Olhares

Trimestral
Nº 49 2026



Para todas as idades

Manosfera, o vazio que o algoritmo preencheu

As artérias também falam

Diabetes e envelhecimento

Como crescem e se desenvolvem as crianças?

ACORDOS

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

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



A informação completa está disponível na receção do CCCI. Para esclarecimentos contacte 239802700
Este conteúdo pode configurar publicidade institucional da INTERCIR – Centro Cirúrgico de Coimbra, S.A. | NIPC 503 834 971 | ERS E106499 | Licenças UPS 3/2010 (aditamento Licença de Funcionamento UPS 07/02.00) e 9072/2015 | 3045-089 Coimbra

Recomendado para todas as idades

Hoje, há uma medicina que faz saúde, antes de chegar a doença. Os mais idosos têm aproveitado e a longevidade tem provado essa eficácia. Há desafios, vigilâncias, adaptações e prevenções que trazem anos com qualidade de vida. Mas, para chegarmos e estes novos idosos, é preciso saber crescer sem saltar etapas. O caminho nem sempre é muito linear e precisa de ser construído com o tempo, sem bitolas rígidas e a lembrar que não há duas crianças iguais. "Ao ano andarás e aos dois falarás", nem sempre, nem nunca. Porque estar fora da média, não significa estar fora da normalidade. Depois deste crescimento hipervigiado e sem mazelas, chega a adolescência, a idade que nos prepara para a responsabilidade. É aqui que nos perdemos algumas vezes e a manosfera é um exemplo real disso mesmo.

Porque a vida só pode ser a soma de todas estas fases, decidimos partilhar o saber que nos permite abrir novas portas e fazer novos caminhos. Novos e velhos entram nesta edição final de 2026, dedicada a todas as idades.

Boa leitura!

Conceição Abreu

ÍNDICE

O velho

Pouco do que é resultou de escolha sua. O corpo foi-lhe dado. E com ele a época, o lugar, a língua, os pais…

P. 6



Decibéis sem filtro:

O que acontece ao nosso ouvido depois da última canção?

Pense nisto quando voltar a entrar num concerto de música

P. 10



Manosfera: o vazio que o algoritmo preencheu

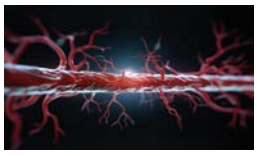
É importante perceber que os algoritmos não são educadores neutros, influenciam e que por detrás destes discursos existe uma indústria altamente lucrativa. Fomos perceber o que acontece na Manosfera. O padrão dos discursos é preocupante.

P. 14



As artérias também falam: Aprender a ouvi-las pode salvar vidas

P. 20



Diabetes e envelhecimento: O exercício físico como aliado

P. 26

Ficha Técnica

Título | Olhares

Entidade proprietária |

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

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

Todos os direitos reservados.

Email: comunicacao@ccci.pt

Coordenação | Conceição Abreu - Robert van Velze

Textos | Conceição Abreu

Design e Paginação | Robert van Velze

Fotografias | Robert van Velze e Dreamstime

Impressão | Sersilito

Tiragem | 5000 exemplares

Depósito Legal | 340686/12

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

49ª Edição

Periodicidade | Trimestral

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Na cirurgia da anca e joelho, a idade é uma contraindicação?

Não. Aliviar a dor e manter a qualidade de vida é o objetivo, mesmo aos 90 anos de idade.

P. 32



Anestesia no idoso: o que precisa saber

P. 38

Quando o tamanho importa!

No caso da aorta, o tamanho importa mesmo! Na rutura de um aneurisma da aorta, o diagnóstico precoce é muito importante.

P. 40

Envelhecer no corpo que habitamos: o papel da fisioterapia pélvica

Há uma diferença subtil entre envelhecer e perder autonomia

P.42



Quando o coração sai do ritmo

- O que precisa saber sobre as arritmias cardíacas

P. 48

Tosse que não passa: quando devemos preocupar-nos

P. 52



Uma hérnia, muitas dúvidas

P. 54



Doença de Dupuytren, quando os dedos deixam de esticar

P. 58

Adolescentes, imagem corporal e exercício

Quando devemos preocupar-nos?

A prática regular de exercício é recomendada e o treino de força pode ser integrado nessa rotina. Tal como também é importante reconhecer os sinais de uma eventual relação problemática com o corpo e com o treino.

P. 62



Como crescem e se desenvolvem as crianças?

Estar fora da média, não significa estar fora da normalidade. No crescimento e desenvolvimento infantil importa valorizar o tempo e a evolução.

P. 66

Os lugares como remédios

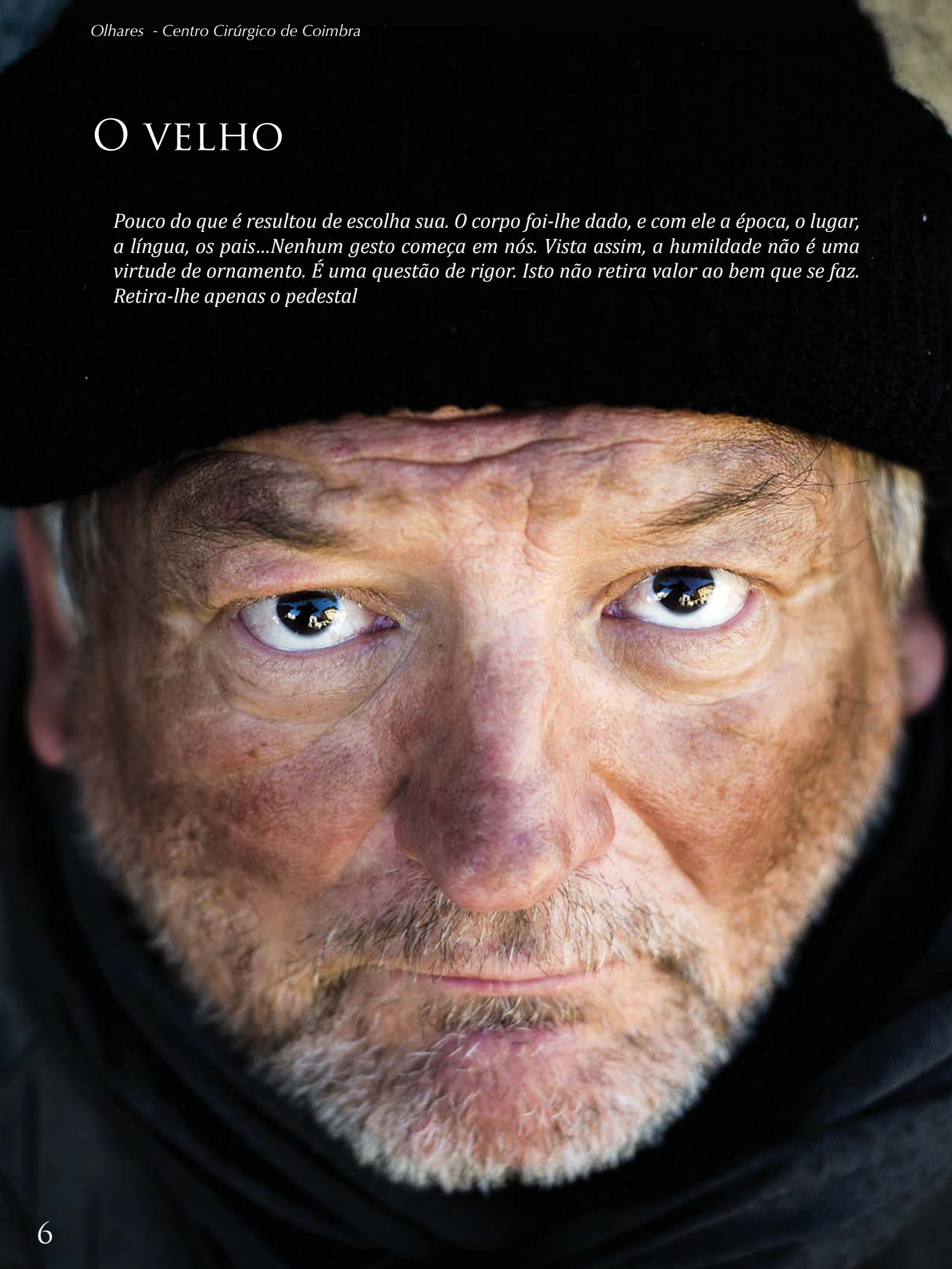
"Em vez de tomares um medicamento, toma um lugar. Assumir um lugar através do corpo, caminhar por dentro dele..."

Franco Arminio, in La cura dello sguardo. Nuova farmacia poética

P. 71

O velho

Pouco do que é resultou de escolha sua. O corpo foi-lhe dado, e com ele a época, o lugar, a língua, os pais…Nenhum gesto começa em nós. Vista assim, a humildade não é uma virtude de ornamento. É uma questão de rigor. Isto não retira valor ao bem que se faz. Retira-lhe apenas o pedestal



O velho está sentado ao sol. Não espera ninguém. Também não tem pressa que o dia acabe. As mãos repousam nos joelhos, atravessadas por veias que a idade foi pondo à vista, como a chuva vai descobrindo raízes numa encosta. Os olhos, um pouco velados, procuram a luz sem a fixar. Quem passa vê um homem com mais de oitenta anos. Engana-se por defeito — e por muito.

O hidrogénio da água do seu corpo formou-se pouco depois do início do universo, há cerca de 13 mil e oitocentos milhões de anos. O carbono das células, o oxigénio que respira, o cálcio dos ossos e o ferro do sangue foram forjados no interior de sóis que já não existem, e lançados no espaço quando eles morreram.

Somos poeira de estrelas. A expressão gastou-se de tanto ser repetida, mas não deixa de ser verdadeira. Nesse sentido — e só nesse — estamos cá há milhares de milhões de anos. Não nós: a matéria que nos constitui. Depois, foi preciso tempo. Muito. A Terra formou-se há cerca de quatro mil e quinhentos milhões de anos. Nela, partículas combinaram-se e desfizeram-se sem plano nem intenção, até que algumas moléculas passaram a copiar-se — com pequenos erros, dos quais uns poucos se revelaram úteis. A vida terá começado desse modo, na água, e foi lá que decorreu a maior parte da sua história.

Brisas incontáveis, ao longo de eras, desgastaram montanhas e espalharam terra fértil. A água abriu vales e desenhou costas e a luz do Sol banhava tudo.

Nenhuma destas forças tinha destinatário. E, no entanto, cada um de nós traz no corpo a sua marca.

O olho do velho guarda essa história. Vemos entre o violeta e o vermelho — uma faixa estreita de tudo o que a luz pode ser —, e não será por acaso: é nessa faixa que o Sol nos chega com mais intensidade e que a água se deixa atravessar.

Os primeiros olhos formaram-se no mar, e o nosso conserva-o por dentro: o humor vítreo que o preenche é quase só água. A luz que agora aquece o rosto do velho deixou a superfície do Sol há pouco mais de oito minutos. A energia que transporta, porém, nasceu no núcleo da estrela e levou milhares de anos a abrir caminho até ao exterior. Oito minutos de viagem; milhares de anos para chegar à partida.

Há mais. Também o cristalino tem um núcleo, e nele se encontram algumas das células mais antigas do corpo. Formaram-se antes do nascimento e nunca foram substituídas. Enquanto a pele, o sangue e boa parte dos ossos se foram renovando, aquele centro límpido permaneceu. Será o que há de mais velho no velho. Com os anos, foi perdendo a transparência. Não por defeito. Por ter durado.

De tudo isto — poeira, vento, água, luz, acaso e tempo — a matéria, que era cega, acabou por dar origem a olhos. E, por trás deles, a um animal capaz de perguntar de onde vem. A inteligência permitiu-lhe resolver problemas. A consciência trouxe-lhe a noção de que existe e de que vai deixar de existir. A sabedoria é outra coisa, e chega mais tarde, quando chega: é para saber o que fazer com as outras duas. A idade não a garante. Há velhos que apenas envelheceram.

O velho que a alcançou sabe uma coisa que o torna humilde — não por modéstia, mas por exatidão. Pouco do que é resultou de escolha sua. O corpo foi-lhe dado, e com ele a época, o lugar, a língua, os pais. Robert Sapolsky lembra-nos que, para compreender uma única ação, é preciso recuar um segundo, depois horas, anos, a infância, o ventre materno, os genes, séculos de cultura, milhões de anos de evolução. Nenhum gesto começa em nós. Vista assim, a humildade não é uma virtude de ornamento. É uma questão de rigor. Isto não retira valor ao bem que se faz. Retira-lhe apenas o pedestal. Ninguém é a

nascente do bem que pratica; é, quando muito, o leito por onde ele corre. Há leitos por onde quase nada passa. Outros levam água muito longe.

A ciência explica ao velho do que é feito e como aqui chegou. Não lhe diz por que razão há-de estender a mão a quem precisa. Entre o que é e o que deve ser existe uma distância que nenhum laboratório percorreu; a filosofia identificou-a há quase três séculos, com Hume. Nesse intervalo, o velho crê, simplesmente. Há quem lhe chame fé; há quem prefira confiança, ou decência. Ele não discute o nome. Acredita que vale a pena e age em conformidade — o que, para quem recebe a ajuda, vem a dar no mesmo.

Ser humano pode resumir-se a isto: saber-se feito de átomos indiferentes e, ainda assim, comportar-se como se cada gesto contasse. E conta. Houve um tempo em que se media pelo que era: um ofício, um título, a assinatura ao fundo de documentos que alguém acabará por deitar fora. Já não é isso que o define, e ele aceita-o sem amargura.

Um dia, o banco ficará vazio. Da matéria do velho, nada se perderá: toda ela voltará aos ciclos de onde veio — ao solo, ao ar, à água — e fará parte de outras coisas. De uma árvore, talvez. Talvez de outro olho. Do que foi, pouco restará: um nome, duas datas, uma fotografia que, passado meio século, ninguém saberá a quem pertence. Do que fez pelos outros ficará mais, ainda que sem assinatura — nas pessoas que ajudou e no que elas, por sua vez, vierem a fazer. É uma permanência que dispensa a vaidade, e a única que merece ser lembrada.

O sol começa a descer. O velho levanta-se devagar e volta para casa.

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





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

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

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

www.ccci.pt

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

Decibéis sem filtro.

O que acontece ao nosso ouvido depois da última canção?

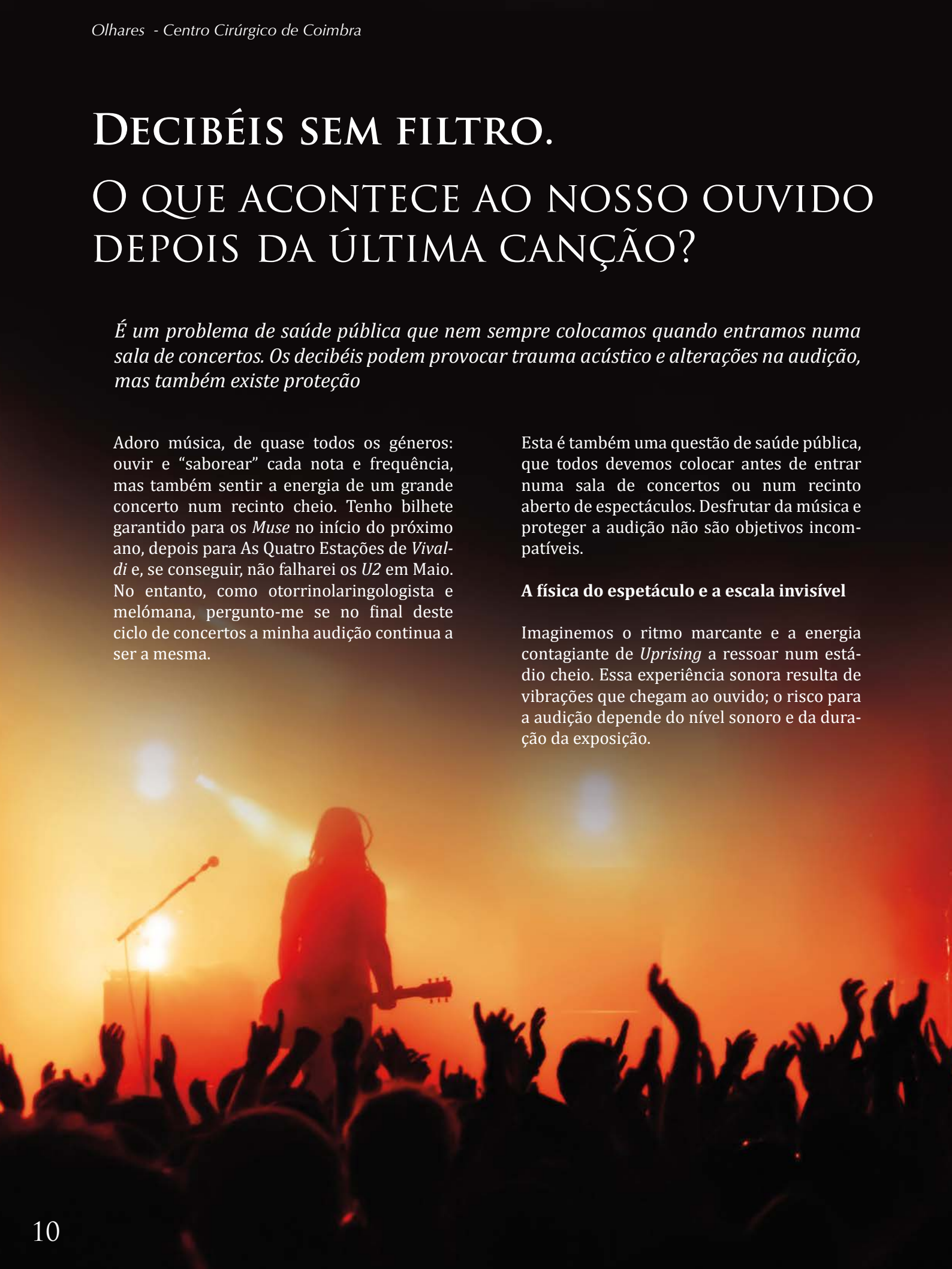
É um problema de saúde pública que nem sempre colocamos quando entramos numa sala de concertos. Os decibéis podem provocar trauma acústico e alterações na audição, mas também existe proteção

Adoro música, de quase todos os géneros: ouvir e "saborear" cada nota e frequência, mas também sentir a energia de um grande concerto num recinto cheio. Tenho bilhete garantido para os *Muse* no início do próximo ano, depois para As Quatro Estações de *Vivaldi* e, se conseguir, não falharei os *U2* em Maio. No entanto, como otorrinolaringologista e melómana, pergunto-me se no final deste ciclo de concertos a minha audição continua a ser a mesma.

Esta é também uma questão de saúde pública, que todos devemos colocar antes de entrar numa sala de concertos ou num recinto aberto de espectáculos. Desfrutar da música e proteger a audição não são objetivos incompatíveis.

A física do espetáculo e a escala invisível

Imaginemos o ritmo marcante e a energia contagiante de *Uprising* a ressoar num estádio cheio. Essa experiência sonora resulta de vibrações que chegam ao ouvido; o risco para a audição depende do nível sonoro e da duração da exposição.



