria clássica sejam progressivamente complementados e validados por biomarcadores fisiológicos objetivos, como a dinâmica pupilar. A integração entre inteligência artificial, análise automatizada e biomarcadores funcionais poderá permitir diagnósticos mais precoces, mais personalizados e biologicamente mais coerentes. Ainda assim, o futuro não reside na substituição cega do humano pela máquina, mas na integração inteligente entre tecnologia, neurociência e interpretação clínica crítica.

Excesso de diagnóstico

O dever do médico não é apenas detetar doença; é também proteger o indivíduo do excesso de diagnóstico, da interpretação estatística abusiva e da transformação prematura da dúvida em patologia definitiva. Perante a incerteza, o caminho ético continua a ser repetir, correlacionar, observar e pensar criticamente. A medicina de excelência exige simultaneamente firmeza metodológica e humanidade interpretativa. Exige profissionais capazes de reconhecer os limites dos



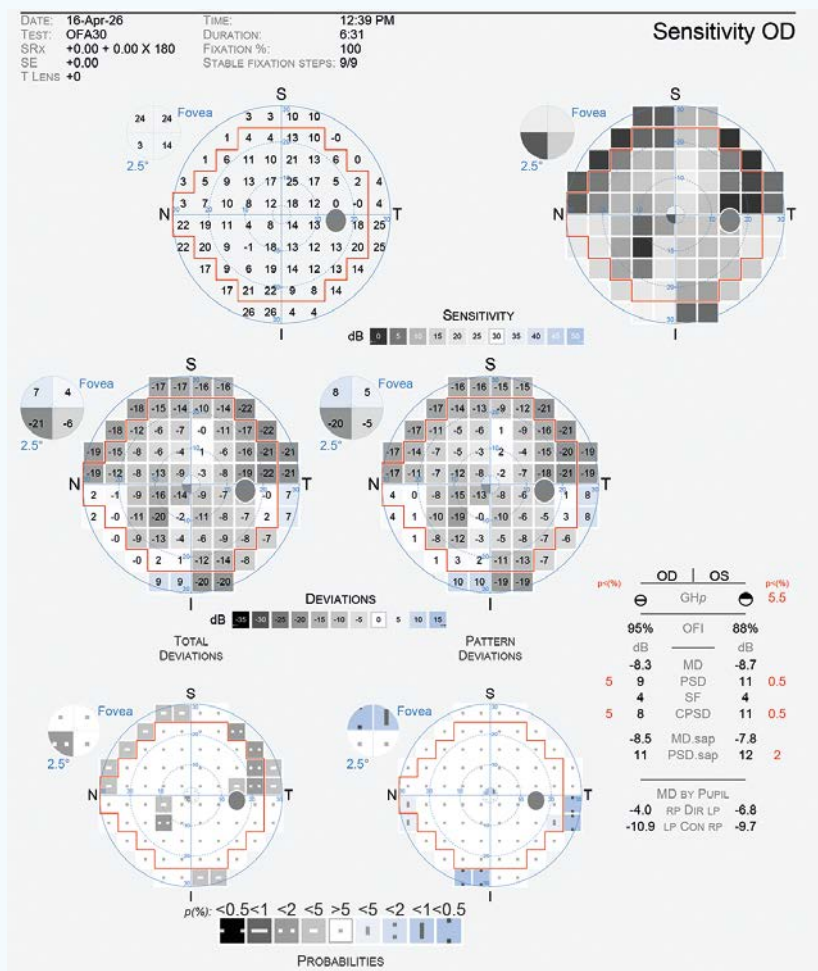
próprios instrumentos e suficientemente rigorosos para não confundirem probabilidade com verdade.

A verdade clínica raramente surge de forma imediata ou linear. Constrói-se lentamente, através da correlação entre sinais, fisiologia, tecnologia, ambiente e experiência humana. E quando essa verdade é procurada com seriedade, prudência e respeito pelos limites do doente, torna-se tranquilizadora — para quem trata e para quem é tratado. Porque, no fim, a tecnologia só encontra o seu verdadeiro valor quando permanece ao serviço da vida, da dignidade humana e do desejo fundamental de compreender para melhor cuidar. Quando utilizada com rigor científico, responsabilidade ética e sensibilidade humana, a

tecnologia pode tornar a medicina mais precisa, mais precoce e mais personalizada — sem perder aquilo que lhe é essencialmente humano: a capacidade de reconhecer a singularidade irrepetível de cada doente. É este caminho que estamos a fazer.

António Travassos
(Médico Oftalmologista; OM n.º 15373/
C-3334)

e
Sofia Travassos
(Médica Oftalmologista; OM n.º 42386)



Este conteúdo pode configurar publicidade institucional da INTERCIR – Centro Cirúrgico de Coimbra, S.A. | NIPC 503 834 971 | ERS E106499 | Licenças UPS 3/2010 (aditamento Licença de Funcionamento UPS 07/02.00) e 9072/2015 | 3045-089 Coimbra

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR - Gabriel Anacleto; Luís Antunes

CARDIOLOGIA - Nádía Moreira

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

CIRURGIA PEDIÁTRICA - Nádía Laezza; Ochoa de Castro

CIRURGIA PLÁSTICA - Mário Jorge Santos

ENDOCRINOLOGIA - Ana Patrícia Oliveira; Cristina Ribeiro

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

GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA - Sidónio Magalhães Matias

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

MEDICINA DO SONO - Maria de Fatima Teixeira; Letícia Balanco

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

MEDICINA INTERNA - Deolinda Portelinha; Rita Rocha

NEUROCIRURGIA - António Júdice Peliz; 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); Nuno Pais; Pedro Marques; Rafael Pombo; Rita Cavaca; Ugo Fontoura; Vítor Pinheiro

OTORRINOLARINGOLOGIA - Filipe Rodrigues; Rui Adérito Cortesão

PNEUMOLOGIA - Ana Maria Arrobas; Cidália Rodrigues; Letícia Balanco

PSICOLOGIA - Sónia Travassos

UROLOGIA – Sílvio Bollini

Contactos:

Consultas:

239 802 700 / consultas@ccci.pt

Exames:

239 802 590 / radiologia@ccci.pt

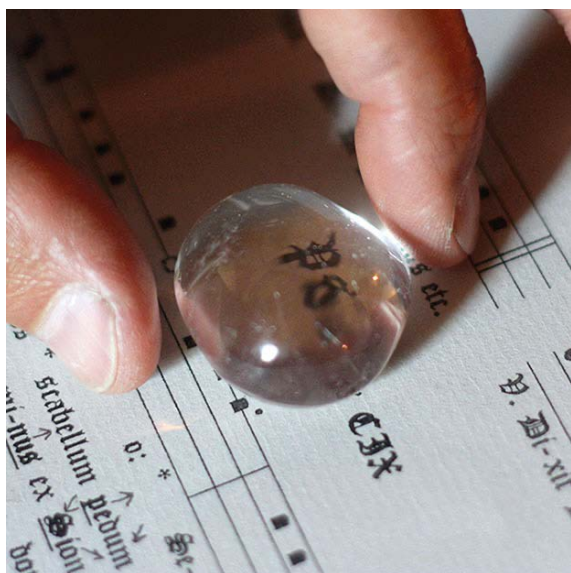
www.ccci.pt

As lentes que corrigem erros de focagem, os óculos explicados

DAS PEDRAS DE LEITURA À ALTA TECNOLOGIA

A história dos óculos é uma jornada fascinante que começou com o uso de simples pedras de aumento e culminou nos sofisticados acessórios de moda e alta tecnologia que definem o nosso quotidiano. Hoje, os óculos são uma ferramenta fundamental para corrigir os erros refrativos ou para comunicar em silêncio. Os casos de Harry Potter, Mahatma Gandhi ou John Lennon são mais do que uma opção estética

A busca pela correção visual remonta a tempos imemoriais. Há indícios de que, por volta de 500 a.C., tanto os antigos egípcios, como o filósofo chinês Confúcio já utilizavam lentes rudimentares. No Império Romano, o imperador Nero assistia aos combates de gladiadores através de esmeraldas polidas, procurando simultaneamente proteger a visão e ampliar a imagem. Pouco depois, no século I d.C., Séneca descrevia como globos de vidro cheios de água eram capazes de ampliar letras minúsculas.



O nascimento dos óculos

O grande salto ocorreu no século XI com o surgimento das "pedras de leitura" — cristais lapidados colocados diretamente sobre os manuscritos. Contudo, foi apenas no final do século XIII, em Itália (especialmente nas regiões de Pisa e Veneza), que surgiram os primeiros óculos "montados". Estas armações rudimentares de ferro, madeira ou osso, uniam duas lentes convexas, mas careciam de hastes; eram seguradas à mão ou precariamente pressionadas sobre o nariz.



A revolução do conhecimento

A utilidade dos óculos tornou-se indiscutível com a invenção da imprensa de Gutenberg, no século XV. O aumento exponencial de livros criou uma necessidade imediata de correção

visual para uma população que começava a ler mais. Já no século XVIII, Benjamin Franklin, farto da inconveniência de trocar constantemente de óculos, revolucionou a ótica ao inventar as lentes bifocais, integrando a visão de perto e de longe num único par.

A era moderna e a personalização

O conforto que hoje tomamos como garantido só se tornou padrão no século XIX, com a introdução das hastes apoiadas nas orelhas. Atualmente, o setor vive uma era de inovação constante. Empresas de *design* e ótica de precisão desenvolvem lentes digitais otimizadas e personalizadas, tratando com rigor o erro refrativo. O que outrora foi uma simples pedra de vidro é hoje uma ferramenta indispensável, unindo saúde visual, estética e engenharia de ponta.

Paralelamente à sua função técnica, os óculos evoluíram para um acessório de moda influente, criando uma ponte indissociável entre o mundo do cinema, da música, da política e das artes. Mais do que um auxílio visual, transformaram-se na própria identidade de quem os usa — uma assinatura imortalizada pelo formato, pela cor da lente ou pelo material da armação.

Silenciosamente, os óculos comunicam convicções: revelam opções estéticas, formas de estar, protestos e ideologias. Através deles, o observador é guiado por uma vasta galeria de *status*, que oscila entre o minimalismo e a genialidade, a seriedade e a extravagância. Ao mesmo tempo, cumprem o papel ambíguo de máscara: permitem esconder, disfarçar e observar o mundo sem ser observado.

Uma força simbólica

- Poder e pragmática: Os icónicos óculos de Aviator, criados em 1936 pela Bausch & Lomb com lentes verdes para proteger os olhos dos pilotos do exército dos EUA, tornaram-se um símbolo de autoridade e heroísmo na face do General Douglas MacArthur.
- A marca do intelecto: O formato redondo, que une figuras tão distintas como a visão

arquitetónica de Le Corbusier, o pacifismo de Mahatma Gandhi, a rebeldia de John Lennon, o minimalismo de Steve Jobs ou a magia de Harry Potter.

- A expressão máxima: A irreverência dos "maxi óculos" de Iris Apfel, que defendia que "*óculos maiores são melhores para ver e ser vista*", ou a variedade exuberante de Elton John.
- O mistério e a dualidade: A armadura negra de Karl Lagerfeld, a lupa analítica de Sherlock Holmes e a frieza cortante dos óculos de leitura de Hannibal Lecter. Sem esquecer o poder do disfarce mais famoso da cultura popular: a transição de Clark Kent para Super-Homem, onde apenas um par de óculos separa o homem do herói.



A ciência da correção

O erro refrativo não corrigido é a principal causa de perda de visão em crianças e adultos, e está geralmente associado a variações na anatomia do olho (forma, comprimento) ou ao processo natural de envelhecimento.

Globalmente, estima-se que, em 2030, a presbiopia aumente em proporção com o envelhecimento populacional e a miopia poderá afectar 40% da população mundial. O erro

refrativo não corrigido tem enorme impacto na qualidade de vida e, por exemplo, no desempenho académico das crianças. Os óculos são a ferramenta fundamental para corrigir os erros refrativos, permitindo que a luz seja focada com precisão na retina.

Existem vários tipos de erro refrativo:

- Miopia

- A Causa: associada a um olho anatomicamente mais longo (maior comprimento axial), o que faz com que a imagem seja focada à frente da retina.
- O Efeito: dificuldade variável na visão de longe.
- A Solução: corrigida com lentes côncavas (divergentes ou negativas), que deslocam o foco para trás, posicionando-o exatamente sobre a retina.

-Hipermetropia

- A Causa: ocorre quando o olho é mais curto do que o normal, levando a imagem a ser focada, teoricamente, atrás da retina.
- O Efeito: esforço visual constante, resultando em perda de visão, especialmente de perto.
- A Solução: corrigida com lentes convexas (convergentes ou positivas), que trazem o ponto de foco para a frente.

