



Trimestral

Nº 48 2026

Olhares

O desassossego de ser mulher

ACORDOS



ADSE
AdvanceCare
Agilidade SA
Allianz
Associação Mutualista dos Engenheiros
Associação Social dos Professores
CGD
Esperança Futebol Clube
Federação Nacional de Educação
Future Healthcare
Generali
GIRO HC
GNR
IASFA
ISCAC (Coimbra Business School)
KeepWells Mais
KeepWells Top
Medicare
Médis

Médis CTT
Multicare
Multicare PT
Ordem dos Advogados (Centro)
Ordem dos Arquitetos, Secção Regional do Sul
Ordem dos Contabilistas Certificados
Ordem dos Farmacêuticos
(Secção Regional de Coimbra)
RNA /Servimed
Sabclin
SAMS Norte
SAMS Quadros
Sãvida
SIGIC
Sindicato Democrático de Professores do Sul
Sindicato dos Professores da Região Centro
Sindicato dos Professores da Zona Centro
Trust



HAVERÁ SEMPRE UMA MULHER

A ciência tem limitações e há um papel que ainda não pode ser substituído. Todos têm uma mãe. Nascer implica que haverá sempre uma mulher nesse caminho. Ainda assim, o mundo não tem os olhos postos na mulher. Nesta edição, os nossos Olhares foram para Elas.
Boa leitura!

Conceição Abreu



Í N D I C E

MULHER

A história da mulher na evolução do amor é inseparável da conquista a liberdade.

P.6



A VIDA SECRETA DAS IRMÃS DO PEITO – da vaidade ao sobressalto

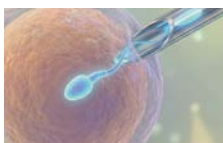
As mamas devem ser beleza e vida... não dor e morte!

P.10



ADIAR A MATERNIDADE ATÉ QUANDO?

P. 14



A PÍLULA É PARA TODAS AS MULHERES?

Não. Há riscos. O tromboembolismo venoso é um exemplo

P. 18



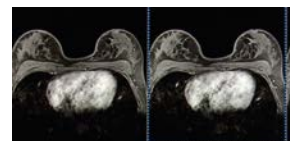
A IMPORTÂNCIA DO CICLO MENSTRUAL

P. 20

À PROCURA DO DIAGNÓSTICO

Três técnicas de imagens detetam cancro da mama

P. 22



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 | Sersilto

Tiragem | 6000 exemplares

Depósito Legal | 340686/12

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

48ª Edição

Periodicidade | Trimestral

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

O IMPACTO DO CANCRO DA MAMA NA FERTILIDADE

P. 24



A MULHER PARA ALÉM DO CANCRO DA MAMA

P. 26

FRAGILIDADES DA MEIA-IDADE

P. 30

O CORAÇÃO DA MULHER DEPOIS DA MENOPAUSA

A doença cardiovascular mata mais mulheres em Portugal do que todos os cancros juntos, incluindo o cancro da mama.

P. 34

COMO QUEBRAR O CICLO DA OBESIDADE?

Não existe o tal comprimido “milagroso”, tal como não basta comer menos e andar mais.

P. 36



MEIO MILÍMETRO PODE MUDAR A SUA VIDA

Acredite. É verdade. Falamos da córnea, a estrutura transparente da parede do globo ocular.

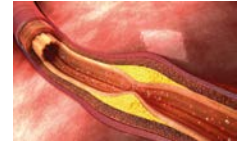
P. 40



COMO PROTEGER AS ARTÉRIAS?

Alterações no LDS e na Lp(a) são dois grandes desafios para o risco de enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral. Hoje há novas ferramentas que ajudam a prevenir.

P.44



QUANDO A CONFUSÃO É O PRIMEIRO SINAL

Hiponatremia, uma alteração frequente que importa reconhecer, a “falta de sal”...

P. 48

A MENOPAUSA TAMBÉM ALTERA O SONO

Alterações no sono são mais uma consequência da menopausa. Há estratégias e soluções.

P.54



OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DOS BIFOSFONATOS NOS MAXILARES

P. 60

SENTE-SE MAIS FORTE?

- Recuperação funcional pode ser medida

P. 62





M u l h e r

Apenas quem pode dizer «não» é capaz de oferecer um «sim» verdadeiro. A liberdade não dissolve o vínculo: liberta-o do domínio e torna possível a reciprocidade. A história da mulher na evolução do amor é inseparável da conquista da liberdade

Antes de alguém pronunciar a palavra «amo-te», a vida já conhecia formas de reconhecimento, proteção e vínculo. A evolução não caminhou em direção ao amor nem tinha um destino traçado: tornou-o possível. O amor humano não é apenas uma herança biológica. É linguagem e memória, desejo e escolha, liberdade e responsabilidade. A natureza ofereceu-nos a possibilidade do vínculo; coube-nos aprender a torná-lo digno.

Falar da mulher nesta história não é atribuir-lhe o dever de amar, cuidar ou gerar. A mulher não existe para completar o homem, servir a família ou encarnar um ideal abstrato de bondade. Existe por si mesma — em corpo, consciência, inteligência, desejo e liberdade. Antes de ser mãe, filha ou companheira, é uma pessoa inteira.

A maternidade pode constituir uma das for-

mas mais profundas de relação humana, mas não define o valor de uma mulher. Há mulheres que desejam ser mães e não o conseguem; outras que podem sê-lo e não o desejam; e há aquelas que adotam, educam, protegem ou encontram noutras formas de entrega o sentido da sua vida. Nenhuma é menos mulher. E nenhuma deve desaparecer sob o peso do cuidado que presta.

Uma sociedade que celebra as mães, mas as abandona à exaustão, à solidão e ao trabalho invisível, não as honra: utiliza-as. Quem cuida também precisa de ser cuidado.

O amor, porém, extravasa a maternidade, o parentesco e até a permanência. Manifesta-se de muitas formas, e talvez poucos gestos revelem tão intensamente as suas possibilidades e os seus limites como o beijo.

Quando duas pessoas se beijam com desejo, liberdade e reciprocidade, os sentidos condensam-se num instante. Os olhos fecham-se não para negar o mundo, mas para habitar uma presença. O ouvido reconhece a respiração; o tato encontra na pele uma linguagem anterior às palavras. Permanecem dois, mas a distância transforma-se em encontro.

Também aqui a mulher é sujeito: da escolha, da entrega, do desejo e da recusa. O consentimento não é uma formalidade exterior ao amor. É o seu fundamento ético. É a fronteira que transforma a aproximação em encontro e impede que o afeto se degrade em domínio ou posse.

A ciência pode descrever os músculos, os nervos e os processos cerebrais envolvidos no desejo e no vínculo. Mas nenhuma imagem cerebral traduz a totalidade de um beijo. Conhecer o mecanismo não esgota o significado.

Nem todo o beijo nasce do desejo. Há o beijo da escolha mútua, o beijo na testa da criança que adormece, o gesto dedicado à mãe, o beijo de consolo oferecido a quem sofre — e o último beijo, inevitável despedida que o amor transforma em memória.



Os beijos mais profundos não dizem: «Pertences-me.» Dizem: «A tua existência importa.»

Durante séculos, muitas sociedades chamaram amor à obediência, proteção ao controlo e virtude ao silêncio. Por isso, a história da mulher na evolução do amor é inseparável da conquista da liberdade. As mulheres resistiram, pensaram, criaram, educaram, trabalharam e transformaram o mundo, mesmo quando lhes era negado o direito de o fazer em seu próprio nome.

Sempre que uma mulher conquistou o direito de aprender, escolher, trabalhar, amar ou partir, a própria ideia de amor tornou-se mais clara. Apenas quem pode dizer «não» é capaz de oferecer um «sim» verdadeiro. A liberdade não dissolve o vínculo: liberta-o do domínio e torna possível a reciprocidade.

Amar uma mulher não é colocá-la num pedestal. A idealização também pode ser uma forma de cegueira, porque substitui a pessoa real por uma imagem construída para satisfazer quem a contempla.

A mulher real reúne inteligência e contradições, coragem e receio, firmeza e fragilidade. Tem o direito de mudar, falhar, recomeçar e não corresponder ao desenho que outros fizeram para ela. Não existe para representar um ideal de beleza, pureza, sacrifício ou disponibilidade permanente.

É também assim que o amor atravessa as gerações. Não transmitimos apenas um genoma. Legamos maneiras de olhar, tocar, escutar, esperar e proteger. Transmitimos medos, silêncios e violências, mas também confiança, liberdade e respeito. Cabe-nos conservar o que merece continuar e interromper aquilo que nunca deveria ter sido repetido.

Na mãe reconhecemos a origem sem lhe roubar o destino. Na mulher idosa não vemos apenas aquilo que o tempo retirou, mas tudo o que nenhuma juventude poderia ainda conter: experiência, perdas, escolhas, reconstruções e memória. Ela não é somente teste-

munho do passado. Continua a ser presença, desejo, consciência e liberdade.

Na mulher que amo não procuro um símbolo. Não a amo por representar o seu sexo — nenhuma pessoa existe para ser alegoria. Amo-a pela sua singularidade, pela sua inteligência, pela forma como reúne força e fragilidade e pela liberdade que lhe pertence de maneira inalienável. Há no seu olhar a luz de quem atravessou o tempo sem renunciar à procura de sentido.

A sua liberdade não diminui o amor: é aquilo que o torna verdadeiro. Amar não é apropriar-se dessa luz nem projetar sobre alguém uma claridade tão intensa que lhe apague as sombras. A luz que verdadeiramente revela não ofusca. Respeita os contornos, a profundidade e o mistério do outro.

Amar é permanecer próximo sem invadir. É cuidar sem diminuir. É procurar conhecer e aceitar que nenhuma pessoa pode ser inteiramente decifrada. O amor verdadeiro não elimina a distância entre duas consciências: torna-a habitável.

A evolução tornou o amor possível. Torná-lo digno é uma tarefa humana. E, se a mulher ocupa um lugar central nesta travessia, não é porque a natureza a tenha destinado a amar mais ou a sofrer em silêncio. É porque a sua voz, a sua experiência e a sua liberdade nos revelaram uma verdade essencial: não existe amor sem reciprocidade, reconhecimento e respeito.

A luz mais humana não é a que brilha para ser admirada. É a que nos permite ver a outra pessoa — inteira, livre e insubstituível.

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

A VIDA SECRETA DAS IRMÃS DO PEITO – DA VAIDADE AO SOBRESSALTO



Nem todos os sinais são tragédia, mas todos merecem escuta. O corpo fala em murmúrios antes de gritar... cabe-nos a delicadeza de o ouvir... As mamas devem ser beleza e vida...não dor e morte!

Chamavam-lhes, desde sempre, irmãs. Não por terem o mesmo apelido, mas por terem nascido juntas, viverem juntas, simétricas e discretas, sobre o mesmo peito e cobertas pela mesma pele, respirando a cadência de um corpo que crescia antes de saber explicar-se. A direita era mais expansiva, talvez por se deixar notar primeiro; a esquerda, mais recolhida, guardava dentro de si uma espécie de

silêncio antigo. Eram gémeas, sim, mas nunca iguais. Cada uma aprenderia, à sua maneira, que o corpo humano é uma casa onde a alegria e o medo, a beleza e a dor, a fragilidade e a resistência se sentam muitas vezes à mesma mesa.

Na infância quase não existiam. Eram apenas promessa, planície suave sob a camisola,

território sem sobressalto. Depois veio a puberdade, esse mundo novo onde tudo acontece sem pedir licença. Primeiro, um peso leve. Depois, um botão doloroso, uma tensão inesperada, uma saliência que parecia crescer durante a noite. Olharam-se, perplexas, como quem descobre um espelho que deixou de devolver a imagem de ontem. A direita perguntava se aquilo era normal. A esquerda, que sentia mais fundo, respondia sem certeza: talvez crescer fosse precisamente isto, doer um pouco sem estar doente, mudar sem compreender inteiramente a mudança.

A primeira vez que lhes colocaram um soutien foi uma pequena cerimónia de passagem e, ao mesmo tempo, uma prisão inaugural. O tecido abraçou-as com demasiada firmeza; as alças puxaram, o aro insinuou-se, o calor acumulou-se sob a roupa. Sentiram-se guardadas, mas também contidas. Havia nesse amparo uma estranha claustrofobia, como se alguém tivesse decidido que o crescimento precisava de grades delicadas. E, no entanto, com os anos, aprenderam que nem todas as prisões são iguais: algumas apertam, outras sustentam; algumas limitam, outras protegem. Ainda não o sabiam. Nessa altura, apenas queriam respirar.

Depois chegou a vaidade, não como pecado, mas como reconhecimento luminoso de si. Vieram os primeiros biquínis, a pele tocada pelo sol, a água a desenhar-lhes o contorno, o espanto íntimo de se perceberem vistas. O que o amplo decote deixava antever era menos provocação do que afirmação: estavam ali, vivas, pertencentes a um corpo que aprendia a gostar de si. Havia dias em que se sentiam belas, redondas, firmes; havia outros em que se escondiam, incomodadas pelo olhar alheio, por uma palavra menos feliz, por uma comparação injusta. A adolescência ensinou-lhes que a beleza, quando nasce no corpo, precisa ainda de tempo para encontrar abrigo na alma.

Com o ciclo menstrual veio uma linguagem mais sombria. A tensão instalava-se nos dias anteriores à menstruação, como uma maré a encher por dentro. A esquerda sofria mais: tornava-se sensível, dura, quase ofendida pelo

simples roçar da camisola. Pedia distância. Não queria dedos, abraços bruscos, movimentos repentinos. A direita também se queixava, mas com menor severidade, tentando consolar a irmã. Sabiam que a dor tinha calendário, que antes de cada menstruação chegava aquela espécie de tempestade hormonal, e que depois viria o alívio: a pele menos tensa, o peso a diminuir, a paz a regressar devagar. A dor mamária cíclica é frequente e muitas vezes acompanha as variações hormonais, podendo aliviar após a menstruação.

Um dia, sentiram pela primeira vez a sonda de uma ecografia. Havia um gel aquecido, uma luz branca, uma mão enluvada e competente e uma máquina capaz de traduzir o interior em sombras no ecrã. A sonda deslizou sobre elas com uma intimidade que não tinham autorizado. A esquerda encolheu-se por dentro. A direita tentou manter a dignidade. Ouviram falar de microquistos, pequenas bolsas líquidas, discretas, sem a solenidade terrível das palavras que assustam. Elas já suspeitavam da existência desses pequenos segredos, porque sentiam granulações, zonas sensíveis, um mapa íntimo que mudava com o ciclo. Ainda assim, saber é diferente de pressentir. Saíram dali mais instruídas, mas também mais conscientes da sua vulnerabilidade.

Mais tarde, a gravidez transformou-as num território de abundância. Cresceram, tornaram-se quentes, pesadas, atravessadas por veias mais visíveis, como rios azuis sob a pele. A aréola escureceu, o mamilo ganhou presença, e dentro delas começaram a abrir-se caminhos antigos: canais, lóbulos, pequenas oficinas silenciosas onde o leite se produzia. Quando as primeiras gotas chegaram aos poros do mamilo, sentiram que o corpo tinha inventado uma forma líquida de ternura. Mas a ternura, por vezes, vinha acompanhada de desconforto. Os dedos que procuravam verificar, espremer, ajudar, pareciam-lhes intrusos. Havia pudor, havia dor, havia uma exposição que nenhuma preparação conseguira antecipar.