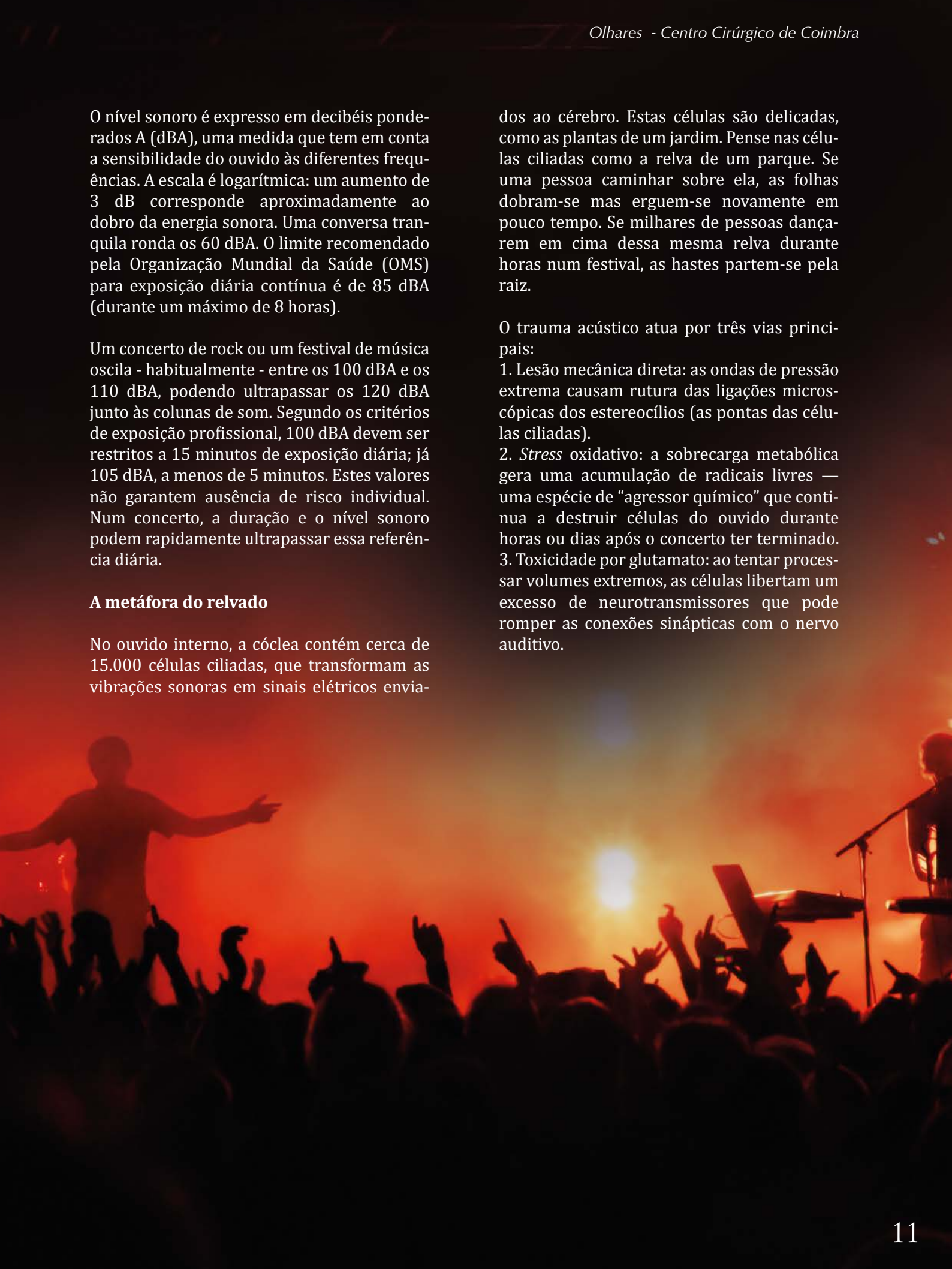
O nível sonoro é expresso em decibéis ponderados A (dBA), uma medida que tem em conta a sensibilidade do ouvido às diferentes frequências. A escala é logarítmica: um aumento de 3 dB corresponde aproximadamente ao dobro da energia sonora. Uma conversa tranquila ronda os 60 dBA. O limite recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para exposição diária contínua é de 85 dBA (durante um máximo de 8 horas).

Um concerto de rock ou um festival de música oscila - habitualmente - entre os 100 dBA e os 110 dBA, podendo ultrapassar os 120 dBA junto às colunas de som. Segundo os critérios de exposição profissional, 100 dBA devem ser restritos a 15 minutos de exposição diária; já 105 dBA, a menos de 5 minutos. Estes valores não garantem ausência de risco individual. Num concerto, a duração e o nível sonoro podem rapidamente ultrapassar essa referência diária.

A metáfora do relvado

No ouvido interno, a cóclea contém cerca de 15.000 células ciliadas, que transformam as vibrações sonoras em sinais elétricos enviados ao cérebro. Estas células são delicadas, como as plantas de um jardim. Pense nas células ciliadas como a relva de um parque. Se uma pessoa caminhar sobre ela, as folhas dobram-se mas erguem-se novamente em pouco tempo. Se milhares de pessoas dançarem em cima dessa mesma relva durante horas num festival, as hastes partem-se pela raiz.

O trauma acústico atua por três vias principais:
1. Lesão mecânica direta: as ondas de pressão extrema causam rutura das ligações microscópicas dos estereocílios (as pontas das células ciliadas).
2. *Stress* oxidativo: a sobrecarga metabólica gera uma acumulação de radicais livres — uma espécie de "agressor químico" que continua a destruir células do ouvido durante horas ou dias após o concerto ter terminado.
3. Toxicidade por glutamato: ao tentar processar volumes extremos, as células libertam um excesso de neurotransmissores que pode romper as conexões sinápticas com o nervo auditivo.



A audição pode recuperar depois de um concerto?

A resposta é sim. Quem nunca saiu de um concerto com sensação de ouvido tapado ou um zumbido persistente, mas recuperou no dia seguinte? O desvio temporário do limiar auditivo é a sensação de diminuição da audição que recupera parcialmente em 24 a 48 horas. A "relva" voltou a erguer-se, mas ficou fragilizada.

O zumbido é o grito de socorro do sistema auditivo. Quando permanente, reflete um dano irreversível. Tal como a perda auditiva escondida: por vezes, o exame do audiograma convencional volta ao "normal", mas as sinapses perdidas nunca mais se regeneram. Anos mais tarde, a pessoa consegue ouvir sons num ambiente silencioso, mas perde a capacidade de discriminar a fala num restaurante ruidoso.

O que dizem as leis e as normas internacionais?

As recomendações internacionais e a legislação portuguesa abordam diferentes dimensões da proteção contra o ruído.

Organização Mundial da Saúde (OMS) No seu padrão global para recintos de entretenimento (*WHO Global standard for safe listening venues and events*, 2022), a OMS recomenda formalmente:
- Um limite máximo de som de 100 dBA ponderado ao longo de qualquer período do evento.
- Monitorização e registo contínuo dos níveis sonoros em tempo real.
- A disponibilização gratuita de proteção auditiva e o acesso a zonas de repouso auditivo para descanso da cóclea.

O quadro legal em Portugal

Em Portugal, a proteção contra o ruído divide-se em duas frentes:
- Regulamento Geral do Ruído (Decreto-Lei n.º 9/2007): Regula o impacto no ambiente urbano e vizinhança. Os grandes eventos ao ar livre necessitam de uma Licença Especial de Ruído, embora esta incida mais no incómodo populacional do que no risco individual do espetador.
- Segurança no Trabalho (Decreto-Lei n.º 182/2006): Protege os trabalhadores do recinto (técnicos de som, segurança, pessoal de bar e os próprios músicos). Define o nível de ação aos 85 dBA, a partir do qual a entidade patronal é legalmente obrigada a fornecer Equipamentos de Proteção Individual (EPI) auditivos.

Proteção sem perder a emoção

Proteger a audição não significa deixar de ir a concertos ou abdicar da experiência sonora. Significa adotar estratégias inteligentes:
- Filtros Acústicos: Ao contrário dos velhinhos tampões (que abafam o som e cortam os agudos), os tampões com filtros de atenuação uniforme reduzem a intensidade sonora global em 15 dB a 20 dB mantendo a fidelidade da música. O som fica mais limpo e seguro.
- Gestão da Distância: Evitar ficar na linha direta das colunas de som.
- Descanso Auditivo: Fazer pausas de 10 a 15 minutos longe do palco principal a cada hora permite ao ouvido interno iniciar mecanismos de recuperação metabólica.

Preservar a audição permite continuar a apreciar a música com clareza e nitidez ao longo da vida — e homenagear os artistas que admiramos. Nos próximos concertos, a proteção auditiva fará parte do meu bilhete de entrada. E também deve fazer parte do seu.

Vera Sofia Soares
(Médica Otorrinolaringologista; OM n.º 41271)

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

ADSE

Médicos e especialidades

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

CARDIOLOGIA - Nádia Moreira

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

CIRURGIA PEDIÁTRICA - Nádia Laezza; Ochoa de Castro

CIRURGIA PLÁSTICA - Mário Jorge Santos

GASTRENTEROLOGIA / ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Pedro Narra de Figueiredo (SÓ EXAMES)

GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA - Sidónio Magalhães Matias

IMAGIOLOGIA – EXAMES (radiologia geral; estudo da mama; ecografia; estudos por doppler; tomografia computorizada; 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; Catarina Quintas; Fernando Fonseca, Francisco Agostinho; Gabriela Figo; João Pedro Oliveira; 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 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

Manosfera:
o vazio que o algoritmo preencheu

É importante perceber que os algoritmos não são educadores neutros: influenciam e que por detrás de alguns destes discursos existe também uma indústria altamente lucrativa. Fomos perceber o que acontece na Manosfera. O padrão dos discursos é preocupante. Teremos deixado os rapazes para trás?



A filha de uma amiga liga-nos. Pede para colocar a chamada em alta voz e conta como correu a noite com um grupo de amigos. A dada altura, surgiu uma pergunta: «*O que fariam se soubessem que iam morrer amanhã?*» Espantada e revoltada, relata a resposta de alguns rapazes: «*Violava uma mulher*». Perante a indignação dela, responderam com naturalidade que esse seria um pensamento «normal» entre muitos jovens. Na mesma noite, fizeram questão de comentar que, tendo ela namorado, não lhe «ficava bem», estar a falar com outros homens.

Foi assim que surgiu a conversa sobre a manosfera, também conhecida como *machosfera*. Curiosas, fomos ouvir um programa de rádio onde era dada a palavra a um *influencer* português que defendia precisamente este tipo de ideias. Percebi, nessa noite, que estes discursos não são casos isolados: circulam nas redes sociais, chegam a adolescentes cada vez mais novos e estão a influenciar a forma como muitos rapazes pensam as relações, a masculinidade e o papel das mulheres na sociedade.

Para tentar compreender melhor este fenómeno, comecei por assistir ao documentário do jornalista britânico *Louis Theroux* sobre o tema. Logo no início, o jornalista entra na casa de um conhecido *influencer* que, apontando para uma amiga presente, afirma sem pudor: «*Aqui está a minha máquina de lavar*». Mergulhei depois em vídeos de *influencers* americanos e portugueses e procurei conhecer melhor a literatura disponível. O padrão é preocupante.

O que é, afinal, a manosfera?

A manosfera é um conjunto heterogéneo de comunidades digitais, páginas, fóruns e criadores de conteúdos que abordam a masculinidade, as relações entre homens e mulheres e as questões de género. Embora nem todos os seus espaços defendam as mesmas ideias, alguns promovem discursos profundamente misóginos, hostis à igualdade e assentes numa visão hierárquica das relações.

Entre os elementos mais recorrentes encontramos:

• **A metáfora da Red Pill (Pílula Vermelha)**: inspirada no filme *Matrix*, representa a ideia de que os homens estariam a despertar para uma suposta realidade escondida, na qual a sociedade moderna favoreceria as mulheres e prejudicaria os homens.

• **Papéis de género rígidos e relações assimétricas:** o homem é apresentado como provedor, líder e protetor, enquanto à mulher é atribuído um papel de submissão, dedicação ao lar e obediência.

• **O culto do «Macho Alfa»:** a masculinidade é medida pela ostentação financeira (carros de luxo, mansões, dinheiro rápido), pela aparência física, pela força e pela capacidade de dominar os outros.

• **A rejeição da vulnerabilidade**: a tristeza, a dúvida, a solidão, o medo ou a dor são frequentemente apresentados como sinais de

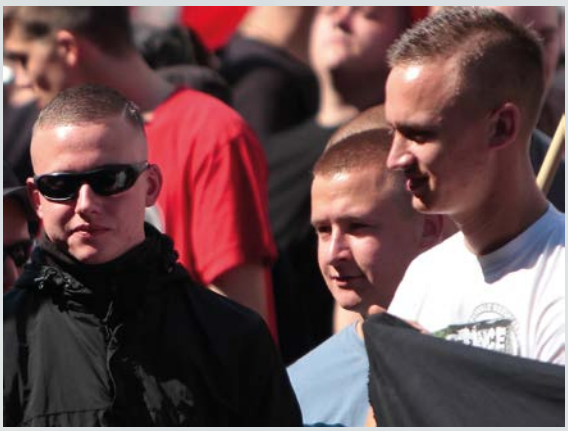


fraqueza. O homem deve ser sempre forte, autossuficiente e emocionalmente imperturbável.

• **O sentimento de pertença tribal**: cria-se uma ideia de fraternidade entre os «manos», na qual as frustrações individuais são transformadas numa luta coletiva contra as mulheres, o feminismo ou uma sociedade considerada injusta para os homens.

Estes autoproclamados gurus raramente promovem uma reflexão complexa. Recorrem a frases feitas, afirmações provocadoras, linguagem agressiva e confrontos em direto, muitas vezes com o objetivo de gerar visualizações e seguidores.

Por detrás de alguns destes discursos existe também uma indústria altamente lucrativa: subscrições de fóruns privados, cursos de masculinidade, programas de enriquecimento rápido, venda de suplementos e *workshops*. A insegurança, a frustração e a necessidade de reconhecimento de muitos rapazes transformam-se numa oportunidade de negócio.



De onde vêm estes discursos e quem os escuta?

O fenómeno não pode ser explicado por uma única causa. A necessidade de pertença, a procura de identidade, a insegurança, a dificuldade em lidar com a rejeição, a solidão e a pressão social podem tornar alguns adolescentes mais permeáveis a mensagens que prometem respostas simples para problemas complexos.

Como psicóloga, reconheço a importância das figuras de vinculação e dos modelos adultos na construção da identidade e da segurança emocional dos jovens. A presença de adultos disponíveis, afetivamente próximos e capazes de estabelecer limites consistentes é fundamental. Quando estas referências falham, alguns adolescentes podem procurar noutros lugares respostas para as suas necessidades de pertença, reconhecimento e valorização.

Na adolescência, fase de profundas transformações físicas, emocionais e sociais, a necessidade de aceitação pelos pares e de construção da identidade assume particular importância. É precisamente nesta fase que mensagens simplistas, mas aparentemente seguras e afirmativas, podem exercer um grande poder de atração. Isto obriga-nos a colocar algumas perguntas desconfortáveis enquanto sociedade:

Teremos deixado os rapazes para trás?

Nas últimas décadas, demos — e bem — maior visibilidade aos direitos das mulheres, à desconstrução dos estereótipos de género e à prevenção da violência. Mas será que conseguimos, em paralelo, incluir os rapazes nesta reflexão? Será que lhes estamos a oferecer espaço para falar das suas inseguranças, da solidão, da rejeição e das dificuldades em corresponder às expectativas sociais associadas à masculinidade?

Não se trata de retirar espaço às conquistas das mulheres ou de relativizar a violência de género. Trata-se de reconhecer que os rapazes também precisam de cuidado, afeto, escuta e referências positivas. A igualdade implica também libertá-los de modelos rígidos que os impedem de expressar emoções, pedir ajuda ou reconhecer fragilidades.

Onde estão os pais, as mães e os outros adultos de referência?

Vivemos sob uma enorme pressão profissional, económica e social. Muitos pais e mães trabalham longas horas, chegam a casa cansados e têm dificuldade em encontrar tempo e



disponibilidade emocional para acompanhar o quotidiano dos filhos.

Mas a adolescência não é uma fase em que os jovens deixam de precisar dos adultos. Pelo contrário: mais do que nunca, precisam de referências, de limites, de proximidade e de presença.

O poder dos ecrãs e dos mecanismos de recompensa

As redes sociais ocupam uma parte significativa do quotidiano dos adolescentes. A exposição prolongada a conteúdos digitais pode interferir com o sono, a concentração, a autoestima e a qualidade das relações presenciais. É fundamental perceber o que os jovens estão a consumir, como se sentem perante esses conteúdos e de que forma estes influenciam as suas crenças e comportamentos.

O algoritmo do patriarcado

As plataformas digitais tendem a privilegiar conteúdos que geram mais interação, incluindo aqueles que provocam indignação, medo ou polémica. Os discursos misóginos, provocadores e agressivos podem, assim, alcançar uma visibilidade desproporcionada.

A exposição repetida a estas mensagens pode criar uma sensação de normalidade, reforçar preconceitos e contribuir para uma visão distorcida das relações entre homens e mulheres. O adolescente pode começar por assistir a um vídeo por curiosidade e, através das recomendações sucessivas, encontrar-se progressivamente imerso num universo de conteúdos cada vez mais radicais.

É importante perceber que os algoritmos não são educadores neutros: influenciam aquilo a que estamos expostos e reforçam crenças e comportamentos. Num período de desenvolvimento em que a identidade e o sentimento de pertença estão ainda em construção, esta influência merece particular atenção.

Como cuidar e não falhar com os nossos rapazes?

A resposta ao avanço da manosfera não passa pela censura cega ou pela culpabilização dos

jovens. Proibir sem explicar e refletir pode até aumentar a curiosidade e afastar os adolescentes dos adultos de referência. Precisamos de agir com proximidade, consistência e coragem, em casa, nas escolas e na comunidade.

• **Tempo de qualidade e presença**: os adolescentes não precisam menos de nós por estarem a crescer. Precisam de adultos disponíveis, capazes de conversar, fazer perguntas e escutar sem julgar. Partilhar refeições, conhecer os amigos, interessar-se pelos seus gostos e acompanhar o que fazem no mundo digital são formas concretas de presença.

• **Supervisão e literacia digital**: estabelecer regras claras e adequadas à idade, nomeadamente sobre os horários e utilização dos dispositivos (por exemplo, proibir a utilização do telemóvel ou do computador no quarto). Mas é igualmente importante conversar sobre os conteúdos que encontram. Podemos perguntar: «Porque achas que este *influencer* diz isto?» ou «Como te sentirias se alguém tratasse assim uma pessoa de quem gostas?». Ensinar a questionar é mais eficaz do que simplesmente proibir.

• **Reconstruir o conceito de força**: precisamos de mostrar aos rapazes que a masculinidade não tem de ser construída através da dominação, da agressividade ou do controlo. As figuras masculinas de referência têm aqui um papel importante, mas não exclusivo. Pais, mães e outros adultos podem ensinar, pelo exemplo, o respeito pelas mulheres, a partilha das tarefas domésticas, a igualdade nas relações e a resolução de conflitos através do diálogo.

• **Acolher a vulnerabilidade**: ensinar os rapazes que sentir tristeza, medo, insegurança ou solidão não é sinal de fraqueza. Chorar, pedir ajuda, reconhecer erros e falar sobre o que os preocupa são manifestações de maturidade emocional. Precisamos de criar ambientes onde possam fazê-lo sem receio de serem ridicularizados.

• **Promover relações saudáveis e educação para o respeito**: a escola e os grupos de pares são espaços fundamentais na construção da identidade. É importante falar abertamente sobre consentimento, igualdade, respeito pelos limites do outro, violência no namoro e relações afetivas saudáveis. Os rapazes precisam de ter oportunidade de discutir estes temas, colocar dúvidas e desenvolver pensamento crítico.



• **Oferecer modelos positivos**: os jovens precisam de conhecer homens que não tenham medo de demonstrar afeto, que cuidem dos outros, que assumam responsabilidades e que sejam capazes de reconhecer as suas fragilidades. A verdadeira força não está em dominar, mas em saber respeitar, proteger sem controlar e estabelecer relações de igualdade.

Os nossos jovens precisam de adultos presentes, de relações significativas e de espaços onde possam crescer sem receio de serem vulneráveis.

O maior desafio não é combater a manosfera, é garantir que, antes de os algoritmos lhes oferecerem respostas, nós estarmos aqui, disponíveis para os ouvir.