-Astigmatismo:

- A Causa: resulta de uma curvatura irregular da córnea ou do cristalino.
- O Efeito: a luz é focada em vários pontos diferentes, provocando uma visão distorcida e pouco nítida a qualquer distância.
- A Solução: corrigida com lentes cilíndricas, que compensam a irregularidade da curvatura ocular.





- Presbiopia: a “vista cansada”

- A Causa: um processo natural de envelhecimento onde o cristalino perde a sua elasticidade e capacidade de acomodação.
- O Efeito: surge habitualmente após os 40 anos, manifestando-se pela perda progressiva da visão de perto (dificuldade em ler ou usar o telemóvel).
- A Solução: corrigida com lentes convexas (em formato de óculos de leitura, lentes bifocais ou lentes progressivas).

A engenharia das lentes e tratamentos

A evolução da ótica permite-nos hoje personalizar a experiência visual, de acordo com as necessidades específicas de cada utilizador, combinando o *design* das lentes com diferentes tipos de lentes e de tratamentos.

- Arquitetura das lentes: a solução visual

- Lentes monofocais: concebidas para corrigir um único campo de visão. São a solução padrão para a correção da Miopia (visão de longe), da Hipermetropia ou da Presbiopia (visão de perto).
- Lentes Progressivas: consideradas a "obra-prima" da ótica moderna, estas lentes oferecem uma transição suave e contínua. Sem

divisões visíveis, a graduação altera-se gradualmente ao longo da lente, permitindo uma visão nítida em todas as distâncias: longe (topo), intermédia (meio) e perto (base), ou seja, uma potência modulada com foco contínuo.

- Tratamentos das lentes

Para além da graduação das lentes para óculos, existem os tratamentos de superfície das lentes:

- Antirreflexo: atua na eliminação de reflexos de luz.
- Filtro de luz azul.
- Lentes Fotocromáticas: Tecnologia sensível à luz, que permite que as lentes permaneçam claras em espaços interiores e escureçam automaticamente quando expostas à radiação UV.

A correção do erro visual continua a mover novas soluções. Os óculos do futuro, acoplados à Inteligência Artificial, prometem trazer desenvolvimentos. Essa será outra história para contar mais além.

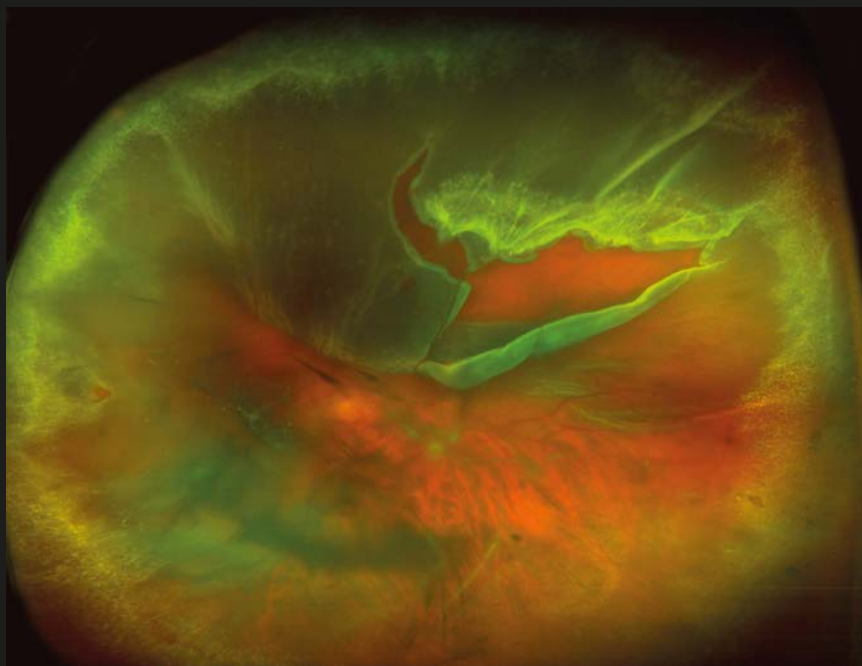
Isabel Pires

(Médica, Oftalmologista; OM n.º 36356/C-7915)

Pós-operatório da cirurgia à retina,

PORQUE DEVO MANTER UM POSICIONAMENTO ESPECÍFICO?

A explicação é física e existe um forte motivo para que o doente assuma esse compromisso temporário. Um posicionamento correto ditará o sucesso cirúrgico



Rasgadura e descolamento da retina

A necessidade de uma intervenção à retina é uma notícia muitas vezes inesperada e que, naturalmente, induz ansiedade a todos aqueles que se veem nessa situação. Ao contrário da cirurgia de catarata, também tecnicamente exigente, mas percebida como “rotineira” e associada a uma percentagem elevada de satisfação, a cirurgia de retina é encarada como algo cujo sucesso ou fracasso pode determinar irreversivelmente a qualidade da visão futura.

No entanto, as cirurgias de retina não terminam necessariamente com a alta clínica. Além de um esquema de colírios, o cirurgião poderá determinar um determinado posicionamento no pós-operatório, vital ao sucesso da intervenção e que deverá ser escrupulosa-

mente cumprido. O porquê disto relaciona-se com física básica, e também com o tempo de “cicatrização” da retina.

Antes de lá chegarmos, é importante perceber que a cirurgia retiniana intraocular envolve a remoção do gel que preenche o segmento posterior do nosso olho – o vítreo. Só depois desta estrutura ser fragmentada e aspirada é que o cirurgião consegue reparar a retina de modo a atingir os seus objetivos, como por exemplo:

- reaplicar a retina após descolamento
- remover uma membrana epirretiniana
- reparar um buraco macular

No final da cirurgia, o médico precisa de algo que substitua o vítreo removido e que mante-

nha o tónus ocular. No caso dos descolamentos de retina podemos, por exemplo, imaginar esta estrutura como um papel de parede que descolou parcialmente e que queremos devolver ao seu lugar, exercendo uma pressão constante. Como o olho é uma estrutura com características tão únicas no corpo humano, o modo como conseguimos esse objetivo é também muito peculiar: através de um agente tamponante.

Dependendo do tipo de patologia e da localização da lesão na retina, o cirurgião poderá

Quando o cirurgião injeta o agente tamponante no interior do olho, este adquire o formato de uma bolha que se mantém coesa e que, no caso dos gases, flutua. Dando instruções de posicionamento aos nossos doentes, pretendemos com isso que a bolha de gás flutue de encontro à zona da esfera (globo ocular) que pretendemos tratar, pressionando-a.

Uma parte substancial das cirurgias de retina implica a aplicação de pressão no polo posterior do globo ocular (buracos maculares) ou inferiormente. É por esse motivo que a posi-

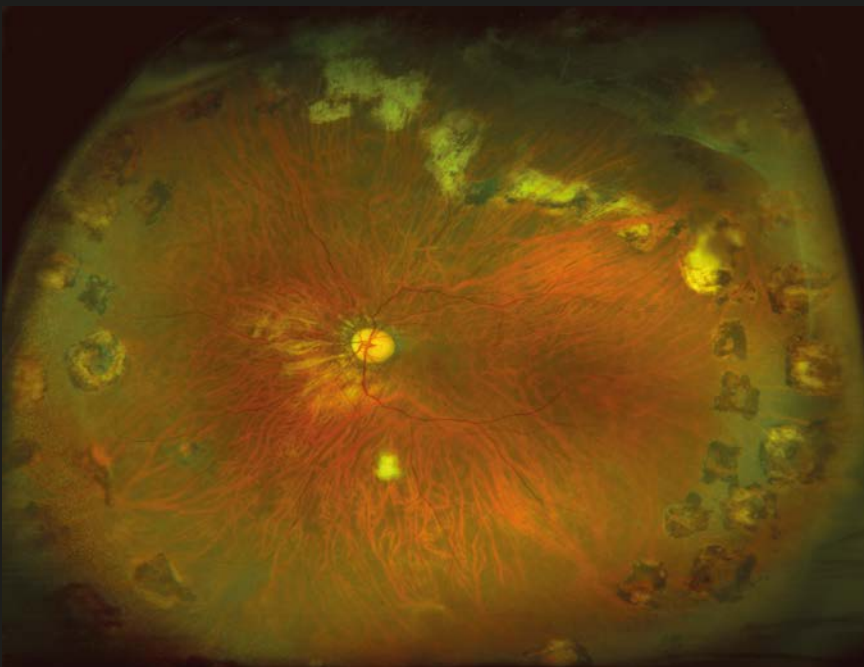


Imagem pós-operatória do mesmo caso

escolher tamponar o olho com ar filtrado, gás ou óleo de silicone. O ar filtrado é o agente mais simples e é substituído por humor aquoso (o líquido natural do olho) em poucos dias. Os gases que normalmente se utilizam permanecem mais tempo no olho, entre 2-8 semanas, e são reabsorvidos naturalmente, sem necessidade de cirurgias adicionais. Já o óleo de silicone é reservado para casos graves ou em doentes que não conseguem colaborar no posicionamento, mas requer uma segunda intervenção para ser removido do olho.

Entramos então na questão do posicionamento, que é sobretudo pedido quando se tampoa a cavidade vítrea com gás. Para o compreendermos, devemos imaginar o interior do globo ocular como uma pequena esfera.

ção de decúbito ventral (de rosto para o chão ou olhar para baixo) é frequentemente pedida. Apesar do desconforto deste posicionamento, é a melhor forma de posicionar a bolha contra o polo posterior do olho ou periferia inferior, mantendo a tensão sobre a zona de interesse enquanto a cicatrização ocorre.

A estabilização definitiva da retina pode levar dias ou semanas, e sem o posicionamento adequado, todo o trabalho realizado no bloco operatório pode revelar-se inútil. Apesar de frequentemente incómodo, o posicionamento é de carácter temporário e contribui substancialmente para o sucesso cirúrgico.

Marco Marques
(Médico, Oftalmologista; OM n.º 54655)

O CORAÇÃO D'ELAS É DIFERENTE? É!

Há pequenas diferenças que têm um grande impacto. As características anatómicas do coração feminino, aliadas às especificidades hormonais, determinam apresentações clínicas distintas das patologias cardiovasculares

Durante décadas, a saúde da mulher foi abordada com base num modelo universal, esquecendo as suas diferenças fundamentais. Como consequência, resultaram doenças subdiagnosticadas, atrasos no diagnóstico, falta de soluções terapêuticas adequadas, desvalorização da dor e de outros sintomas, muitas vezes com impacto direto na qualidade de vida e na saúde das mulheres.

A cardiologia não foi exceção e, por muitos anos, focou-se num modelo universal, igual para Eles e Elas. Hoje, não é assim. As evidências científicas mostram que proteger o coração d'Elas exige um olhar atento e diferenciado. As características anatómicas do coração feminino, aliadas às especificidades hormonais, determinam apresentações clínicas distintas das patologias cardiovasculares e justificam a diferença.

Pequenas diferenças, grandes impactos

Embora a função básica seja a mesma, o coração das mulheres tem artérias mais finas e bate, em média, mais depressa do que o dos homens. Além disso, a proteção hormonal conferida pelos estrogénios atua como um escudo, mas apenas até à chegada da menopausa. Quando esses níveis descem, o risco cardiovascular aumenta, igualando-se ao dos homens em poucos anos.

As doenças cardíacas podem assim manifestar-se de forma distinta entre homens e mulheres, o que leva muitas vezes a diagnósticos tardios nas mulheres:

- **Enfarte agudo do Miocárdio:** habitualmente o homem sente a típica "dor no peito que irradia para o braço" enquanto a mulher pode sentir cansaço extremo e inexplicável, sensação de indigestão ou pressão no estômago, falta de ar ao realizar tarefas simples, dores nas costas, pescoço ou mandíbula. Tudo sintomas que são - muitas vezes - confundidos com ansiedade ou stress, o que leva as mulheres a demorarem mais tempo a procurar ajuda médica.
- **Doença Microvascular:** as mulheres sofrem mais frequentemente de obstruções nos pequenos vasos (microcirculação), situação que nem sempre é detetada nos exames habituais, como o cateterismo.
- **Insuficiência Cardíaca:** elas apresentam mais frequentemente a chamada "fração de ejeção preservada" — o coração contrai bem, mas tem dificuldade em relaxar, o que causa sintomas incapacitantes como cansaço acentuado e falta de ar associados às atividades do quotidiano.
- **Stress e Emoção:** A Síndrome de Takotsubo é frequentemente chamada de "Síndrome do coração partido", sendo muito mais frequente nas mulheres. É uma condição temporária que mimetiza um enfarte, mas sem que haja artérias obstruídas. Esta condição é provocada por um stress emocional ou físico extremo. O coração sofre uma deformação temporária, perdendo força para bombear o sangue. Este é o exemplo máximo de como as emoções impactam a biologia feminina: um choque emocional pode literalmente alterar a forma do coração, comprometendo a sua função transitoriamente.