Depois nasceu o filho. E com ele veio a sucção, esse gesto inaugural que nenhuma palavra descreve por inteiro. Era força e dependência,

urgência e repouso, fome e vínculo. O recém-nascido agarrava-se como quem reconhece o seu primeiro porto de abrigo. As duas irmãs, que se julgavam apenas forma, descobriram-se alimento. A direita, mais impaciente, queixava-se de dor, de calor, de uma pressão ardente que parecia anunciar inflamação. A esquerda sentia o mesmo, mas calava-se, talvez por fidelidade, talvez por orgulho. Quando ficavam demasiado cheias, crescia nelas uma ansiedade quase animal porque, embora sabendo que o alívio viria, antes dele chegaria o martírio: a prensão difícil da aréola, a sucção intensa, a pele sensível e dorida, o medo de falhar. O esvaziamento era uma bênção: o leite a sair, a tensão a ceder, o corpo a respirar novamente. Na amamentação, a acumulação de leite e o bloqueio dos canais podem contribuir para inflamação e dor, e sinais como calor, vermelhidão ou mal-estar merecem avaliação.

O tempo, com a sua sabedoria sem pressa, devolveu-lhes alguma serenidade. A amamentação terminou, a urgência passou, o quotidiano retomou o seu compasso. Mas elas já não eram as mesmas. Estavam maiores, mais flácidas, um pouco mais descaídas, marcadas pela generosidade da função cumprida. As mudanças não eram derrotas, eram vestígios.

O corpo raramente atravessa uma missão sem deixar no caminho algum sinal da travessia. Os soutiens, antes sentidos como cárcere, tornaram-se aliados. E quando vinha o ginásio, com o impacto dos passos e o balanço dos movimentos, recebiam com gratidão os soutiens de contenção, quase uma condecoração prática atribuída às veteranas de uma guerra íntima.

Foi então, num dia aparentemente igual aos outros, que a esquerda segredou à direita: “Sinto um bicho pequenino dentro de mim.” Não se mexia. Não tinha patas, nem olhos, nem voz. Mas corroía. Não fazia ruído, e talvez por isso fosse mais inquietante. A esquerda pressentia-o como se dentro dela alguém roesse a sua matéria, disputando espaço ao que sempre lhe pertencera. A direita gelou. Entre irmãs, há medos que passam sem precisar de palavras.

Vieram exames. A mamografia apertou-as entre dois tabuleiros frios, comprimindo a carne até quase lhe retirar a memória da sua forma. A esquerda sentiu-se esmagada; a direita, embora nada tivesse, sofreu por solidariedade. Depois veio a agulha. Picou com a fineza de quem sabe o que procura. Penetrou o lugar suspeito, alcançou o bicho e



retirou pequenos cilindros de tecido, fragmentos de verdade destinados ao olhar minucioso de quem sabe ler as células. O tempo de espera foi talvez o mais longo: não o tempo dos relógios, mas o tempo interior, aquele que se mede em hipóteses, em noites mal dormidas, em frases que começam por “e se...”.

Quando chegou a cirurgia, a esquerda compreendeu que havia dores necessárias. Sentiu o corte junto à aréola, a lâmina a abrir passagem, o corpo a ser tratado com a violência necessária que por vezes é exigida para o salvar. Chorou lágrimas de sangue. A faca cortou, cortou, cortou, não por crueldade, mas por determinação. Era preciso retirar o bicho por inteiro, não lhe deixar refúgio, não consentir que permanecesse onde não devia estar. Depois vieram os pontos, a linha, a agulha, a cauterização dos vasos que desde sempre a alimentavam. A esquerda chorou. A direita permaneceu apavorada, perguntando em silêncio se um dia lhe aconteceria o mesmo.

Mas não aconteceu. A esquerda cicatrizou. O bicho não voltou. Nos anos seguintes, deixou-se observar como quem aceita uma vigilância amorosa, ainda que incómoda. Foi palpada, comprimida, estudada por ecografias, mamografias e ressonâncias sucessivas. Já não se indignava com o gel da ecografia, nem com os tabuleiros da mamografia, muito menos com a imobilização forçada e o batuque cósmico da ressonância, nem, tão pouco, com a mão clínica da sua médica que procurava certezas. Queria apenas viver. Viver sem novos bichos, sem novas lâminas, sem a sombra de uma palavra maior do que a esperança. A vigilância tornou-se rotina; a rotina, por sua vez, transformou-se numa forma de paz!

Um dia disseram-lhe que estava bem. Igual à irmã, não na forma absoluta porque nenhuma das duas alguma vez fora verdadeiramente igual, mas na dignidade de quem pode seguir sem sofrimento. Continuará a ser vigiada, como devem ser vigiadas as histórias que já conheceram sobressalto. Mas deixaria de

viver sob ameaça. Tudo terminara, ou pelo menos terminara o medo que lhe ocupava as manhãs.

O tumor que habitara o seu interior ainda não era invasivo. Poderia, talvez, se o tempo e a biologia tivessem conspirado de outro modo, ter adquirido caminhos mais perigosos. Mas foi encontrado, compreendido e retirado antes que a ameaça se transformasse em realidade. E esta é, talvez, a grande lição que as duas irmãs guardaram: nem todos os sinais são tragédia, mas todos merecem escuta. O corpo fala em murmúrios antes de gritar... cabe-nos a delicadeza de o ouvir...

A esquerda voltou a ser feliz. A direita também. Voltaram os biquínis coloridos, mais pequenos do que a prudência recomendaria e exatamente do tamanho que a alegria permitia. Voltou o sol, voltou a água, voltou essa vaidade limpa de quem já atravessou o medo e, ainda assim, escolhe mostrar-se ao mundo. Nunca mais sentiram bichos a crescer por dentro. Nunca mais esqueceram, porém, que a vida se protege também com vigilância, com exames, com confiança nos profissionais e com coragem para verbalizar o que se sente, sem receio da própria vulnerabilidade.

Hoje, quando se olham, as duas irmãs sabem que não são apenas mamas.

São memória, beleza, alimento, desejo, dor, alarme, cicatriz e renascimento. São guerreiras, são vaidade. São parte de uma história feminina que não cabe em silêncio. E, se pudessem deixar uma mensagem a quem as lê, talvez dissessem apenas isto: cuidem de nós sem medo e sem vergonha. Observem-nos, conheçam-nos, procurem ajuda quando algo mudar. Porque no cuidado existe uma forma profunda de amor. E, por vezes, é esse amor atento que salva a tranquilidade, a beleza e a vida.

As mamas devem ser beleza e vida...não dor e morte!

Margarida Figueiredo Dias
(Médica Ginecologista; OM n.º 30672)

ADIAR A MATERNIDADE ATÉ QUANDO?

Só damos pela falta quando não temos, na fertilidade também é assim. A reserva ovárica ou a qualidade dos gâmetas são assuntos que passam a ser sérios quando se tem de falar disto, sem espontaneidade, sem conseguir fazer acontecer. Mas também há o tempo e a vida que passa e quando damos conta temos 50 anos. E agora? O que devia ter feito que não fiz?

É comum ouvir dizer que “a nossa fertilidade é tão efémera”, mas se assim é, o que poderemos fazer para cuidar dela? A fertilidade é um assunto que habitualmente só chega às pessoas quando querem ter um filho e não conseguem mas, muito antes disso, é importante divulgar, esclarecer e educar para que se consiga manter uma boa saúde reprodutiva.

É muito importante que, desde idades jovens, sejam adotados hábitos de vida saudáveis: Não fumar, evitar bebidas alcoólicas ou drogas, ter uma alimentação saudável e praticar exercício físico. O tabaco, o álcool, as drogas e a vida sedentária aumentam o *stress* oxidativo celular com impacto direto na qualidade dos gâmetas (óvulos e espermatozoides).

Nas mulheres é evidente uma baixa precoce da reserva ovárica e nos homens há aumento da fragmentação do DNA do espermático responsáveis por dificuldades em engravidar ou por abortamentos de repetição. A obesidade ou o baixo peso provocam alterações hormonais e metabólicas que contribuem para a infertilidade. Também o uso de preservativo deve ser incentivado prevenindo as DSTs.

Os profissionais de saúde podem orientar para a avaliação precoce de risco de infertilidade. Nas mulheres, a presença de dores menstruais intensas, antecedentes de cirurgias abdominal ou pélvica e alterações acentuadas do peso devem ser avaliadas em consulta de especialidade, mesmo antes de tentarem engravidar.

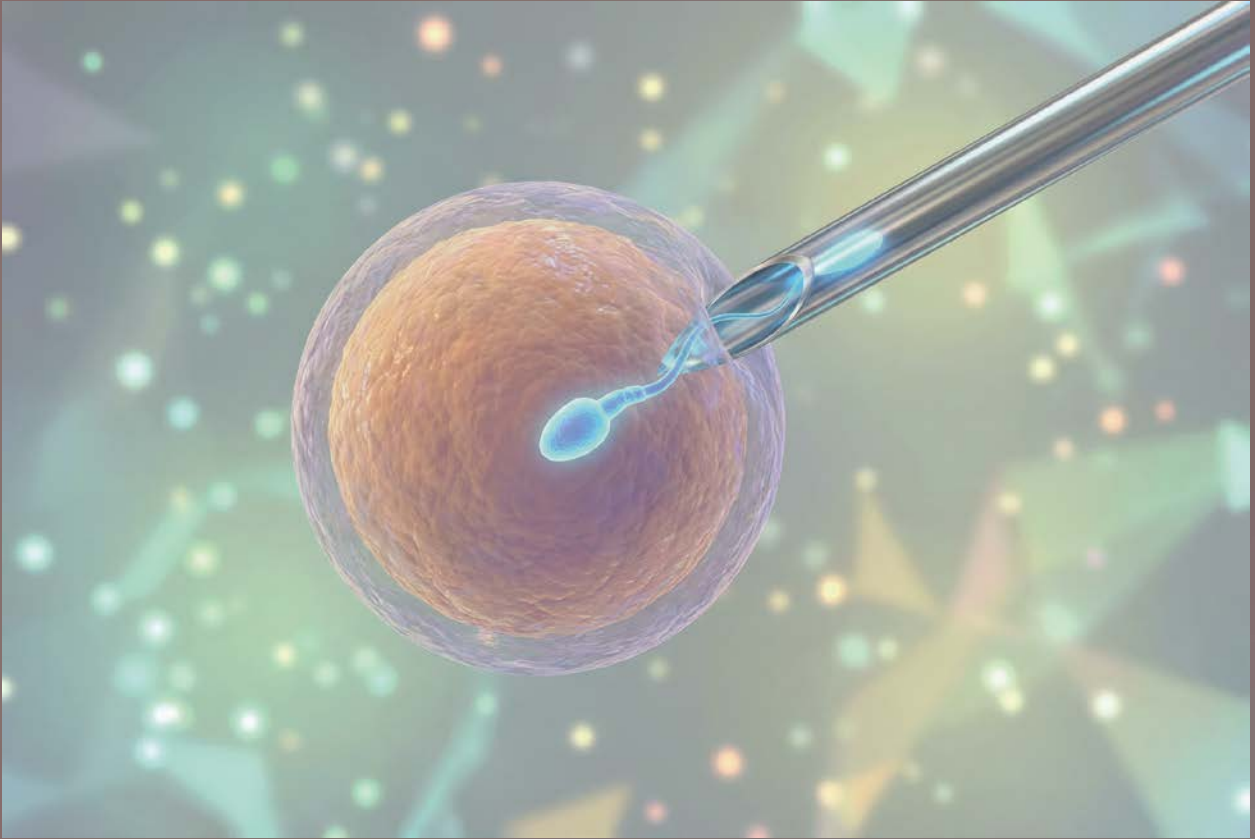
Nas mulheres que desejam avaliar o seu estado reprodutivo, a realização de uma ecografia endovaginal por médico especialista e a recolha de sangue para a análise da Hormona anti-mulleriana (HAM) podem ajudar ao aconselhamento adequado. Nos homens, a realização de um espermograma é um teste simples de avaliação da fertilidade.

Há várias causas de infertilidade mas a idade é o fator de maior peso e adiar a maternidade por questões profissionais e sociais é uma realidade cada vez mais comum. Há riscos e limitações. Os desafios biológicos começam com a queda da fertilidade. A quantidade e a qualidade dos óvulos vai diminuindo ao longo da vida, de forma mais acentuada a partir dos 35 anos, mas tem uma queda abrupta depois dos 40 anos. O limite biológico natural pode ser contornado com tratamentos.

Se a mulher pretende adiar a maternidade é possível guardar o seu potencial reprodutivo para tentar uma gravidez mais tarde, com a criopreservação de ovócitos. Congelando em idades mais jovens, em que os ovócitos são de melhor qualidade, as probabilidades de sucesso no futuro, são maiores.

Neste caso, a mulher é submetida a estimulação ovárica, período em que deve fazer monitorização ecográfica do crescimento folicular e depois a punção dos folículos por via vaginal e sob sedação. Os ovócitos obtidos nessa punção são avaliados em laboratório e os maduros são vitrificados (congelamento rápida a -196°C).

Na altura da sua utilização é necessário recorrer a técnicas de PMA (Procriação Medica-



mente Assistida) para que sejam fecundados em laboratório pelos espermatozoides e o embrião obtido será colocado dentro do útero. Os embriões excedentários serão criopreservados. Esta técnica não garante uma gravidez, mas aumenta muito a sua possibilidade, quando a mulher pretende engravidar com os seus próprios ovócitos em idade mais tardia que, pela lei portuguesa poderá ser até aos 50 anos. No dia em que a mulher faz 50 anos, a legislação portuguesa não permite a realização de tratamentos de fertilidade, com recurso a técnicas de PMA.

Esta técnica de criopreservação dos ovócitos é muito importante e deve ter uma indicação médica, nos casos em que a mulher é portadora de alguma doença que aumente o risco de baixar a reserva folicular ovárica, como por exemplo a endometriose, doenças autoimunes e em algumas situações genéticas.

Nos doentes com cancro, que vão ser submetidos a quimioterapia, é obrigatório oferecer a criopreservação de gâmetas (ovócitos ou espermatozoides) ou de tecido ovárico (em situações mais específicas), antes do primeiro

ciclo de tratamento em que são usados fármacos com toxicidade sobre as células reprodutoras. O cancro surge em idades cada vez mais jovens e muitos doentes ainda não cumpriram o seu projeto de parentalidade. Os tratamentos oncológicos são cada vez mais eficazes com taxas de sobrevida ao fim de 10 anos de cerca de 85% nos doentes com menos de 45 anos. A possibilidade de poderem guardar o seu potencial reprodutivo permite-lhes uma perspectiva de normalidade, que é uma forte vertente na melhoria da qualidade de vida..

Preservar a fertilidade é já comum na prática clínica trazendo vantagens psicológicas e esperança no futuro para que estas mulheres possam adiar a maternidade.

Ana Peixoto

(Médica Ginecologista e especialista em Infertilidade e Medicina da Reprodução; OM n.º 29458)

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR - Gabriel Anacleto; Luís Antunes; Vânia Constâncio

CARDIOLOGIA - Nádía Moreira

CIRURGIA GERAL - Carlos Eduardo Costa Almeida; Cristina Camacho; 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; Esmeralda Costa; 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; 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

A PÍLULA É PARA TODAS AS MULHERES?

Não. Há riscos. O tromboembolismo venoso é um exemplo. A dosagem e o tipo de estrogénio e progestativo têm um impacto direto. Não significa que os anticoncecionais sejam inseguros, mas é preciso avaliar risco e benefícios.