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



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

A sua visão pode mudar em poucos minutos

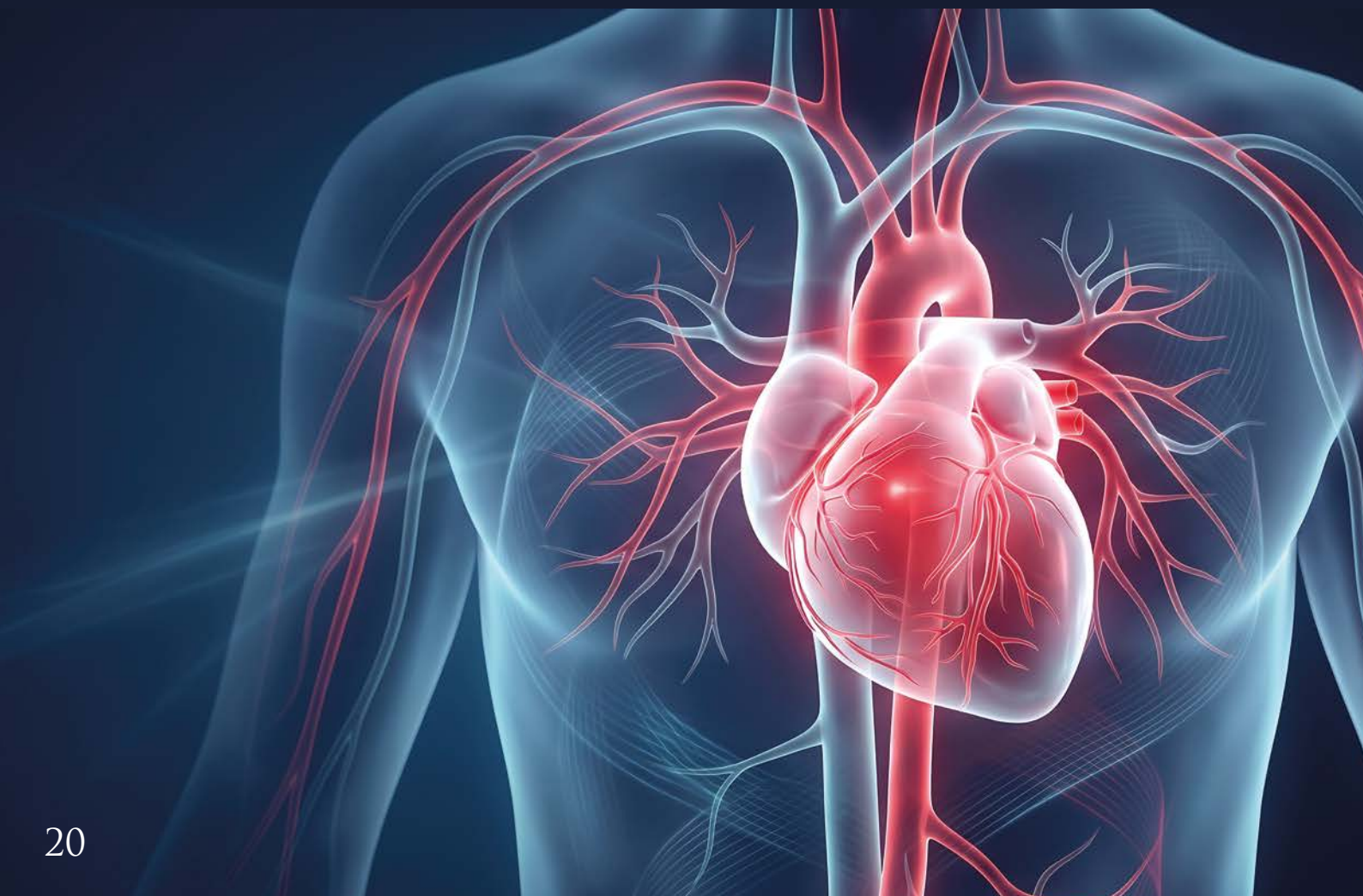
Marque a sua consulta ***239 802 703*** (Rede fixa nacional)
www.ccci.pt

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

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

As artérias também falam: Aprender a ouvi-las pode salvar vidas

Quando pensamos em doenças das artérias, a maioria das pessoas associa-as imediatamente ao coração. No entanto, muitas vezes os primeiros sinais surgem longe dele, nas pernas ou nas artérias do pescoço que transportam sangue para o cérebro. São sinais discretos, frequentemente ignorados ou atribuídos ao envelhecimento, mas que podem representar um aviso precoce para uma doença vascular potencialmente grave



As artérias são as verdadeiras autoestradas da vida. Por elas circula o sangue que leva oxigénio e nutrientes a todos os órgãos e tecidos do organismo. A sua boa saúde é fundamental para o funcionamento do coração, do cérebro, dos rins, dos músculos e de todo o corpo. Quando estas vias de circulação começam a estreitar ou obstruir-se, o organismo tenta encontrar formas de se adaptar durante algum tempo, mas antes que isso aconteça, acaba por dar sinais de alerta.

Ao longo dos anos, fatores como o tabagismo, a diabetes, a hipertensão arterial, o colesterol elevado e o sedentarismo podem danificar progressivamente as paredes das artérias. Lentamente, depósitos de gordura, colesterol e cálcio acumulam-se no seu interior, reduzindo o espaço disponível para a passagem do sangue. Este processo, conhecido como aterosclerose, desenvolve-se de forma silenciosa e gradual, muitas vezes durante décadas. É precisamente esse silêncio que o torna tão perigoso. Quando surgem os primeiros sintomas, uma parte significativa do processo pode já estar instalada. Podemos compará-lo a um iceberg: aquilo que se torna visível é frequentemente apenas uma pequena fração da doença que já existe abaixo da superfície.

Quando as pernas contam uma história

Uma das manifestações mais frequentes da aterosclerose é a doença arterial periférica, que afeta sobretudo as artérias dos membros inferiores. Nas fases iniciais, as artérias podem apresentar obstruções importantes sem provocar qualquer sintoma. Contudo, à medida que a circulação sanguínea se torna insuficiente para responder às necessidades dos músculos, surgem os primeiros sinais. O mais típico é a chamada claudicação intermitente.

A pessoa inicia a caminhada sem dificuldade, mas, após percorrer uma determinada distância, começa a sentir dor, cansaço ou uma sensação de aperto numa perna, na coxa ou mesmo na nádega. Quando para de andar, o desconforto desaparece espontaneamente ao fim de alguns segundos ou minutos, não necessitando a pessoa de se sentar. Ao retomar a marcha, a dor reaparece de forma semelhante. Muitas vezes, os sintomas surgem mais rapidamente quando se caminha a um ritmo acelerado ou em subidas.



A explicação é simples: tal como um automóvel necessita de mais combustível para aumentar a velocidade ou subir uma encosta, os músculos precisam de mais oxigénio quando trabalham mais intensamente. Quando as artérias estão estreitadas ou obstruídas, já não conseguem fornecer o sangue necessário para satisfazer essa necessidade acrescida.

Infelizmente, muitas pessoas atribuem estes sintomas à idade, à artrose, ao desgaste físico ou a problemas da coluna. Embora estas condições possam coexistir, essa interpretação pode atrasar o diagnóstico de uma doença que merece atenção médica. Para além da dor

ao caminhar, existem outros sinais que podem indicar problemas de circulação nos membros inferiores:
- Pés frios;
- Dormência ou formigueiros;
- Alterações da cor da pele, que pode tornar-se mais pálida, avermelhada ou arroxeada;
- Feridas ou pequenas lesões que demoram a cicatrizar;
- Perda de pelos nas pernas;
- Fragilidade das unhas;
- Dor persistente nos pés ou nas pernas durante a noite.

Nas fases mais avançadas da doença, a dor pode surgir mesmo em repouso. Algumas pessoas referem que apenas conseguem alívio quando colocam a perna pendente para fora da cama ou se levantam durante a noite para caminhar alguns passos.

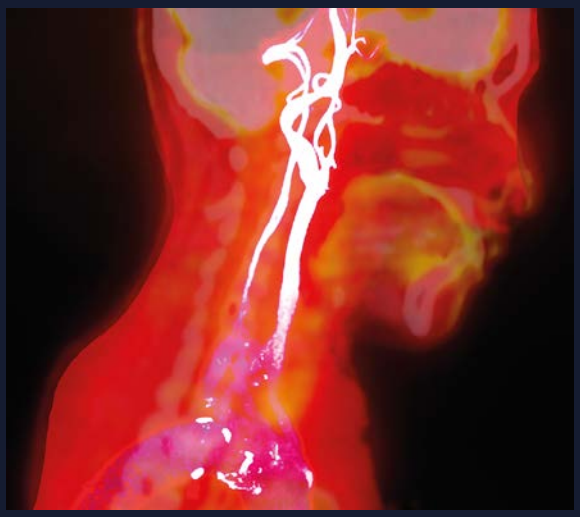
Muito mais do que um problema das pernas

Talvez a mensagem mais importante seja que a doença arterial periférica raramente é um problema isolado. Quando existem obstruções nas artérias das pernas, existe frequentemente aterosclerose noutras partes do organismo. Por essa razão, considera-se uma doença sistémica, capaz de afetar simultaneamente diferentes territórios vasculares.

As mesmas alterações que dificultam a circulação nas pernas podem estar presentes nas artérias coronárias, responsáveis pela irrigação do coração, nas artérias carótidas que transportam o sangue para o cérebro ou nas artérias renais que irrigam os rins. Assim, uma dor na perna ao caminhar pode representar muito mais do que uma limitação da mobilidade: pode ser um importante marcador de risco cardiovascular.

As carótidas: as guardiãs silenciosas do cérebro

Outro local - particularmente importante - onde a aterosclerose se pode desenvolver são as artérias carótidas, localizadas em ambos os lados do pescoço. Estas artérias funcionam como verdadeiras vias rápidas para o cérebro, assegurando um fornecimento constante de oxigénio e nutrientes. Qualquer interrupção deste fluxo pode ter consequências potencialmente devastadoras.



Ao contrário do que acontece frequentemente na doença arterial dos membros inferiores, a doença carotídea tende a permanecer silenciosa durante muito tempo. Uma pessoa pode apresentar um estreitamento significativo de uma carótida sem sentir qualquer sintoma.

O perigo surge quando fragmentos das placas de aterosclerose se desprendem da parede arterial e são transportados pela corrente sanguínea até ao cérebro (ateroembolismo), onde podem obstruir vasos mais pequenos e provocar um AVC (Acidente Vascular Cerebral).

Em alguns casos, o organismo envia sinais de alerta antes de ocorrer um AVC definitivo. Estes episódios designam-se por acidentes isquémicos transitórios (AIT) e devem ser encarados como verdadeiras emergências médicas.

Os sintomas mais frequentes incluem:
- Fraqueza súbita de um braço, de uma perna ou de ambos (hemiparesia);
- Dificuldade repentina em falar (afasia);

- Desvio da boca;
- Perda temporária da visão de um olho (amaurose).

A característica mais enganadora destes episódios é o facto de poderem durar apenas alguns minutos e desaparecer completamente. Muitas pessoas desvalorizam-nos porque recuperam rapidamente e sentem-se bem pouco depois. No entanto, estes sintomas podem representar um aviso claro de que existe um risco elevado de AVC nos dias ou semanas seguintes. O desaparecimento dos sintomas não significa que o perigo tenha passado.

Os fatores de risco que podemos controlar

Embora não possamos alterar a idade ou a herança genética, existe um conjunto de fatores que dependem diretamente dos nossos hábitos e que têm um impacto profundo na saúde das artérias.

Entre os principais encontram-se:
- Tabagismo;
- Diabetes *mellitus*;
- Colesterol elevado;
- Hipertensão arterial;
- Excesso de peso;
- Sedentarismo.

Todos estes fatores favorecem a formação de placas e aumentam o risco de enfarte do miocárdio, AVC e amputação dos membros inferiores.

Cuidar das artérias é investir no futuro

A boa notícia é que nunca é demasiado cedo nem demasiado tarde para proteger a saúde vascular. A adoção de hábitos de vida saudáveis continua a ser a estratégia mais eficaz para prevenir a progressão da aterosclerose:
- Não fumar;
- Manter uma alimentação equilibrada;
- Praticar atividade física regular;
- Controlar a pressão arterial;



- Vigiar os níveis de colesterol;
- Manter a diabetes sob controlo.

Entre todas estas medidas, a caminhada ocupa um lugar especial. Para além de ajudar no controlo dos fatores de risco cardiovasculares, melhora a circulação sanguínea e estimula a formação de pequenos vasos alternativos capazes de compensar parcialmente algumas obstruções (colateralidade). Cada passo é, literalmente, um investimento na saúde das artérias.

A importância da vigilância médica

Muitas destas doenças podem ser identificadas antes de provocarem complicações graves. A avaliação regular da pressão arterial, da glicemia e do colesterol permitem detetar precocemente fatores de risco importantes.

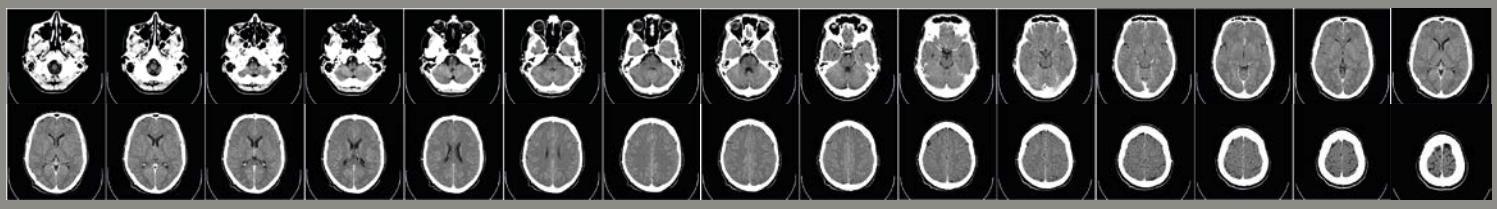
Quando existem sintomas sugestivos ou múltiplos fatores de risco, exames simples e indolores, como o ecodoppler carotídeo ou o ecodoppler arterial dos membros inferiores, permitem estudar a circulação sanguínea e identificar a presença de placas e estreitamentos arteriais. São exames seguros, sem radiação e indolores, e extremamente úteis na deteção e prevenção de eventos cardiovasculares.

Escutar as artérias antes que seja tarde

As artérias raramente gritam. Normalmente, falam em voz baixa. Uma dor na perna ao caminhar. Um episódio transitório de dificuldade na fala. Uma perda passageira da visão. Um pé persistentemente frio. São mensagens subtis que o corpo envia e que merecem ser escutadas. Reconhecer estes sinais precocemente pode permitir intervir atempadamente, evitar complicações graves e preservar a qualidade de vida. Porque, muitas vezes, aquilo que parece um pequeno incómodo é, na realidade, uma oportunidade preciosa para prevenir um enfarte, evitar um AVC ou impedir uma incapacidade permanente.

As artérias não falam com palavras, mas contam-nos uma história todos os dias. Revelam-nos o impacto dos nossos hábitos, das nossas escolhas e da forma como cuidamos da nossa saúde. A doença arterial periférica e doença carotídea são exemplos claros dessa linguagem. Quando aprendemos a reconhecer os seus sinais e a agir a tempo, transformamos a prevenção numa poderosa ferramenta de proteção. Ouvir as artérias é, afinal, ouvir o próprio corpo. E, em muitos casos, essa pode ser a diferença entre a doença e a saúde, entre a incapacidade e a autonomia, entre perder uma oportunidade e salvar uma vida.

Luís Antunes
(Médico, especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular; OM n.º 46452)





IMAGIOLOGIA

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

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

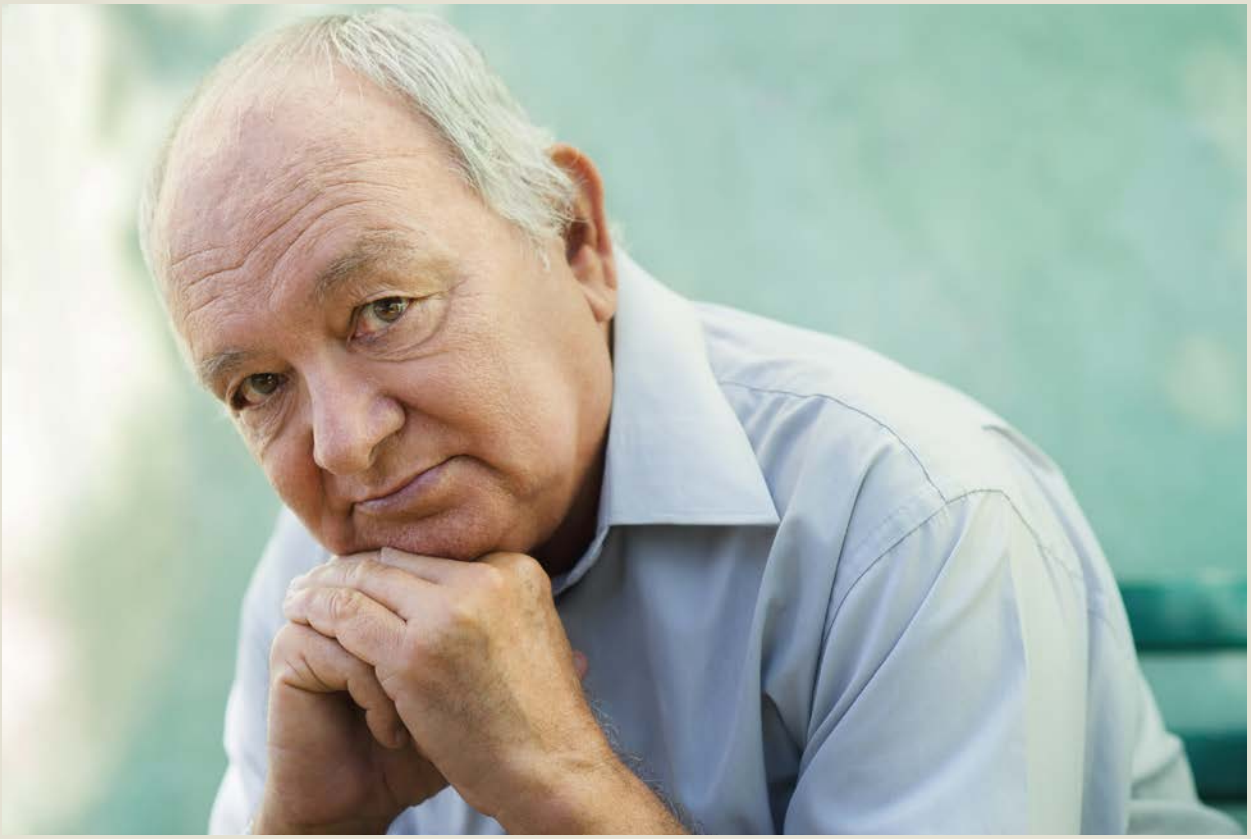
Contactos:
239 802 590
radiologia@ccci.pt

www.ccci.pt

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

Diabetes e envelhecimento: o exercício físico como aliado

Preservar a força e a função muscular não é apenas uma questão de mobilidade, mas também uma componente importante da abordagem terapêutica da diabetes. O exercício físico é particularmente valioso pela capacidade que tem de atuar simultaneamente sobre o metabolismo e sobre a funcionalidade. Mas, note, atividade física e exercício físico não correspondem exatamente ao mesmo conceito



O envelhecimento da população constitui um dos principais desafios da medicina atual. O aumento da esperança média de vida acompanha-se de uma maior prevalência de doenças crónicas, frequentemente coexistentes, entre as quais a diabetes *mellitus* tipo 2 assume particular relevância, não apenas pelas suas complicações metabólicas e cardiovasculares, mas também pelo impacto que pode ter na capacidade funcional e na qualidade de vida.

Na pessoa idosa, a diabetes raramente surge de forma isolada. É frequente coexistir com hipertensão arterial, doença cardiovascular, insuficiência renal, alterações cognitivas ou limitações da mobilidade, tornando a sua abordagem particularmente exigente. Embora o controlo da glicemia e a prevenção das

complicações continuem a ser fundamentais, importa reconhecer que preservar a autonomia, a força muscular e a capacidade de realizar as atividades quotidianas constitui uma dimensão igualmente importante do tratamento.

É neste contexto que a atividade física e o exercício físico assumem especial relevância. Para além dos reconhecidos benefícios cardiovasculares e metabólicos, representam intervenções capazes de contrariar algumas das alterações associadas ao envelhecimento, contribuindo para prevenir a fragilidade e preservar a independência funcional.

O músculo e a diabetes: uma relação que importa compreender

O envelhecimento associa-se a alterações progressivas da composição corporal, nomeadamente à diminuição da massa muscular e ao aumento da gordura visceral. Estas modificações podem favorecer a resistência à insulina, um dos principais mecanismos envolvidos no desenvolvimento e progressão da diabetes tipo 2.