Riscos exclusivos

Para além dos fatores de risco cardiovascular partilhados por ambos os géneros, existem outros que só atingem as mulheres ou que as afetam de forma muito mais prevalente, tais como:

- Diabetes gestacional ou pré-eclâmpsia durante a gravidez
- Tratamentos para o cancro da mama (que podem afetar o músculo cardíaco).
- Doenças autoimunes (como o Lúpus), mais prevalentes no sexo feminino.

A evidência científica atual reitera que as particularidades de género exercem uma importante influência na fisiopatologia cardiovascular. Uma abordagem que tenha em consideração as especificidades anatómicas, os fatores de risco reprodutivos e as apresentações clínicas não tradicionais, é imperativa para reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade D'Elas.

Nádia Moreira
(Médica, Cardiologista; OM n.º 43355)

MULHERES E HOMENS EMAGRECEM E ENGORDAM A TEMPOS DIFERENTES

Comparar linearmente o aumento e a redução de peso entre mulheres e homens, não só é injusto, como redutor e minimalista. Engordar e emagrecer não é, nem pode ser, comparável entre mulheres e homens

O peso corporal não resulta apenas do balanço entre o aporte calórico ingerido e o dispêndio energético consumado pelo organismo diariamente. Expressa o resultado de uma equação matemática complexa, que integra aspetos genéticos, metabólicos e hormonais, no âmbito da ponderação aritmética biológica, e aspetos comportamentais, socioprofissionais e sociofamiliares, no âmbito dos fatores modificáveis. Comparar linearmente o aumento e a redução de peso entre mulheres e homens, não só é injusto, como redutor e minimalista.

As diferenças da composição corporal, são desde logo preditivas de desigualdade que envia as comparações do aumento e da perda de peso entre homens e mulheres, mesmo que em igualdade de circunstâncias, no que se refere ao balanço energético.

Os homens possuem naturalmente uma quantidade de massa isenta de gordura, e particularmente de massa muscular, superior à das mulheres. As necessidades diárias de energia para manter em pleno o funcionamento vital desta massa isenta de gordura, representam um aumento significativo, comparativamente com o tecido de gordura que integra a composição corporal no seu todo, pelo que, o metabolismo basal (quantidade de energia necessária para manter o corpo vivo, em repouso e à temperatura ambiente) dos homens é, de forma inata, superior ao das mulheres.

Mais tecido adiposo

No género feminino, a proporção de tecido adiposo é constitucionalmente superior à dos homens, sendo que, esta gordura corporal não assume exclusivamente funções de reserva de energia, mas simultaneamente um papel ativo no mecanismo de regulação hormonal. O sistema hormonal desempenha um papel relevante no âmbito do processo de regulação do peso corporal, e é determinante das diferenças dos tempos de aumento e de redução ponderal, entre as mulheres e os homens. Enquanto nos homens a testosterona favorece a manutenção da massa muscular, nas mulheres os estrogénios influenciam a distribuição de gordura no corpo, o apetite e a forma como o organismo despende energia.

A composição corporal dos homens, que se caracteriza por maior proporção de massa muscular, confere um metabolismo basal mais elevado, que requer maior quantidade diária de energia, mesmo quando em circunstâncias de repouso. Já o das mulheres, com maior proporção relativa de massa gorda, confere um metabolismo basal mais baixo, que representa uma forma do organismo poupar e manter reservas energéticas, imprescindíveis e necessárias para a fertilidade, para a gestação e para o aleitamento. Estas diferenças metabólicas entre os géneros, evidenciam-se desafiantes em contexto de abundância alimentar e de sedentarismo, e expressam uma comparação injusta, na medida em que

os homens tendem a gastar mais energia com o seu metabolismo basal e, concomitantemente, a armazenar menos reservas no tecido adiposo.

De igual forma, quando em contexto de escassez ou de privação alimentar, concomitante a esforço físico acrescido, ambos os organismos tendem a defender-se, diminuindo o dispêndio de energia, para tentarem preservar as reservas armazenadas no tecido adiposo. Contudo, este mecanismo nas mulheres é mais sensível e eficaz do que nos homens, o que expressa, uma vez mais, um impacto mais significativo na regulação do peso corporal no género masculino, comparativamente com o do género feminino.

As flutuações hormonais que ocorrem durante os ciclos menstruais da mulher, influenciam a temperatura corporal, o armazenamento de gordura, e o apetite, variáveis que, ciclo após ciclo, influenciam o balanço energético diário. Nos homens, a variação da testosterona ao longo do seu ciclo de vida, também condiciona

a evolução da proporção entre a massa muscular e o tecido adiposo. Sensivelmente a partir dos 40 anos, aquando do início do decréscimo dos níveis de testosterona, o metabolismo basal tende a diminuir, proporcionalmente à diminuição da massa isenta de gordura, ao contrário da reserva de tecido adiposo, que tende a aumentar de forma mais pronunciada ao nível da zona abdominal, em consequência do proporcional aumento do balanço energético positivo, decorrente do excesso de calorias ingeridas, e do simultâneo decréscimo de energia despendida diariamente.

Fatores modificáveis

Os fatores modificáveis, que conglomeram as variáveis comportamentais, sociofamiliares e socioprofissionais, ditam o padrão alimentar e o estilo de vida que, por inerência, ditam o balanço energético diário e a consequente evolução das reservas no tecido adiposo, quer nas mulheres, quer nos homens. A alimentação, a atividade física, a qualidade dos sonos e



o stress, conglomeram variáveis altamente determinantes da saciedade, e respetiva flutuação hormonal, que influenciam intimamente a evolução do aumento ou da perda de peso corporal.

A alimentação equilibrada, variada, diversificada, adequada e suficiente para as necessidades energéticas específicas de cada organismo, expressa menores flutuações de insulina, hormona que regula a concentração de açúcar no sangue, e que influencia a acumulação de gordura corporal. Evitar longos períodos de jejum e fracionar as refeições ao longo das horas úteis do dia, demonstra eficácia para a biodisponibilidade de energia essencial para organismo e para a diminuição das reservas de tecido adiposo.

A atividade física, enquanto rotina de autocuidado, constitui uma estratégia consistente de estimulação do organismo, que contribui para a regulação dos níveis de açúcar na corrente sanguínea, para a saúde óssea, para a síntese hormonal e para o bem-estar emocional e, por inerência, para o equilíbrio do balanço energético diário.

A higiene do sono tem expressão na regulação hormonal, com implicação direta no metabolismo basal e na regulação do apetite. Períodos de sono reparador inferiores a 7 horas por noite, implicam alterações na produção de leptina e de grelina, hormonas responsáveis por regular, respetivamente, a saciedade e a fome.

O stress pode influenciar os níveis de cortisol, o que pode estimular o aumento das reservas no tecido adiposo e, concomitantemente, exacerbar o impulso para comportamentos de ingestão alimentar compensatórios.

Ainda que similares, são diferentes

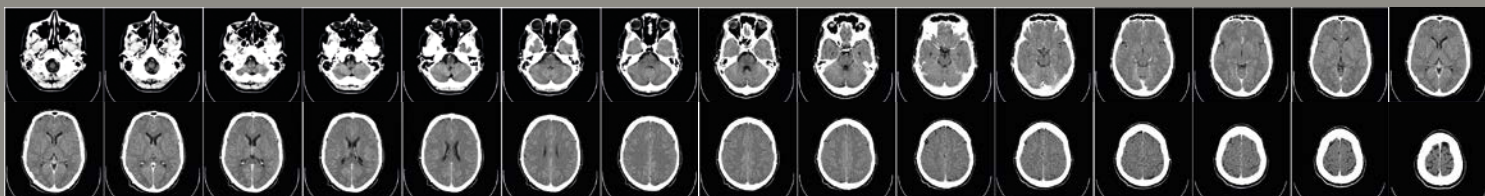
Engordar e emagrecer não é, nem pode ser, comparável entre mulheres e homens. Os organismos, ainda que similares na sua essência, são muito diferentes entre si e requerem ritmos diferentes para resultados similares firmados num pressuposto saudável. Mulhe-

res e homens engordam e emagrecem a tempos diferentes porque são biológica e constitucionalmente diferentes, assim como, socialmente condicionados e influenciados de formas distintas.

O objetivo do controlo do peso corporal pressupõe a saúde, na amplitude da definição e, neste contexto comparativo, só é atingível quando a apreciação entre as diferenças encontradas nos tempos em que as mulheres e os homens emagrecem e engordam, deixa de alicerçar na média aritmética comparativa, para cimentar na apreciação qualitativa da evolução da composição corporal. Neste propósito, pretende-se a diminuição do tecido adiposo, simultânea à preservação ou aumento da massa isenta de gordura, variáveis intimamente dependentes de um padrão alimentar diário saudável, adequado, suficiente e mantido de forma sustentada e sistematizada, quer se objetive o emagrecimento, quer se objetive o aumento de peso.

O controlo do peso corporal é um processo que deve ser flexível, versátil e, sobretudo, personalizado às características individuais de cada pessoa, independentemente do género. Todos apresentam características particulares, especificidades, rotinas e contextos sociofamiliares e socioprofissionais distintos, que determinam o tempo da evolução do peso e da composição corporal. A globalidade destas variáveis constitui a estrutura basilar da arquitetura da estratégia terapêutica, que se pressupõe individual, personalizada e funcional, para a eficácia e para o sucesso do controlo do peso e da composição corporal, a curto, a médio e a longo prazo.

Paulo Mendes
(Nutricionista; ON n.º 4968N)



IMAGIOLOGIA

Radiologia convencional, Tomografia,
Mamografia por tomossíntese, Ecografia,
Ressonância magnética 3Tesla e Radiologia de intervenção.

Contactos:

239 802 590

radiologia@ccci.pt



www.ccci.pt

DISFORIA DO GÊNERO, A INCONGRUÊNCIA DA VOZ

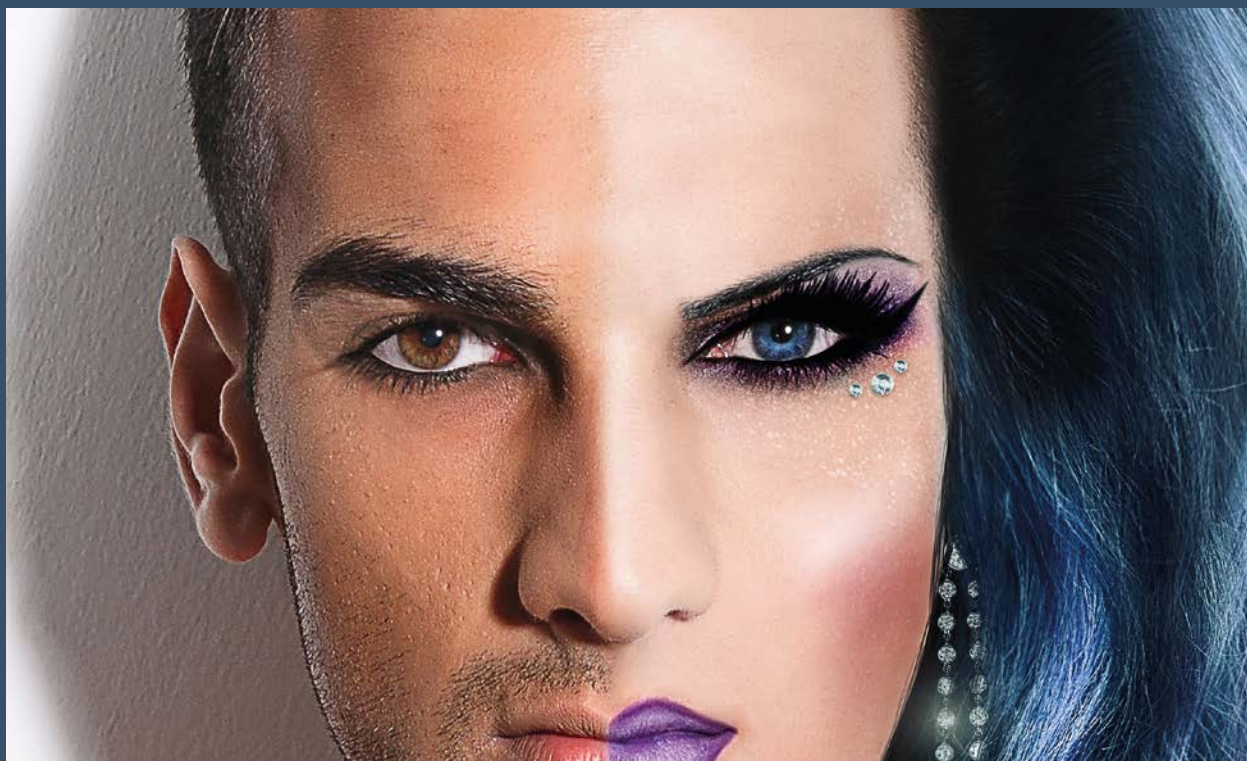
“Sexo é o que se vê, género é o que se sente.” — Harry Benjamin

A voz constitui um elemento central na comunicação humana e na construção da identidade social. Em indivíduos com disforia de género, a incongruência entre a voz e a identidade de género pode representar uma fonte significativa de sofrimento. Iremos tentar explicar, de forma acessível, os fundamentos desta problemática, bem como as principais opções terapêuticas disponíveis — desde a terapia da fala até à intervenção cirúrgica — e os resultados expectáveis.