A pílula ou os métodos hormonais de contraceção representaram uma revolução na vida da mulher. A história dos anos 60 não pode ser desassociada deste novo método hormonal de contraceção e, hoje, estima-se que mais de 40% das mulheres em idade fértil recorre à chamada pílula.

A introdução dos anticoncecionais orais teve lugar nos Estados Unidos em 1960, e marcou uma revolução na saúde reprodutiva. Tradicionalmente, estes medicamentos contêm 2 componentes hormonais: um estrogénio e um progestativo, embora atualmente existam anticoncecionais apenas com progestativos. É

também importante sublinhar que a dose de componentes hormonais - inicialmente usada - era muito mais elevada do que as que atualmente se encontram nestes medicamentos.

Apesar da grande mudança na saúde reprodutiva, não deveremos negligenciar os riscos e o tromboembolismo venoso (TVE) é um deles. Falamos de uma doença grave causada pela formação de um coágulo de sangue no interior de uma veia, seja nas veias profundas do corpo (principalmente no membro inferior), seja no pulmão, resultando numa embolia pulmonar. São estes os 2 eventos mais comuns.

A dosagem e o tipo de estrogénio e progestativo têm impacto neste risco. Mas o TVE atinge um número importante de pessoas todos os anos e os anticoncecionais aumentam o risco de trombo-embolismo venoso (e também o arterial), através de inúmeros mecanismos, sendo o componente estrogénico o mais importante responsável por este risco. As pílulas de “nova geração” ou os anticoncecionais que apenas contêm progestativos são aqueles que apresentam mais baixo risco de estar associados a um episódio de TEV.

Um trabalho de 2013 - que reuniu 3110 publicações - estabeleceu um risco de 3,5 vezes maior de ter um episódio de trombo-embolismo venoso para mulheres que tomem anticoncecionais, em relação àquelas que não tomam - mas isto envolve todos os tipos de anticoncecionais e de mulheres com vários tipos de risco adicional.

A maioria dos episódios de trombo-embolismo venoso ocorre nos 3 primeiros meses de toma. O risco diminuiu para além deste período. No entanto, é também importante dizer que estes são medicamentos bastante seguros e que, na grande maioria dos casos, o seu risco é suplantado em muito pelos seus benefícios. Existem ainda muitos casos em que a prescrição de anticoncecionais tem outros objetivos para além da anticoncepção.

O seu médico prescritor está devidamente capacitado para avaliar todos estes fatores e de prescrever o anticoncecional mais adequado (ou até aconselhar-lhe outro método).

No entanto, para além da toma de anticoncecionais orais há muitos outros fatores de risco que aumentam a possibilidade de ter tromboembolismo venoso. Assim, dentro das mulheres que podem tomar anticoncecionais, existem algumas que estão em maior risco de ter episódios de tromboembolismo venoso.

Estes fatores são:

Idade – O risco de TEV é maior para mulheres com mais idade que tomem um anticoncecional (3,1 para mulheres com menos de 30 anos vs 5.8 para mulheres entre 40 e 50 anos, num estudo);

Obesidade – Risco importante se o Índice de Massa Corporal é maior do que 30 Kg/m²;

Tabagismo

Imobilidade, hospitalização

Cancro

Há ainda um outro fator de risco importante para as pessoas que têm trombofilia (uma predisposição herdada/familiar para ter eventos trombóticos) – existem muitos tipos de trombofilia, que podem causar vários graus de risco de ter uma trombose venosa/embolia pulmonar/trombose arterial.

Nas mulheres que já tiveram um episódio de trombo-embolismo venoso o uso de um anticoncecional é, à partida, contraindicado. Nas que tomam um hipocoagulante a toma de anticoncecionais pode ser considerada. De qualquer forma, estes casos devem ser decididos de forma individualizada, após ponderar riscos e benefícios.

Gabriel Anacleto

(Médico, com a especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular; OM n.º 33435)

A IMPORTÂNCIA DO CICLO MENSTRUAL

Um ciclo menstrual espontâneo e regular significa que os sistemas endócrino, metabólico e cardiovascular estão a funcionar em harmonia, enquanto as irregularidades do ciclo são, muitas vezes, sinais precoces de desequilíbrios...



O ciclo menstrual é um processo complexo, orquestrado por múltiplas interações entre hormonas, células e tecidos corporais na mulher. A sua relevância no contexto da avaliação geral da saúde tem vindo a posicioná-lo como o “5º sinal vital”, juntamente com a pressão arterial, pulso, frequência respiratória e temperatura corporal.

De facto, a presença de um ciclo menstrual espontâneo e regular significa que os sistemas endócrino, metabólico e cardiovascular estão a funcionar em harmonia, enquanto as irregularidades do ciclo são, muitas vezes, sinais precoces de desequilíbrios ou condições sistémicas subjacentes, como a síndrome do ovário poliquístico, recentemente reclassi-

ficada como “síndrome ovárico metabólico poliendócrino”, salientando a sua importância na saúde em geral e não apenas reprodutiva. Também as disfunções da tiroide, como o hipo ou hipertireoidismo, podem manifestar-se por alterações do ciclo menstrual.

Por outro lado, a insuficiência ovárica prematura, condição diagnosticada frequentemente em contexto de infertilidade feminina, pode manifestar-se precocemente por encurtamento do ciclo menstrual e, no limite, irá conduzir à menopausa numa idade inferior à média (51-52 anos), com repercussões sobre a saúde cardiovascular, óssea e cognitiva da mulher.

Também o stress crónico, a má nutrição e o excesso de exercício podem interromper este processo biológico, prejudicando da mesma forma a saúde da mulher.

Os estrogénios e a progesterona são as hormonas fundamentais do ciclo menstrual e são produzidas de forma cíclica e sincronizada pelo ovário. As suas funções, para além de transformarem mensalmente o útero para a possibilidade de uma gravidez, vão estender-se a múltiplos sistemas, interferindo em funções do organismo tão importantes como o sono, humor, apetite e libido. Além disso, os estrógenos regulam os níveis de produção hepática de colesterol e promovem a elasticidade dos vasos sanguíneos, o que explica o aumento do risco cardiovascular da mulher após a entrada na menopausa.

Assim, a perda ou diminuição da fertilidade, muitas vezes associada a alterações do ciclo menstrual, deve ser encarada não só como um fenómeno reprodutivo, mas como um sinal mais abrangente que deve merecer atenção no contexto da saúde feminina em geral. Também o desequilíbrio entre estas duas hormonas, que surge sobretudo nos últimos anos da vida reprodutiva, em que a ocorrência de ciclos anovulatórios é mais frequente, pode conduzir ao aparecimento de patologia ginecológica como pólipos, hiperplasia endo-

metrial e fibromiomas, que são muitas vezes responsáveis por menstruações abundantes e anemia.

A menopausa marca a cessação do ciclo menstrual e a consequente perda da fertilidade. Consequentemente, assinala também o início de um período (cerca de 1/3) da vida da mulher, marcado pelos efeitos associados à perda das duas principais hormonas femininas, o estradiol e a progesterona. Esses efeitos manifestam-se em vários órgãos e sistemas vitais para a saúde feminina e podem ser minorizados mediante o estabelecimento de terapêuticas adequadas, hormonais ou não, que se adaptem ao perfil de cada mulher.

Sintetizando, a promoção da saúde na mulher deve focar-se também na vigilância do ciclo menstrual como medida de proteção. Qualquer desregulação justifica uma consulta de diagnóstico e, se for caso disso, um tratamento precoce, para prevenção de outros problemas futuros. A entrada na menopausa, apesar de ser um fenómeno natural, pode ter repercussões importantes sobre a saúde e o bem-estar, e dispomos hoje de terapêuticas que podemos utilizar com segurança nesta fase da vida da mulher.

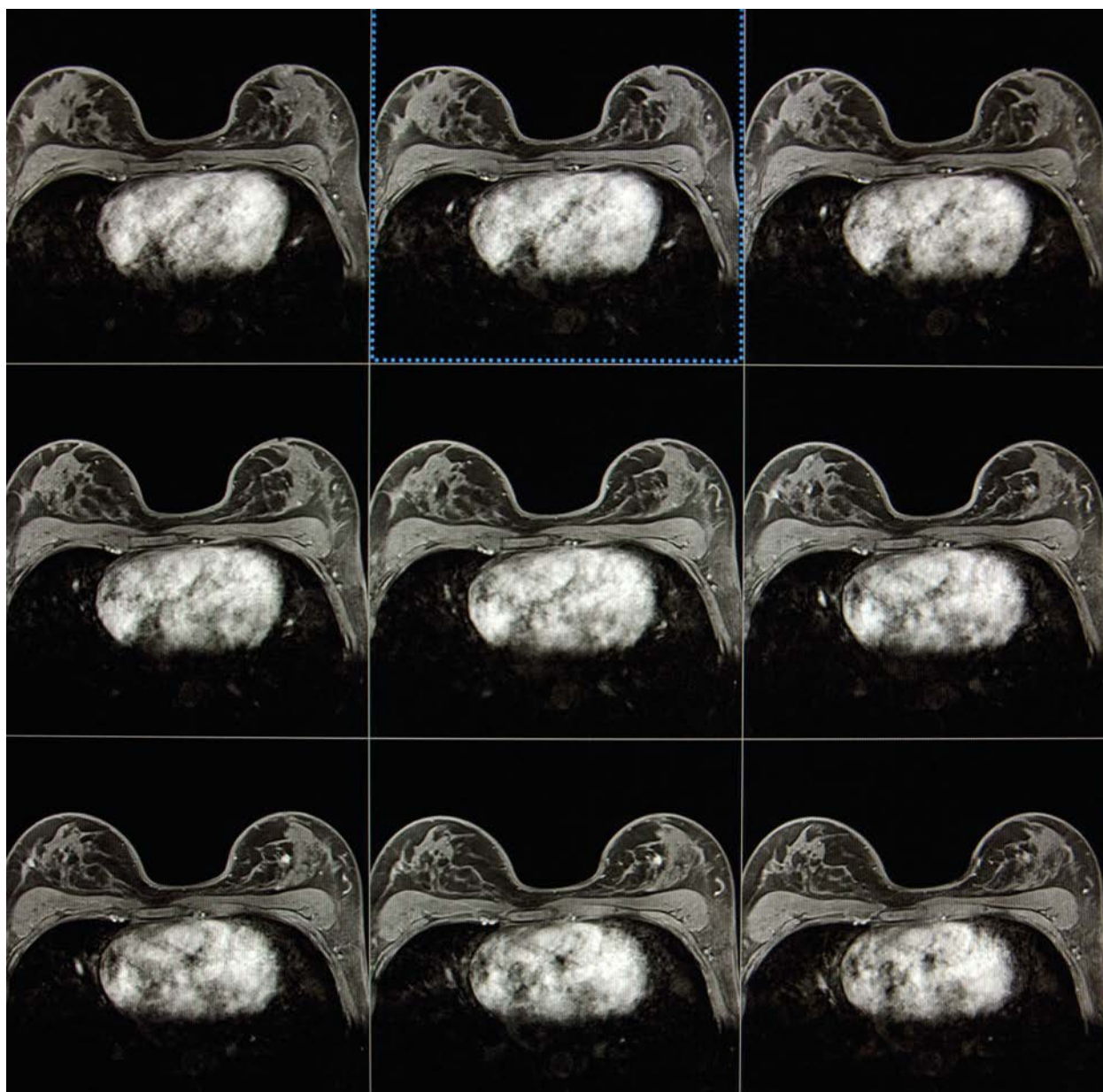
Andreia Leitão Marques

(Médica ginecologista-obstetra; OM n.º 40269)

Três técnicas de imagens detetam cancro da mama

À PROCURA DO DIAGNÓSTICO

Já que não é possível uma prevenção primária do cancro da mama há que tentar detetá-lo de forma precoce, antes de haver qualquer sintoma da doença. As imagens são fundamentais na deteção de alterações



Mamografia, ecografia mamária e ressonância magnética (RM) usam diferentes princípios na aquisição de imagem (Raios X; ultrasons e campo magnético), mas todas se complementam na abordagem mamária.

A mamografia é o exame mais conhecido e o único que está reconhecido para rastreio de grandes populações. Em Portugal, este rastreio é feito na maioria do território organizado pela Liga Portuguesa contra o Cancro, através de unidades móveis (equipadas com mamógrafo), que levam este exame até próximo das mulheres. Permite detetar lesões de reduzidas dimensões, muitas vezes de poucos milímetros. No entanto, tem algumas limitações que se prendem - por um lado - com o uso de radiação X, pelo que se desaconselha o seu uso em mulheres jovens e, por outro lado, a densidade mamária. Algumas mulheres têm mamas mais densas que podem ocultar pequenos tumores. Aqui a Tomossíntese ou mamografia 3D (que mostra muitos planos diferentes da mama em vez de um só) e a inteligência artificial podem dar alguma ajuda.

A ecografia não utiliza radiação ionizante, é por isso o principal exame de abordagem da mulher jovem. É também um excelente complemento da mamografia nas mamas densas e na caracterização de lesões observadas na mamografia. Mas a ecografia não substitui a mamografia. Na maioria dos casos é da avaliação conjunta destes exames que se consegue uma avaliação mais completa.

A RM (geralmente feita com contraste) é de extrema importância em algumas situações específicas, como no estadiamento de cancros, na avaliação da resposta a tratamentos, no estudo de próteses e no rastreio de mulheres com alto risco de cancro da mama. Não deve contudo ser usada indiscriminadamente já que, apesar de ter uma sensibilidade alta na deteção de cancro, assinala muitas vezes alterações que não são patológicas.

Há que ter em conta que o rastreio de cancro da mama é dirigido a mulheres sem qualquer sintoma. Se existe alguma queixa, a mulher

deverá ser encaminhada para fazer exames de diagnóstico. A escolha de cada exame depende de vários fatores como a idade, os sintomas, resultados de exames anteriores e do risco individual de cada doente. E os exames têm de ser integrados no contexto clínico.

Sempre que uma lesão é detetada num destes exames e as suas características o impõem, será necessário fazer uma biopsia para confirmar o diagnóstico. Mais uma vez, a imagem é fundamental para orientar a colheita, sempre que possível através de ecografia, que permite de forma muito mais cómoda para a doente, a obtenção em tempo real do material suspeito.

A qualidade do diagnóstico depende da escolha adequada dos exames e o seu resultado deverá sempre ser integrado com a clínica e o resultado da anatomia patológica. Mas o papel da radiologia não se fica pelo diagnóstico. Uma vez que a maioria das lesões operadas não se palpam, há que guiar o cirurgião na excisão das lesões. Será preciso colocar um marcador na lesão: arpão (pequeno gancho metálico) ou semente, que através de diferentes processos (ondas de radar, radiofrequência ou magnéticas) é identificada na sala de operações, conduzindo o cirurgião ao alvo. E, por fim, radiografa-se a peça operatória para confirmar a excisão.

Em Portugal o cancro da mama é o cancro mais frequente entre as mulheres. Já que não é possível uma prevenção primária do cancro da mama, há que tentar detetá-lo de forma precoce, antes de haver qualquer sintoma da doença, de modo a permitir um tratamento mais favorável com melhor sobrevida e com melhor qualidade de vida para a mulher.

Manuela Gonçalo
(Médica, Radiologista; OM n.º 29736)

O IMPACTO DO CANCRO DA MAMA NA FERTILIDADE

A doença oncológica pode constituir um motivo para adiar a maternidade, mas já não constitui um impedimento para concretizar este sonho. A preservação da fertilidade é um tema obrigatório



O cancro da mama é a neoplasia maligna mais prevalente na mulher em todo o mundo, com uma incidência crescente em mulheres jovens na pré-menopausa.