O músculo-esquelético desempenha um papel central na regulação da glicemia, sendo responsável por uma parte significativa da utilização da glicose após as refeições. Durante a contração muscular, são ativados mecanismos que facilitam a entrada de glicose nas células, mesmo quando a resposta à insulina se encontra diminuída. A prática regular de exercício promove ainda adaptações que melhoram a sensibilidade à insulina e a capacidade do organismo para utilizar a glicose de forma eficiente.



Na população idosa, esta relação torna-se particularmente importante devido à sarcopenia, uma doença muscular caracterizada pela perda de força, associada à diminuição da quantidade ou qualidade muscular, podendo comprometer a mobilidade e a autonomia.

A diabetes e a sarcopenia podem potenciar-se mutuamente. A resistência à insulina, a inflamação crónica de baixo grau e o sedentarismo contribuem para a deterioração muscular. Por sua vez, a diminuição da massa e da atividade muscular reduz a capacidade de utilização da glicose, agravando as alterações metabólicas. Este processo pode favorecer o desenvolvimento de fragilidade, aumentar o risco de quedas e comprometer progressivamente a independência.

Preservar a força e a função muscular não é, por isso, apenas uma questão de mobilidade, mas também uma componente importante da abordagem terapêutica da diabetes.

Exercício físico: benefícios que ultrapassam o controlo da glicemia

Embora frequentemente utilizados como sinónimos, atividade física e exercício físico não correspondem exatamente ao mesmo conceito. A atividade física inclui qualquer movimento corporal que implique gasto energético, como caminhar, realizar tarefas domésticas ou cuidar do jardim. O exercício físico pressupõe uma atividade planeada, estruturada e repetida, destinada a melhorar ou manter determinadas capacidades físicas. Ambos são importantes e complementares, mas o exercício estruturado permite atuar de



forma mais específica sobre a força muscular, a resistência cardiovascular, o equilíbrio e a mobilidade.

O exercício aeróbio, como caminhar, andar de bicicleta, nadar ou praticar hidroginástica, contribui para melhorar a capacidade cardiorrespiratória, a sensibilidade à insulina e o controlo glicémico. A prática regular pode ainda favorecer o controlo da pressão arterial, melhorar o perfil lipídico e contribuir para a redução do risco cardiovascular.

O treino de força assume particular importância na pessoa idosa. Exercícios realizados com pequenos pesos, bandas elásticas ou com o próprio peso corporal ajudam a preservar a massa e a força muscular, fundamentais para tarefas tão simples como levantar-se de uma cadeira, subir escadas, transportar compras ou caminhar com segurança.

A combinação de exercício aeróbio e treino de resistência tem demonstrado benefícios no controlo da hemoglobina glicada (HbA1c), um indicador dos níveis médios de glicose no sangue nos últimos dois a três meses. Contudo, na população idosa, os resultados do exercício não devem ser avaliados apenas pela melhoria dos parâmetros laboratoriais, mas também pelos ganhos de força, equilíbrio, mobilidade e capacidade funcional.

Os exercícios de equilíbrio e coordenação assumem igualmente relevância, sobretudo em pessoas com alterações da marcha, neuropatia periférica ou antecedentes de quedas. As recomendações internacionais apontam, de forma geral, para pelo menos 150 minutos semanais de atividade aeróbia de intensidade moderada, complementados com exercícios de fortalecimento muscular em dois ou mais dias da semana e atividades que promovam o equilíbrio.

Estes objetivos devem, contudo, ser adaptados à condição clínica e funcional de cada pessoa. Uma pessoa de 75 anos autónoma e fisicamente ativa poderá beneficiar de um programa de exercício diferente daquele

indicado para outra da mesma idade com insuficiência cardíaca, neuropatia diabética ou fragilidade.

A idade cronológica, por si só, não determina a capacidade para praticar exercício. Mesmo em pessoas anteriormente sedentárias, pequenas quantidades de atividade física podem proporcionar benefícios relevantes, desde que a progressão seja gradual e adequada às capacidades individuais.

A importância de uma abordagem individualizada e segura

A prescrição de exercício físico na pessoa idosa com diabetes deve integrar uma avaliação clínica que considere as doenças coexistentes, a medicação habitual, o estado nutricional e a capacidade funcional.

A identificação precoce de fragilidade e sarcopenia assume particular importância, uma vez que estas condições se associam a maior risco de quedas, hospitalização e perda de autonomia. A avaliação da força muscular, da velocidade da marcha ou da capacidade de levantar-se de uma cadeira pode fornecer informação relevante sobre a condição funcional e ajudar a orientar as intervenções.



O estado nutricional constitui outra dimensão fundamental. A perda involuntária de peso, uma ingestão proteica insuficiente ou dietas excessivamente restritivas podem agravar a perda muscular, particularmente em pessoas com doenças crónicas. A atividade física deve, por isso, ser acompanhada de uma alimentação equilibrada, adaptada às necessidades individuais.

Importa também considerar os riscos associados à terapêutica antidiabética. Em pessoas medicadas com insulina ou determinados antidiabéticos, nomeadamente sulfonilureias, o exercício pode aumentar o risco de hipoglicemia. Nestes casos, poderá ser necessário adaptar a alimentação, a monitorização da glicose ou a medicação, sempre de acordo com orientação clínica. A presença de neuropatia diabética, doença arterial periférica, retinopatia avançada ou doença cardiovascular pode igualmente exigir cuidados específicos na escolha da modalidade e intensidade do exercício.

A utilização de calçado adequado, a observação regular dos pés e a atenção a sintomas durante o esforço são medidas particularmente importantes. A atividade deve ser interrompida perante dor no peito, tonturas, falta de ar desproporcionada ou mal-estar significativo.

Estas precauções não devem ser interpretadas como obstáculos à prática de exercício físico, mas como condições necessárias para garantir a sua segurança. Em situações selecionadas, a monitorização contínua da glicose e os instrumentos de avaliação funcional podem complementar o acompanhamento clínico, ajudando a compreender a resposta ao exercício e a adaptar os programas às necessidades de cada pessoa. Contudo, a tecnologia não substitui a avaliação médica nem a importância de uma intervenção individualizada.

Preservar a autonomia é também tratar a diabetes

Na pessoa idosa, o sucesso do tratamento da diabetes não deve ser avaliado exclusivamente pelos valores da glicemia ou da hemoglobina glicada. Um controlo glicémico excessivamente intensivo pode, em determinadas circunstâncias, aumentar o risco de hipoglicemia e comprometer a segurança, sobretudo

em pessoas com fragilidade, multimorbilidade ou alterações cognitivas.

A definição dos objetivos terapêuticos deve, por isso, considerar a condição global do doente, procurando equilibrar o controlo metabólico com a prevenção de complicações e a preservação da qualidade de vida. Neste contexto, a manutenção da capacidade funcional assume particular importância. Continuar a caminhar de forma independente, realizar tarefas domésticas, participar em atividades familiares e sociais ou manter a capacidade de cuidar de si próprio são objetivos com significado clínico e pessoal.

A prática regular de exercício físico, associada a uma alimentação adequada e ao acompanhamento médico, constitui uma das estratégias mais relevantes para preservar estas capacidades. A redução do tempo sedentário, através de pequenas caminhadas ou da interrupção de períodos prolongados sentado, pode também contribuir para melhorar a saúde metabólica e funcional.

A adesão a estas medidas depende não apenas da motivação individual, mas também do apoio familiar, das condições de vida e da escolha de atividades ajustadas às preferências e limitações de cada pessoa.

Importa recordar que o tratamento desta doença deve acompanhar a evolução das necessidades de cada indivíduo ao longo da vida. Na população idosa, prevenir a fragilidade, preservar a força muscular e promover a mobilidade são objetivos que merecem uma atenção tão cuidadosa como o controlo dos parâmetros metabólicos. O exercício físico constitui, neste sentido, uma intervenção terapêutica particularmente valiosa, pela sua capacidade de atuar simultaneamente sobre o metabolismo e sobre a funcionalidade.

Mais do que alcançar determinados valores laboratoriais, tratar a diabetes na pessoa idosa implica preservar a capacidade de continuar a viver com independência, segurança e qualidade de vida.

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



PUBLICIDADE



Consultas
Exames de diagnóstico
Cirurgias

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

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

Na cirurgia da anca e joelho, a idade é uma contraindicação?

O objetivo de uma cirurgia da anca ou do joelho num doente com 80, 85 ou 90 anos não se resume a tratar uma articulação ou uma fratura. Mais importante será preservar a autonomia, aliviar a dor e permitir que o doente continue a viver com qualidade. A idade, por si só, não é uma contraindicação



O envelhecimento progressivo da população coloca novos desafios à medicina e, particularmente, à cirurgia ortopédica. O aumento da esperança média de vida acompanha-se de uma maior prevalência de doenças degenerativas das articulações, como a artrose da anca e do joelho, e de fraturas associadas à fragilidade óssea, nomeadamente as fraturas do colo do fémur.

Estas patologias podem comprometer profundamente a mobilidade, a autonomia e a qualidade de vida dos doentes idosos. A dor, a dificuldade em caminhar e a perda progressiva de independência têm consequências que ultrapassam a própria articulação, contribuindo para o isolamento social, a perda de massa muscular e o agravamento de outras doenças.

Perante um doente com 80, 85 ou mesmo 90 anos, coloca-se frequentemente uma questão: existe uma idade a partir da qual a cirurgia deixa de ser aconselhável? A resposta é que não existe uma idade cronológica que, isoladamente, contraindique uma intervenção cirúrgica. Mais importante do que a idade expressa no documento de identificação é a idade biológica do doente, o seu estado funcional, as doenças associadas, o grau de fragilidade e, sobretudo, o benefício que poderá obter com a intervenção.

O objetivo da cirurgia no idoso não é apenas tratar uma articulação ou uma fratura. É preservar a autonomia, aliviar a dor e permitir que o doente continue a viver com qualidade.

Fratura do colo do fémur: uma urgência no doente idoso

As fraturas da extremidade proximal do fémur constituem um dos problemas de saúde mais relevantes na população idosa. Em Portugal, são responsáveis por milhares de internamentos anuais, afetando sobretudo mulheres com idade superior a 80 anos. Estas fraturas representam muito mais do que uma lesão óssea.

A imobilização prolongada pode desencadear um conjunto de complicações graves, como infeções respiratórias, fenómenos tromboembólicos, escaras cutâneas, perda acelerada de massa muscular e a deterioração do estado funcional. Por esse motivo, a cirurgia deve ser realizada tão precocemente quanto possível, idealmente nas primeiras 24 a 48 horas, após a estabilização das condições clínicas que necessitem de correção imediata.

A intervenção pode consistir na fixação da fratura ou na substituição parcial ou total da articulação, dependendo do tipo de fratura, da idade, da autonomia prévia e das características individuais do doente. Mesmo em pessoas de idade muito avançada, a cirurgia constitui frequentemente a melhor oportunidade para recuperar a mobilidade e evitar as consequências da imobilização. Nestes casos, o desafio não consiste apenas em operar, mas em criar as condições para que o doente possa levantar-se, caminhar e recuperar o máximo possível da sua independência.

Melhorar a qualidade de vida em qualquer idade

Ao contrário das fraturas, que exigem uma intervenção urgente, a artroplastia da anca ou do joelho por doença degenerativa é, na maioria das situações, uma cirurgia programada. Esta diferença é fundamental, porque permite preparar antecipadamente o doente, corrigir fatores de risco e otimizar a sua condição





física e clínica.

A artroplastia consiste na substituição de uma articulação deteriorada por uma prótese, procurando eliminar a dor, melhorar a mobilidade e recuperar a função. Embora estas intervenções sejam frequentemente realizadas entre os 60 e os 75 anos, também são cada vez mais comuns em pessoas com mais de 80 anos. A decisão de operar deve resultar de uma avaliação individualizada, considerando a intensidade da dor, a limitação funcional, a autonomia, as doenças associadas e as expectativas do próprio doente.

Adiar indefinidamente uma cirurgia apenas por causa da idade pode ter consequências negativas. A persistência da dor e a redução da mobilidade favorecem a perda de força muscular, o sedentarismo, o aumento da dependência e a deterioração da condição física. Em determinadas circunstâncias, não operar também representa um risco.

Uma etapa fundamental

No Centro Cirúrgico de Coimbra, consideramos que o sucesso de uma artroplastia começa muito antes da entrada no bloco operatório. A preparação pré-operatória assume particular importância no doente idoso, cuja capacidade de adaptação ao esforço cirúrgico pode estar diminuída. Por esse motivo, desenvolvemos uma abordagem multidisciplinar que procura otimizar as condições clínicas e funcionais antes da intervenção.

A avaliação em consulta de anestesiologia permite identificar e controlar fatores de risco, avaliar doenças cardiovasculares e respiratórias, rever a medicação habitual e definir a estratégia anestésica mais adequada.

O programa de Patient Blood Management (PBM) constitui outro elemento essencial. A identificação e o tratamento da anemia antes da cirurgia permitem melhorar as condições do doente e reduzir a probabilidade de necessidade de transfusões sanguíneas. Esta abordagem envolve uma articulação entre diferentes especialidades e integra uma estratégia global de segurança cirúrgica.

A preparação funcional através da fisioterapia, frequentemente designada por pré-habilitação, é igualmente valorizada. Procuramos melhorar a força muscular, a mobilidade

articular, o equilíbrio e a capacidade de marcha antes da intervenção. Um doente que chega à cirurgia com melhor condição muscular e funcional estará, em princípio, mais bem preparado para enfrentar o período pós-operatório. Esta preparação não elimina todos os riscos, mas pode contribuir para uma recuperação mais favorável, sobretudo quando integrada num programa estruturado de cuidados perioperatórios.

A nossa filosofia é simples: não devemos preparar apenas a cirurgia; devemos preparar o doente para a cirurgia e para uma recuperação do seu dia-a-dia.

Cirurgia robótica: precisão e personalização

Desde março de 2024, o Centro Cirúrgico de Coimbra utiliza o sistema robótico Mako na realização de artroplastias da anca e do joelho. Esta tecnologia representa uma evolução importante na forma como planeamos e executamos estas intervenções.

Através de uma tomografia computorizada realizada antes da cirurgia, é possível construir um modelo tridimensional da anatomia de cada doente, permitindo planear individualmente a dimensão, a posição e a orientação dos implantes.

Durante a intervenção, o sistema fornece informações numéricas que auxiliam o cirurgião na execução do plano e permitem realizar ajustes com elevada precisão. Na artroplastia do joelho, esta tecnologia permite ainda avaliar quantitativamente o equilíbrio ligamentar, contribuindo para uma abordagem mais personalizada.

Ao longo destes mais de dois anos e meio de experiência com cirurgia robótica, temos observado resultados clínicos encorajadores. Na nossa experiência, muitos doentes apresentam uma resposta inflamatória pós-operatória aparentemente menos intensa, com menor edema articular, menor necessidade de medicação e uma recuperação funcional frequentemente favorável, quando comparamos com a nossa experiência anterior com a cirurgia convencional. Estas observações clínicas são particularmente interessantes no doente idoso, cuja capacidade de recuperação pode ser mais limitada.

Importa, contudo, distinguir a nossa experiência clínica da evidência científica já estabelecida. A cirurgia robótica demonstrou vantagens na precisão do posicionamento dos implantes e na execução do planeamento cirúrgico, mas os seus benefícios relativamente à dor, à inflamação, à recuperação funcional e à durabilidade das próteses continuam a ser objeto de investigação.

Acreditamos que a maior precisão e a personalização proporcionadas por esta tecnologia poderão assumir particular relevância nos doentes mais idosos, desde que integradas numa estratégia global de segurança e recuperação. Importa sublinhar que a tecnologia não substitui a experiência do cirurgião, mas coloca ao seu dispor ferramentas que permitem executar a intervenção de forma mais controlada e individualizada.

Duas artroplastias em simultâneo?

Em doentes com artrose avançada das duas ancas ou dos dois joelhos, coloca-se - por vezes - a possibilidade de substituir ambas as articulações na mesma intervenção. Embora a cirurgia bilateral simultânea seja tecnicamente possível e possa ser adequada em doentes criteriosamente selecionados, esta decisão implica uma maior agressão cirúrgica e pode aumentar determinados riscos, nomeadamente a necessidade de transfusão e as complicações sistémicas, sobretudo nos doentes mais frágeis.

No Centro Cirúrgico de Coimbra, privilegiamos, particularmente na população idosa, a realização das artroplastias em dois tempos, permitindo uma recuperação clínica e funcional adequada antes da segunda intervenção. O intervalo entre as cirurgias é individualizado, tendo em consideração a recuperação muscular, a autonomia, os valores de hemoglobina e o estado clínico geral.

Recuperação funcional tão importante como a cirurgia

A realização tecnicamente correta de uma artroplastia é fundamental, mas não garante, por si só, o sucesso do tratamento. A recuperação depende também da capacidade do doente para recuperar a força muscular, a mobilidade, o equilíbrio e a confiança na marcha. No doente idoso, períodos relativamente curtos de imobilidade podem provocar perdas importantes de massa muscular e de capacidade funcional. Por isso, a mobilização precoce e a fisioterapia estruturada constituem elementos essenciais dos nossos programas de recuperação.

O objetivo não é apenas conseguir que o doente caminhe após a intervenção. É procurar que regresse às suas atividades habituais, mantenha a independência nas tarefas do dia-a-dia e preserve a sua participação familiar e social.

A integração entre cirurgia, anestesiologia, PBM e fisioterapia permite abordar a pessoa de uma forma global, reconhecendo que a recuperação não depende exclusivamente da articulação operada.

Há ou não uma idade limite?

A evolução das técnicas cirúrgicas, da anestesiologia, dos cuidados perioperatórios e dos programas de reabilitação permite atualmente tratar doentes que, há algumas décadas, seriam considerados de risco demasiado elevado para determinadas intervenções. No entanto, a ausência de uma idade limite não significa que todos os doentes devam ser operados. A decisão deve ser individualizada e partilhada com o doente e a família, considerando os benefícios esperados, os riscos clínicos e os objetivos do tratamento. Num doente muito idoso, preservar a capacidade de caminhar dentro de casa, levantar-se autonomamente ou realizar as atividades básicas da vida diária pode representar um benefício extraordinário.



No Centro Cirúrgico de Coimbra, acreditamos que a idade não deve ser uma barreira automática ao tratamento cirúrgico. Deve, isso sim, motivar uma avaliação mais cuidadosa, uma preparação mais rigorosa e uma estratégia de recuperação verdadeiramente personalizada. Mais do que acrescentar anos à vida, importa acrescentar qualidade de vida aos anos. E, nesse objetivo, a cirurgia ortopédica moderna tem um papel cada vez mais importante.

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

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

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

ADSE

Médicos e especialidades

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

CARDIOLOGIA - Nádia Moreira

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

CIRURGIA PEDIÁTRICA - Nádia Laezza; Ochoa de Castro

CIRURGIA PLÁSTICA - Mário Jorge Santos

GASTRENTEROLOGIA / ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Pedro Narra de Figueiredo (SÓ EXAMES)

GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA - Sidónio Magalhães Matias

IMAGIOLOGIA – EXAMES (radiologia geral; estudo da mama; ecografia; estudos por doppler; tomografia computorizada; 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; Catarina Quintas; Fernando Fonseca, Francisco Agostinho; Gabriela Figo; João Pedro Oliveira; 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 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

Anestesia no idoso:
o que precisa de saber

A idade, por si só, não impede uma cirurgia e anestesia segura. O que conta é o estado de saúde de cada pessoa e uma boa preparação

Cada vez mais pessoas idosas (com idades superiores a 65, 75, 85 ou mais anos) são operadas, para colocar uma prótese da anca, tratar uma fratura, remover cataratas, resolver um problema do coração ou do intestino… A anestesia moderna, com monitorização contínua e fármacos de ação curta, é hoje muito segura. A idade biológica, isto é, a forma como o organismo funciona, pesa mais do que a idade do bilhete de identidade.

O que muda com a idade...

Desde que nascemos, estamos a envelhecer!... Mas, com o avançar dos anos, o coração, os pulmões, os rins e o fígado têm menos reservas, e em idades mais avançadas, o cérebro torna-se mais sensível aos medicamentos.