A disforia de género caracteriza-se pela presença de sofrimento clinicamente signifi-

cativo, decorrente da incongruência entre o sexo atribuído à nascença e a identidade de género do indivíduo. Para além das dimensões físicas e sociais, a voz assume um papel particularmente relevante neste contexto.

De facto, a voz é um dos primeiros elementos percecionados nas interações interpessoais, influenciando de forma imediata a atribuição de género por parte do interlocutor. Assim, uma voz não congruente com a identidade de género pode comprometer a integração social e o bem-estar psicológico.



A produção vocal resulta da interação entre o fluxo de ar proveniente dos pulmões, a vibração das pregas/cordas vocais, ao nível da laringe e a modulação do som pelas cavidades de ressonância supraglóticas.

A frequência fundamental, percebida como altura tonal, é um dos principais determinantes do género vocal:

- Voz masculina típica: ~85–155 Hz
- Voz feminina típica: ~165–255 Hz

Durante a puberdade, sob influência hormonal:

- A testosterona promove o aumento do comprimento e da espessura das pregas vocais, originando uma diminuição da frequência fundamental (voz mais grave)
- No sexo feminino, estas alterações são menos acentuadas, mantendo-se uma frequência vocal mais elevada

Para além da frequência fundamental, outros parâmetros influenciam a perceção de género da voz, nomeadamente:

- A entoação
- O ritmo da fala
- A ressonância
- Os padrões comunicativos

Em indivíduos com disforia de género, a voz pode permanecer como um elemento de incongruência, mesmo após outras intervenções de afirmação de género.

Esta situação pode traduzir-se em:

- Dificuldades nas interações sociais
- Situações de identificação errónea de género
- Evitamento de contextos comunicativos
- Impacto negativo na autoestima

Assim, a modificação vocal assume-se como uma componente relevante no processo de afirmação de género.

Nos indivíduos transmasculinos, a administração de testosterona induz alterações estru-

turais nas pregas vocais, conduzindo a:

- Diminuição da frequência fundamental
- Alterações na qualidade vocal

Estas modificações são, na maioria dos casos, suficientes para a masculinização da voz, embora possam ocorrer períodos transitórios de instabilidade vocal.

Nos indivíduos transfemininos, a terapêutica com estrogénios não produz alterações significativas ao nível da laringe, não sendo, por isso, eficaz na feminização vocal.

Consequentemente, torna-se necessário recorrer a outras abordagens terapêuticas.

A terapia da fala constitui a abordagem de primeira linha na modificação vocal, particularmente em indivíduos transfemininos.

Os principais objetivos incluem:

- Aumento da frequência fundamental
- Modificação da ressonância
- Ajuste da entoação e do ritmo da fala

Esta intervenção baseia-se em técnicas estruturadas e requer uma prática regular por parte do indivíduo.

Nos casos em que a terapia da fala não produz resultados satisfatórios, pode ser considerada a intervenção cirúrgica.

As técnicas disponíveis visam, essencialmente:

- Reduzir o comprimento funcional das pregas vocais
- Aumentar a sua tensão

As 2 técnicas mais utilizadas são:

- Glotoplastia de Wendler: encurtamento das pregas vocais
- Tiroplastias de Isshiki: aumento da tensão vocal/feminização ou diminuição da tensão vocal/masculinização.

Apesar de eficazes em muitos casos, estas



intervenções apresentam limitações e potenciais complicações, como alterações da qualidade vocal ou redução da intensidade sonora.

A intervenção na disforia de género com impacto vocal deve ser realizada no âmbito de uma equipa multidisciplinar, integrando:

- Otorrinolaringologista
- Terapeuta da fala
- Endocrinologista
- Profissionais de saúde mental

A avaliação especializada ORL deve incluir:

- História clínica detalhada
- Análise acústica da voz
- Laringoscopia (avaliação estrutural)
- Avaliação funcional vocal

É essencial excluir patologias associadas, como:

- Nódulos vocais
- Disfonias funcionais
- Lesões estruturais

Esta abordagem permite uma avaliação e intervenção mais completas, otimizando os resultados clínicos.

De forma geral, as intervenções disponíveis permitem:

- Melhorar a congruência entre a voz e a identidade de género
- Reduzir o desconforto associado à comunicação
- Promover a integração social

No entanto, importa salientar que:

- Os resultados podem variar entre indivíduos
- Nem sempre é possível atingir o resultado idealizado
- A perceção subjetiva da voz desempenha um papel relevante na satisfação final

Em resumo, a voz constitui um elemento central da identidade e da comunicação humana. A sua adequação à identidade de

género tem impacto direto na qualidade de vida, na autoestima e nas relações interpessoais. Assim, a intervenção vocal deve ser considerada parte integrante dos cuidados de saúde em indivíduos com disforia de género.

A disforia de género é uma condição complexa, com múltiplas dimensões, entre as quais a voz assume particular relevância. No âmbito da otorrinolaringologia, a avaliação e modificação vocal representam áreas de crescente importância. Embora a terapêutica hormonal desempenhe um papel significativo, sobretudo em indivíduos transmasculinos, a feminização vocal requer frequentemente intervenção especializada, incluindo terapia da fala e, em casos selecionados, cirurgia. Uma aborda-

gem multidisciplinar, centrada no indivíduo, é essencial para alcançar resultados satisfatórios e promover o bem-estar global.

Em jeito de conclusão, uma frase que convida à reflexão: *“Já vi que muitas vezes somos perseguidos por sermos apenas como somos, parece que todos querem que todos sejam iguais”. (...)*

Jorge Miguéis
(Médico Otorrinolaringologista;
OM n.º 27780)

Nota: Importa esclarecer que, embora a disforia de género possa envolver diversas áreas da otorrinolaringologia (ORL), este artigo incide exclusivamente sobre a voz. Não são abordadas outras intervenções frequentemente associadas à afirmação de género, como a redução da proeminência laríngea (“maçã de Adão”), a rinoplastia estética ou outros procedimentos faciais. Pretendemos, assim, destacar uma dimensão frequentemente subvalorizada, mas de grande relevância funcional e psicossocial: o papel da voz na perceção e expressão da identidade de género.

DESAFIOS E COMPLEXIDADES DA SAÚDE DA MULHER

O bem-estar ou o mal-estar de uma mulher é influenciado pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos e ambientais, de acordo com os vários enquadramentos em que a mulher se encontra, como pessoa. A saúde da mulher é essencialmente prevenção e orientação

A comunicação entre o médico e a pessoa que procura a sua ajuda, para ser efetiva e propiciar bons resultados, deve assentar essencialmente na bi-direccionalidade e basear-se numa análise e reflexão crítica. É, no essencial, uma investigação clínica que nos permite colocar questões, decorrentes de uma reflexão profunda e atenta sobre os extratos de vida, mais ou menos sequenciados, que nos estão a ser apresentados, propondo linhas e caminhos de orientação.

A mulher é um todo, indivisível e incompartimentável e a saúde da mulher é essencialmente prevenção. O que ambos tentamos, mesmo numa primeira abordagem, é ir além da relação que se estabelece como possível. É a promoção da humanização e a intervenção personalizada, isto é, a Promoção da Saúde.



Quando uma mulher procura uma consulta médica, quer seguramente saber de si, mas também traz - frequentemente - preocupações com a saúde dos seus familiares diretos. É uma gestora nata.

Por um lado e de acordo com a Organização Mundial de Saúde, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, que inclui expressamente no mesmo conceito a saúde física ou corporal e a saúde mental ou psíquica, referindo de maneira concreta o tipo novo de saúde social”. Por outro lado, na realidade de muitas mulheres um dia habitualmente associado ao descanso está, na verdade, associado ao trabalho doméstico. Não por desmerecimento, mas por constituir habitualmente uma sobrecarga, inviabilizando o descanso e o lazer relacionados com a prática de atividades lúdicas, tão necessárias à preservação de uma vida saudável em todos os aspetos.

A raça, a classe social, o género e a dimensão relacional no quotidiano da vida familiar continuam a constituir, para as mulheres, um peso desproporcional. Esta sobrecarga efetiva na vida das mulheres torna-se potenciadora de transtornos mentais comuns, tais como a depressão, a insónia e a falta de autoestima.

Entrecruzam-se, ainda, outras questões: “... *as mulheres também choram, não são só os homens*”. Miguel Sousa Tavares realça, no Prefácio de **entre ossos e a escrita**, de Maitê Proença, Oficina do Livro, 1ª edição, Setembro de 2005, que tal “como mostra a escrita expressa da Maitê Proença ...”*as mulheres ...choram com as coisas normais que fazem chorar os seres humanos: a dor da perda, a saudade, a solidão, o ciúme, o amor, a traição, o abandono*”...

Todas estas vertentes devem assim envolver a saúde da mulher, encarada como holística, porque abrange cuidados integrais, físicos e mentais e em todas as fases da sua vida, e não como habitualmente era considerada, apenas a sua saúde ginecológica. Também deve ser

abordada numa perspetiva interdisciplinar.

O bem-estar ou o mal-estar de uma mulher é sempre e seguramente influenciado pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos e ambientais, de acordo com os vários enquadramentos em que a mulher se encontra, como pessoa. A saúde da mulher é essencialmente prevenção e orientação.

A **prevenção** das doenças mentais, das doenças neurodegenerativas, das doenças respiratórias, das doenças alérgicas, das doenças da pele, das doenças da nutrição, das doenças digestivas, das doenças oncológicas, das doenças metabólicas, das doenças ósseas, das doenças hormonais, das doenças cardiovasculares, das perturbações do sono, das doenças dos órgãos dos sentidos, das infeções sexualmente transmissíveis, a prevenção e diagnóstico de doenças que ainda hoje são sub-diagnosticadas, a prevenção do envelhecimento patológico.

A **orientação** sobre os estilos de vida, sobre o exercício físico adequado para uma boa mobilidade geral, sobre os cuidados alimentares adequados, sobre uma hidratação adequada, sobre comportamentos de risco, sobre situações e momentos de risco que não devemos ignorar, nem menosprezar, sobre os rastreios, sobre a vacinação, sobre a diminuição ou perda/as das acuidades visual, auditiva, olfativa, gustativa e sensibilidades, sobre as perturbações do sono, sobre a menopausa, sobre o planeamento familiar, sobre a saúde mental, sobre o envelhecimento saudável e a longevidade.

A orientação sobre literacia, para a compreensão dos processos patológicos e, consequentemente, sobre como preveni-los e evitá-los, e o valor dos exames auxiliares de diagnóstico na prevenção ou na deteção precoce e no seu acompanhamento. E a orientação que esclarece a importância e o valor fundamental da valorização precoce dos sinais e/ou sintomas para a deteção precoce de possíveis

patologias, no sentido de as evitar ou de retardar a sua progressão e as suas manifestações, as quais conduzem inevitavelmente à perda de autonomia e à dependência de terceiros, com uma perda inestimável da qualidade de vida, no fundo, de todos os intervenientes, acarretando um sofrimento muitas vezes duro e silencioso.

E ainda a **deteção** de pobreza, que apesar de atualmente menos visível, existe, e contribui de forma absoluta para más práticas alimentares e para a falta de condições de higiene. Para a combater é necessário o contributo e o envolvimento de toda a sociedade e de todos os prestadores de cuidados de saúde.

É fundamental ainda não normalizar a dor ou o desconforto constante. A valorização em todas as fases da vida e em todas as idades deve ser uma constante, bem como a procura de soluções que resolvam ou minimizem o sofrimento.

A saúde da mulher é também sinais, sintomas e alterações de facto e, se já existem, a medicina curativa orienta-nos a atuar de imediato na deteção e diagnóstico. É importante referir que os avanços na medicina, tais como o rápido avanço da tecnologia e do maior conhecimento médico, permitem-nos hoje garantir uma medicina de maior precisão, com diagnósticos mais precisos e tratamentos personalizados, contribuindo para um significativamente maior sucesso terapêutico, com menores efeitos secundários e adversos. A medicina de precisão, a par da investigação da história clínica, permite este avanço, utilizando tecnologia imagiológica de alta definição, biomarcadores e perfis genéticos individuais e familiares.