Os tratamentos utilizados no cancro da mama resultam frequentemente em diminuição da reserva ovárica, insuficiência ovárica prematura e amenorreia (ausência de menstruação em mulheres em idade fértil) relacionada com o tratamento. De entre estes, a quimioterapia é a terapêutica mais agressiva, podendo causar danos diretos nos ovócitos e esgotar a reserva ovárica.

Os tratamentos hormonais, frequentemente indicados por 5 a 10 anos em tumores com recetores hormonais positivos, exigem que a gravidez seja adiada. Como estes fármacos podem ter efeitos teratogénicos (provocar malformações congénitas, defeitos funcionais ou do desenvolvimento embrionário ou fetal), a ideia de uma eventual gestação precisa de ser protelada até ao término ou interrupção segura do tratamento, sempre sob orientação médica. A radioterapia e a terapêutica imunológica também podem representar riscos para a saúde reprodutiva.

A preservação da fertilidade é, portanto, tema obrigatório na abordagem do cancro da mama nas mulheres em idade fértil. É fundamental conhecer os desejos reprodutivos de cada mulher e fornecer informações adequadas sobre as várias opções existentes. As técnicas atualmente disponíveis incluem a criopreservação de ovócitos (a mais utilizada), de tecido ovárico ou de embriões, e ainda a indução farmacológica de uma menopausa temporária. Apesar destas alternativas, ainda existem muitas barreiras à sua utilização, das quais destacamos a falta de informação e orientação, adequadas e em tempo útil, para um centro de Preservação da Fertilidade.

É importante referir que em Portugal todos os serviços públicos de Medicina da Reprodução têm uma rede de referenciação bem definida e dão resposta rápida e atempada a todos os doentes oncológicos que possam e queiram preservar a sua fertilidade.

Importa ainda salientar que os avanços mais recentes em medicina reprodutiva permitem avançar com a estimulação ovárica em qualquer fase do ciclo da mulher, para não atrasar o início do tratamento oncológico. Por outro lado, os protocolos atualmente utilizados impedem a elevação dos níveis hormonais para valores suprafisiológicos durante o crescimento dos folículos, o que torna este procedimento seguro nas mulheres com tumores hormonodependentes. Por último, a criopreservação de ovócitos deixou de ser considerada uma técnica experimental desde 2012, sobretudo devido à vitrificação, uma técnica de congelação ultrarrápida que evita a formação de cristais de gelo no interior do ovócito. Atualmente as taxas de gravidez com ovócitos congelados são comparáveis às obtidas com ovócitos frescos.

Em suma, existem atualmente técnicas de preservação da fertilidade nas doentes oncológicas que são comprovadamente eficazes, seguras e de acesso fácil e rápido. Para tal, estas têm de ser sistematicamente equacionadas na orientação global destas doentes, como forma de cumprimento das normas de uma boa prática médica, mas também ética, deontológica e jurídica. Isto numa abordagem que deve ser sempre multidisciplinar e centrada na doente, procurando reconhecer as particularidades de cada uma, nas várias dimensões a considerar, de modo a dar a melhor resposta às suas necessidades. A doença oncológica pode constituir mais um motivo para adiar a maternidade, mas já não constitui um impedimento para concretizar este sonho.

Margarida Silvestre
(Médica ginecologista-obstetra;
OM n.º 33220)

A MULHER PARA ALÉM DO CANCRO DA MAMA

O diagnóstico de cancro da mama não afeta apenas um órgão, interfere em toda a realidade identitária da mulher e pode ter consequências na forma como ela se relaciona consigo própria e com os outros

Falar em cancro da mama faz-nos frequentemente centrar a nossa atenção nos tratamentos, nas cirurgias e nas estatísticas de sobrevivência. Contudo, entender como o cancro da mama afeta a saúde mental da mulher é também fundamental para um cuidado completo, tendo em consideração não só o corpo, mas também a mente e procurando estratégias que promovam o bem-estar emocional.

Será fundamental definir atuações que se centrem no tratamento da doença física, mas que permitam também ajudar a mulher a lidar com a transformação psicológica que esta experiência pode provocar. O diagnóstico de cancro da mama não afeta apenas um órgão, interfere em toda a realidade identitária da mulher e pode ter consequências na forma como ela se relaciona consigo própria e com os outros.

A notícia de um diagnóstico de cancro da mama gera, habitualmente, momentos de sofrimento psicológico intenso, muito relacionados com o medo de morrer e com a possibilidade de ter de lidar com tratamentos dolorosos e desgastantes. Depois dos tratamentos, é muitas vezes referido o medo permanente da recidiva, mantendo-se o estado de insegurança e a incerteza.

É muito importante compreender que cada mulher sentirá esta realidade de uma forma muito própria e individual. Ainda assim, a

negação, o medo do futuro, a angústia e a ansiedade são respostas emocionais expectáveis perante uma situação desta natureza.

O forte simbolismo da mama associa-a ao feminino, ao materno, à sexualidade e de um modo geral, à identidade feminina. Cirurgias e alterações físicas provocadas pelos tratamentos podem desencadear vergonha, tristeza, diminuição da autoestima e a sensação de perda significativa de parte de si própria. Compreendemos, então, que, muitas vezes, toda esta complexidade seja também acompanhada por um processo de luto, luto pela perda da saúde, pela autonomia, pela imagem corporal e até pelos projetos de vida que outrora pareciam simples.

A realidade conjugal é um contexto relacional onde deve também recair a nossa atenção quando falamos de cancro da mama. Certas mulheres podem passar a sentir-se menos bonitas e desejáveis e a disponibilidade para o investimento na relação poderá ser afetada. Intimidade e sexualidade poderão ser alvo das consequências provocadas pelas alterações que temos vindo a referir e, nestes casos, torna-se fundamental que haja forma de preservar a relação, sendo também aqui fundamental poder contar com a possibilidade de acompanhamento psicológico.

Se falarmos de mulheres que também são mães, as dificuldades emocionais podem ainda ser bastante mais abrangentes e



profundas. Proteção permanente, atenção incondicional e disponibilidade total são características que associamos à maternidade, numa imagem idealizada de força emocional e resiliência capaz de suportar qualquer dificuldade. Naturalmente, uma mãe que está a passar por um momento de grande fragilidade física e emocional poderá não ter a capacidade de continuar a cuidar como antes. Esta realidade pode acrescentar ainda mais dificuldades à mulher, que se pode sentir também menos capaz de desempenhar o seu papel de mãe. Sentimentos de culpa e incapacidade são frequentes neste contexto, já que a mulher poderá acreditar que não está a ser suficiente para acompanhar e proteger os seus filhos como antes.

Este ambiente de sofrimento psicológico poderá ser potencializado pelas expectativas sociais acerca da mulher como cuidadora. A ideia de que a mãe deve ser emocionalmente capaz de suportar qualquer dificuldade, tendo em conta o bem-estar e proteção dos seus filhos, pode ajudar a reprimir emoções que aumentam a dor psicológica da mulher.

Sabemos que a tentativa de esconder o que se sente é frequentemente prejudicial aos processos adaptativos. Promover uma comunicação compreensível e ajustada à idade dos filhos poderá sempre ajudar a esclarecer a mudança que sentem. Falar sobre a fragilidade que afeta o sistema familiar é permitir também que se aceitem as vulnerabilidades nos momentos difíceis e que se criem condições para pedir ajuda quando se sente essa necessidade.

O contexto de dificuldade que temos vindo a descrever pode fazer-nos sublinhar apenas o sofrimento. Importante será dizer que o diagnóstico de cancro da mama e a experiência emocional que dele resulta é, muitas vezes, gerador daquilo que se designa como crescimento pós-traumático, criando profundas transformações pessoais, redefinindo prioridades e objetivos e respondendo num registo adaptativo que faz a mulher evoluir pessoalmente e na relação com os outros.

Falar em tratamento do cancro da mama é, assim, falar em tratar do corpo e da mente e olhar para o acompanhamento psicológico como variável essencial neste percurso. Todas as abordagens especializadas que possam diminuir o sofrimento e apoiar emocionalmente a mulher são essenciais para melhorar a sua qualidade de vida, promovendo movimentos de adaptação e ajudando a atribuir significados compreensíveis às suas emoções. É fundamental que a mulher possa sentir que a sua existência não será nunca limitada à sua doença.

Ana Beatriz Condinho
(Psicóloga Clínica e da Saúde/Psicoterapeuta;
OP n.º 4181)

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR - Gabriel Anacleto; Luís Antunes; Vânia Constâncio

CARDIOLOGIA - Nádja Moreira

CIRURGIA GERAL - Carlos Eduardo Costa Almeida; Cristina Camacho; Pedro Manuel Gomes; Vera Vieira

CIRURGIA PEDIÁTRICA - Nádja 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

NEURORADIOLOGIA - Miguel Cordeiro (SÓ TRATAMENTOS)

OFTALMOLOGIA – Ana Sofia Travassos; António Travassos; Armando Pimenta Leal; Esmeralda Costa; 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; 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 – Sílvia Bollini

Contactos:

Consultas:

239 802 700 / consultas@ccci.pt

Exames:

239 802 590 / radiologia@ccci.pt

www.ccci.pt

FRAGILIDADES DA MEIA-IDADE

Sabe-se que a diminuição de estrogénios pode interferir no equilíbrio osteoarticular e se acrescentarmos as diferenças anatómicas e biomecânicas percebe-se a predisposição. Falta acrescentar os genes. O cromossoma X também ajuda a perceber esta diferença que afeta as mulheres a partir da meia-idade



Não é fraqueza, é mesmo uma fragilidade ou o calcanhar de Aquiles de nascer mulher. Elas vivem mais, sobrevivem a doenças, lidam melhor com situações traumáticas e depressa desmistificam a ideia do sexo fraco. Mas, apesar destes aparentes “superpoderes”, também apresentam fragilidades e é na patologia osteoarticular que apresentam uma elevada prevalência, particularmente a partir da meia-idade e após a menopausa. Esta diferença é evidente na artrose do joelho, na rizartrose — artrose da base do polegar — e em diversas doenças autoimunes com envolvimento musculoesquelético.

A artrose do joelho é mais frequente no sexo feminino, representando as mulheres cerca de 56% a 60% dos doentes submetidos a artroplastia total do joelho nos grandes registos internacionais. Esta maior prevalência tem uma origem multifatorial. A diminuição dos estrogénios após a menopausa poderá interferir com o equilíbrio da cartilagem, do osso subcondral e dos tecidos periarticulares. Simultaneamente, diferenças anatómicas e biomecânicas associadas ao biótipo feminino podem influenciar o alinhamento dos membros inferiores, a geometria articular, a estabilidade ligamentar e a distribuição das cargas, aumentando a vulnerabilidade do joelho feminino.

A função muscular assume também uma importância particular. Em média, as mulheres apresentam menor massa e força muscular do que os homens, sobretudo ao nível do quadríceps, dos músculos glúteos e dos estabilizadores da anca e do joelho. Esta diferença tende a acentuar-se com a idade, o sedentarismo e a menopausa.

Uma musculatura menos eficiente pode reduzir a capacidade de absorção dos impactos, comprometer o controlo neuromuscular e aumentar as cargas transmitidas à articulação. A melhoria da função muscular pode constituir uma estratégia importante de prevenção primária e secundária. Programas

regulares de exercício, combinando o fortalecimento do quadríceps, dos glúteos e da cadeia posterior da coxa com treino de equilíbrio, coordenação e controlo do movimento, poderão reduzir o risco de aparecimento de sintomas e atrasar a progressão da incapacidade.

A manutenção de um peso adequado reforça esse efeito, ao diminuir simultaneamente a sobrecarga mecânica e a inflamação metabólica. Embora o exercício não elimine todos os fatores responsáveis pela artrose nem reverta alterações estruturais avançadas, melhora a dor, a estabilidade, a mobilidade e a autonomia funcional. A prevenção deve, assim, iniciar-se antes do aparecimento dos sintomas da doença e prolongar-se ao longo da vida.

Na rizartrose (artrose trapezo-metacárpica), aproximadamente três quartos das pessoas que procuram tratamento são mulheres. A laxidez ligamentar, a instabilidade da articulação trapezo-metacárpica, as diferenças anatómicas e biomecânicas e as alterações hormonais pós-menopausa são possíveis explicações.

A diferença é ainda mais marcada nas doenças autoimunes, nas quais cerca de 70% a 80% dos doentes são mulheres. No lúpus e na síndrome de Sjögren, a relação pode atingir oito a dez mulheres por cada homem; na artrite reumatoide, situa-se aproximadamente entre duas e três para um. Esta predisposição relaciona-se com genes reguladores da imunidade localizados no cromossoma X, hormonas sexuais e uma resposta imunitária feminina geralmente mais intensa.

A prevenção ganha assim uma dimensão enorme no sexo feminino, quando se pensa e se quer uma longevidade com qualidade de vida e onde não falte a mobilidade. Mas, quando essa falhou, a solução pode passar por uma intervenção cirúrgica, ajudando assim a recuperar o que se perdeu.



Quando a artrose do joelho atinge uma fase avançada e a artroplastia se torna necessária, a cirurgia assistida por robótica acrescenta precisão e personalização. O planeamento tridimensional, baseado na reconstrução da anatomia individual, permite definir antecipadamente e com detalhe o tamanho e a posição dos implantes.

Antes da cirurgia e imediatamente depois, os programas de fisioterapia, destinados à otimização da função articular, desempenham um papel fundamental. A avaliação pré-operatória é essencial para compreender o funcionamento dos grupos musculares adjacentes à articulação, obter dados mensuráveis sobre a mobilidade e a força muscular e

implementar (ainda antes da cirurgia) medidas corretivas, que facilitem uma melhor recuperação pós-operatória. Após a intervenção é igualmente necessário um programa estruturado de reabilitação, orientado para a recuperação dos mecanismos neuromusculares perdidos ou inibidos pela intervenção cirúrgica, o ganho de amplitude articular e a aplicação de técnicas locais destinadas a reduzir a inflamação pós-operatória.

A fragilidade pode ser convertida em robustez.

Pedro Marques
(Médico, Ortopedista, OM n.º 39250)



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

O CORAÇÃO DA MULHER DEPOIS DA MENOPAUSA



A doença cardiovascular mata mais mulheres em Portugal do que todos os cancros juntos, incluindo o cancro da mama. Ainda assim, continua a ser um risco subestimado, tanto pelas próprias mulheres como, por vezes, por quem as trata. A menopausa é um momento de viragem que importa conhecer

Quando se fala em saúde da mulher, o cancro da mama ocupa naturalmente um lugar central na nossa atenção, e com toda a razão, dada a sua importância. Mas há um dado que continua pouco conhecido: a doença cardiovascular — sobretudo o enfarte agudo do miocárdio ("ataque cardíaco") e o acidente vascular cerebral (AVC) — é a principal causa de morte nas mulheres portuguesas, responsável por cerca de um terço dos óbitos femininos, mais do que nos homens. Ambas as causas, cancro da mama e doença cardiovascular, merecem a nossa vigilância, por isso aproveito este espaço para falar também do coração.