Por tudo isto, os médicos anestesiologistas escolhem as melhores técnicas, ajustam doses



e fármacos de acordo com a idade e comorbilidades. Monitorizam durante toda a intervenção médica a tensão arterial, o ritmo cardíaco, o oxigénio, a temperatura e em alguns casos a atividade elétrica cerebral, oxigenação cerebral, estado cardiovascular ou estado neuromuscular durante toda a intervenção.

A preparação na consulta de anestesia

Antes da cirurgia, o médico anestesiologista avalia o doente, presencialmente ou por teleconsulta, (dependendo das comorbilidades, da cirurgia e da disponibilidade do doente). Nesse momento da avaliação, é feito um resumo clínico: doenças, medicação, alergias, cirurgias e anestesias no passado e eventuais intercorrências, hábitos alcoólicos/drogas ou produtos de ervanária (atenção que alguns destes produtos podem fazer interação com a restante medicação e/ou facilitar o sangramento durante a cirurgia), e a capacidade para as atividades do dia-a-dia.

É nesta consulta de anestesia que se calculam riscos peri-operatórios e se decide como os reduzir - como se deve preparar melhor para a sua cirurgia. Também é neste momento que se explica o jejum antes da cirurgia, outros cuidados e quais os medicamentos a manter ou suspender (nomeadamente anticoagulantes ou antiagregantes). Não suspenda nenhum por iniciativa própria!

Que tipo de anestesia?

Há dois grandes caminhos: a **anestesia geral**, em que o doente "dorme" profundamente, e a **anestesia loco-regional** (por exemplo, a raquianestesia), que adormece apenas a zona operada, podendo o doente ficar acordado ou ligeiramente sedado.

Não há nenhuma anestesia que seja a melhor para todos os casos! Para cada caso há a melhor anestesia! A escolha depende da cirurgia, das doenças associadas e da preferência informada do doente.

A confusão após a cirurgia

Em algumas pessoas idosas surge, nos primeiros dias pós-operatórios, um estado de confusão temporária, o *delirium*. Resulta da soma de vários fatores: a doença, a cirurgia, a dor (por isso é tão importante que o anestesiologista esteja presente para o controlo efetivo da dor), o ambiente desconhecido e os medicamentos. Costuma ser reversível, mas deve ser prevenido e tratado precocemente.

Como a família pode ajudar

• Leve a lista atualizada de medicamentos e os exames recentes.
• Garanta que o doente tem consigo óculos, prótese auditiva e dentadura.
• Informe a equipa de problemas de memória, tonturas ou quedas.
• Acompanhe o doente e converse com ele para o manter orientado, com luz de dia e descanso à noite.
• Incentive a levantar-se cedo, a comer, a beber e a pedir analgesia quando tiver dor. Conversar abertamente com o anestesiologista, esclarecer dúvidas e preparar o regresso a casa são os melhores aliados de uma recuperação tranquila.

Ana Bernardino
(Médica Anestesiologista; OM n.º 44282)

Quando o tamanho importa!

Podemos afirmar que SIM, no caso da aorta o tamanho importa mesmo! Na grande maioria dos casos, não dói e não dá sinais. Muita gente descobre o aneurisma por acaso e quando rompe, a rutura é uma emergência com elevada mortalidade, o diagnóstico precoce e o acompanhamento são muito importantes

A aorta é a maior artéria do organismo. Sai do coração, desce pelo tórax e atravessa o abdómen, distribuindo sangue por todos os órgãos. Na zona abdominal, abaixo dos rins, tem normalmente cerca de 2 cm de diâmetro. Com o passar dos anos, a parede da aorta pode enfraquecer e começar a ceder à pressão do sangue, dilatando. Quando o diâmetro chega aos 3 cm fala-se em aneurisma da aorta abdominal. O risco de desenvolver um aneurisma da aorta abdominal é superior em doentes do sexo masculino, idade superior a 65 anos, fumadores ou ex-fumadores, história pessoal de hipertensão arterial ou aneurismas em outros leitos arteriais, doença aterosclerótica, história familiar de aneurismas da aorta abdominal e transplantados.

Quando a aorta está apenas ligeiramente dilatada em relação aos valores de referência o diagnóstico precoce permite a vigilância regular e o controlo de fatores de risco de forma a controlar este crescimento. Quando a dilatação é muito marcada, devido ao enfraquecimento da parede da aorta, pode ocorrer a rotura, com desfechos muitas vezes fatais. Por isso podemos afirmar que SIM, no caso da aorta o tamanho importa! Na grande maioria dos casos, não dói e não dá sinais. Muita gente descobre o aneurisma por acaso, numa ecografia ou TAC pedida por outro motivo. Como quando se rompe, a rutura é uma emergência com elevada mortalidade, o diagnóstico precoce e o acompanhamento são muito importantes.

A vigilância periódica é feita habitualmente com recurso a ecografia abdominal e a periodicidade é definida pelo cirurgião vascular em função das características do aneurisma e do doente. O tamanho neste caso importa, não só na fase inicial mas é também um bom indicador da necessidade de intervenção cirúrgica com o passar do tempo uma vez que corresponde a um dos melhores indicadores do risco de rutura. De facto, como referido anteriormente, quanto maior o aneurisma maior é o risco.

Em estudos com milhares de doentes, o risco de rutura nos homens aproximadamente duplicou por cada 0,5 cm de aumento do diâmetro. Nas mulheres, a rutura acontece com mais frequência do que nos homens para o mesmo tamanho. Mas há também o outro lado da balança: operar tem riscos. Por isso, as *guidelines* procuram o ponto em que o risco de rotura passa a ser maior do que o risco cirúrgico.

Assim, de forma genérica, considera-se o tratamento cirúrgico dos aneurismas da aorta abdominal assintomáticos em homens com aneurismas iguais ou superiores a 55 mm e em mulheres com aneurismas iguais ou superiores a 50 mm.

A aorta na mulher é naturalmente mais pequena e por isso para o mesmo tamanho o risco de rotura é superior. No entanto, há outras características do aneurisma que

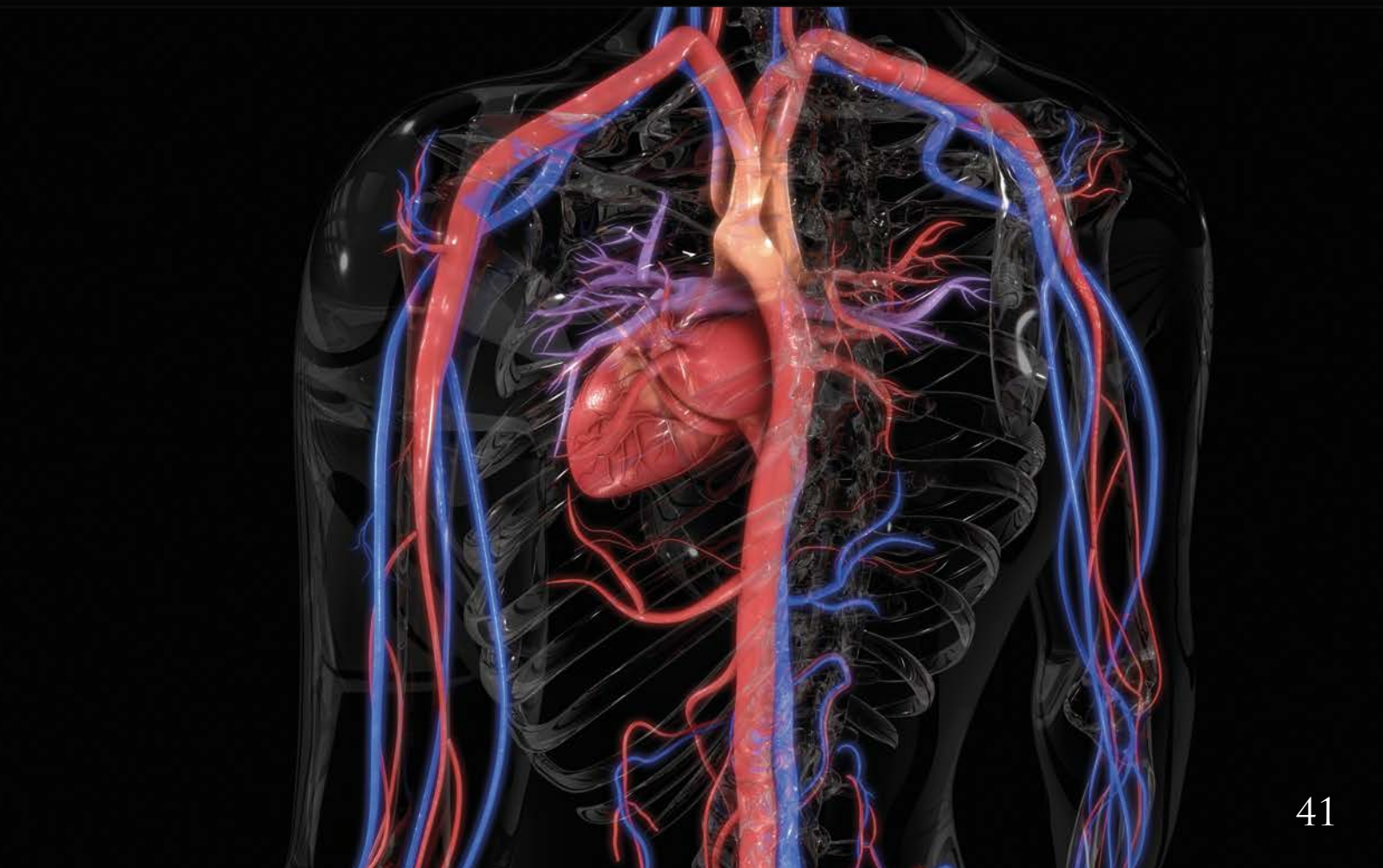
podem influenciar o *timing* para o seu tratamento cirúrgico, independentemente do tamanho, tais como a presença de sintomas associados (dor abdominal ou lombar), aneurisma com morfologia sacular, em crescimento rápido confirmado em exames seriados ou em doentes com determinadas patologias genéticas associadas.

Para a decisão de tratar, de forma a estudar a anatomia e a planear a estratégia terapêutica mais adequada a cada doente, o Angio-TAC é na maioria dos casos determinante. Existem duas formas de tratamento, a reparação endovascular e a cirurgia convencional, cada uma com vantagens e desvantagens. A escolha de uma ou outra estratégia é feita pelo cirurgião vascular e é condicionada por fatores relacionados com o doente e com as características anatómicas e fisiopatológicas da doença. A melhor estratégia para um doente pode não ser a melhor estratégia para outro!

Assim, são três os pilares fundamentais para a prevenção da rotura: o diagnóstico precoce, a vigilância periódica e o controlo de fatores de risco, que juntos ajudam a reduzir a mortalidade de uma patologia grave, que atinge até 1 em cada 10 homens com mais de 50 anos, e que quando diagnosticada de forma tardia leva a desfechos muitas vezes fatais.

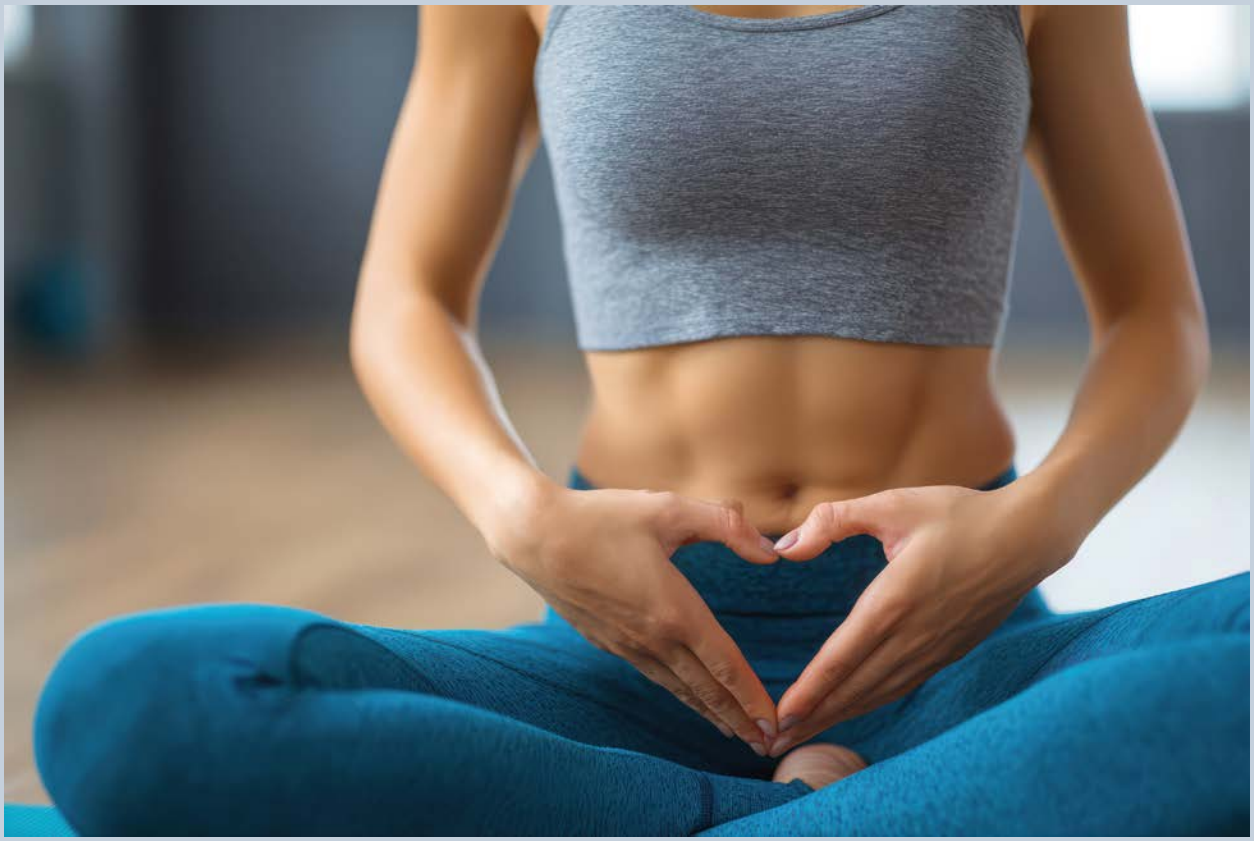
Porque quando falamos de aneurismas da aorta abdominal... o tamanho importa mesmo!

Vânia Constâncio
(Médica, especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular; OM n.º 59786)



Envelhecer no corpo que habitamos: o papel da fisioterapia pélvica

Há uma diferença subtil entre envelhecer e perder autonomia. As transformações inerentes à idade fazem parte da condição humana, mas não devem ser confundidas com a inevitabilidade da perda funcional. O pavimento pélvico é um exemplo. As neurociências e a fisioterapia permitem a liberdade de continuar a ser



Envelhecer é, inevitavelmente, assistir à transformação do corpo que habitamos. Mudam os movimentos, as sensações, os ritmos e, por vezes, a forma como reconhecemos as nossas próprias capacidades. Contudo, enquanto o corpo se transforma, permanece a extraordinária capacidade de nos adaptarmos, de aprender e de encontrar novas formas de nos relacionarmos com Ele.

Há uma diferença subtil, mas essencial, entre envelhecer e perder autonomia. As transformações inerentes à idade fazem parte da condição humana, mas não devem ser confundidas com a inevitabilidade da perda funcional. Algumas das estruturas mais importantes para a nossa independência desempenham as suas funções quase silenciosamente, sem exigir particular atenção, até

ao momento em que deixam de responder como esperamos. O pavimento pélvico é uma delas. Responsável por funções essenciais como a continência urinária e fecal, o suporte dos órgãos pélvicos e a participação na função sexual, esta região desempenha um papel discreto, mas determinante, na nossa qualidade de vida.

Com o envelhecimento, determinadas funções, outrora espontâneas, podem tornar-se menos previsíveis. Perante estas alterações, surge frequentemente a tendência de as aceitar como consequências naturais da idade, mesmo quando existem possibilidades de intervenção. Aquilo que inicialmente representa uma dificuldade pontual pode, progressivamente, transformar-se numa limitação que condiciona escolhas, hábitos e formas de participação na vida quotidiana. Mas até que ponto aquilo que aceitamos como inevitável representa, verdadeiramente, os limites das nossas capacidades?

O diálogo silencioso entre o cérebro e o corpo

O funcionamento do pavimento pélvico revela a complexidade da relação entre o sistema nervoso, os órgãos pélvicos e a atividade muscular. Reconhecer a necessidade de urinar, adiar esse momento ou manter a continência perante um esforço são exemplos de respostas aparentemente simples, que dependem de uma interação contínua entre a perceção sensorial, o controlo neurológico e a função muscular.

O cérebro desempenha um papel fundamental nesta regulação. Diferentes regiões cerebrais participam na interpretação dos sinais provenientes da bexiga, na perceção da necessidade de urinar e na decisão de iniciar ou adiar a micção. Este controlo envolve circuitos neurológicos complexos, que articulam respostas voluntárias e involuntárias, muitas vezes sem que tenhamos consciência da sua extraordinária coordenação.

Com o envelhecimento, esta comunicação pode sofrer alterações. A diminuição da força muscular, as modificações na sensibilidade e as alterações dos mecanismos de controlo neurológico podem comprometer a eficácia de determinadas funções. Todavia, estas transformações não ocorrem de forma uniforme, nem representam necessariamente uma perda irreversível. É precisamente aqui que as neurociências nos oferecem uma perspetiva particularmente interessante: o cérebro mantém, ao longo da vida, a capacidade de aprender e de se adaptar. Esta propriedade, conhecida como neuroplasticidade, permite que a experiência, a prática e a repetição contribuam para modificar determinadas respostas e aperfeiçoar capacidades funcionais, ainda que estas possibilidades variem de pessoa para pessoa.

Entre os milhares de milhões de neurónios que constituem o cérebro, estabelecem-se ligações, designadas sinapses, cuja eficácia pode modificar-se com a experiência e a aprendizagem.

É nesta capacidade de transformação que encontramos uma das expressões mais fasci-



nantes da natureza humana. Mesmo quando o tempo altera o corpo, o sistema nervoso conserva possibilidades de adaptação, permitindo desenvolver novas estratégias perante desafios que antes não existiam. Talvez seja essa uma das contribuições mais interessantes das neurociências para a reabilitação: recordar-nos que as capacidades humanas não são inteiramente estáticas e que o envelhecimento não representa, por si só, o fim da aprendizagem.

Na fisioterapia pélvica, estes princípios encontram uma aplicação concreta. Aprender a reconhecer e a controlar a musculatura do pavimento pélvico envolve mais do que o desenvolvimento de força: exige perceção corporal, integração da informação sensorial e coordenação das respostas neuromusculares. Através da prática orientada e da repetição, é possível aperfeiçoar determinadas capacidades e favorecer a sua utilização nas exigências do quotidiano.

Embora a investigação sobre os mecanismos cerebrais envolvidos na reabilitação pélvica continue em desenvolvimento, sabemos que a melhoria funcional não depende exclusivamente de adaptações musculares. A aprendizagem motora, o controlo neuromuscular e a modificação de comportamentos constituem também dimensões importantes deste processo. Assim, as neurociências oferecem à fisioterapia não apenas uma explicação para determinados mecanismos, mas também fundamentos para compreender como a aprendizagem pode contribuir para a recuperação da funcionalidade. A capacidade de aprender permanece, mesmo quando o corpo muda. E reconhecer essa possibilidade é também reconhecer que envelhecer não significa deixar de evoluir.

Redescobrir capacidades, preservar a autonomia

A fisioterapia pélvica começa por compreender a pessoa para além dos seus sintomas. Através de uma avaliação individualizada, o/a fisioterapeuta procura identificar alterações musculares, sensoriais e comportamentais, bem como possíveis fatores neurológicos que contribuam para a disfunção, considerando o impacto destas dificuldades nas atividades diárias e na qualidade de vida.

Com o avançar da idade, esta abordagem assume particular importância. A presença de diferentes condições clínicas, alterações da mobilidade, diminuição da capacidade física



ou modificações dos hábitos quotidianos pode influenciar o funcionamento do pavimento pélvico. Compreender a origem dos sintomas torna-se, assim, essencial para evitar que sejam atribuídos exclusivamente à idade.

A partir desta avaliação, estabelece-se um plano terapêutico adaptado às necessidades e capacidades individuais. O treino dos músculos do pavimento pélvico constitui uma das principais abordagens, particularmente na incontinência urinária de esforço, procurando melhorar a força, a resistência e a coordenação muscular.