Perante doenças como o cancro da mama, endometriose, osteoporose, ou em doenças como a obesidade [que aumenta a incidência de Diabetes tipo 2 e Hipertensão Arterial (entre outras)], ou em outras doenças como a anemia (que pode refletir graves insuficiências alimentares, perdas ocultas ou evidentes de sangue ou doenças oncológicas), por cons-

tituírem um elevado risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e por serem doenças com elevada prevalência, mantém-se necessária uma atuação muito precoce na sua deteção e no seu diagnóstico.

Na Prevenção, na Orientação e no Diagnóstico a antecipação é vital. O diagnóstico precoce propicia bons resultados e muda as histórias de vida.

Alberto Carvalho
(Médico, Medicina Geral e Familiar;
OM n.º 19624)



Rastreio de Cancro da Mama

A melhor forma de combater o cancro da mama é a prevenção.

Contactos:

239 802 700

consultas@ccci.pt



www.ccci.pt

HÁ FERRAMENTAS QUE FAZEM A GESTÃO DA SUA SAÚDE, O CHECK-UP

Fazer um check-up pode ser visto tão só como uma estratégia de gestão. Este é o tempo em que não devemos esperar pela doença. Há ferramentas que ajudam a criar reservas de saúde para o futuro



Vivemos numa fase da medicina em que já não faz sentido esperar que a doença se manifeste para agir. O verdadeiro avanço está na capacidade de avaliar, antecipar e corrigir desequilíbrios biológicos antes de estes comprometerem a saúde, a *performance* e a quali-

dade de vida. Muitos desses desequilíbrios desenvolvem-se de forma silenciosa ao longo dos anos, sem sintomas evidentes, mas com impacto cumulativo no envelhecimento e no risco de doença futura.

Na medicina de longevidade e de alta *performance*, o *check-up* deixa de ser um exame pontual e passa a ser uma ferramenta estratégica de gestão da saúde ao longo da vida.

Adaptada a cada fase da vida

O envelhecimento biológico não começa aos 40 anos. A partir da terceira década de vida, surgem alterações subtis na eficiência metabólica, na resposta ao *stress*, na composição corporal e na capacidade de recuperação do organismo. Nesta fase, a intervenção tem como objetivo otimizar e proteger, criando reservas de saúde para o futuro.

Após os 40 anos, essas alterações tendem a tornar-se mais evidentes, podendo traduzir-se em perda de energia, aumento de gordura abdominal, redução de massa muscular, alterações do sono, declínio cognitivo e maior risco cardiovascular. Aqui, o foco passa a ser manter a *performance*, prevenir doença e preservar qualidade de vida. Independentemente da idade, a lógica é a mesma: avaliar precocemente para intervir de forma estratégica e personalizada.

Depois dos 40, a saúde como um ativo estratégico

Em homens e mulheres ativos, particularmente executivos e profissionais de elevada exigência, a saúde influencia diretamente a produtividade, a clareza mental, a capacidade física e a resiliência ao *stress*.

Desequilíbrios aparentemente pequenos podem manifestar-se como:

- Fadiga persistente
- Dificuldade de concentração e perda de foco
- Alterações do sono
- Ganho de gordura visceral e perda de massa muscular
- Redução da *performance* física e cognitiva

Um *check-up* estruturado permite identificar estas alterações numa fase precoce, quando ainda são reversíveis e antes de se transformarem em doença.

Um *check-up* personalizado

Quando falamos de longevidade, não existe um *check-up* igual para todos. A avaliação deve ser desenhada de acordo com:

- Idade cronológica e biológica
- Sexo e fase hormonal
- Histórico pessoal e familiar
- Nível de *stress* e exigência profissional
- Qualidade do sono
- Alimentação, exercício e estilo de vida
- Objetivos individuais (prevenção, *performance* física e cognitiva, longevidade)

É esta personalização que permite intervenções eficazes, seguras e sustentáveis ao longo do tempo. Exemplo de um *check-up* orientado para longevidade e alta *performance* cognitiva. Um *check-up* preventivo e personalizado pode incluir:

Avaliação metabólica e cardiovascular

- Glicose, insulina e resistência à insulina
- Perfil lipídico e risco cardiovascular
- Pressão arterial, variabilidade da frequência cardíaca e marcadores de risco

Avaliação hormonal

- Função tiroideia
- Cortisol e resposta ao *stress*
- Hormonas sexuais, ajustadas ao sexo e à fase da vida

Inflamação e envelhecimento biológico

- Marcadores inflamatórios
- *Stress* oxidativo e risco de envelhecimento acelerado

Estado nutricional e micronutrientes

- Vitaminas, minerais e cofatores essenciais
- Identificação de défices minerais e vitamínicos silenciosos

Composição corporal e funcionalidade

- Massa muscular, massa gorda e gordura visceral
- Avaliação da força e capacidade funcional

Estilo de vida e recuperação

- Sono, *stress*, atividade física e capacidade de recuperação

A partir desta avaliação, é possível construir um plano de ação individualizado, integrando alimentação, exercício, suplementação, gestão do *stress* e, quando indicado, estratégias médicas específicas.

Garantir o futuro

A longevidade não se mede apenas em anos de vida, mas em anos vividos com energia, autonomia e qualidade. Intervir precocemente reduz a necessidade de intervenções corretivas no futuro e permite envelhecer com maior vitalidade física e mental. O *check-up* regular não é sinal de preocupação excessiva,

mas de consciência, visão de longo prazo e compromisso com a própria saúde.

Um processo contínuo

Numa abordagem de longevidade saudável, o *check-up* é o ponto de partida para um acompanhamento estruturado e evolutivo, ajustado às diferentes fases da vida. Cuidar da saúde hoje é a forma mais eficaz de proteger a capacidade de viver bem amanhã. Quanto mais cedo se inicia a prevenção, menor o impacto do envelhecimento na qualidade de vida.

Sofia Escórcio

Médica de Medicina Interna e especialista em Longevidade Saudável; OM n.º 39056)

Quando devo fazer o meu primeiro check-up?

Não existe uma idade única. Existe o momento certo para cada pessoa.

30–40 anos

Prevenção e otimização

Identificar riscos silenciosos

Criar bases para um envelhecimento saudável

40+

Manter performance física e cognitiva

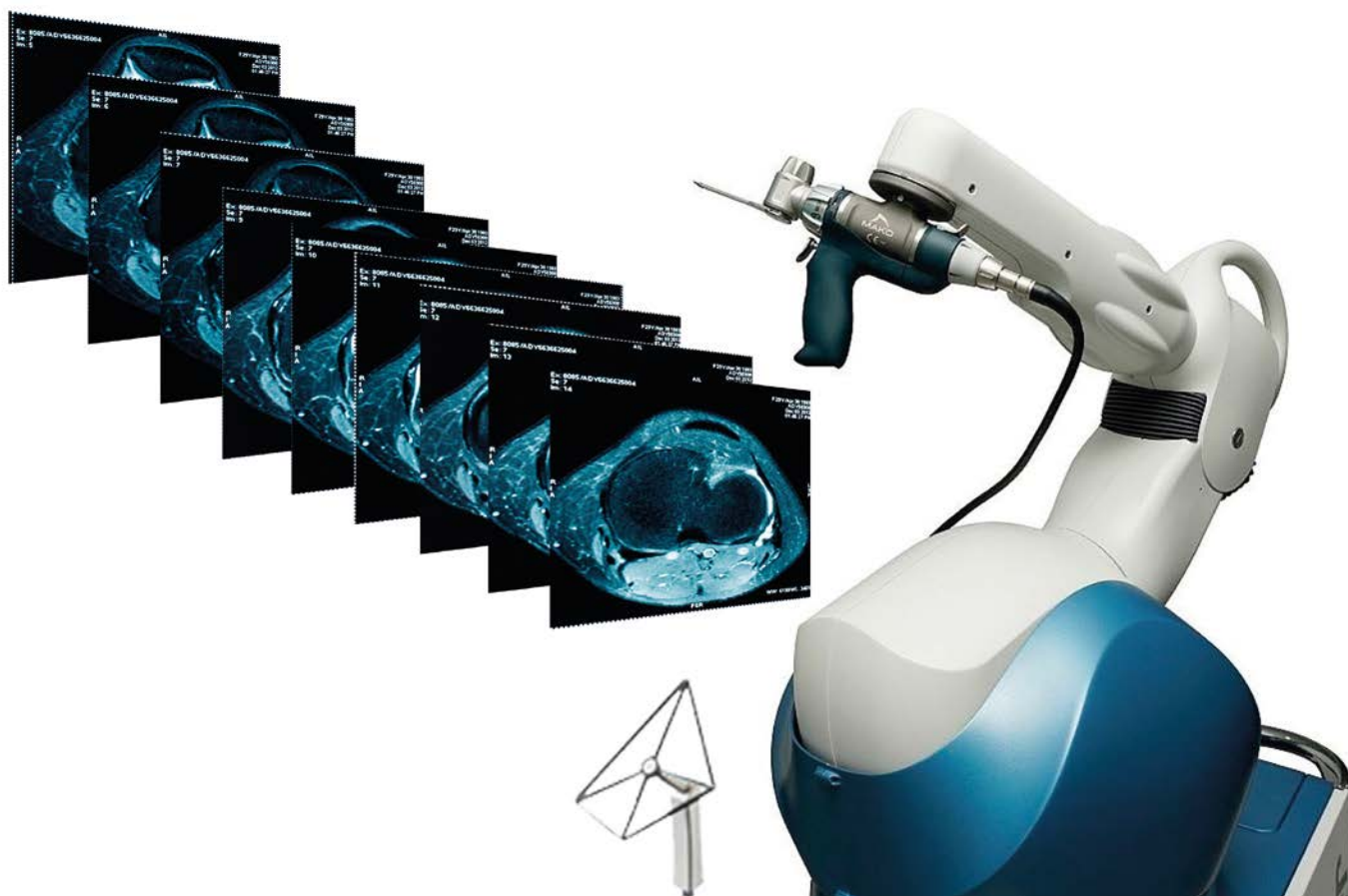
Equilíbrio metabólico e hormonal

Reduzir risco de doença crónica

Em qualquer idade, se houver:

- Histórico familiar de doença
- *Stress* elevado
- Alterações de energia, sono ou foco
- Ganho de peso abdominal

Tecnologia robótica em ortopedia



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

Contactos:

239 802 700

consultas@ccci.pt

www.ccci.pt



JÁ LHE DISSERAM QUE PRECISA DE FAZER EXERCÍCIO FÍSICO?

Entre o dizer ao fazer vai uma distância que acaba por se traduzir em vazio e ineficácia. A recomendação e/ou prescrição do exercício físico é bem-intencionada e está justificada cientificamente. Mas, não basta mandar mexer o corpo, há outros fatores a ter em conta, é preciso construir pontes



Falar de exercício físico continua, muitas vezes, a ser sinónimo de recomendações vagas: “tem que se mexer mais”; “vá ao ginásio”; “caminhe todos os dias”..., que, embora sejam bem-intencionadas, não deixam de ser orientações generalistas que pecam por não ser individualizadas.

A prescrição de exercício é também muitas vezes equiparada à prescrição de um mero medicamento, como se bastasse definir um tipo de exercício, a intensidade, a frequência e

a quantidade de exercício adequados para obter os melhores resultados. Na verdade, a prática do exercício não se limita apenas ao movimento do corpo e, atualmente, deve ter em consideração muitos outros fatores, que se prendem com o contexto laboral, socioeconómico e familiar de cada um, bem como o estado geral de saúde (ou de doença). É precisamente neste contexto que surge a prescrição de exercício físico, enquanto ferramenta clínica estruturada e, integrada na consulta de Medicina Desportiva e do Exercício.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a realização de 150 a 300 minutos semanal de atividade aeróbia de intensidade moderada, ou 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa, idealmente complementados com treino de força, envolvendo os principais grupos musculares, pelo menos duas vezes por semana.

Para além disso, recomenda a inclusão de trabalho de flexibilidade e de controlo neuromuscular, que é particularmente relevante na prevenção de quedas, na melhoria da mobilidade e na otimização da qualidade de movimento ao longo da vida. Estas orientações têm uma base científica sólida e são amplamente aplicáveis à população em geral. No entanto, pela sua natureza generalista, devem ser encaradas como um ponto de partida, e não como uma prescrição fechada.

Adaptação individual/melhor adesão

O primeiro passo na prescrição médica de exercício é a avaliação do estado global de saúde do participante, identificando situações clínicas que constituam uma contraindicação para a prática do exercício, ou que possam vir a ser agravadas pelo mesmo. Desta forma, é possível orientar de forma segura qual o tipo de exercício que deve ser praticado, mantendo o foco na adaptação individual de cada um, e na progressão de cargas e de objetivos específicos.

Fatores que devem ser tidos em conta na prescrição de exercício incluem (mas não se limitam a) história clínica completa, antecedentes desportivos, nível atual de atividade física, composição corporal, capacidade cardiorrespiratória e neuromuscular, presença de dor ou lesão, qualidade do sono, níveis de *stress* e objetivos pessoais. Em muitos casos, a avaliação inicial pode ser complementada por exames complementares de diagnóstico específicos.