Durante os anos férteis, os estrogénios exercem um efeito protetor sobre as artérias da mulher — não é por acaso que as mulheres desenvolvem doença cardiovascular, em média, sete a dez anos mais tarde do que os homens. Com a menopausa, essa proteção vai desaparecendo e o risco cardiovascular acelera: o colesterol LDL, o "mau", tende a subir, a inflamação no organismo aumenta, há tendência para acumular gordura na zona abdominal e a tensão arterial sobe com mais frequência. Por isso, a transição menopáusica deve ser encarada como uma janela de oportunidade para reavaliar o risco cardiovascular de cada mulher, e não apenas como um assunto ligado a afrontamentos ou alterações do sono.

Há ainda outro problema: a doença cardiovascular na mulher continua, muitas vezes, a ser diagnosticada tarde e tratada com menos intensidade. Os sintomas do enfarte podem ser diferentes — além da clássica dor no

peito, são frequentes o cansaço inexplicado, a falta de ar, náuseas ou dor nas costas e na mandíbula, sintomas que facilmente se confundem com outras causas e atrasam o diagnóstico. E, ainda hoje, o próprio risco cardiovascular da mulher acaba por ser desvalorizado, quer por ela, quer por quem a trata. Isto tem de mudar.

Felizmente, a esmagadora maioria destes eventos pode ser evitada. Para além dos fatores de risco clássicos — tabagismo, hipertensão, diabetes, colesterol elevado, obesidade, sedentarismo — há outros mais específicos da história de cada mulher que também devem ser tidos em conta, como uma menopausa precoce, bem como antecedentes de hipertensão ou diabetes na gravidez. Por isso, na consulta em torno da menopausa, para além do bem-estar hormonal, deve também ser feita uma avaliação séria do risco cardiovascular: medir a tensão arterial, avaliar o perfil lipídico e a glicemia, rever hábitos de vida e, se necessário, iniciar tratamento.

Cuidar do coração não tira espaço a nenhuma outra causa — cuida-se dele com a mesma seriedade com que se cuida de tudo o resto. Faça exercício físico regular, não fume, controle o peso e não falte às consultas de vigilância, sobretudo depois da menopausa. Cuide dele: é o "motor" de tudo o resto.

Luís Leite
(Médico, Cardiologista; OM n.º 51317)

COMO QUEBRAR O CICLO VICIOSO DA OBESIDADE?



É assumido que já existe uma epidemia silenciosa e para quebrar este ciclo vicioso não existe o tal comprimido “milagroso”; tal como não basta comer menos e andar mais. Para evitar recidivas, o tratamento exige mudar de vida

O excesso de peso e a obesidade constituem um dos maiores desafios de saúde pública a nível mundial. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, mais de mil milhões de pessoas vivem atualmente com obesidade, e a prevalência tem vindo a aumentar de forma constante nas últimas décadas, afetando de forma transversal todas as faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes. Em Portugal, os dados não são animadores: estima-se que mais de metade da população adulta apresente excesso de peso, sendo que uma parte significativa cumpre critérios de obesidade.

Mais do que uma questão estética, a obesidade é reconhecida atualmente como uma doença crónica, multifatorial e recidivante, associada a um risco acrescido de diabetes

tipo 2, hipertensão arterial, doença cardiovascular, apneia obstrutiva do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica, diversos tipos de cancro e problemas osteoarticulares, para além do impacto significativo na saúde mental e na qualidade de vida.

A população com obesidade avalia o seu estado de saúde como desfavorável com maior frequência (21,6%), por comparação com a população em geral (13,2%), e apresenta uma maior proporção de limitações nas atividades habituais (alguma limitação: 34,3%; limitação severa: 11,5%); face à população em geral (26,7% e 7,9%).

Ou seja, instala-se um ciclo vicioso: o doente obeso tem mais dificuldade de mobilização e limitação na prática de atividade física; torna-

-se mais sedentário, pode até ficar com mais tempo disponível para ingerir alimentos, torna-se mais obeso e assim sucessivamente. É aqui que as novas terapêuticas, podem ajudar a quebrar o ciclo! Ao perder peso, há menor dificuldade em se mobilizar, faz mais atividade, altera o regime alimentar, cria um novo paradigma... A história muda.

Pilares da abordagem terapêutica

O tratamento da obesidade assenta em quatro pilares fundamentais, que se complementam entre si: intervenção no estilo de vida, tratamento farmacológico, tratamento endoscópico e cirurgia bariátrica.

A intervenção no estilo de vida — que inclui reeducação alimentar, prática regular de exercício físico, otimização do sono e suporte psicológico — constitui a base de qualquer plano terapêutico, independentemente de se associarem ou não outras modalidades de tratamento. No entanto, a evidência científica demonstra que, isoladamente, estas medidas conseguem, em muitos casos, apenas uma perda de peso modesta e de difícil manutenção a longo prazo, devido a mecanismos biológicos de compensação que o organismo desenvolve para preservar as reservas energéticas.

Não basta dizer a uma pessoa: “Coma menos e ande mais!” É neste contexto que o tratamen-

to farmacológico tem ganho um papel cada vez mais relevante, não como substituto, mas como complemento à modificação do estilo de vida.

Mudou o arsenal terapêutico

Nos últimos anos, assistiu-se a uma verdadeira transformação no arsenal terapêutico disponível para a obesidade, impulsionada sobretudo pelo desenvolvimento dos agonistas dos recetores do GLP-1 (péptido semelhante ao glucagon tipo 1):

Orlistato, um inibidor da lipase pancreática que reduz a absorção intestinal de gordura, foi durante muitos anos uma das poucas opções disponíveis, mas a sua eficácia é modesta e os efeitos secundários gastrointestinais limitam frequentemente a adesão.

Naltrexona/Bupropiona, esta combinação atua nos centros cerebrais da fome e do sistema de recompensa, promovendo maior saciedade e redução da ingestão alimentar. Pode ser particularmente útil em doentes com episódios de alimentação emocional ou compulsiva.

Liraglutido, um análogo do GLP-1 administrado por via subcutânea diária, atua a nível central, promovendo saciedade e reduzindo o apetite, e a nível periférico, retardando o esvaziamento gástrico. Os ensaios clínicos



demonstraram perdas de peso na ordem dos 5 a 10% do peso corporal inicial.

Semaglutido, também agonista do recetor do GLP-1 mas de administração semanal, representou um salto significativo em termos de eficácia, com estudos a demonstrarem reduções médias superiores a 15% do peso corporal.

Tirzepatido, um agonista duplo dos recetores do GIP e do GLP-1, tem demonstrado resultados ainda mais expressivos, com perdas de peso que podem ultrapassar os 20% em alguns doentes, aproximando-se, em determinados casos, dos resultados obtidos com cirurgia bariátrica.

Estes três últimos fármacos associam-se a efeitos secundários predominantemente gastrointestinais (náuseas, vômitos, obstipação ou diarreia), geralmente transitórios e mais frequentes nas fases iniciais ou durante a titulação da dose. A prescrição de todo e qualquer medicamento deve ser sempre acompanhada de vigilância clínica e ajustada ao perfil de cada doente, considerando comorbilidades, contraindicações e objetivos terapêuticos.

O estilo de vida na base

O tratamento farmacológico está geralmente indicado em doentes com IMC igual ou superior a 30 kg/m², ou IMC igual ou superior a 27 kg/m² na presença de comorbilidades associadas ao excesso de peso, sempre em complemento — nunca em substituição — das medidas de estilo de vida.

É fundamental que a prescrição seja feita por profissionais de saúde com experiência na área, com definição de objetivos realistas, monitorização regular da eficácia e da tolerância, e planeamento da manutenção do peso a longo prazo, uma vez que a suspensão do tratamento se associa, frequentemente, à recuperação parcial do peso perdido. Não é realista aumentar as doses dos fármacos, para perdas de peso intermináveis. Temos de modificar estilos de vida das pessoas, numa

equipa multidisciplinar para atingir um novo equilíbrio saudável.

Uma doença crónica exige tratamento continuado

Um dos aspetos mais importantes na abordagem moderna da obesidade é compreender que se trata de uma doença crónica. Tal como acontece na hipertensão arterial ou na diabetes, os benefícios terapêuticos tendem a diminuir quando o tratamento é interrompido. Por este motivo, a decisão de iniciar farmacoterapia deve ser acompanhada de uma discussão transparente entre médico e as pessoas sobre objetivos realistas, benefícios esperados, possíveis efeitos adversos e necessidade de acompanhamento a longo prazo.

O futuro da abordagem da obesidade

As mais recentes orientações da Direção-Geral da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e das sociedades científicas internacionais apontam para modelos integrados de cuidados, envolvendo médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e especialistas hospitalares, sempre que necessário.

A mensagem principal é clara: a obesidade não é uma falha individual, mas sim uma doença crónica que merece diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequados. A combinação de intervenções nos estilos de vida, apoio multidisciplinar e novas opções farmacológicas permite hoje alcançar resultados que eram impensáveis há apenas uma década.

Investir na prevenção, reconhecer precocemente a doença e garantir acesso equitativo às terapêuticas disponíveis constituem desafios centrais para os profissionais de saúde e para os decisores, mas também uma oportunidade única para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Miguel Pereira

(Médico, com a especialista em Medicina Geral e Familiar; OM n.º 42177)



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

A sua visão pode mudar em poucos minutos

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



MEIO MILÍMETRO PODE MUDAR A SUA VIDA

Acredite. É verdade. Falamos da córnea, a estrutura transparente da parede do globo ocular, que se localiza na sua porção mais anterior. A sua espessura ronda o meio milímetro (mais exatamente 540 micrómetros em média) e é a estrutura do globo ocular com maior poder dióptrico. A cirurgia da córnea tem a capacidade de mudar vidas! Vejamos como...



Nos dias de hoje, ter saúde é muito mais do que a ausência de doença - a qualidade de vida é cada vez mais valorizada. A cirurgia refrativa, ao proporcionar independência de óculos e lentes de contacto, é extraordinariamente impactante no dia-a-dia de míopes, hipermetropes e astigmatas.

A cirurgia com o *laser excimer* evoluiu muito nas últimas décadas, com aparelhos extremamente precisos, com “*eye-trackers*” de última geração, que acompanham os movimentos do olho para garantir a centragem do procedimento. A este *laser excimer*, associa-se o *laser*

de femtosegundo, mais recente, usado no *LASIK* (*laser in situ keratomieleusis*). Este é um laser de corte, que permite criar um lentículo a uma profundidade previamente definida com um rigor micrométrico! É debaixo deste lentículo que a magia acontece...!

Na cirurgia a laser, a córnea é esculpida pelo *laser excimer*, com padrões de ablação individualizados. Podemos dizer, de uma forma algo simplista, que a ablação será tanto maior quanto maior for a graduação, e é a espessura da córnea que dita a correção máxima possível. Sim, há limites de segurança inultrapassá-



veis! E nem todos os doentes podem ser operados...

O tamanho importa. Mas não é tudo.

O conhecimento da espessura de córnea é, pois, essencial quando se perspetiva esta cirurgia, mas a avaliação pré-operatória vai muito além disso. Há doenças da córnea que devem ser pesquisadas e excluídas, sendo fundamental a avaliação por especialista em córnea, com experiência em cirurgia refrativa. Além da análise do historial refrativo e da avaliação biomicroscópica atenta da córnea, são necessários exames de última geração que avaliam toda a estrutura da córnea e todas as suas camadas – só após esta análise minuciosa se pode garantir a segurança do procedimento.

E se não passar no teste?

Se a cirurgia a laser não for indicada, poderão existir alternativas. Se a graduação for muito elevada e ultrapassar os limites de correção a

laser, a cirurgia com lente intra-ocular pode ser uma opção.

Se for diagnosticado um problema da córnea, o médico irá elaborar o plano que melhor se adequa às suas necessidades. Se o diagnóstico surge de forma inesperada sem haver sintomas, isto é, sem perda de visão, uma vigilância atenta provavelmente será suficiente. Se, pelo contrário, existir doença já instalada que comprometa a visão, o médico deverá propor-lhe alternativas terapêuticas.

E quando a córnea não é parte da solução, porque ela é o problema?

Felizmente, a córnea é um problema para uma minoria. Mas para essa minoria, é um problema gigantesco! Porque nestes casos, não há óculos que melhorem a visão, por mais “fortes” que sejam as lentes...!

Felizmente, nas últimas décadas, houve notáveis avanços na oftalmologia e hoje há diversos tratamentos que tornam possível restituir a visão em muitos destes casos de cegueira

corneana. Há um vasto espectro de alternativas, que vão desde as mais conservadoras, como o uso de lentes de contacto especiais ou o fortalecimento da córnea com o *cross-linking*, à terapêutica de fim de linha: o transplante de córnea.

E se a solução for substituir a córnea ou parte dela?

Sim, é possível substituir a córnea. Há situações em que o transplante de córnea é a única opção. Falamos de doenças como o queratocone em estado avançado, a distrofia de Fuchs ou a presença de cicatrizes densas centrais. Na generalidade, o transplante de córnea tem um prognóstico muito favorável, pois a ausência de vasos sanguíneos nesta estrutura torna mínima a possibilidade de rejeição. Além disso, a evolução técnica permite substituir apenas as camadas da córnea que estejam doentes! Por isso, só muito raramente é necessário fazer imunossupressão geral.

A recuperação demora alguns meses, sendo mais ou menos demorada, consoante se trate de um transplante de espessura total ou parcial. É necessário permitir que a cicatrização da ferida cirúrgica aconteça, antes de iniciar a extração de pontos. A remoção de suturas é feita de forma seletiva, para permi-

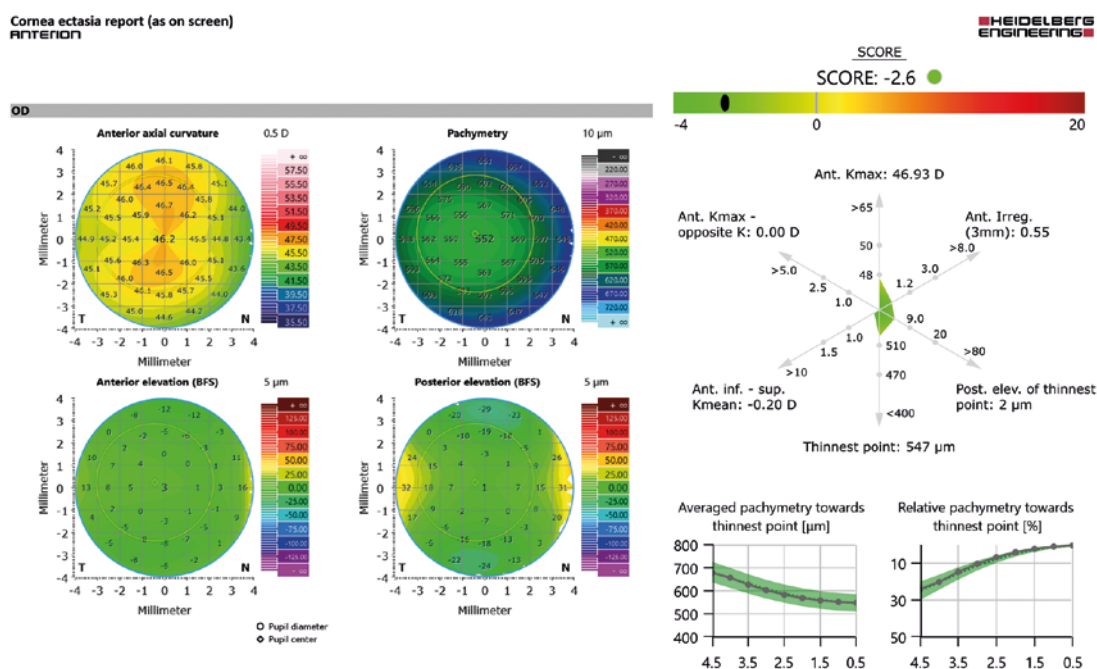


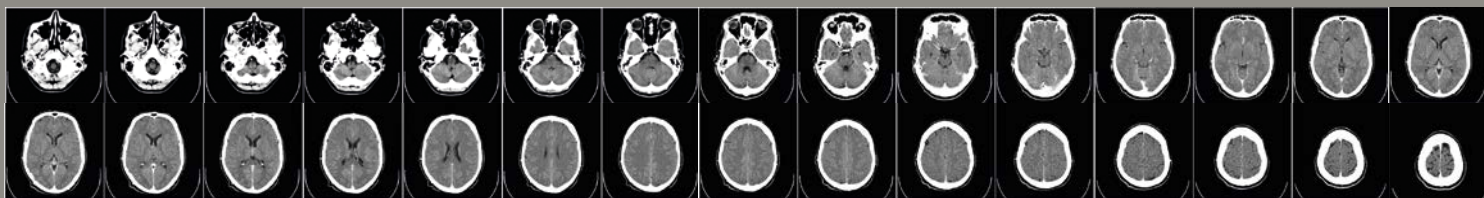
tir o ajuste do astigmatismo e a visão vai recuperando de forma progressiva.