No entanto, nem todas as disfunções resultam de fraqueza muscular, nem todas as pessoas necessitam das mesmas estratégias. Em determinadas situações, aprender a relaxar, melhorar a perceção corporal ou desenvolver estratégias de controlo pode ser igualmente importante. O treino vesical e a educação sobre hábitos urinários e intestinais contribuem também para uma melhor gestão dos sintomas. É nesta diversidade de possibilidades que o raciocínio clínico do fisioterapeuta assume um papel determinante. Não se trata apenas de selecionar exercícios, mas de compreender os mecanismos que condicionam a função e identificar aqueles que podem ser modificados através da intervenção.

O desafio não termina quando se consegue realizar corretamente uma contração muscular durante a avaliação. É necessário que as capacidades desenvolvidas encontrem expressão nas atividades quotidianas. Para isso, a intervenção deve evoluir progressivamente para situações funcionais, respeitando as necessidades, os objetivos e as exigências individuais. O sucesso terapêutico não se mede apenas pelo desempenho observado durante uma sessão, mas também pela forma como esse desempenho se traduz na vida da pessoa.

O exercício físico desempenha igualmente um papel fundamental. Para além de contribuir para a preservação da força, do equilíbrio e da mobilidade, permite contrariar a redução da atividade física que pode acompanhar algumas disfunções pélvicas. O receio de perdas urinárias, o desconforto ou a insegurança podem condicionar o movimento, levando progressivamente ao abandono de atividades que anteriormente faziam parte da rotina. A intervenção procura, por isso, recuperar a confiança no movimento, adaptar as exigências físicas às capacidades individuais e promover uma participação ativa e segura em atividades significativas.



A educação assume também um papel essencial. Compreender o funcionamento do próprio corpo, reconhecer os sinais que transmite e identificar comportamentos que influenciam os sintomas permite desenvolver estratégias mais conscientes e ajustadas às necessidades individuais. Neste processo, o conhecimento deixa de ser apenas informação e transforma-se numa ferramenta de autonomia.

Os recursos tecnológicos podem complementar esta intervenção. O *biofeedback* permite tornar mais percetível a atividade dos músculos do pavimento pélvico, através de informação visual ou auditiva, podendo facilitar a aprendizagem da contração muscular em situações selecionadas, particularmente quando existe dificuldade em realizar uma contração eficaz.

Entre os recursos disponíveis, a cadeira EMSELLA utiliza estimulação eletromagnética de elevada intensidade para induzir contrações da musculatura pélvica de forma não invasiva. A sua utilização deve ser entendida como um recurso complementar, cuja pertinência depende da avaliação clínica, das necessidades individuais e da evidência disponível, sem substituir os componentes ativos da reabilitação.

Desta forma, a fisioterapia pélvica articula conhecimentos sobre o sistema nervoso, a função muscular e o comportamento humano numa intervenção que ultrapassa o tratamento isolado dos sintomas. O objetivo não é apenas melhorar uma função, mas permitir que essa melhoria se traduza em maior segurança, participação e independência no quotidiano.

A dignidade das pequenas liberdades

Talvez a liberdade não se encontre apenas nas grandes escolhas que fazemos, mas também na possibilidade de viver os pequenos momentos sem que o receio os condicione. Sair de casa sem medo de perder urina, desfrutar de uma noite de descanso, participar num encontro familiar sem preocupações constantes ou viver a intimidade sem dor ou constrangimento. Gestos simples, cujo significado ultrapassa, em muito, a função física que os torna possíveis. Porque existe uma diferença profunda entre conseguir realizar uma atividade e poder vivê-la com tranquilidade.

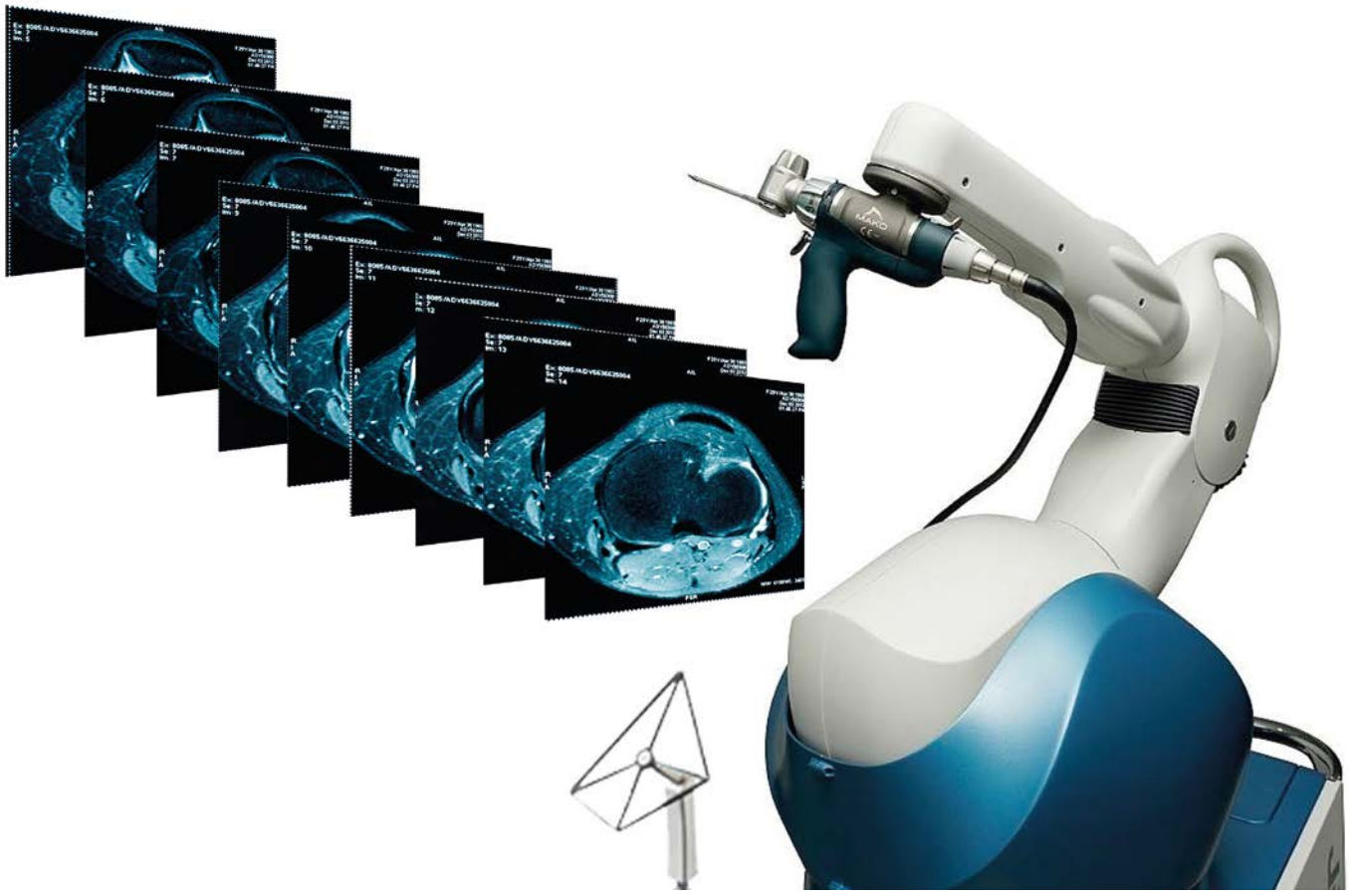


É nesta dimensão, tantas vezes invisível, que os resultados da reabilitação adquirem o seu verdadeiro significado. Melhorar a força muscular, reduzir episódios de incontinência ou desenvolver estratégias de controlo são conquistas importantes, mas o seu valor manifesta-se, sobretudo, naquilo que permitem voltar a experienciar.

A fisioterapia encontra, assim, uma das suas expressões mais significativas na possibilidade de transformar ganhos funcionais em confiança, independência e liberdade. Não se trata de contrariar o envelhecimento, mas de reconhecer que, mesmo perante as transformações que o acompanham, continuam a existir capacidades que podem ser desenvolvidas, funções que podem ser recuperadas e possibilidades que merecem ser exploradas. Envelhecer não significa deixar de aprender, de participar ou de descobrir novas possibilidades. Porque preservar a autonomia é, também, preservar a liberdade de continuar a ser.

Magda Reis
(Fisioterapeuta; OF n.º 12698)

Tecnologia robótica
em ortopedia



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

Contactos:
239 802 700
consultas@ccci.pt

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

www.ccci.pt

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 o coração sai do ritmo

O que precisa saber sobre as arritmias cardíacas

Este é um motor complexo e, por vezes, o sistema elétrico falha. O ritmo dos batimentos muda e a arritmia cardíaca instala-se. Há fatores de risco de risco, sinais de alerta e soluções para trazer o ritmo à normalidade

O coração humano é uma "máquina de engenharia" perfeita. Em condições basais normais, bate entre 60 a 100 vezes por minuto, funcionando como uma bomba que distribui oxigénio e nutrientes a todo o corpo. No entanto, tal como qualquer motor complexo, este sistema elétrico pode falhar. Quando o coração bate demasiado depressa, demasiado lento ou de forma irregular, estamos perante uma arritmia cardíaca.

Estima-se que milhões de pessoas em todo o mundo convivem com esta condição. Embora algumas arritmias sejam inofensivas, outras podem ser o primeiro aviso para problemas de saúde graves. Compreender o que são, como se manifestam e quando procurar ajuda pode, literalmente, salvar vidas.

O sistema elétrico do coração

Para perceber a arritmia, é preciso entender como o coração se move. O batimento cardíaco é controlado por impulsos elétricos naturais que têm origem numa zona chamada nodo sinusal (o "*pacemaker*" natural do coração). Estes sinais deslocam-se pelas câmaras cardíacas, coordenando a contração dos músculos. Se estes sinais elétricos forem bloqueados, sofrerem um atraso ou dispararem de locais errados, o ritmo altera-se.

Os diferentes tipos de arritmia

As arritmias não são todas iguais. Elas dividem-se principalmente pela velocidade e pelo local do coração onde têm origem:

• **Taquicardia**: Quando o coração bate demasiado depressa (mais de 100 batimentos por minuto em repouso).
• **Bradicardia**: Quando o coração bate demasiado devagar (menos de 50 batimentos por minuto).
• **Fibrilhação Auricular (FA)**: É a arritmia sustentada mais comum. Os batimentos tornam-se completamente irregulares.
Aumenta significativamente o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC).
• **Extrassístoles**: A sensação de que o coração "falhou um batimento" ou deu um "salto". Maioritariamente são benignas, muitas vezes causadas por *stress*, cafeína, perturbação do sono.

Sinais de alerta: como identificar?

Nem todas as arritmias provocam sintomas -muitas são descobertas em exames de rotina. No entanto, quando se manifestam, os sinais mais frequentes incluem:
• Palpitações (sensação de batimentos acelerados ou descompassados)

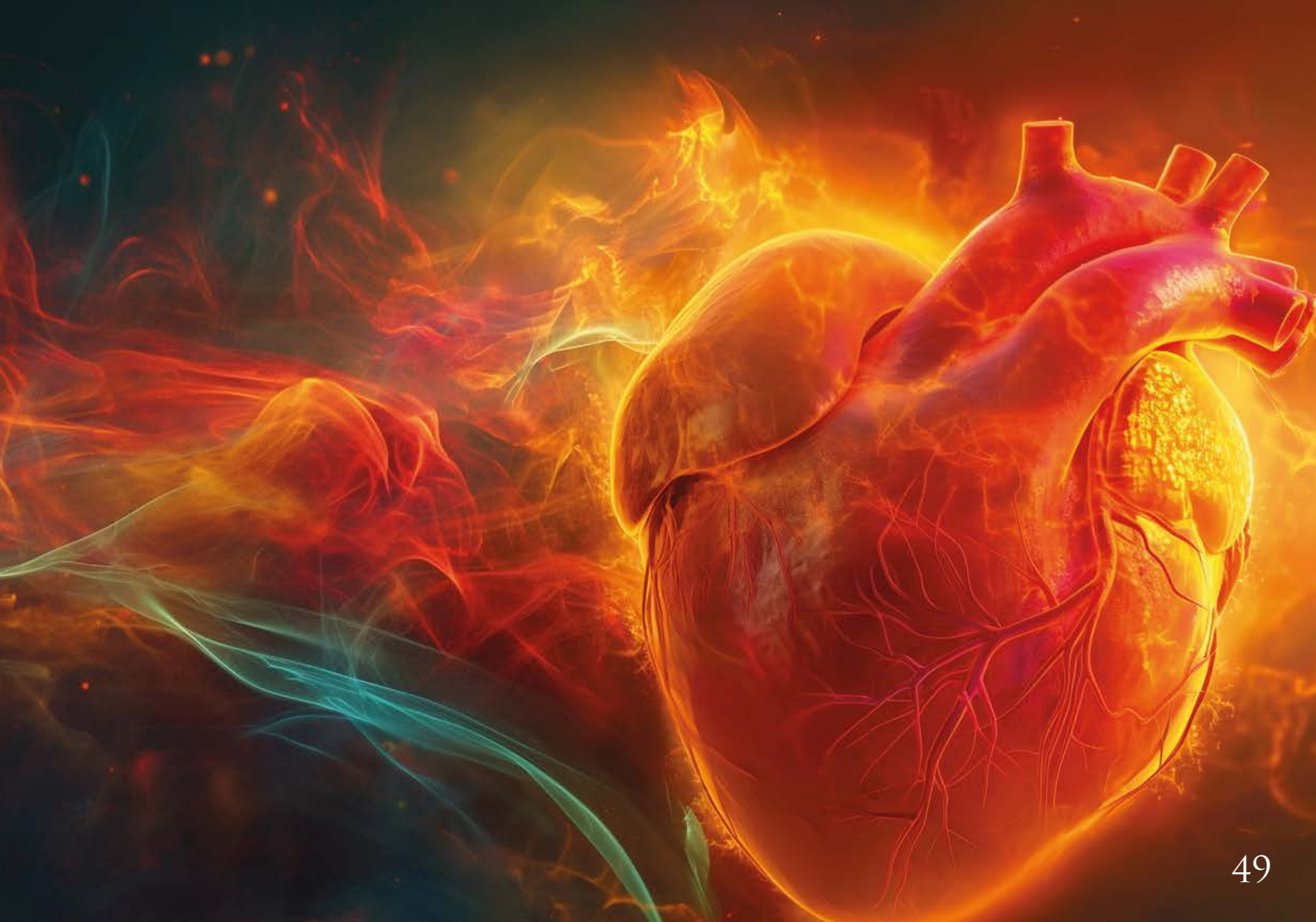
• Tonturas ou vertigens
• Fadiga extrema ou fraqueza inexplicável
• Falta de ar (dispneia)
• Dor ou aperto no peito
• Desmaios (síncope)

Causas e fatores de risco

Qualquer pessoa pode desenvolver uma arritmia, mas o risco aumenta com a idade e com a presença de determinados fatores:
• Doenças cardíacas: Hipertensão arterial, doença coronária, insuficiência cardíaca ou problemas nas válvulas.
• Estilo de vida: Consumo excessivo de álcool, cafeína, tabaco, uso de drogas estimulantes e níveis elevados de stress.
• Outras patologias: Diabetes, distúrbios da tiroide (hiper ou hipotiroidismo) e apneia do sono.
• Genética: Historial familiar de problemas cardíacos ou morte súbita.

Diagnóstico e tratamento: Há solução?

A boa notícia é que a medicina moderna dispõe de ferramentas altamente eficazes para diagnosticar e tratar as arritmias. O



diagnóstico começa habitualmente com um Eletrocardiograma (ECG) simples ou com o Holter (um registo do ritmo cardíaco durante 24 ou 48 horas).

O tratamento depende inteiramente da gravidade e do tipo de arritmia:
- Mudanças no estilo de vida: Reduzir o stress, moderar os estimulantes e praticar exercício físico moderado (sob orientação médica);
- Medicamentos: Antiarrítmicos para controlar o ritmo e anticoagulantes (especialmente na Fibrilhação Auricular) para prevenir a formação de coágulos e o risco de AVC.
- Dispositivos Médicos: Implante de Pacemakers (para corações excessivamente lentos) ou Cardioversores Desfibrilhadores (CDI) para travar arritmias potencialmente fatais.
- Ablação por Cateter: Um procedimento pouco invasivo que localiza e "desliga" as células cardíacas que estão a emitir os sinais elétricos incorretos.

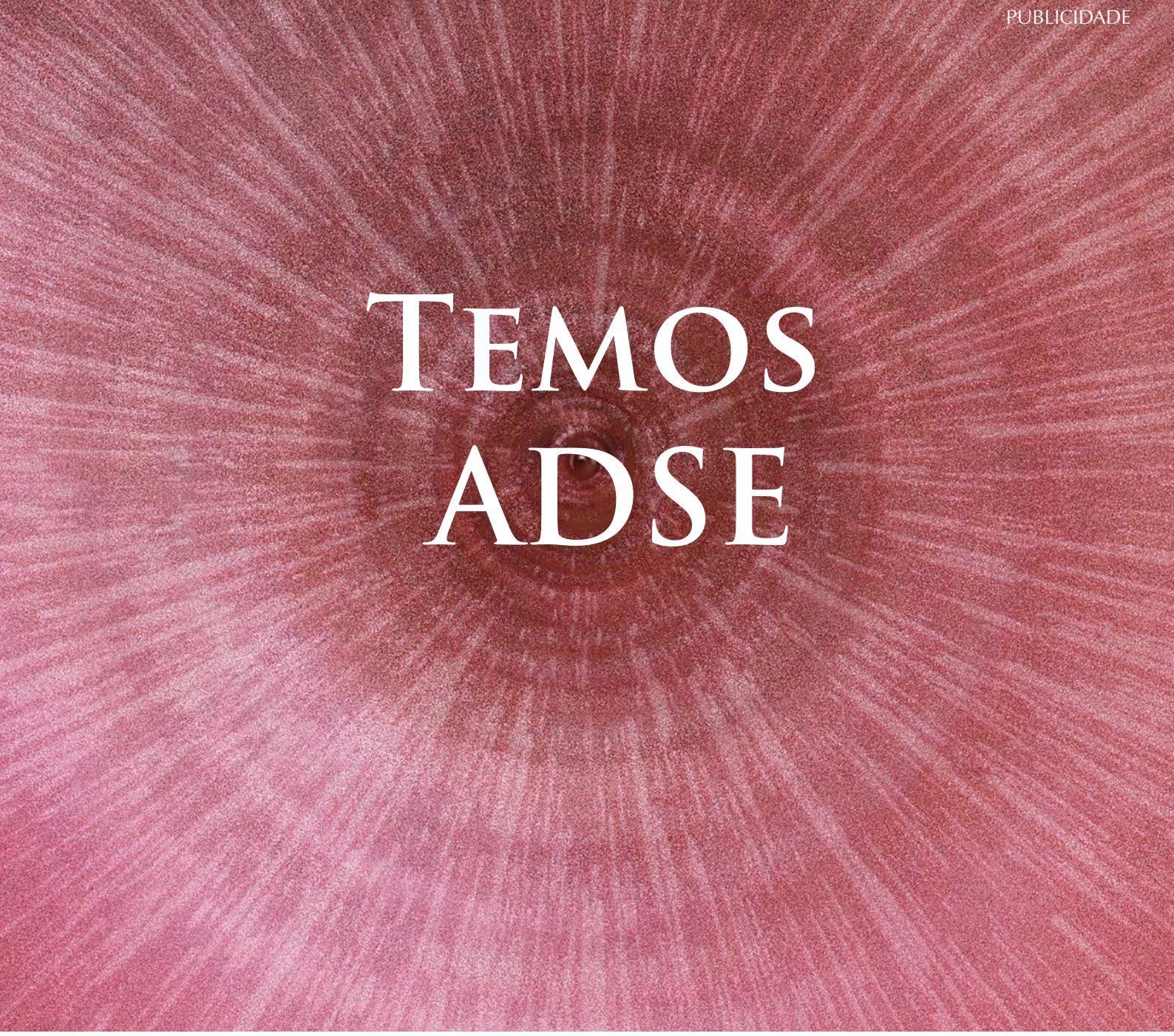
Por fim... Escute o seu coração

As arritmias cardíacas não devem ser ignoradas, mas também não são sinónimo de uma doença grave. Com a deteção precoce e o acompanhamento médico adequado, a maioria das pessoas consegue manter uma vida perfeitamente ativa, longa e saudável.