Dentro dos componentes do treino essenciais a uma correta prescrição de exercício



incluem-se o treino aeróbio, treino de força, treino de mobilidade ou flexibilidade, e treino de equilíbrio ou controlo motor. Todos estes componentes devem ser incluídos na prescrição, mas podem ser ajustados de forma dinâmica ao longo do tempo, conforme a progressão de cada um. Outros componentes, igualmente importantes mas tidos muitas vezes como acessórios, incluem as estratégias de recuperação e de nutrição. Em determinados contextos, como na dor crónica ou em populações mais sedentárias, o foco inicial pode ser simplesmente restaurar a capacidade de movimento e a confiança no corpo. Com a identificação de situações clínicas específicas é possível adequar a prescrição a cada indivíduo e programar o treino para metas concretas que sejam conducentes aos objetivos principais de cada um.

O mesmo diagnóstico/exercícios diferentes

Nem sempre um determinado diagnóstico é sinónimo de uma prescrição semelhante entre indivíduos. Por exemplo, duas pessoas com a mesma situação clínica, como hipertensão arterial ou excesso de peso, podem receber recomendações completamente diferentes, dependendo da sua condição física, limitações e contexto de vida. Até mesmo o tipo de exercício que cada um prefere e a experiência prévia com exercício ou desporto deve ser tida em conta, uma vez que a escolha de um exercício de que não gostamos é muitas vezes o suficiente para não conseguirmos cumprir o plano. Esta individualização é o que

torna o exercício numa intervenção eficaz, segura, e exequível. O acompanhamento médico neste processo possibilita ainda a integração de vários profissionais de saúde (médicos de outras especialidades, fisiologistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos) numa abordagem multidisciplinar.

Apesar dos benefícios para a saúde serem amplamente reconhecidos, a adesão ao exercício continua a ser um dos maiores desafios. Saber o que fazer nem sempre se traduz em conseguir fazê-lo de forma consistente. É por isso que a prescrição de exercício não se pode limitar à elaboração e simples execução de um plano técnico, mas também deve incluir estratégias de motivação, definição de objetivos realistas, acompanhamento e adaptação contínua. O contexto de vida da pessoa, as suas rotinas, preferências e barreiras são elementos centrais neste processo.

Em conclusão, a prescrição de exercício representa uma ponte entre a medicina e o movimento. Utiliza uma abordagem que reconhece o exercício como uma verdadeira inter-

venção terapêutica, com tipo, dose, indicação, contraindicações e monitorização contínua do seu efeito. Além de promover a prática de exercício, procura garantir que essa prática é eficaz, segura e sustentável ao longo do tempo.

Num mundo cada vez mais tecnológico com elevada prevalência de sedentarismo e de doenças crónicas, a individualização do exercício deveria ser uma exigência de cada indivíduo e do nosso sistema de saúde. A Medicina Desportiva e do Exercício pode ajudar a proporcionar isso mesmo, transformando o exercício numa ferramenta ajustada a cada um.

Diana Ferreira
(Médica de Medicina Desportiva e do Exercício;
OM n.º 50136)



Eficaz em 26 doenças crónicas

A literatura científica atual demonstra que a prática de exercício físico é eficaz na prevenção e tratamento de mais de 26 doenças crónicas, pelo que é desejável para todas as pessoas de qualquer grupo etário.

A nível cardiovascular, contribui para a redução da pressão arterial, melhoria do perfil lipídico e aumento da capacidade funcional ou VO₂max. No metabolismo, desempenha um papel central na regulação da glicémia, diminuição da resistência à insulina e na prevenção e tratamento da diabetes tipo 2. A nível músculo-esquelético, promove a manutenção da massa muscular, densidade óssea e boa função articular. Para além disso, os seus efeitos estendem-se ao sistema nervoso, com benefícios na saúde mental, na cognição e na qualidade do sono.

Saúde mental	Sistema cardiovascular
depressão ansiedade <i>stress</i> esquizofrenia	acidente vascular cerebral hipertensão coronariopatia insuficiência cardíaca claudicação intermitente
Músculo-esquelético	Sistema respiratório
artrose osteoporose dor lombar artrite reumatoide	doença pulmonar obstrutiva crónica asma fibrose quística
Metabolismo	Neurologia
obesidade dislipidemia síndrome metabólico síndrome do ovário poliquístico diabetes <i>mellitus</i> tipo 1 diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	demência doença de Parkinson esclorose múltipla
	Cancro

Tabela 1. Doenças crónicas para as quais o exercício físico tem um papel relevante na prevenção ou tratamento, adaptado de Pedersen, B.K. and Saltin, B. (2015), *Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases*. *Scand J Med Sci Sports*, 25: 1-72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>

BOYS DON'T CRY

(OS RAPAZES NÃO CHORAM)

Ainda esperamos que as meninas sejam delicadas e bem comportadas? E que os rapazes sejam fortes, competitivos e pouco emocionais? Ou andamos todos a fingir que somos fortes e perfeitos?

Será que a música *Boys Don't Cry*, da banda britânica *The Cure*, lançada em 1979, continua atual? A letra exprime a proibição social de os homens mostrarem vulnerabilidade emocional. Quase 50 anos depois, será que os rapazes têm verdadeira permissão — familiar, educativa e social — para chorar?

Na semana passada estive com um adolescente belga, Augustin, de 17 anos, que acompanho há cerca de 10 anos. Como habitualmente, o início da sessão decorreu com um dos pais. Nesse dia, foi o pai quem o acompanhou.



Quando perguntei qual o objetivo da consulta, respondeu-me que gostaria que eu trabalhasse com o filho “o facto de não conseguir controlar o choro” em frente aos colegas da escola. Acrescentou ainda que, quando o Augustin era invadido por emoções intensas e fechava-se sobre si próprio, ignorando o impacto que isso tinha nos outros — nomeadamente no pai, que por vezes tinha de o ir buscar à escola.

Na minha cabeça organizei rapidamente um plano de sessão. Pensei em trabalhar competências emocionais e sociais: a regulação emocional — diminuir a intensidade da emoção — e a adaptação ao contexto social, neste caso, o ambiente escolar.

Com um plano aparentemente claro e cheia de certezas, começámos por desenhar as suas emoções. Quando chegámos ao choro, ouvi algo que nunca tinha escutado daquele adolescente: uma clareza emocional desarmante.

“Parem de me tentar mudar. Eu só quero ser eu próprio. Porque é que tenho de controlar o choro? Acha melhor eu ser como os adultos à minha volta, que choram e depois engolem a emoção e fingem que estão bem? Ou como o meu pai, que eu nunca vi chorar? Na escola, os que choram ou são gays ou têm um problema mental. Por isso afastei-me dos meus amigos. Eu só quero ser eu próprio.”

Naquele momento, engoli as minhas certezas — e também alguma vergonha. Percebi que eu própria estava a olhar para aquele rapaz através do filtro da minha educação e do que aprendi como “socialmente aceitável”.

A mensagem da música *Boys Don't Cry* continuava viva. Também em mim.

*“I tried to laugh about it
Hiding the tears in my eyes
'Cause boys don't cry.”*

*“Tentei rir-me disso
Escondendo as lágrimas nos meus olhos
Porque os rapazes não choram.”*



Graças a este adolescente, comecei a olhar para dentro e a questionar o que mantém viva esta crença — em nós, nas famílias e na cultura.

O transgeracional

Que modelo tivemos das nossas mães? Cuidadoras silenciosas? Disponíveis para todos menos para si próprias? Mulheres compreensivas, resilientes, discretas, que aprendiam a aguentar sem se queixar?

E os nossos pais?

Homens trabalhadores, fortes, orientados para a ação, emocionalmente ausentes? Homens que protegiam, sustentavam e resolviavam — mas raramente mostravam fragilidade?

Sem nos apercebermos, crescemos rodeados de papéis emocionais bem definidos.

As mulheres cuidam e aguentam. Os homens trabalham e são fortes. Quantos destes

padrões continuamos a repetir?

Ainda esperamos que as meninas sejam delicadas e bem comportadas? E que os rapazes sejam fortes, competitivos e pouco emocionais?

O escolar

A escola também transporta heranças culturais. Continuamos a associar tranquilidade e obediência às raparigas e agitação aos rapazes? Será que muitos rapazes são vistos primeiro como “difíceis” antes de serem compreendidos emocionalmente? Será que, por não serem sossegados, recebem mais diagnósticos de PHDA e, conseqüentemente, tomam mais Ritalina do que as raparigas?

E será que o modelo escolar atual responde verdadeiramente às necessidades emocionais e comportamentais dos rapazes?

O cultural

Vivemos numa sociedade que valoriza desempenho, controlo e produtividade. A vulnerabilidade continua, muitas vezes, a ser confundida com fragilidade. Não será o contrário? Não será que a força aparente esconde uma grande fragilidade? E que a vulnerabilidade manifestada esconde uma grande força?

Os homens aprendem cedo que mostrar tristeza pode significar perder estatuto, aceitação ou pertença. E muitos rapazes crescem a acreditar que, para serem aceites, precisam esconder partes importantes de si próprios.

Nós próprios

Talvez a pergunta mais difícil seja esta:

Conseguimos aceitar a nossa própria vulnerabilidade?

Ou andamos todos, como dizia o Augustin, a fingir que somos fortes e perfeitos? Porque, se um rapaz aprende que não pode chorar,

aprende também que não pode mostrar quem é.

E quando alguém cresce atrás de máscaras emocionais, torna-se mais difícil criar relações autênticas — consigo próprio e com os outros. Talvez o desafio não seja ensinar os rapazes a controlar o choro, mas ensinar a sociedade a tolerá-lo e a valorizá-lo.

Se nós, adultos, estamos fechados ao choro, como podemos querer que os rapazes sejam abertos ao choro dos outros? Talvez precisemos de menos vergonha emocional e de mais espaço para sentir. E talvez um rapaz que pode chorar sem humilhação se torne, mais tarde, um homem mais inteiro, mais empático e mais livre.

E sim, *boys also cry*
(Os rapazes também choram).

Cláudia Quintans
(Psicóloga clínica; OP n.º 15640)



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

Contactos:
239 802 701/2
oftalmologia@ccci.pt



www.ccci.pt

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

OS DESAFIOS DA AVALIAÇÃO E OS CAMINHOS PARA INTERVIR

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é uma condição crónica que exige um acompanhamento ao longo de todo o desenvolvimento da criança/jovem. As necessidades do indivíduo podem variar ao longo do tempo, sendo necessário ajustar as estratégias de intervenção às diferentes fases da vida

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais prevalentes na infância, caracterizando-se por padrões persistentes de desatenção, impulsividade e, frequentemente, hiperatividade. Estes sintomas interferem de forma significativa no funcionamento académico, social e emocional do indivíduo, podendo persistir ao longo da adolescência e da idade adulta. A sua natureza complexa e heterogénea exige uma abordagem compreensiva e integrada, destacando-se particularmente dois pilares fundamentais: a avaliação psicológica e a intervenção baseada em evidência científica.

A PHDA não se manifesta de forma uniforme, variando de acordo com fatores individuais, contextuais e desenvolvimentais. Algumas crianças apresentam predominantemente dificuldades de atenção, enquanto outras evidenciam maior impulsividade ou hiperatividade. Para além disso, é frequente a presença de comorbilidades, como perturbações de ansiedade, dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento, o que torna a avaliação ainda mais desafiante.

A avaliação psicológica constitui o primeiro passo fundamental no processo de diagnósti-

co. Trata-se de um processo estruturado, contínuo e multidimensional, que deve considerar o indivíduo no seu contexto global. O diagnóstico da PHDA é exclusivamente clínico, não existindo exames laboratoriais ou de imagem que o confirmem, o que reforça a importância da recolha rigorosa de informação.

A entrevista clínica assume um papel central na avaliação, permitindo obter dados detalhados sobre o desenvolvimento da criança, antecedentes familiares, contexto escolar e social, bem como a presença e evolução dos sintomas. É essencial analisar a frequência, a intensidade e a persistência dos comportamentos, bem como o impacto funcional nas diferentes áreas da vida do indivíduo.

A recolha de informação junto de múltiplos informantes, nomeadamente pais, professores e o próprio indivíduo, é indispensável para garantir uma avaliação abrangente. Esta abordagem permite compreender como os sintomas se manifestam em diferentes contextos, reduzindo o risco de interpretações enviesadas.

Os instrumentos padronizados, como questionários e escalas comportamentais, desempenham um papel complementar importante. Estes permitem sistematizar a informação recolhida e compará-la com normas de desenvolvimento. No entanto, devem ser sempre interpretados à luz do contexto clínico, não substituindo o julgamento do profissional.