O transplante de córnea é, para alguns, a luz ao fundo do túnel que muda as suas vidas. É, sem dúvida, uma cirurgia de uma beleza incommensurável em diversas vertentes: pelo que a dádiva simboliza, pela beleza da cirurgia em si e pela grandeza que é restituir a visão a alguém!

Esmeralda Costa

(Médica, Oftalmologista; OM n.º 45468)





IMAGIOLOGIA

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

Contactos:

239 802 590

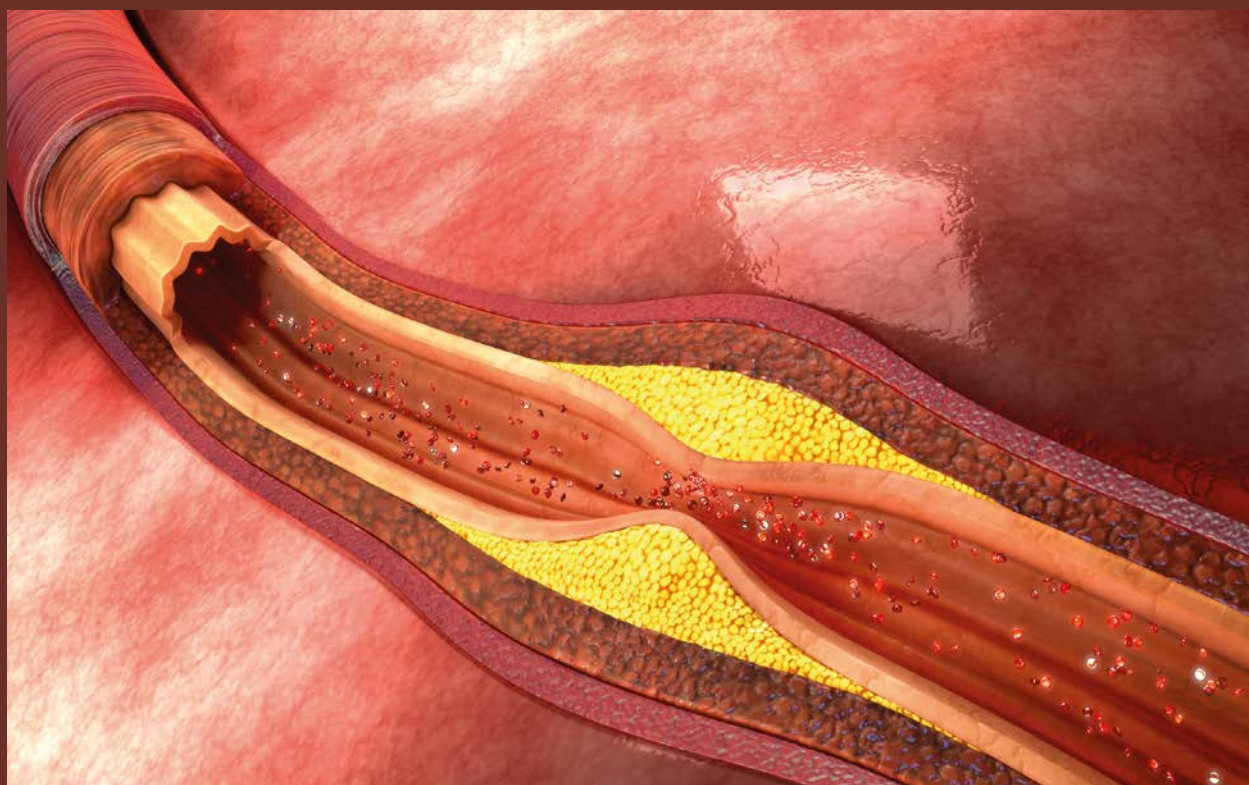
radiologia@ccci.pt



www.ccci.pt

COMO PROTEGER AS ARTÉRIAS?

Alterações no LDL e na Lp(a) são dois grandes desafios para o risco de enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral, mais conhecido por AVC. Evitar os danos nas artérias continua a ser a melhor proteção e, hoje, há novas ferramentas que ajudam



A aterosclerose é uma doença silenciosa que vai danificando as artérias ao longo dos anos, mas o grande risco acontece quando uma placa rompe e provoca um enfarte agudo do miocárdio ou um acidente vascular cerebral. A boa notícia é que, hoje, temos formas cada vez mais eficazes de prevenir e tratar esta doença, com foco no controlo do colesterol “mau” (LDL) e em novos medicamentos que facilitam muito a vida dos doentes.

O que é a aterosclerose e por que é perigosa

A aterosclerose é um processo degenerativo e inflamatório, de evolução lenta e sem sintomas, mas muito dinâmico. Ao longo do tempo, formam-se placas de gordura e inflamação nas paredes das artérias (placas de ateroma). O problema não é apenas a placa existir, mas tornar-se instável: se uma placa rompe, pode

formar um coágulo que bloqueia subitamente a artéria, causando isquemia aguda em órgãos vitais, como acontece no enfarte agudo do miocárdio (coração) e no acidente vascular cerebral (cérebro).

O tratamento é multifatorial, mas o LDL é o alvo principal

Proteger as artérias exige agir em várias frentes: controlar a pressão arterial, a glicemia e o peso; fazer mais atividade física; ter uma alimentação saudável; e deixar de fumar. No entanto, o ponto central é o controlo do colesterol LDL. É este o “combustível” da aterosclerose: quanto mais baixo e durante mais tempo, menor o risco de enfarte e AVC. As estatinas continuam a ser a base do tratamento. Reduzir o LDL com estatinas diminui claramente o risco de eventos cardiovasculares e de morte (20% e 10% respetivamente, por cada redução de 38 mg/dL). Quando as estatinas não são suficientes ou não são toleradas, podemos associar outros medicamentos, como o ezetimibe (comprimido) ou o ácido bempedoico (para quem não tolera estatinas). Nos últimos anos, surgiram também medicamentos injetáveis muito potentes e seguros, que baixam o LDL de forma marcada.

Um fator de risco pouco conhecido: a lipoproteína(a) — Lp(a)

A Lp(a) é uma partícula no sangue que transporta colesterol e gorduras, mas a sua estrutura torna-a muito mais perigosa do que o colesterol LDL. O mais importante é que o seu nível é determinado quase totalmente pela genética: nasce connosco, está no ADN, e pouco depende do que comemos ou do exercício que fazemos.

Cerca de 1 em 5 pessoas tem níveis elevados de Lp(a), o que aumenta o risco de enfarte, AVC e doença nas artérias das pernas, mesmo que o resto dos exames pareça normal. Por isso, as autoridades de saúde recomendam que a Lp(a) seja medida pelo menos uma vez na vida. Ainda não existe um medicamento

específico para baixar a Lp(a), mas isso não significa que não possamos agir. Quem tem Lp(a) alta deve ter um controlo ainda mais rigoroso de tudo o que protege o coração e as artérias: baixar bem o LDL, controlar a pressão arterial e o açúcar no sangue, não fumar, ser ativo e alimentar-se de forma equilibrada. Nestas pessoas, esses cuidados trazem benefícios ainda maiores.

Medicamentos injetáveis: mais eficácia e mais comodidade

Os inibidores da PCSK9 (como alirocumab e evolocumab) são injetáveis, aplicados por via subcutânea a cada duas semanas. São muito potentes para baixar o LDL e, em geral, bem tolerados. Permitem atingir metas de LDL mais baixas em doentes de alto risco, contribuindo para prevenir enfartes e AVC.

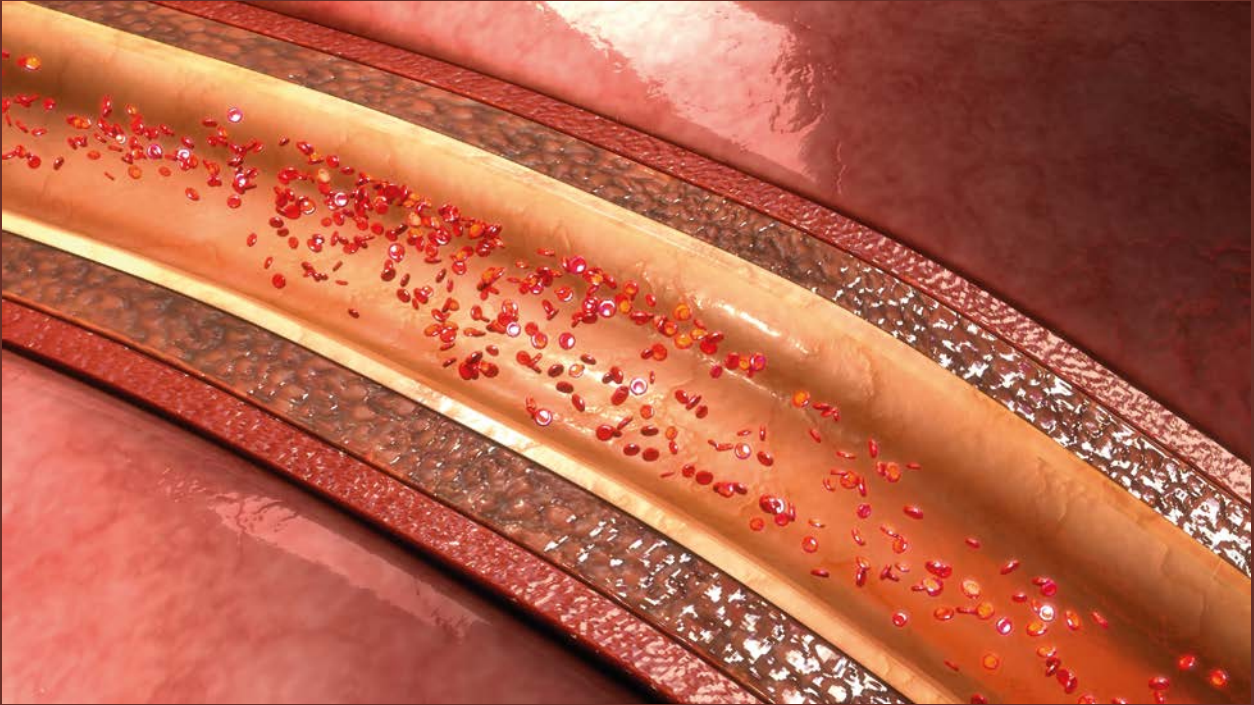
Inclisiran: a grande novidade — duas injeções por ano

A verdadeira revolução está a chegar com o inclisiran. Este medicamento atua no fígado, “desligando” a produção de uma proteína (PCSK9) que impede a limpeza do colesterol do sangue. O resultado é uma redução do LDL em cerca de metade, com apenas duas administrações por ano (a cada 6 meses), e com muito poucos efeitos secundários.

O inclisiran é administrado em contexto hospitalar e já está disponível no Centro Cirúrgico de Coimbra. Esta nova abordagem está a mudar o paradigma do tratamento: em vez de tomar comprimidos todos os dias para reduzir o colesterol LDL, passamos a ter opções que exigem apenas algumas injeções por ano. Para muitas pessoas, isso significa mais facilidade em seguir o tratamento e, consequentemente, melhor proteção contra o enfarte e o AVC.

O que pode fazer hoje pela saúde das suas artérias

- Meça o seu colesterol LDL e, pelo menos uma vez na vida, a Lp(a).



- Se tem LDL alto, siga o plano do seu médico ajustado ao risco cardiovascular: estatinas e, se necessário, outros medicamentos.
- Adote hábitos que protegem as artérias: não fume, alimente-se de forma equilibrada, mantenha-se ativo, controle o peso, a pressão arterial e o açúcar no sangue.
- Se for um doente de alto risco ou com LDL difícil de controlar, pergunte ao seu médico se pode beneficiar de um fármaco injetável (iPCSK9 ou inclisiran).

A aterosclerose pode ser silenciosa, mas não é inevitável. Com prevenção ativa e tratamentos modernos, é possível reduzir significativamente o risco de enfarte e AVC e viver mais e melhor, dando mais vida aos anos.

Manuel Oliveira Santos
(Médico, Cardiologista; OM n.º 53094)

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

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

QUANDO A CONFUSÃO É O PRIMEIRO SINAL

- Hiponatremia: uma alteração frequente que importa reconhecer

Uma mudança súbita no comportamento, na atenção ou na orientação nunca deve ser desvalorizada. Por vezes, o primeiro sinal de uma alteração do sódio é apenas a sensação de que a pessoa «não está como habitualmente», está confusa...



Começa o dia, pelas nove da manhã e uma mulher idosa, até então autónoma, chega acompanhada pela filha, que explica: «Nos últimos dias, mas sobretudo desde ontem que não está ela própria». Por momentos parece agitada; pouco depois, fica sonolenta e perde o fio à conversa. Não sabe ao certo onde está e

responde com dificuldade a perguntas simples. Uma análise ao sangue acaba por revelar a causa: uma concentração de sódio muito abaixo do normal.

Este cenário é fictício, mas poderia ocorrer em qualquer serviço de urgência, enfermaria

ou consultório do país. A síndrome confusional aguda, também chamada *delirium*, é uma alteração rápida da atenção, da consciência e do pensamento. Surge em horas ou dias e pode oscilar ao longo do mesmo dia. Apresenta-se de forma diferente entre pessoas, podendo ficar inquietas e agitadas; outras tornam-se invulgarmente caladas, lentas ou sonolentas. Esta segunda forma é mais discreta e, por isso, passa muitas vezes despercebida.

A confusão súbita é um sinal de que algo perturbou o funcionamento do organismo. Infecções, falta de oxigénio, alterações da glicose, desidratação, dor, alguns medicamentos e problemas neurológicos são causas possíveis. As alterações dos sais minerais (iões) do sangue também devem ser consideradas, sobretudo a hiponatremia.

O que é a hiponatremia?

O sódio é um mineral essencial que ajuda a regular a distribuição da água no organismo e participa no metabolismo dos nervos e dos músculos. Falamos em hiponatremia quando a sua concentração no sangue é inferior a 135 mmol/L. Apesar do nome, o problema não corresponde, na maioria das vezes, a uma simples «falta de sal». O mais comum é existir água em excesso relativamente à quantidade de sódio presente. No organismo, algo semelhante pode acontecer quando os rins não conseguem eliminar a água de forma adequada.