A melhor prevenção continua a passar por cuidar do seu estilo de vida e, acima de tudo, aprender a escutar os sinais que o seu peito lhe envia. Na dúvida, consulte sempre um cardiologista.

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

PUBLICIDADE



Consultas
Exames de diagnóstico
Cirurgias

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

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

Tosse que não passa: quando devemos preocupar-nos

O tempo de duração é motivo para preocupação mas há outros sintomas que alertam para a necessidade de uma avaliação rápida. Mas, na maioria das vezes, a tosse passa sozinha. É preciso saber distinguir quando deve ou não ser investigada

A tosse é um reflexo de defesa. Quando algo irrita as vias aéreas (secreções, fumo, poeiras ou inflamação) o cérebro recebe a informação e desencadeia uma expiração forte e súbita que "varre" as vias aéreas. É um dos motivos mais frequentes de ida ao médico e, na maioria das vezes, passa sozinha. Mas, se se prolonga, é sinal que merece a nossa atenção, pois a causa tem de ser identificada e tratada.



Quanto tempo dura a sua tosse?

A duração da tosse é importante, porque as causas prováveis são diferentes. Repare também se a tosse é seca ou com expetoração (é informação útil para o médico).

• **Tosse aguda (menos de 3 semanas)**: sobretudo infeções virais, como constipações e gripes. Também surge na pneumonia, rinite alérgica, inalação de irritantes ou agravamento de asma ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica).

• **Tosse subaguda (3 a 8 semanas)**: sobretudo tosse pós-infeciosa – depois de uma virose, as vias aéreas ficam inflamadas e "irritadas" durante semanas. Também problemas do nariz e seios perinasais (gotejamento e corrimento nasal posterior/rinossinusite) ou agravamento de asma ou DPOC.

• **Crónica (mais de 8 semanas)**: as causas mais comuns estão descritas abaixo. Mais raramente, outras doenças pulmonares (bronquiectasias, doenças do interstício, tuberculose, cancro do pulmão) ou insuficiência cardíaca.

Sinais de alarme: quando ir ao médico

Seja qual for a duração, procure rápida avaliação médica se a tosse vier acompanhada de:

• Sangue na expetoração;
• Falta de ar (sobretudo em repouso ou à noite) ou dor no peito;
• Febre persistente, suores noturnos ou perda de peso;
• Rouquidão persistente, dificuldade em engolir ou engasgamento com líquidos;
• Pernas inchadas ou infeções respiratórias repetidas;
• Tosse de novo ou diferente, em fumadores ou ex-fumadores, sobretudo após os 45 anos.

Mesmo sem estes sinais, uma tosse que dure mais de 3 a 8 semanas deve ser sempre avaliada.

As causas mais comuns da tosse crónica

Nem sempre têm origem nos pulmões, e muitas vezes há mais do que uma causa ao mesmo tempo:
• **Asma**: a tosse pode ser o único sintoma, sem pieira nem falta de ar. Piora à noite, com o frio, o exercício ou alergénios.
• **Nariz e seios perinasais**: na rinite e na rinossinusite, as secreções escorrem para a garganta e irritam as vias aéreas.
• **Refluxo gastroesofágico**: pode causar tosse mesmo sem azia; muitas vezes surge após as refeições ou ao deitar.
• **Tabaco e DPOC**: o tabaco é a causa evitável mais importante. A "tosse do fumador" nunca deve ser considerada normal.
• **Medicamentos**: alguns anti-hipertensores (IECA) causam tosse seca, que pode surgir meses após o início e demorar 1 a 4 semanas (até 3 meses) a desaparecer depois da suspensão. Não suspenda nenhum medicamento sem falar com o médico.
• **Síndrome de hipersensibilidade da tosse**: o reflexo da tosse fica extremamente sensível, disparando com estímulos mínimos (falar, rir, perfumes, ar frio). Muitas vezes começa depois de uma virose, ou associada a asma, refluxo ou rinite. A causa inicial pode até ser tratada, mas o reflexo continua "desregulado". É mais frequente em mulheres, sobretudo a partir dos 50 anos.

Tenho tosse há semanas: o que fazer?

Na tosse aguda sem sinais de alarme, em geral não são precisos exames nem antibióticos: a maioria das infeções é viral. Se a tosse se prolongar, o médico vai perguntar por tabaco, medicamentos, profissão, animais, bolores em casa e viagens e, conforme o caso, pedir exames de diagnóstico. A radiografia do tórax é habitualmente o primeiro exame, mas também pode pedir uma espirometria, que é um teste de sopro que avalia a função pulmonar e ajuda a diagnosticar asma ou DPOC; testes de alergia e de inflamação, que são testes cutâneos ou análises ao sangue e medição do óxido nítrico no ar expirado (FeNO) ou outros exames mais diferenciados, se for necessário: TAC tórax, broncoscopia, endoscopia ou avaliação por otorrinolaringologia com TAC dos seios perinasais.

Como se trata?

A regra de ouro é tratar a causa, e não apenas "calar" a tosse. Quando a causa é identificada e tratada, a tosse melhora na grande maioria dos casos. Cada tratamento deve ser reavaliado ao fim de 4 a 6 semanas. Os xaropes sem receita têm pouco benefício na tosse crónica e os antibióticos só fazem sentido se houver infeção bacteriana.

Quando persiste apesar de bem estudada e tratada, fala-se em tosse crónica refratária. O acompanhamento especializado é essencial: a terapia da fala e a fisioterapia respiratória ensinam a controlar a vontade de tossir, e existem medicamentos mais específicos, dirigidos ao próprio reflexo da tosse.

Cidália Rogrigues
(Médica Pneumologista; OM n.º 41266)

Doença de **Dupuytren**, quando os dedos deixam de esticar

O que acontece na mão? Como se faz o diagnóstico? Quando é necessário tratar? Que tratamentos? O que esperar da recuperação? Dúvidas com resposta. A Doença de Dupuytren é benigna, mas pode comprometer o funcionamento da mão

Começa muitas vezes por um pequeno nódulo na palma da mão. Não dói, parece um calo e pode passar despercebido durante anos. Nalgumas pessoas, porém, surgem cordões sob a pele que vão puxando um ou mais dedos para a palma. Gestos tão simples como colocar a mão num bolso, calçar uma luva ou lavar o rosto podem tornar-se difíceis. Esta é a doença de *Dupuytren*, uma condição benigna que pode comprometer a função da mão, mas para a qual existem tratamentos.



O nome deve-se ao cirurgião francês *Guillaume Dupuytren*, que, em 1831, descreveu o tratamento da contratura através da secção do tecido responsável pela retração dos dedos. Quase dois séculos depois, os tratamentos evoluíram, mas o objetivo mantém-se: libertar os dedos e devolver à mão maior capacidade de movimento.

O que acontece na mão

A doença de *Dupuytren* caracteriza-se pela formação de tecido fibroso na palma da mão e nos dedos, sob a pele, em relação com a aponevrose palmar, uma estrutura que ajuda a dar suporte à pele da palma. Esse tecido pode formar nódulos e cordões que se tornam progressivamente mais curtos e limitam a extensão dos dedos.

À medida que os cordões se retraem, podem impedir que um ou mais dedos estiquem completamente, mantendo-os dobrados em direção à palma. Esta deformidade chama-se contratura de *Dupuytren* e é responsável pelas principais limitações da doença. No entanto, nem todas as pessoas com nódulos ou cordões chegam a desenvolver uma contratura.

Quem pode desenvolver a doença

A causa exata não está totalmente esclarecida, mas a predisposição genética tem um papel importante. É frequente existirem outros familiares com a doença, embora a ausência de antecedentes familiares não exclua o diagnóstico. A doença é mais comum nos homens e torna-se mais frequente com o avançar da idade, surgindo habitualmente depois dos 40 a 50 anos.

Além da predisposição familiar, estão descritas associações com a diabetes, o tabagismo e o consumo de álcool. O contributo destes fatores para o aparecimento e a evolução da doença não está, contudo, completamente esclarecido. A sua origem é considerada multifatorial, resultando da interação entre a suscetibilidade individual e fatores ambientais, e não deve ser atribuída simplesmente ao trabalho manual ou ao uso excessivo das mãos.

Como se manifesta

O primeiro sinal é frequentemente um nódulo firme na palma, por vezes confundido com um calo. A pele pode ficar presa ao tecido subjacente, formando pequenas depressões ou pregas mais marcadas. Alguns nódulos causam sensibilidade à pressão, sobretudo no início, mas a doença é muitas vezes indolor.

Com o tempo, podem aparecer cordões que se prolongam da palma para os dedos. O anelar e o dedo mínimo são os mais frequentemente atingidos, embora qualquer dedo possa ser afetado. A doença pode envolver ambas as mãos, com gravidade diferente em cada uma.

A evolução varia de pessoa para pessoa. Em algumas, os nódulos e cordões permanecem estáveis durante anos, sem interferir com o uso da mão; noutras, a retração progride e os dedos vão perdendo a capacidade de esticar. Esta progressão pode ocorrer sem dor, pelo que a dificuldade crescente nos movimentos e nas tarefas do dia a dia é um sinal mais útil para reconhecer o impacto da doença e procurar avaliação.

Como se faz o diagnóstico

O diagnóstico é habitualmente clínico, através da história e da observação da mão. O médico identifica os nódulos e cordões, avalia a pele e mede a capacidade de estender cada articulação. Nos casos típicos, não são necessárias análises, radiografias ou ressonância magnética. Se as características do nódulo forem pouco habituais, podem ser necessários exames para esclarecer outras causas.

Um gesto simples pode ajudar a reconhecer uma limitação: tentar apoiar a palma e os dedos numa mesa, sem forçar. A impossibilidade de assentar completamente a mão é um motivo para procurar avaliação.

Quando é necessário tratar

Nem todos os casos precisam de intervenção. Quando existem apenas nódulos, sem limitação dos movimentos ou incómodo significativo, a vigilância é muitas vezes suficiente. O acompanhamento permite avaliar a evolução e esclarecer quando poderá ser útil intervir.

O tratamento é ponderado quando a contratura dificulta as atividades diárias ou quando a perda de extensão o justifica, tendo também em conta as articulações afetadas. Vale a pena procurar avaliação antes de a deformidade se tornar acentuada. Consultar cedo não significa operar cedo; significa acompanhar a evolução e escolher o momento adequado para intervir.

Que tratamentos existem

Os tratamentos disponíveis procuram libertar os dedos e melhorar a função da mão. Não eliminam a predisposição para a doença, pelo que a contratura pode voltar a surgir ou aparecer noutras zonas.

A aponevrotomia percutânea com agulha é uma opção para casos selecionados. Sob anestesia local, o cirurgião utiliza uma agulha para seccionar o cordão através da pele, permitindo melhorar a extensão do dedo. É um procedimento menos invasivo, com recuperação habitualmente mais rápida, mas a contratura tende a reaparecer mais frequentemente do que após a remoção cirúrgica do tecido afetado.

Na fasciectomia, o cirurgião remove o tecido fibroso responsável pela contratura através de incisões na palma e, quando necessário, nos dedos. Em situações específicas, nomeadamente com envolvimento importante da pele ou após tratamentos anteriores, pode ser necessário remover também pele e substituí-la por um enxerto, numa técnica chamada dermofasciectomia.

A escolha do tratamento deve ser individualizada. Depende da localização e gravidade da contratura, do estado da pele, de tratamentos anteriores, da saúde geral e das prioridades de cada doente. Na consulta, são ponderados os benefícios esperados, o tempo de recuperação, a possibilidade de a contratura regressar e os riscos de cada procedimento, como alterações da sensibilidade, rigidez, infeção ou dificuldades de cicatrização. Esta decisão partilhada permite escolher a opção que melhor se adapta às necessidades de cada pessoa, com expectativas realistas sobre a melhoria que é possível alcançar.

O que esperar da recuperação

A recuperação varia com o procedimento e com a gravidade inicial. Após cirurgia, a reabilitação da mão pode ajudar a recuperar os movimentos e a função. Nas contraturas mais avançadas ou antigas, pode não ser possível recuperar toda a extensão.

Antes do tratamento, exercícios, massagens ou talas não demonstraram impedir de forma consistente a progressão da doença. Forçar o dedo a esticar pode causar lesões. Reconhecer os sinais e acompanhar a evolução permite discutir as opções a tempo, com um objetivo concreto: preservar uma mão útil nas atividades de todos os dias.

Rita Cavaca
(Médica Ortopedista; OM n.º 59689



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

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

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

Uma hérnia, muitas dúvidas

Formam-se quando existe uma abertura ou uma zona de fragilidade nos tecidos que constituem o abdómen, através da qual pode passar gordura ou uma porção do intestino. As hérnias da parede abdominal levantam muitas dúvidas e podem ser corrigidas com uma cirurgia programada, adiada ou urgente. Cada caso é um caso



Posso continuar a fazer exercício? Vou ter de ser operado? Quanto tempo ficarei sem trabalhar? Para quem descobre que tem uma hérnia, estas são algumas das primeiras dúvidas. As respostas dependem do tipo de hérnia, dos sintomas e daquilo que cada pessoa precisa de fazer no seu dia-a-dia.

Falamos aqui das hérnias da parede abdominal, como as que surgem na virilha, no umbigo ou numa cicatriz de uma cirurgia anterior. Formam-se quando existe uma abertura ou uma zona de fragilidade nos tecidos que contêm o abdómen, através da qual pode passar gordura ou uma porção do intestino. Muitas vezes, a pessoa nota um alto que se torna mais evidente ao tossir, levantar-se ou fazer força, e que diminui quando se deita. Pode haver dor, sensação de peso ou apenas uma alteração visível.

É frequente associar o aparecimento da hérnia a um esforço: carregar um móvel, levantar um peso no ginásio ou pegar num

saco de compras. Esse momento pode tornar evidente uma fragilidade que já existia. A idade, as características dos tecidos e as cirurgias anteriores também têm influência. Por isso, nem sempre é possível atribuir a hérnia a um gesto concreto.

O exercício e os esforços do dia-a-dia

Ter uma hérnia não obriga, por si só, a deixar toda a atividade física. Depois de uma avaliação médica, muitas pessoas podem manter caminhadas e outras atividades que não provoquem sintomas. Se um exercício causa dor ou faz aumentar claramente a saliência, deve ser interrompido e revisto com o médico. Isto é particularmente importante em atividades com cargas elevadas ou que exigem muita força abdominal. Também não existe um número de quilos que seja seguro para todas as pessoas.

O tipo de hérnia e os sintomas contam mais do que uma regra igual para todos. Os exercícios de fortalecimento podem melhorar a condição física, mas não fecham uma hérnia já formada. As cintas também não corrigem o defeito, embora possam ser usadas para conforto em situações selecionadas e com orientação médica.

Quando se deve operar

Nos adultos, a cirurgia é a única forma de corrigir uma hérnia da parede abdominal. Isso não significa que todas tenham de ser operadas de imediato. Em alguns homens com hérnia inguinal que causa poucos ou nenhuns sintomas, pode optar-se por vigilância, depois de discutir os riscos e os benefícios.

É preciso acompanhar a evolução, porque muitos acabam por necessitar de cirurgia quando surgem dor ou limitações. Quando a hérnia interfere com o trabalho, o exercício ou as tarefas habituais, a cirurgia ganha importância. A decisão considera ainda o tipo de hérnia, a sua evolução e o estado de saúde da pessoa. Nas mulheres com hérnia na virilha, a avaliação cirúrgica deve ser atempada, pela possibilidade de uma hérnia femoral, associada a maior risco de complicações. A ausência de dor, por si só, não permite decidir que se pode esperar.

A operação pode ser realizada por via aberta ou por técnicas minimamente invasivas, através de pequenas incisões. Frequentemente utiliza-se uma prótese, conhecida como rede, para reforçar a parede abdominal. A escolha depende da hérnia, de cirurgias anteriores e da experiência da equipa. Antes de decidir, devem ser explicados os benefícios e os possíveis problemas, incluindo o reaparecimento da hérnia ou a persistência de dor.

Os sinais que exigem urgência

Uma dor súbita e intensa, sobretudo se a hérnia ficar dura e deixar de diminuir como habitualmente, exige observação urgente. Vómitos, distensão abdominal, dificuldade em eliminar gases ou fezes e alterações da cor da pele sobre a hérnia são outros sinais de alarme. Podem indicar que o conteúdo ficou preso e, em alguns casos, que a circulação do intestino está comprometida. Nestas circunstâncias, deve recorrer-se ao serviço de urgência, sem esperar pela consulta marcada nem tentar empurrar a hérnia com força.

Recuperar e voltar à rotina

Muitas destas operações são feitas em ambulatório, com regresso a casa no próprio dia. Nos primeiros dias, é habitual existir algum desconforto, inchaço ou nódoa negra na região operada. A medicação prescrita ajuda a controlar a dor e, em regra, recomenda-se começar a caminhar cedo, aumentando a atividade de forma gradual. Ficar de cama durante vários dias não faz parte da recuperação habitual de uma cirurgia sem complicações.

O regresso ao trabalho depende muito das tarefas. Quem trabalha sentado poderá re-



gressar mais cedo do que quem carrega pesos ou passa o dia em esforço físico. Após uma reparação inguinal sem complicações, as atividades habituais podem muitas vezes ser retomadas em poucos dias, conforme o conforto. Uma hérnia incisional grande pode exigir um plano mais cauteloso.

O treino intenso e o trabalho pesado devem ser discutidos especificamente com o cirurgião; não há um prazo único que sirva para todas as operações. Tratar a obstipação e uma tosse persistente ajuda a evitar esforços dolorosos. Deixar de fumar e melhorar o controlo da diabetes, quando existe, também favorece a cicatrização. Se a dor se agrava, surgir febre ou a ferida apresentar vermelhidão crescente ou secreção, deve contactar a equipa.

Vale a pena levar para a consulta perguntas concretas: o exercício que se pratica, os pesos que se levantam no trabalho ou a necessidade de pegar num filho ao colo. São estes pormenores que permitem combinar um plano de tratamento e de recuperação ajustado à vida de cada pessoa.

Cristina Camacho
(Médica com especialidade de Cirurgia Geral; OM n.º 56159)

PUBLICIDADE



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

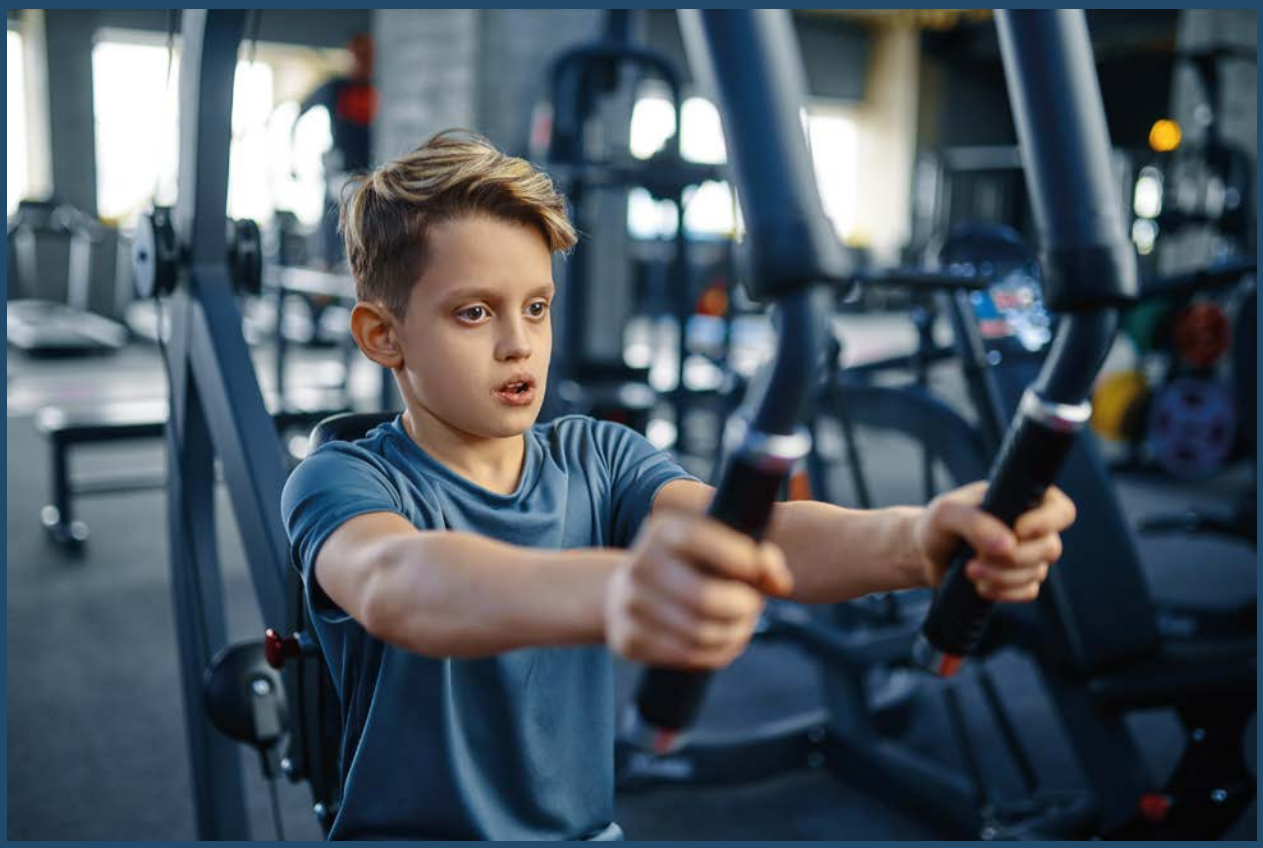
CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA
Medical Technology

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

Adolescentes, imagem corporal e exercício

Quando devemos preocupar-nos?