Para além da avaliação psicológica, a avaliação neuropsicológica assume um papel crucial na compreensão do funcionamento cognitivo associado à PHDA. Esta abordagem centra-se sobretudo nas funções executivas, que incluem competências como o planeamento, a organização, a memória de trabalho, o controlo inibitório e a flexibilidade cognitiva.

A investigação tem demonstrado que indivíduos com PHDA apresentam frequentemente défices nestas funções, o que se traduz em dificuldades práticas no quotidiano. Estas

podem incluir problemas em iniciar e concluir tarefas, manter a atenção, gerir o tempo, organizar materiais ou regular emoções. A identificação destes padrões é essencial para orientar a intervenção de forma mais eficaz.

Outro aspeto fundamental da avaliação é a identificação de comorbilidades. A presença de perturbações associadas, como ansiedade, depressão ou perturbação de oposição e desafio, pode influenciar significativamente o quadro clínico e a resposta à intervenção. Uma avaliação incompleta pode conduzir a estratégias inadequadas, comprometendo os resultados.

No que diz respeito à intervenção, a literatura científica é consensual ao defender uma abordagem multimodal. Esta deve integrar componentes psicoeducativas, familiares, escolares e, quando necessário, farmacológicas, sendo sempre adaptada às características individuais do caso.

A psicoeducação constitui frequentemente o primeiro passo da intervenção, sendo fundamental para promover a compreensão da PHDA, enquanto condição neurobiológica, e reduzir o estigma associado. Ao fornecer informação clara e fundamentada a pais, professores e ao próprio indivíduo, facilita-se a adesão às estratégias de intervenção e promove-se uma atitude mais compreensiva face às dificuldades.

No contexto familiar, o treino parental assume particular relevância. Programas baseados em evidência, como o programa *Anos Incríveis*, têm demonstrado eficácia significativa na redução de comportamentos problemáticos e na melhoria da relação pais-filhos. Este programa centra-se na capacitação parental, promovendo estratégias educativas positivas, como o reforço de comportamentos adequados, a definição de regras claras e consistentes e a gestão eficaz do comportamento. Uma das principais vantagens deste tipo de intervenção é o seu foco na criação de ambientes estruturados, previsíveis e emocionalmente seguros, fatores particularmente importantes

para crianças com PHDA. Ao envolver ativamente a família, promove-se uma mudança sustentada no funcionamento da criança.

A intervenção em contexto escolar é igualmente indispensável. A adaptação de estratégias pedagógicas pode fazer uma diferença significativa no desempenho académico. Entre as medidas mais eficazes destacam-se a utilização de instruções claras e curtas, a divisão de tarefas em etapas menores, a organização do espaço de trabalho e a redução de estímulos distratores. A colaboração entre professores, psicólogos e família é essencial para garantir a consistência das intervenções. Ao nível individual, a terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado eficácia, sobretudo em adolescentes e adultos. Esta abordagem visa desenvolver competências de autorregulação, organização, gestão do tempo e regulação emocional. Para além disso, contribui para o fortalecimento da autoestima e da perceção de competência.

Em casos mais graves, pode ser necessário recorrer ao tratamento farmacológico. Este atua ao nível dos neurotransmissores envolvidos na atenção e no controlo comportamental, contribuindo para a redução dos sintomas. No entanto, a medicação deve ser sempre integrada num plano de intervenção mais amplo e acompanhada por profissionais especializados.

Importa salientar que a PHDA é uma condição crónica, exigindo acompanhamento ao longo do desenvolvimento. As necessidades do indivíduo podem variar ao longo do tempo, sendo necessário ajustar as estratégias de intervenção às diferentes fases da vida.

Em síntese, a PHDA constitui um desafio significativo, tanto para os indivíduos como para as suas famílias e contextos educativos. A avaliação psicológica e neuropsicológica desempenha um papel determinante na identificação das dificuldades específicas e na definição de um plano de intervenção adequado. Por sua vez, uma intervenção multimodal, contínua e baseada em evidência permite melhorar

significativamente o prognóstico e a qualidade de vida, promovendo o desenvolvimento do potencial de cada indivíduo.

*Margarida Sousa de Almeida,
(Psicologia de Desenvolvimento, OP n.º 6682)*

TEMOS ADSE

Consultas
Exames de diagnóstico
Cirurgias

Contactos:

239 802 700

consultas@ccci.pt



www.ccci.pt

A informação completa está disponível na receção do CCCI. Para esclarecimentos contacte 239802700

Este conteúdo pode configurar publicidade institucional da INTERCIR – Centro Cirúrgico de Coimbra, S.A.

| NIPC 503 834 971 | ERS E106499 | Licenças UPS 3/2010 (aditamento Licença de Funcionamento UPS 07/02.00) e 9072/2015 | 3045-089 Coimbra

APNEIA DO SONO, QUAL O IMPACTO DE DORMIR MAL?

Um sono de má qualidade tem causas e consequências, não se trata apenas de dormir mal e acordar cansado/a. A apneia do sono é um problema de saúde e está associada a um maior risco de enfarte, AVC, diabetes, hipertensão...



Dormir bem é essencial para a saúde física e mental. No entanto, muitas pessoas vivem durante anos com um sono de má qualidade, acreditando que o cansaço constante faz parte da rotina. Ressonar intensamente, acordar cansado ou ter sono durante o dia não é normal — pode ser sinal de apneia obstrutiva do sono, uma doença frequente, muitas vezes desvalorizada, mas com impacto real na saúde.

O que é a apneia do sono?

A apneia do sono caracteriza-se por interrupções repetidas da respiração durante o sono. Estas pausas ocorrem geralmente porque as vias respiratórias superiores colapsam, impedindo a passagem do ar. Como resposta, o cérebro provoca pequenos despertares, muitas vezes impercetíveis, que fragmentam o sono e impedem um descanso verdadeiro.

Este ciclo pode repetir-se dezenas ou até centenas de vezes por noite, levando a uma diminuição do oxigénio no sangue e a um cansaço persistente durante o dia.

Sinais de alerta

Muitas vezes, os primeiros sinais são notados por quem partilha o quarto:

- Ressonar alto e irregular;
- Pausas na respiração durante o sono;
- Engasgamentos ou sensação de sufoco noturno.

Mas há também sintomas importantes durante o dia:

- Sonolência excessiva;
- Cansaço constante;
- Dificuldade de concentração e memória;
- Irritabilidade ou alterações de humor;
- Dores de cabeça ao acordar.

Porque é importante diagnosticar e tratar

A apneia do sono não é apenas uma questão de dormir mal. Quando não tratada, está associada a um maior risco de:

- Hipertensão arterial;
- Doenças cardiovasculares, como enfarte e AVC;
- Diabetes;
- Depressão;
- Acidentes de viação e de trabalho, devido à sonolência.

Tratar esta condição melhora significativamente a qualidade de vida e reduz estes riscos.

O papel do otorrinolaringologista

O otorrinolaringologista é o especialista das vias aéreas superiores — nariz, garganta e faringe — estruturas fundamentais na respiração durante o sono.

Na avaliação de um doente com suspeita de apneia do sono, este especialista procura identificar onde está a obstrução e por que motivo ocorre. Alterações como desvio do

septo nasal, aumento dos cornetos, amígdalas volumosas, flacidez do palato ou aumento da base da língua podem dificultar a passagem do ar e estar na origem do problema. Esta avaliação é essencial porque permite orientar o tratamento de forma dirigida, adaptada às características de cada pessoa.

Diagnóstico e trabalho em equipa

O diagnóstico da apneia do sono baseia-se na história clínica e é confirmado através de um estudo do sono (polissonografia), que avalia a respiração, saturação de oxigénio e o padrão de sono durante a noite.

A abordagem mais eficaz é muitas vezes integrada, envolvendo diferentes áreas. A Medicina do Sono permite caracterizar a gravidade da doença e o seu impacto, enquanto o otorrinolaringologista avalia e trata as causas anatómicas que contribuem para a obstrução da via aérea.

Esta articulação permite uma visão completa do problema e conduz a decisões terapêuticas mais ajustadas e eficazes.

Opções de tratamento

O tratamento depende da gravidade da apneia e das causas identificadas, podendo incluir:

-Medidas gerais

- Perda de peso;
- Evitar álcool e sedativos antes de dormir;
- Dormir de lado;
- Tratar problemas nasais.

-Equipamento CPAP

Nos casos moderados a graves, pode ser necessário um aparelho que mantém a via aérea aberta durante o sono através de um fluxo contínuo de ar. É um tratamento muito eficaz quando bem adaptado.



O otorrinolaringologista tem um papel central na identificação das causas da obstrução da via aérea e na definição de soluções adaptadas a cada pessoa, integrado numa abordagem multidisciplinar sempre que necessário.

Se suspeita que dorme mal, ressona ou acorda cansado, não ignore esses sinais. Dormir bem é essencial — e começar por uma avaliação especializada pode fazer toda a diferença.

João Laffont
(Médico, Otorrinolaringologista,
OM n.º 51811)

-Tratamento otorrinolaringológico

Quando existem alterações anatómicas relevantes, o otorrinolaringologista pode propor soluções específicas, como:

- Cirurgia nasal para melhorar a respiração;
- Tratamento das amígdalas ou do palato;
- Intervenções ao nível da base da língua;
- Procedimentos que podem reduzir ou eliminar a obstrução.

Em alguns casos, estas abordagens permitem melhorar significativamente a doença ou facilitar a adaptação a outros tratamentos, como o CPAP.

Ressonar não é normal

É importante desfazer um mito: ressonar não é apenas um incómodo social. Quando é frequente e intenso, pode ser um sinal de dificuldade na passagem do ar durante o sono.

Ignorar estes sinais pode atrasar o diagnóstico de uma condição que tem tratamento e que pode melhorar de forma marcante o bem-estar.

A apneia do sono é uma doença comum, com impacto significativo na saúde e na qualidade de vida, mas que pode ser tratada com sucesso.

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR - Gabriel Anacleto; Luís Antunes

CARDIOLOGIA - Nádía Moreira

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

CIRURGIA PEDIÁTRICA - Nádía Laezza; Ochoa de Castro

CIRURGIA PLÁSTICA - Mário Jorge Santos

ENDOCRINOLOGIA - Ana Patrícia Oliveira; Cristina Ribeiro

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

GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA - Sidónio Magalhães Matias

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

MEDICINA DO SONO - Maria de Fatima Teixeira; Letícia Balanco

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

MEDICINA INTERNA - Deolinda Portelinha; Rita Rocha

NEUROCIRURGIA - António Júdice Peliz; 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); Nuno Pais; Pedro Marques; Rafael Pombo; Rita Cavaca; Ugo Fontoura; Vítor Pinheiro

OTORRINOLARINGOLOGIA - Filipe Rodrigues; Rui Adérito Cortesão

PNEUMOLOGIA - Ana Maria Arrobas; Cidália Rodrigues; Letícia Balanco

PSICOLOGIA - Sónia Travassos

UROLOGIA – Sílvio Bollini

Contactos:

Consultas:

239 802 700 / consultas@ccci.pt

Exames:

239 802 590 / radiologia@ccci.pt

www.ccci.pt

QUAIS SÃO OS EFEITOS DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA?

A desobstrução das vias aéreas e a necessária otimização do transporte de oxigénio são os efeitos da intervenção da fisioterapia respiratória, quer na recuperação de doença respiratória, quer para superar os efeitos da COVID



As doenças respiratórias continuam a representar uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é atual-

mente uma das principais causas de morte, sendo responsável por cerca de 3 milhões de óbitos por ano. Segundo a Sociedade Portuguesa de Pneumologia e em Portugal, a DPOC tem uma prevalência de 14% em adultos com

mais de 40 anos, afetando cerca de 1 milhão de indivíduos. A asma, por sua vez, afeta aproximadamente 260 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo uma das doenças crônicas mais comuns, especialmente em crianças e jovens adultos. Apesar de muitas vezes controlável, continua a ser responsável por um número significativo de hospitalizações e afeta 6 a 10% da população portuguesa.

Em paralelo, as infeções respiratórias, nomeadamente as do trato respiratório inferior, como a pneumonia, continuam a ser uma causa relevante de internamento e mortalidade, sobretudo em populações mais vulneráveis, como idosos e crianças. A este quadro devemos ainda juntar o impacto marcante da pandemia de COVID-19, com 5,6 milhões de casos registados em Portugal, com efeitos não apenas na elevada incidência de casos, mas também pelas sequelas respiratórias e sistémicas associadas. Muitas pessoas desenvolveram limitações persistentes, nomeadamente dispneia, fadiga e intolerância ao esforço, reforçando a necessidade de programas estruturados de reabilitação.