A gravidade não depende apenas do valor indicado na análise. Importa saber até onde desceu o sódio, mas também com que velocidade isso aconteceu. Quando a descida é rápida, o cérebro tem menos tempo para se adaptar e os sintomas podem ser intensos. Quando se instala lentamente, pode haver poucos sinais, mesmo com valores bastante baixos. Por esta razão, os médicos tratam a pessoa e o seu estado clínico, não apenas o resultado laboratorial.

Porque é o cérebro tão sensível?

A água desloca-se entre o sangue e as células para equilibrar as concentrações. Quando o sódio no sangue diminui rapidamente, a água pode entrar nas células cerebrais e provocar edema. É este fenómeno que explica a dor de cabeça, a confusão, a sonolência e, nos casos mais graves, as convulsões ou o coma.

Se a hiponatremia se desenvolver ao longo de vários dias, o cérebro cria mecanismos de adaptação. Essa proteção tem, contudo, um preço: o sódio também não pode ser corrigido demasiado depressa. Uma subida excessivamente rápida pode causar uma lesão neurológica rara, mas grave. O tratamento exige, portanto, equilíbrio - rapidez suficiente para controlar o perigo imediato e prudência para evitar uma correção exagerada mantendo o equilíbrio celular.

Sinais e sintomas a que devemos estar atentos

As manifestações iniciais podem ser vagas: náuseas, dor de cabeça, fraqueza, cansaço, dificuldade de concentração, desequilíbrio ou alterações do comportamento. Nos idosos, uma queda sem explicação clara, menor participação nas atividades habituais ou sonolência de novo podem ser as únicas pistas. A confusão, a desorientação e a lentificação do pensamento merecem avaliação rápida, sobretudo se surgirem de forma súbita. Vómitos repetidos, sonolência profunda, convulsões, perda de consciência ou dificuldade respiratória são sinais de alarme e justificam assistência médica imediata.

Estes sintomas não são exclusivos da hiponatremia. Uma pessoa confusa pode ter uma infeção, um acidente vascular cerebral, uma reação medicamentosa ou outro problema urgente. Encontrar um valor baixo de sódio não dispensa a procura de outras causas, especialmente quando os sintomas parecem desproporcionados.



Porque pode o sódio baixar?

A hiponatremia pode surgir por vários mecanismos. A maior parte das vezes é multifactorial.:

Medicamentos. Alguns diuréticos utilizados para tratar a hipertensão, antidepressivos, medicamentos para a epilepsia e outras terapêuticas podem favorecer a retenção de água ou aumentar a perda de sódio. O risco é maior nas pessoas idosas, polimedicadas ou que comem e bebem de forma irregular.

Perdas de líquidos. Vómitos, diarreia, transpiração intensa ou dificuldade em manter uma ingestão adequada provocam perda de água e de sais. O organismo responde tentando conservar água, o que pode contribuir para diluir ainda mais o sódio.

Doenças do coração, fígado ou rins. Na insuficiência cardíaca, na cirrose hepática e

em algumas doenças dos rins, o corpo pode acumular água. Embora a pessoa apresente edema nas pernas ou no abdómen, o organismo interpreta a circulação como insuficiente e continua a reter líquidos.

Retenção inadequada de água. Existe uma hormona, a vasopressina, cuja função é ajudar o organismo a conservar água quando isso é necessário. Algumas doenças pulmonares ou cerebrais, certos tumores, a dor, as náuseas e o período após uma cirurgia podem fazer com que esta hormona atue quando não devia. A este quadro chama-se síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética, SIHAD.

Outras situações. Alterações das glândulas suprarrenais, da tiroide, ingestão excessiva de água e uma alimentação muito pobre em proteínas e outros nutrientes também podem estar envolvidos. Por isso, a causa nem sempre é evidente à primeira observação.

Como se chega ao diagnóstico?

O primeiro passo é confirmar o resultado e compará-lo, quando possível, com análises anteriores. Depois, é necessário perceber se existe realmente água em excesso e por que razão o organismo não a está a eliminar. A história clínica é fundamental: o início dos sintomas, a quantidade de líquidos ingeridos, as perdas através de vômitos ou diarreia e se algum medicamento foi iniciado ou alterado recentemente.

As análises ao sangue avaliam, entre outros elementos, a glicose, o potássio e a função renal. Em determinadas situações, estudam-se também a tiroide e as glândulas suprarrenais. Uma amostra de urina ajuda a perceber se os rins estão a eliminar água e sal ou se o organismo os está a reter. O exame físico procura sinais de desidratação, edema ou doenças que possam explicar a alteração. Este conjunto de dados é mais importante do que qualquer resultado isolado. O diagnóstico de SIHAD, por exemplo, só pode ser feito depois de excluídas outras causas. É também por isso que não existe um tratamento único para todas as hiponatremias.

Como é tratada?

O tratamento depende dos sintomas, da rapidez com que o sódio desceu e da causa. Quando há confusão marcada, convulsões, sonolência profunda ou outras manifestações graves, pode ser necessário administrar em meio hospitalar uma solução mais concentrada de sódio. O objetivo inicial é melhorar os sintomas e reduzir o risco de edema cerebral, num ambiente onde seja possível repetir análises e vigiar o doente de perto.

Nem depressa demais, nem devagar demais. Nos casos graves, o tratamento não deve ser adiado. Depois da melhoria inicial, a subida do sódio tem de ser cuidadosamente controlada. A monitorização é tão importante como o próprio medicamento administrado. Nos casos associados a desidratação, pode ser necessário repor líquidos e sais. Quando

existe retenção inadequada de água, a restrição da quantidade de líquidos pode ser a primeira medida. Se o problema resultar de um medicamento, este deve ser suspenso ou substituído quando clinicamente possível. Nas doenças cardíacas, hepáticas, renais ou hormonais, o tratamento dirige-se sobretudo à doença de base.

Uma recomendação importante para o público é não tentar corrigir a situação em casa com sal, bebidas desportivas ou alterações bruscas da ingestão de água. Beber mais água pode agravar algumas formas de hiponatremia; consumir sal em excesso pode ser prejudicial noutras doenças. A orientação deve ser individualizada pelo médico assistente.

É possível prevenir?

Nem todos os episódios são evitáveis, mas alguns podem ser antecipados. A revisão periódica da medicação é particularmente importante nos idosos e nas pessoas que tomam diuréticos, antidepressivos ou vários fármacos em simultâneo. Após o início ou aumento de determinados medicamentos, o médico pode considerar adequado controlar o sódio através do estudo analítico.

Também não existe vantagem em forçar a ingestão de grandes quantidades de água sem indicação. As necessidades variam com a idade, o calor, a atividade física, a alimentação e as doenças existentes. Pessoas com problemas do coração, fígado ou rins devem seguir as orientações específicas da sua equipa de saúde.

No período após uma cirurgia, a dor, as náuseas, o stress e os fluidos administrados podem favorecer a retenção de água. A vigilância dos iões nos doentes de maior risco permite reconhecer alterações antes de surgirem sintomas importantes.

O valor de quem conhece o doente

Os familiares e cuidadores têm um papel essencial. Quem convive diariamente com



uma pessoa percebe mudanças subtis que podem não ser evidentes numa observação breve. Frases como «hoje está diferente», «não consegue acompanhar a conversa» ou «está muito mais sonolento» são informações clínicas valiosas e devem ser transmitidas aos profissionais de saúde. Perante uma alteração súbita da atenção ou do comportamento, sobretudo num idoso ou numa pessoa que iniciou medicação recentemente, é preferível procurar avaliação médica. Mesmo quando a causa é reversível, o tempo pode fazer diferença.

A hiponatremia é uma alteração frequente, mas nem sempre se anuncia de forma óbvia. Pode começar com náuseas ou dor de cabeça, mas também com uma queda, uma conversa difícil de acompanhar ou sonolência fora do habitual. A síndrome confusional aguda é, por vezes, a primeira linguagem do organismo para mostrar que algo não está bem. Reconhecer cedo, rever os medicamentos, realizar os exames adequados e corrigir o sódio de

forma controlada são os pilares de uma abordagem segura. O número que aparece na análise é importante; a pessoa que está por detrás desse número é ainda mais.

Ricardo Gomes
(Médico, com a especialidade de Medicina Interna; OM n.º 61903)



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

Contactos:

239 802 701/2

oftalmologia@ccci.pt

www.ccci.pt



A MENOPAUSA TAMBÉM ALTERA O SONO

O sono é muito mais do que descanso. É um dos pilares fundamentais de uma vida saudável e plena. Sabemos que as alterações hormonais podem alterar ou agravar o processo, mas também é verdade que há estratégias e soluções

O sono é um dos pilares fundamentais de uma vida saudável e plena. Ao longo da vida, as necessidades e padrões de sono vão-se modificando e a menopausa é uma das fases em que muitas mulheres experienciam mudanças significativas. A menopausa, definida retrospectivamente após a cessação da menstruação durante pelo menos um ano, resulta da diminuição progressiva da função dos ovários e das consequentes alterações nos níveis hormonais, nomeadamente do estrogé-

nio e da progesterona. A menopausa não é uma doença, mas sim uma fase natural da vida da mulher. O período de transição que a antecede designa-se por perimenopausa. É precisamente durante esta transição que muitas mulheres começam a notar alterações no sono. Algumas, que até então dormiam bem, passam a ter dificuldades; noutras, os problemas de sono já existentes podem agravar-se.



Porque é que a menopausa pode alterar o sono?

As alterações hormonais desempenham um papel importante na qualidade do sono. O estrogénio participa, entre outras funções, na regulação da temperatura corporal e do humor. As oscilações nos níveis de estrogénio contribuem para a ocorrência de afrontamentos, suores noturnos e alterações do humor, fatores que podem perturbar o sono.

As alterações nos níveis de progesterona também podem influenciar o sono. A relação entre as alterações hormonais e o sono é, contudo, complexa e ainda não está totalmente esclarecida. Para além dos sintomas vasomotores, outros mecanismos relacionados com as alterações hormonais poderão contribuir para mudanças na arquitetura e na continuidade do sono, incluindo um maior número de despertares noturnos. Estas alterações podem ocorrer mesmo em mulheres que não apresentam afrontamentos ou suores noturnos. Mas as hormonas não explicam tudo.

Esta fase da vida coincide frequentemente com múltiplos desafios pessoais, familiares e profissionais. Muitas mulheres vivem aquilo que, por vezes, se designa como um período “sandwich”: apoiam os filhos na transição para a vida adulta e, simultaneamente, acompanham e amparam o envelhecimento dos próprios pais. Quando a estas responsabilidades se juntam uma vida profissional ativa e outros desafios pessoais, é fácil compreender como tudo isto se pode repercutir na qualidade do sono.

Quais são os problemas de sono mais frequentes?

A dificuldade em manter o sono é uma das queixas mais comuns durante a perimenopausa e pode prolongar-se pela pós-menopausa. As alterações mais frequentemente referidas incluem:

- dificuldade em adormecer;
- acordar várias vezes durante a noite;
- dificuldade em voltar a adormecer após um

despertar;

- acordar demasiado cedo e não conseguir voltar a dormir;
- sono agitado ou pouco reparador;
- afrontamentos e suores noturnos;
- cansaço e sonolência excessiva durante o dia.

As perturbações do sono podem ainda estar relacionadas com outros fatores, como alterações do humor, ansiedade, depressão, dor osteoarticular, mudanças do ritmo circadiano, ou uma história prévia de insónia. Também podem surgir ou tornar-se mais evidentes outros problemas de sono, como a síndrome das pernas inquietas e a apneia obstrutiva do sono.

Atenção ao ressonar!

A partir da perimenopausa, o risco de apneia obstrutiva do sono aumenta nas mulheres. Esta alteração poderá estar relacionada com as mudanças hormonais, mas também com alterações do peso corporal e da distribuição da gordura. Sabia que a apneia do sono é mais frequente nos homens, mas esta diferença entre sexos tende a diminuir significativamente após a menopausa?

Se ressona frequentemente, se os seus familiares já notaram pausas na respiração durante o sono ou se acorda frequentemente cansada, apesar de aparentemente dormir um número suficiente de horas, fale com o seu médico. A avaliação individualizada é fundamental, porque nem todos os despertares noturnos ou todas as queixas de insónia têm a mesma causa.

Porque é tão importante dormir bem durante a menopausa?

Na realidade, dormir bem é importante em todas as fases da vida. No entanto, durante a menopausa, um sono adequado pode ajudar a enfrentar melhor os desafios físicos e emocionais desta transição.

• Vitalidade e humor

Dormir mal pode provocar cansaço, irritabili-

dade e menor capacidade para lidar com as adversidades. Um sono reparador ajuda-nos a sentir mais energia e maior capacidade de adaptação ao dia a dia.

- **Saúde mental**

O sono desempenha um papel importante na gestão do stress, da ansiedade e das oscilações do humor. Pelo contrário, dormir mal durante períodos prolongados pode contribuir para um maior risco de problemas de saúde mental.

- **Memória e concentração**

Dormir bem favorece a memória, a concentração e a capacidade de tomar decisões. Um sono adequado ajuda-nos a pensar com maior clareza e a manter uma melhor capacidade de atenção. Alguns esquecimentos ou dificuldade em reter nova informação podem ser sinais de um sono não reparador.

- **Controlo do peso/ obesidade**

O sono influencia vários mecanismos envolvidos na regulação do apetite. Dormir mal pode dificultar o controlo do peso, numa fase da

vida em que muitas mulheres já enfrentam alterações na composição corporal e tendência para ganho ponderal.

- **Saúde cardiovascular e sistema imunitário** O sono é um processo ativo e essencial para a recuperação do organismo. Durante a noite ocorrem processos importantes para a saúde cardiovascular, para o funcionamento do sistema imunitário e para a preparação do corpo para o dia seguinte.

- **Melhor controlo dos sintomas**

Dormir melhor pode também tornar outros sintomas da menopausa mais toleráveis e mais fáceis de gerir.

Estratégias práticas para dormir melhor

Pequenas mudanças de comportamento podem fazer uma grande diferença. O maior desafio é, muitas vezes, transformar essas mudanças em hábitos. Quando uma rotina é repetida de forma consistente, acaba por se tornar parte natural do nosso dia-a-dia.



- **De manhã se começa o dia**

Uma boa noite de sono começa logo ao acordar. A exposição à luz natural durante a manhã favorece a sincronização do ritmo circadiano. Sempre que possível, procure manter uma hora de acordar regular, mesmo ao fim de semana ou nos dias em que não trabalha.

- **Mantenha-se ativa**

A atividade física regular durante o dia pode contribuir para uma melhor regulação do ritmo circadiano e para uma melhor qualidade do sono. Evite, no entanto, exercício físico demasiado intenso próximo da hora de dormir.

- **Atenção à cafeína e ao álcool**

Procure limitar o consumo de cafeína ao período da manhã.

O álcool pode provocar sonolência inicialmente, mas tende a fragmentar o sono e a aumentar os despertares durante a segunda metade da noite.

- **Reduza a luz ao final do dia**

Depois do jantar, comece progressivamente a reduzir a intensidade da luz ambiente. Um ambiente mais tranquilo e com luz suave pode ajudar o organismo a preparar-se para o período de repouso.

- **Hidrate-se, mas q.b.**

Manter uma boa hidratação é importante. No entanto, evitar grandes quantidades de líquidos imediatamente antes de deitar pode ajudar a reduzir os despertares para ir à casa de banho.

- **Crie uma rotina de sono**

Ter horários relativamente regulares para deitar e acordar pode ajudar a estabilizar o relógio biológico.