Treinar com frequência ou querer melhorar a aparência não significa, por si só, ter uma relação problemática com o exercício. Na adolescência, a prática regular deve ser incentivada, incluindo o treino de força bem orientado. Quando surge culpa intensa por faltar ao treino, dificuldade em descansar ou prejuízo para outras áreas da vida, importa compreender o que se passa e apoiar o jovem



A adolescência é uma fase de profundas transformações físicas e psicológicas, de construção da identidade e de desenvolvimento da imagem corporal e da autoconfiança. É também uma oportunidade privilegiada para estabelecer uma relação positiva e duradoura com a atividade física e o desporto. Neste período, a opinião e a aceitação dos pares assumem particular importância na forma como cada jovem se vê, a par da influ-

ência da família e do contexto social e desportivo.

A procura de um ideal de aparência física não é nova: os critérios de beleza variam ao longo da história, e as revistas, a televisão e outros meios de comunicação contribuíram para a sua divulgação. As redes sociais acrescentam uma exposição frequente a imagens selecionadas ou editadas, oportunidades de comparação e formas de validação pública através de comentários e reações. Podem, assim, amplificar pressões preexistentes, embora a relação entre a sua utilização e a insatisfação corporal seja complexa e não permita atribuir-lhes, isoladamente, o aumento destes comportamentos.

O estudo *Health Behaviour in School-aged Children*, realizado em colaboração com a Organização Mundial de Saúde em 2021 – 2022, identificou cerca de 34% das raparigas e 24% dos rapazes que se consideravam «demasiado gordos». Uma análise de mais de 600 mil adolescentes europeus encontrou um aumento dos comportamentos de redução de peso entre os rapazes, na maioria dos países estudados, entre 2002 e 2018. Estes resultados mostram que as preocupações com o corpo são frequentes e também têm expressão no sexo masculino.

Sinais de alarme no treino

Focando-nos no exercício, a frequência das sessões de treino não permite, por si só, identificar um problema. Um jovem atleta pode treinar muitas horas de forma adequada ao seu desenvolvimento e à sua modalidade. Torna-se, então, importante identificar sinais de alarme, como sentir-se obrigado a treinar, sentir culpa ou ansiedade intensa quando não se treina, continuar a treinar apesar de uma lesão ou sacrificar repetidamente outras dimensões da vida para manter o treino.

Esta rigidez pode coexistir com regras alimentares difíceis de flexibilizar ou com a





necessidade de verificar repetidamente o peso, as medidas ou a aparência corporal. Por isso, a avaliação deve ir além do número de treinos e considerar a relação do jovem com o corpo, a alimentação e o seu quotidiano. Estes comportamentos não estão necessariamente presentes em conjunto, mas justificam atenção quando provocam sofrimento, perda de controlo ou interferência na vida diária.

Um estudo espanhol publicado em 2025, envolvendo cerca de 7600 adolescentes, encontrou resultados de rastreio compatíveis com risco de adição ao exercício em 15,6% dos atletas de competição, face a 6,4% dos praticantes sem competição. Os participantes com resultados de rastreio positivos apresentavam também mais sintomas de ansiedade, depressão e perturbações alimentares. Estes resultados justificam atenção clínica, mas não equivalem a diagnósticos de adição nem permitem concluir que o exercício causou os restantes sintomas.

É neste contexto que a preocupação dos adultos cuidadores com um eventual «excesso» de exercício deve ser esclarecida. Quando um jovem começa a frequentar o ginásio, importa distinguir a presença destes sinais da ideia de que realizar treino de força é, à partida, desadequado nestas idades. Os receios sobre a segurança merecem ser ouvidos e esclarecidos. O treino de força pode ser seguro e benéfico quando adaptado à maturidade, capacidade e experiência do jovem, com supervisão e progressão adequadas. A adequação da prática depende do que se faz, de como se faz e das condições de recuperação.

Treino, recuperação e desenvolvimento

Esta reflexão aplica-se igualmente ao desporto organizado. Uma criança pode estar sujeita a uma carga excessiva por exigência do contexto competitivo ou dos adultos que a acompanham, sem apresentar qualquer compulsão para treinar. A especialização precoce, entendida como dedicação intensiva a uma única modalidade ao longo do ano e com exclusão de outras experiências desportivas, está associada a maior risco de lesões de sobrecarga e pode contribuir para o esgotamento e o abandono da prática. A adequação das cargas deve ser apreciada à luz da modali-

dade e do desenvolvimento individual, preservando oportunidades para brincar, explorar e diversificar competências motoras.

Nos jovens atletas, a pressão sobre a aparência pode juntar-se à procura de melhor desempenho desportivo. Quando a energia disponível após o exercício é insuficiente para assegurar as restantes funções do organismo, pode surgir deficiência energética relativa no desporto, uma síndrome clínica designada por REDs, com consequências para a saúde óssea, a função hormonal, a recuperação e o rendimento. Esta situação pode afetar ambos os sexos e ocorrer mesmo sem uma perturbação alimentar.

Imagem corporal e regras inflexíveis

É igualmente importante distinguir o desejo de melhorar a aparência física de uma perturbação clínica. Na dismorfia muscular, frequentemente designada por vigorexia, existe uma preocupação persistente com a ideia de ser demasiado pequeno ou insuficientemente musculado, acompanhada de sofrimento ou de interferência na vida quotidiana. Neste contexto, a procura de um corpo mais musculado pode acompanhar-se de treino rígido, práticas alimentares restritivas e utilização de substâncias para modificar a aparência ou o desempenho. A dismorfia muscular pode associar-se a ansiedade, depressão e ideação suicida, reforçando a importância de uma avaliação clínica que inclua a saúde mental.

Podem também coexistir comportamentos descritos como ortoréxicos: uma preocupação excessiva com alimentos considerados «saudáveis» ou «puros», acompanhada de regras inflexíveis e prejuízo para a saúde ou a vida social. O conceito de ortorexia permanece em discussão e não corresponde a um diagnóstico autónomo nos principais sistemas de classificação.

Cabe ainda aos adultos examinar as expectativas que colocam sobre os mais novos. Reconhecer uma relação problemática com o exercício implica escutar o jovem e compreender quem define os objetivos, como são tomadas as decisões e se existe espaço para descansar, reduzir a carga de treino ou mudar de interesses. Essa reflexão permite distinguir o entusiasmo pela prática, os comportamentos compulsivos e as exigências excessivas impostas pelo contexto.

A prática regular de atividade física deve ser incentivada na adolescência. O exercício contribui para a saúde cardiovascular, muscular e óssea e para o bem-estar psicológico, podendo também proporcionar oportunidades de convívio, aprendizagem e desenvolvimento da confiança nas próprias capacidades. O treino de força, quando bem orientado e adaptado ao jovem, pode fazer parte desse percurso. Cabe às famílias, aos treinadores e aos profissionais de saúde criar condições para uma prática prazerosa, progressiva e sustentável, com alimentação, descanso e recuperação adequados. O objetivo é ajudar cada jovem a construir uma relação positiva com o movimento que possa manter ao longo da vida.

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

Como crescem e se desenvolvem as **crianças**?

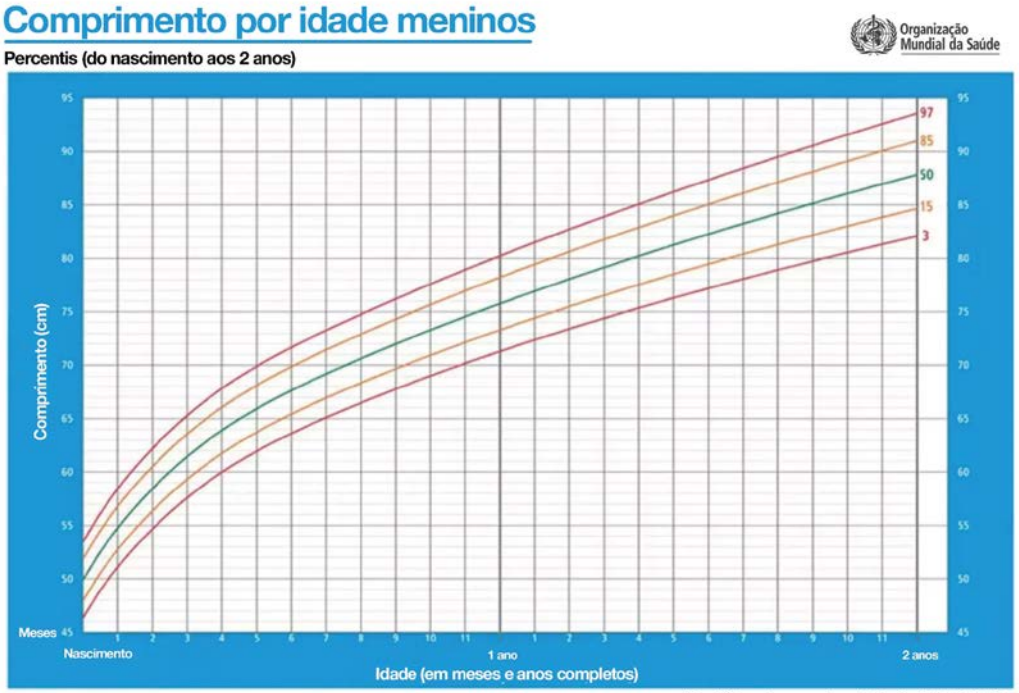
Estar fora da média, não significa estar fora da normalidade. No crescimento e desenvolvimento infantil importa valorizar o tempo e a evolução

Uma das preocupações mais frequentes dos pais é saber se os filhos estão a crescer e a desenvolver-se normalmente. Desde o nascimento, as crianças são regularmente pesadas, medidas e avaliadas. Os pais acompanham com entusiasmo os progressos dos seus filhos, mas também, inevitavelmente, os comparam com os irmãos, os primos ou os colegas da creche — e é daqui que nascem muitas das dúvidas.

Cada criança possui características genéticas próprias e desenvolve-se num contexto familiar e ambiental particular.

Nem sempre ser mais baixo, andar ou falar mais tarde significa ter um problema. Existem variações individuais significativas no ritmo de crescimento, e na aquisição de competências que são normais, pelo que estar fora da média não significa estar fora da normalidade.





Padrões de crescimento infantil da OMS

O que é normal numa determinada idade, pode não o ser noutra. E uma característica que, isoladamente, parece preocupante, pode perder relevância quando analisada no contexto da evolução da criança. Em Pediatria, tão importante como observar a criança num determinado momento é conhecer o seu percurso ao longo do tempo.

O meu filho está a crescer bem?

Desde o nascimento, o crescimento é um dos indicadores mais importantes da saúde e do bem-estar de uma criança. É também um dos aspetos que mais dúvidas suscita às famílias. "O meu filho é o mais baixo do grupo", "A minha filha cresceu pouco este ano" são preocupações frequentes nas consultas de Pediatria.

O crescimento não ocorre de forma uniforme. É mais rápido nos primeiros meses de vida, vai abrandando progressivamente e volta a acelerar na puberdade.

No final do primeiro ano de vida, um bebé triplica, em média, o peso de nascimento e cresce cerca de 25 centímetros. Durante o segundo ano, aumenta cerca de 2 a 3 kg e 10 cm. Entre os 3-4 anos e o início da puberdade, o crescimento em altura torna-se mais regular, situando-se habitualmente entre 5 a 7 centímetros por ano, embora varie com a idade e as características individuais. Na puberdade, ocorre uma nova aceleração de crescimento.

O que são as curvas e percentis de crescimento?

O crescimento infantil é acompanhado através de curvas de percentis que representam a distribuição do peso, da altura e do perímetro cefálico numa população de referência.

Uma criança situada no percentil 10 de altura é mais alta do que cerca de 10% das crianças da mesma idade e sexo, mas mais baixa do que aproximadamente 90%. Estar no percentil 10 não é, por si só, motivo de preocupação tal como estar no percentil 90 não significa ser mais saudável.

Mais importante do que uma avaliação pontual é acompanhar a evolução ao longo do tempo. Uma mudança significativa ou persistente na trajetória de crescimento pode justificar avaliação, embora algumas mudanças de percentil sejam normais, sobretudo nos

primeiros anos de vida. O essencial em cada criança é verificar se mantém ao longo do tempo, uma trajetória coerente com as suas características individuais e familiares.

O apetite e a sua relação com o crescimento

Frequentemente os pais preocupam-se com uma significativa redução do apetite no segundo ano de vida. Esta mudança está relacionada com a diminuição da velocidade de crescimento e é normal. No entanto, é importante ir avaliando as crianças e acompanhar o seu crescimento através da análise das curvas de percentis. Confirmar que a diminuição do apetite não compromete o crescimento expectável ajuda a tranquilizar os pais.

O meu filho está a desenvolver-se bem?

Alguns bebés sentam-se mais cedo, outros demoram mais tempo. Nem todas as crianças gatinham. Algumas deslocam-se na posição sentada. Há crianças que começam a andar aos 10 meses e outras que só o fazem perto dos 18 meses. No início da marcha, é normal que a criança ande com os membros inferiores afastados, para aumentar a estabilidade.

O desenvolvimento motor apresenta uma grande variabilidade individual. No entanto, a variabilidade normal tem limites. Não sentar sem apoio aos 9 meses ou não andar autonomamente aos 18 meses, ter preferência manual persistente no primeiro ano de vida (que por vezes não preocupa os pais por ser interpretada como sinal de ser "canhoto" ou "destro") e a perda de competências previamente adquiridas são exemplos do que não se enquadra nas variantes do normal e justificarão sempre avaliação.

O desenvolvimento da linguagem também apresenta diferenças individuais consideráveis. Algumas crianças começam a utilizar palavras precocemente, enquanto outras desenvolvem a linguagem expressiva de forma mais lenta. Mas falar não é a única forma de comunicar. O sorriso, o contacto visual, as vocalizações, as expressões faciais, a atenção partilhada e os gestos são formas



precoces de comunicação. Estes comportamentos são fundamentais, porque a linguagem não se resume à capacidade de pronunciar palavras. Envolve também compreender, comunicar intenções e estabelecer relações sociais.

Algumas crianças apresentam um desenvolvimento mais lento da linguagem expressiva, apesar de compreenderem adequadamente o que lhes é dito, utilizarem gestos para comunicar e demonstrarem interesse em interagir com os outros. Muitas acabam por recuperar o atraso. Tão ou mais importante do que saber quantas palavras a criança diz, é avaliar como compreende, comunica e interage.

Respeitar o ritmo de cada criança não significa ignorar sinais que possam indicar uma dificuldade no desenvolvimento. Entre os sinais que justificam avaliação incluem-se a ausência de palavras com significado aos 18 meses, a ausência de combinações espontâneas de duas palavras aos 24 meses, dificuldades na compreensão, escassa utilização de gestos comunicativos ou perda de competências anteriormente adquiridas.

O comportamento do meu filho é normal?

Na consulta de Pediatria, são frequentes as preocupações dos pais relacionadas com o comportamento dos filhos: "É normal fazer tantas birras?", "Porque é tão tímido?", "Será hiperativo?"

O comportamento infantil deve ser interpretado em função da idade. Nos primeiros meses, o bebé comunica sobretudo através do choro, do sorriso, das expressões faciais e das vocalizações. O choro é uma forma de comunicar necessidades, desconforto, cansaço ou procura de proximidade. Ao longo do primeiro ano, o bebé começa a reconhecer as pessoas que lhe são familiares e é normal que no final do primeiro ano manifeste receio perante pessoas desconhecidas.

No segundo ano de vida, as crianças descobrem e manifestam a sua vontade mas têm uma capacidade limitada para lidar com as contrariedades. As birras são particularmente comuns nesta idade. Podem surgir perante uma frustração, quando a criança está cansada, tem fome ou não consegue expressar aquilo que pretende.

Na idade pré-escolar, tornam-se frequentes os medos do escuro, dos monstros, ou de ficar sozinho.

Na idade escolar, aumenta a capacidade de compreender regras e desenvolvem-se progressivamente a atenção, o autocontrolo e a tolerância à frustração.

Algumas crianças são naturalmente comunicativas e outras são reservadas e observadoras. Algumas mostram grande necessidade de movimento, enquanto outras preferem atividades tranquilas.

A timidez, por si só, não constitui uma perturbação. Da mesma forma, ser uma criança ativa não significa necessariamente ter uma perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

Muitos comportamentos que preocupam os pais são expressões transitórias de etapas normais do desenvolvimento. Conhecer estas etapas permite evitar preocupações desnecessárias, reduzir comparações e respeitar a individualidade de cada criança, sem desvalorizar sinais que possam justificar avaliação.

Mais do que a presença isolada de determinado comportamento, importa avaliar a sua adequação à idade, intensidade, frequência e persistência. Um comportamento pode ser esperado numa determinada idade, mas justificar avaliação quando interfere significativamente com o bem-estar da criança, as relações familiares ou a sua adaptação à creche, jardim-de-infância ou escola.

O papel do pediatra

Reconhecer as variantes do normal não significa desvalorizar todas as diferenças. Um dos

papéis mais importantes do pediatra é distinguir a diversidade normal das alterações que podem ser patológicas e justificam investigação ou intervenção. As preocupações dos pais devem ser tidas em conta. Muitas vezes, são os primeiros a identificar alterações relevantes no comportamento ou no desenvolvimento dos filhos.

A Pediatria é, por natureza, uma especialidade que valoriza o tempo e a evolução. Uma observação isolada fornece informações importantes, mas frequentemente, é o acompanhamento ao longo do tempo que permite compreender o verdadeiro significado de uma determinada característica do crescimento, do desenvolvimento ou do comportamento.

Cada criança tem o seu ritmo, mas esse ritmo deve ser acompanhado. "Ao ano andarás e aos dois falarás". Sim… mas nem sempre!

Alexandra Salazar
(Médica, Pediatra; OM n.º 34448)



Os lugares como remédios

"Em vez de tomares um medicamento, toma um lugar.
Assumir um lugar através do corpo, caminhar por dentro dele.
Sem o enquadrar na sociologia.
Assumir o vento de um determinado sítio, as palavras que estão no ar, os sinais, o modo de andar, de se vestir.
Tudo isso são remédios, remédios sem efeitos secundários.
Não te impedem de teres um cancro, mas aliviam-te certos estados melancólicos que, a longo prazo, podem abrir caminho a um cancro."

Franco Arminio, in La cura dello sguardo. Nuova farmacia poética



PUBLICIDADE

CENTRO CIRÚRGICO COIMBRA

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



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

www.ccci.pt | www.facebook.com/CentroCirurgicoDeCoimbra | 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)