Neste contexto, a atuação da fisioterapia respiratória integra-se numa abordagem multidisciplinar, assumindo um papel fundamental na recuperação funcional, com particular enfoque na reabilitação cardiopulmonar. Através de técnicas e exercícios específicos, é possível promover a melhoria da ventilação, a otimização das trocas gasosas, a eliminação de secreções e o aumento da capacidade funcional, com impacto direto na qualidade de vida dos doentes.

A avaliação em fisioterapia respiratória constitui um momento determinante para a definição de um plano de intervenção individualizado. Esta avaliação deve ser abrangente, integrando não só a análise dos sintomas — como dispneia, fadiga, tosse e expectoração — mas também o impacto da doença nas atividades de vida diária.

A observação do padrão respiratório, a identificação de sinais de esforço ventilatório e a avaliação da mecânica ventilatória são componentes essenciais. Instrumentos como a oximetria de pulso e testes de capacidade funcional, como caminhar durante alguns minutos, permitem quantificar a tolerância ao esforço e monitorizar a evolução clínica.

Instrumentos de avaliação

Em contextos mais diferenciados, a avaliação pode ser complementada por exames como a pletismografia respiratória, que permite uma análise detalhada dos volumes pulmonares e da resistência das vias aéreas, e pela prova de esforço cardiopulmonar, considerada uma referência para avaliar a capacidade funcional integrada dos sistemas respiratório, cardiovascular e muscular. Estes instrumentos são particularmente relevantes na avaliação de sequelas pós-COVID, onde frequentemente se verifica uma limitação multifatorial ao esforço.

A intervenção em fisioterapia respiratória baseia-se num conjunto de estratégias adaptadas às necessidades individuais, com o objetivo de melhorar a eficiência ventilatória, reduzir sintomas e aumentar a capacidade funcional.

A desobstrução brônquica constitui uma componente fundamental, recorrendo a técnicas como drenagem postural, técnicas de controlo ventilatório, vibrações torácicas e estratégias de tosse eficaz. Estas abordagens permitem promover a mobilização e eliminação de secreções, contribuindo para a melhoria da ventilação.

A reeducação respiratória assume igualmente um papel central, sobretudo em pessoas que desenvolvem padrões ventilatórios ineficientes. Técnicas como a respiração diafragmática e o controlo respiratório ajudam a reduzir a dispneia (ou a sensação de falta de ar) e a melhorar a coordenação ventilatória.

O exercício terapêutico é um dos pilares da intervenção, particularmente no contexto da reabilitação cardiopulmonar. Programas estruturados de treino aeróbio, fortalecimento muscular e treino dos músculos respiratórios contribuem para a melhoria da tolerância ao esforço, redução da fadiga e aumento da autonomia funcional. Sempre que necessário, podem ser utilizados dispositivos de apoio, como sistemas de pressão expiratória positiva ou ventilação não invasiva, especialmente em contexto hospitalar.



Os casos de Covid longa

A intervenção do fisioterapeuta revela-se particularmente relevante no contexto da infeção por SARS-CoV-2, acompanhando a pessoa ao longo de todo o continuum da doença. Na fase aguda, sobretudo em ambiente hospitalar e em unidades de cuidados intensivos, a intervenção centra-se na otimização da ventilação e na prevenção de complicações associadas à imobilidade. Estratégias como o posicionamento em decúbito ventral, a mobilização precoce e o apoio ao desmame ventilatório são fundamentais para melhorar a oxigenação e promover a recuperação da função respiratória. Na fase subaguda e após a alta hospitalar, podem persistir algumas limitações significativas, incluindo dispneia persistente, fadiga e diminuição da capacidade funcional. Nesta fase, a intervenção baseia-se em programas progressivos de reabilitação, integrando exercício físico, treino respiratório e educação para a gestão dos sintomas.

Nos casos de condição pós-COVID (Long COVID), a abordagem deve ser altamente individualizada, tendo em conta a presença de intolerância ao esforço, disfunção autonómica e alterações cardiopulmonares. A utilização de parâmetros objetivos, incluindo dados provenientes de provas de esforço, permite ajustar a intensidade do exercício de forma segura, evitando exacerbação sintomática.

Ao longo de todas as fases, a intervenção da fisioterapia tem como objetivo não só a recuperação da função respiratória, mas também a reabilitação global da pessoa, com enfoque na componente cardiopulmonar, promovendo o regresso às atividades de vida diária e a melhoria da qualidade de vida.

A fisioterapia respiratória afirma-se, assim, como uma área essencial na prática clínica contemporânea, com um contributo determinante na abordagem integrada do doente respiratório, particularmente no contexto pós-pandémico. A sua integração em equipas multidisciplinares garante uma intervenção eficaz, segura e centrada na otimização respiratória da pessoa.

Maria João Pereira
(Fisioterapeuta, OF n.º 10779)



A **clinimer** É A NOSSA PARCEIRA PARA A FERTILIDADE

A procriação medicamente assistida é uma opção para os problemas de infertilidade.

Contactos:

239 802 700

consultas@ccci.pt

www.ccci.pt



O INQUIETANTE BEIJO DE JUDAS

Os sinais corporais que evoluíram para criar confiança, também podem ser usados para a manipular. O beijo de Judas é uma prova. A eficácia do gesto reside na sua familiaridade e a traição ocorre através do mesmo gesto que deu confiança

Há gestos humanos que se tornam tão familiares que quase deixam de ser percebidos. O beijo é um deles. Surge nos reencontros e nas despedidas, na intimidade e na celebração; repetido tantas vezes ao longo da vida que raramente nos detemos a interrogá-lo. E, no entanto, nesse pequeno encontro entre dois rostos ocorre algo notavelmente complexo: um acontecimento no qual o corpo, a emoção e a mente convergem num único instante de proximidade.

A biologia humana nunca separou verdadeiramente essas dimensões. Aquilo que sentimos, aquilo que pensamos e aquilo que fazemos não são processos isolados. São manifestações diferentes de um mesmo organismo vivo que continuamente integra sinais do corpo e do mundo. Talvez por isso uma das imagens mais perturbadoras da tradição ocidental seja a do beijo de Judas. Na narrativa evangélica, um gesto associado ao reconhecimento e à proximidade é usado para identificar aquele que será entregue. A forma exterior do gesto permanece intacta. Nada na aparência do beijo denuncia hostilidade. E, no entanto, é através dele que a traição se torna possível.

Essa imagem atravessou dois milénios de história porque revela algo profundamente humano: os sinais corporais que evoluíram para criar confiança também podem ser utilizados para a manipular. Para compreender porquê, é necessário começar pelo corpo. Durante a maior parte da história da nossa

espécie, os seres humanos viveram em pequenos grupos interdependentes. A sobrevivência dependia menos da força individual do que da capacidade de cooperar. Caçar em conjunto, partilhar alimentos, proteger os mais jovens e manter alianças exigia uma sensibilidade constante à presença dos outros.

O cérebro humano desenvolveu-se nesse contexto social intenso. Sistemas neurais especializados passaram a avaliar continuamente sinais provenientes das pessoas à nossa volta: expressões faciais, variações subtis na voz, gestos quase impercetíveis ou alterações na distância entre os corpos. Estruturas como a amígdala, o córtex pré-frontal e regiões temporais do cérebro participam nesse processo de interpretação rápida das intenções alheias.

Em cada encontro humano, mesmo nos mais banais, ocorre uma avaliação silenciosa: é seguro confiar? Essa avaliação raramente é puramente racional. Ela emerge de estados corporais e respostas emocionais rápidas, que orientam a perceção antes mesmo de se tornarem plenamente conscientes. António Damásio descreveu esses processos como marcadores somáticos — estados fisiológicos que ajudam a guiar decisões e julgamentos ao atribuir significado emocional às experiências.

Gestos de proximidade desempenham um papel importante nesse sistema. O toque, o

abraço ou o contacto visual prolongado modulam o estado do organismo. Reduzem a vigilância defensiva, diminuem a ansiedade e favorecem comportamentos de cooperação.

Entre esses sinais corporais, o beijo ocupa um lugar singular. Os lábios estão entre as regiões mais sensíveis do corpo humano. A sua superfície contém uma elevada densidade de mecanorreceptores capazes de responder com grande precisão ao contacto. Quando duas pessoas se beijam, esses recetores enviam sinais através do nervo trigémeo para áreas somatossensoriais do cérebro. O contacto labial transforma-se assim num estímulo sensorial intenso, rapidamente integrado com estados emocionais.

Mas o beijo não envolve apenas o tato. A proximidade física também ativa o olfato e o paladar. Compostos químicos subtis tornam-se perceptíveis e pequenas quantidades de

saliva são trocadas. Alguns investigadores sugerem que essas interações podem transmitir pistas sobre diferenças no complexo principal de histocompatibilidade, um conjunto de genes ligado à resposta imunitária. Há evidências de que os seres humanos podem preferir (inconscientemente) parceiros com sistemas imunitários geneticamente distintos dos seus, o que favoreceria uma maior diversidade imunológica na descendência.

Independentemente da importância exata desse mecanismo, o que se observa é uma convergência sensorial intensa. O cérebro responde a essa convergência, ativando sistemas neuroquímicos profundamente envolvidos na formação de vínculos. A dopamina reforça a experiência de recompensa e motivação. A oxitocina, frequentemente associada à confiança e à proximidade social, modula comportamentos de cuidado e ligação afetiva.



A serotonina participa na regulação do humor e da estabilidade emocional. Esses processos não são meros acompanhamentos da experiência; fazem parte da própria construção da experiência.

Em certo sentido, o beijo ajuda a produzir biologicamente a sensação de proximidade. No entanto, a evolução humana não produziu apenas mecanismos de cooperação. Produziu também uma extraordinária capacidade de compreender a mente dos outros.

Os seres humanos possuem uma aptidão notável para inferir estados mentais alheios — aquilo que a psicologia designa como teoria da mente. Essa capacidade permite antecipar intenções, prever comportamentos e coordenar ações complexas. Graças a ela, a vida social humana atingiu níveis de sofisticação raramente observados noutras espécies. Mas essa mesma capacidade abre também uma possibilidade inesperada. Quando compreendemos profundamente o significado de um gesto para outra pessoa, torna-se possível reproduzi-lo, mesmo quando o estado emocional - que normalmente o acompanha - está ausente. O comportamento mantém a sua forma, mas perde a sua autenticidade interior. Os sinais sociais podem, assim, ser simulados.

Do ponto de vista evolutivo, isso não é surpreendente. Em qualquer sistema social complexo, mecanismos que favorecem a confiança coexistem com estratégias que exploram essa mesma confiança. O engano raramente depende da criação de novos sinais. Ele depende, antes, da apropriação de sinais que já são interpretados como confiáveis.

É precisamente isso que torna o beijo de Judas tão perturbador. A eficácia do gesto reside na sua familiaridade. Ele pertence à linguagem da proximidade. A traição não ocorre apesar do gesto de confiança. Ela ocorre através dele.

Esse facto revela um paradoxo profundo da natureza humana. A evolução moldou o corpo para produzir sinais capazes de reduzir a

incerteza nas relações sociais. Esses sinais tornaram possível a cooperação que sustenta a vida em grupo. Mas a complexidade cognitiva da mente humana introduziu uma nova camada nesse sistema: a capacidade de compreender e representar os sinais sociais. A mesma inteligência que nos permite reconhecer a confiança permite também simulá-la.

Talvez seja por isso que certas imagens culturais atravessam séculos sem perder a sua força. Elas captam algo essencial na experiência humana — algo que permanece reconhecível mesmo quando os contextos históricos mudam. O beijo de Judas continua a inquietar porque revela uma verdade simples e profundamente humana: os gestos que o corpo desenvolveu para aproximar as pessoas são, precisamente por isso, aqueles que podem ser usados com maior eficácia para as traír.

Entre biologia e cultura, entre emoção e cognição, o beijo permanece um pequeno acontecimento corporal carregado de significado — um instante em que a história evolutiva da confiança humana se torna visível.

*António Travassos
(Médico, oftalmologista;
OM n.º 15373/C-3334)*

“Nós somos o que fazemos.

O que não se faz não existe. Portanto, só existimos nos dias em que fazemos.

Nos dias em que não fazemos apenas duramos.”

Padre António Vieira, religioso, filósofo, diplomata e escritor (1608-1697)





Medical
Technology

Anestesiologia
 Angiologia e cirurgia vascular
 Cardiologia
 Cardiologia pediátrica
 Check-up médico
 Cirurgia geral
 Cirurgia maxilo-facial
 Cirurgia pediátrica
 Cirurgia plástica
 Dermatologia
 Endocrinologia
 Fisioterapia
 Gastroenterologia
 (endoscopia digestiva)
 Genética médica
 Ginecologia/ Obstetrícia
 Imagiologia
 Imuno-alergologia
 Infertilidade e reprodução
 Medicina dentária
 Medicina desportiva e do exercício
 Medicina da dor

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
 Patologia clínica (Análises clínicas)
 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)