Reserve algum tempo antes de dormir para atividades tranquilas e relaxantes, criando uma rotina que sinalize ao organismo que está a aproximar-se a hora de descansar.

- **Prepare um ambiente favorável ao sono**

O quarto deve ser um espaço confortável, tranquilo e adequado ao descanso. Durante a menopausa, esta preocupação é particularmente importante para as mulheres que têm afrontamentos ou suores noturnos. Manter o quarto fresco, utilizar roupa de cama confortável e adaptar o vestuário de dormir às

necessidades individuais pode ajudar a reduzir o desconforto noturno.

- **Procure controlar os afrontamentos e os suores noturnos**

Os sintomas vasomotores podem ser uma causa importante de despertares. Quando são frequentes ou intensos, devem ser avaliados no contexto global da menopausa. Existem diferentes estratégias terapêuticas e a abordagem deve ser individualizada. A terapêutica hormonal, quando indicada, deve ser sempre avaliada caso a caso, tendo em consideração o perfil de risco-benefício de cada mulher.

Quando procurar ajuda?

As noites mal dormidas não são uma consequência inevitável da menopausa. Se as dificuldades de sono são persistentes, se interferem com o funcionamento durante o dia ou se existem sintomas como ressonar intenso, pausas respiratórias observadas, necessidade frequente de mexer as pernas ou sonolência excessiva, vale a pena procurar aconselhamento médico.

Uma avaliação individualizada permite identificar as diferentes causas que podem estar a contribuir para o problema e definir a abordagem mais adequada. Da mesma forma, quando existe insónia persistente, é importante identificar os fatores que a estão a perpetuar. A terapia cognitivo-comportamental para a insónia constitui uma abordagem de primeira linha no tratamento da insónia crónica.

Uma boa notícia

Muitas das alterações que surgem durante a transição para a menopausa não são permanentes. Para muitas mulheres, o sono tende a melhorar à medida que avançam na pós-menopausa e o organismo se adapta às novas condições hormonais.

A menopausa é uma fase natural da vida da mulher saudável e não deve ser encarada como uma doença. Ao mesmo tempo, reconhecer a sua natureza fisiológica não significa

desvalorizar os sintomas ou assumir que todas as mulheres devem simplesmente aprender a viver com eles. Nem todas as alterações precisam de tratamento, mas algumas podem beneficiar de acompanhamento e intervenção.

O objetivo deve ser, acima de tudo, informar, capacitar e promover o autoconhecimento, dando a cada mulher ferramentas para compreender as mudanças que ocorrem no seu corpo, distinguir o que é esperado do que merece avaliação e encontrar as estratégias mais adequadas para esta nova fase da vida. Porque o sono é muito mais do que descanso. É um processo ativo e essencial para a saúde física e mental, para o equilíbrio emocional, para o funcionamento cognitivo e para a qualidade de vida.

Cuidar do sono durante a menopausa é, também, uma forma de cuidar de si.

Letícia Balanco

(Médica Pneumologista e Somnologista pela European Sleep Research Society, OM n.º 62859)





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



EFEITOS SECUNDÁRIOS DOS BIFOSFONATOS NOS MAXILARES

Se por um lado urge estancar a perda de massa óssea, por outro também é importante evitar a morte de uma parte do osso, neste caso, no maxilar. A gestão dos efeitos exige que se compreendam os mecanismos envolvidos e que se identifiquem os fatores de risco



Os bifosfonatos são uma classe de fármacos amplamente utilizados no tratamento de doenças ósseas caracterizadas por reabsorção excessiva, como a osteoporose, metástases ósseas e o mieloma múltiplo. Estes medicamentos atuam principalmente na inibição da atividade dos osteoclastos, reduzindo a perda óssea e aumentando a densidade mineral.

Apesar dos seus benefícios terapêuticos, os bifosfonatos têm sido associados a efeitos adversos importantes, especialmente ao nível dos maxilares, destacando-se a osteonecrose dos maxilares associada à toma de medicamentos.

Mecanismo de ação

Os bifosfonatos possuem elevada afinidade pelo tecido ósseo, ligando-se à hidroxiapatite.

Quando ocorre remodelação óssea, são incorporados pelos osteoclastos, levando à sua inibição ou apoptose. Como resultado, há uma diminuição da reabsorção óssea e uma alteração no equilíbrio do remodelamento ósseo.

Nos maxilares, onde o turnover ósseo é naturalmente mais elevado, devido à função mastigatória e à presença de dentes, esta inibição pode ter consequências mais pronunciadas. A redução da remodelação compromete a capacidade de reparação óssea, tornando o tecido mais suscetível a lesões e infeções.

A complicação mais relevante associada ao uso de bifosfonatos é a osteonecrose dos maxilares (ONM). Esta condição caracteriza-se pela exposição de osso necrótico na cavidade oral que persiste por mais de oito semanas, em pacientes sem história de radio-

terapia na região maxilofacial. A ONM ocorre com maior frequência na mandíbula do que na maxila e está frequentemente associada a procedimentos dentários invasivos, como extrações dentárias, implantes ou cirurgias periodontais. No entanto, pode também surgir espontaneamente.

Fatores de risco

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento da osteonecrose, incluindo:

- Uso prolongado de bifosfonatos, especialmente por via intravenosa
- Doenças oncológicas
- Má higiene oral
- Procedimentos dentários invasivos
- Uso concomitante de corticosteroides
- Tabagismo e comorbilidades sistémicas

Manifestações clínicas

Os sinais e sintomas da osteonecrose dos maxilares variam conforme o estágio da doença. Inicialmente, pode ser assintomática, sendo identificada apenas pela exposição óssea. Com a progressão, podem surgir:

- Dor local
- Inflamação dos tecidos moles
- Supuração
- Mobilidade dentária
- Formação de fístulas
- Fraturas patológicas em casos mais avançados

Estas manifestações podem comprometer significativamente a qualidade de vida da pessoa. O diagnóstico da osteonecrose dos maxilares é essencialmente clínico, baseado na presença de osso exposto persistente e na história de uso de bifosfonatos. Exames de imagem, como radiografias e tomografia computadorizada, podem auxiliar na avaliação da extensão da lesão, embora alterações radiográficas possam não ser evidentes nos estágios iniciais.

Prevenção e tratamento

A prevenção é um dos aspetos mais importantes na gestão dos efeitos dos bifosfonatos

nos maxilares. Antes de iniciar a terapêutica com estes fármacos, recomenda-se uma avaliação odontológica completa, com eliminação de focos infecciosos e realização dos tratamentos necessários.

Durante o tratamento, é fundamental:

- Manter uma boa higiene oral
 - Evitar procedimentos invasivos sempre que possível
 - Realizar acompanhamento regular com o médico dentista
 - Informar os profissionais de saúde sobre o uso de bifosfonatos
- O tratamento da osteonecrose dos maxilares depende do estágio da doença. Em fases iniciais, abordagens conservadoras são preferidas, incluindo:
- Antissépticos orais
 - Antibióticos em caso de infeção
 - Controlo da dor

Em casos mais avançados, pode ser necessária intervenção cirúrgica para remoção do osso necrótico. No entanto, a cirurgia deve ser cuidadosamente ponderada, pois pode agravar a condição. A suspensão dos bifosfonatos (drug holiday) é controversa e deve ser avaliada individualmente, em articulação com o médico assistente.

Os bifosfonatos desempenham um papel crucial no tratamento de várias doenças ósseas, mas os seus efeitos adversos nos maxilares, especialmente a osteonecrose, representam um desafio significativo. A compreensão dos mecanismos envolvidos, a identificação precoce dos fatores de risco e a implementação de medidas preventivas são essenciais para minimizar complicações. A colaboração entre médicos, dentistas e outros profissionais de saúde é fundamental para garantir uma abordagem integrada e segura no tratamentos sob terapêutica com bifosfonatos.

João Pedro Marcelino

(Médico, especialista em Cirurgia Maxilo-Facial; OM n.º 32619)

SENTE-SE MAIS FORTE?

- Recuperação funcional pode ser medida

A percepção individual nem sempre traduz com rigor a verdadeira condição funcional da pessoa. A utilização de tecnologia específica permite-nos transformar o movimento, a força e a funcionalidade em dados fiáveis, quantificáveis e comparáveis ao longo do tempo. Mais do que observar, passamos a conseguir medir.

Durante muitos anos, a avaliação da recuperação esteve fortemente dependente da observação clínica, da experiência do profissional e da percepção subjetiva da própria pessoa. Perguntas como “sente-se melhor?”, “tem menos dor?” ou “acha que está mais forte?” continuam a ter importância e fazem parte da prática clínica diária. No entanto, sabemos

hoje que a percepção individual nem sempre traduz com rigor a verdadeira condição funcional.

É neste contexto que surge a crescente importância de uma avaliação objetiva. A utilização de tecnologia específica permite-nos transformar o movimento, a força e a funcionalida-



de em dados concretos, quantificáveis e comparáveis ao longo do tempo. Mais do que observar, passamos a conseguir medir com precisão.

Através de dinamómetros e plataformas de força e equilíbrio, torna-se possível avaliar parâmetros como força muscular, distribuição de cargas, amplitudes articulares e assimetrias entre membros. Estas ferramentas permitem caracterizar objetivamente a forma como a pessoa se move, distribui cargas e mantém o equilíbrio durante diferentes tarefas funcionais no seu dia-a-dia.

Em complementaridade aos exames imagiológicos tradicionais, como a radiografia, a TAC ou a ressonância magnética, que fornecem informação predominantemente estrutural, a avaliação funcional permite compreender múltiplas características da pessoa em condições padronizadas. Desta forma, é possível identificar compensações, alterações do controlo motor e défices funcionais que podem justificar sintomas como dor, instabilidade, insegurança durante a marcha ou limitações nas atividades habituais.

A análise objetiva dos padrões de movimento permite identificar os défices que mais condicionam a mobilidade da pessoa. Com base nessa informação, é possível definir planos de fisioterapia individualizados, acompanhar a evolução clínica e reajustar a intervenção sempre que necessário.

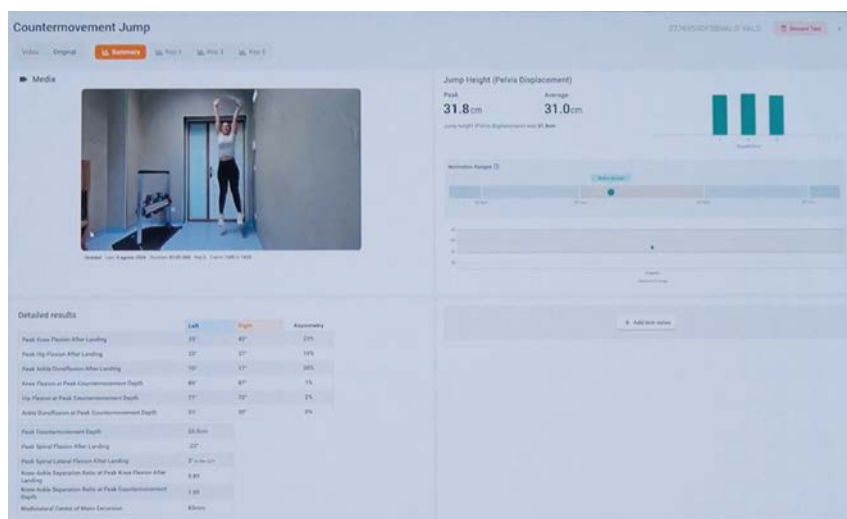
Esta informação tem interesse num contexto pré-operatório. Em doentes propostos para artroplastia total do joelho é frequente observarmos défices significativos de força, alterações de marcha e estratégias compensatórias consolidadas ao longo de anos. Muitas destas alterações podem passar despercebidas nos exames imagiológicos, uma vez que resultam da adaptação funcional à dor, à perda de mobilidade e à limitação progressiva da articulação. Importa salientar que estes défices nem sempre resultam da patologia articular, podendo ser influenciados por múltiplos fatores individuais, como a idade, as comorbilidades, o nível de atividade física, entre outros.



A identificação destas alterações funcionais permite planejar a preparação pré-operatória de forma criteriosa, que deixa de ser um conjunto genérico de exercícios e passa a assentar em dados precisos, ajustados à condição real e à singularidade de cada pessoa.

Chegar à cirurgia com uma melhor condição física e funcional está associado a uma recuperação mais rápida e a um regresso mais fácil às atividades do dia-a-dia. Além disso, a redução dos padrões compensatórios e a melhoria do controlo do movimento podem contribuir para uma evolução funcional mais favorável promovendo uma recuperação mais segura e confiante.

No período pós-operatório, a tecnologia utilizada por estes sistemas permite monitorizar de forma precisa e objetiva a evolução da recuperação. A informação obtida facilita a identificação das alterações compatíveis com a progressão esperada, distinguindo-as daquelas que poderão justificar uma reavaliação. Do mesmo modo, nos casos em que a recuperação funcional ultrapassa as expectativas, os dados recolhidos fornecem um suporte adicional à tomada de decisão clínica, conferindo maior segurança para o programa de recuperação e na introdução gradual de atividades com maior nível de exigência.



Para além da sua aplicação em várias áreas, esta abordagem tem vindo a ganhar destaque na medicina desportiva. No acompanhamento de atletas, desde a prevenção de lesões até ao regresso seguro à prática desportiva, a avaliação objetiva ajuda a identificar fatores de risco, a otimizar o rendimento e a orientar o treino de forma mais segura ao longo de todo o processo de recuperação.

Para que esta informação seja útil, é igualmente importante assegurar a qualidade dos dados. No contexto do Big Data, a teoria dos 5 V's — volume, velocidade, variedade, veracidade e valor — descreve as principais dimensões que os caracterizam. Assim, os dados devem ser recolhidos, tratados e interpretados de forma a garantir, sobretudo, a sua veracidade e utilidade clínica, permitindo obter informação precisa, consistente e fiável, reduzindo a probabilidade de erros ou enviesamentos que possam comprometer a avaliação. Os dados funcionam como um complemento ao ecossistema e à avaliação clínica, permitindo caracterizar objetivamente a mobilidade e apoiar a interpretação da informação proveniente dos exames imagiológicos.

No fundo, esta integração entre tecnologia e prática clínica representa uma evolução natural: uma abordagem objetiva, personalizada e verdadeiramente centrada na funcionalidade, na qualidade de vida e no cuidar e respeito pelo outro. Porque, no final, mais do que tratar sintomas, importa compreender como cada pessoa se move, como recupera e como a podemos ajudar a alcançar o seu melhor nível de funcionalidade.

Fábio Reis

(Ordem dos Engenheiros; n.º 104522)

Renato Domingues

(Ordem dos Enfermeiros; N.º 92327)



O cansaço constante e a falta de energia depois de uma noite de sono não são normais.

Noites mal dormidas podem desencadear vários problemas de saúde.

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



Mulher

“A mulher não é só para casa
Mulher-loiça, mulher –cama
ela é também mulher–asa,
mulher-força, mulher-chama.
E é preciso dizer
dessa antiga condição
a mulher soube trazer
a cabeça e o coração.
Trouxe a fábrica ao seu lar
e ordenado à cozinha
e impôs a trabalhar
a razão que sempre tinha.
Trabalho não só de parto
mas também de construção
para um filho crescer farto
para um filho crescer são.
A posse vai-se acabar
no tempo da liberdade
o que importa é saber estar
junto em pé de igualdade.
Desde que as coisas se tornem
Naquilo que a gente quer
é igual dizer meu homem
ou dizer minha mulher”.

ARY

dos Santos

(Poeta e declamador português, 1936 – 1984)



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)