



Olhares

Trimestral
Nº 13 2016



Por detrás da tela

"Acho que todos temos um destino qualquer para realizar".
Há 89 anos que este português anda a pintar a luz de azul.
"Não o procuro, é ele que aparece, mas o azul é só uma cor"...

CARGALEIRO
2016



CENTRO
CIRÚRGICO
COIMBRA

OS ACORDOS DO CENTRO CIRÚRGICO DE COIMBRA

- . ADSE
- . SIGIC
- . Multicare
- . Médis
- . Medicare
- . Future Healthcare/Saúde Prime
- . Allianz
- . Servimed
- . Portugal Telecom
- . CGD
- . Vitória
- . Sãvida (oftalmologia)
- . Ordem dos Farmacêuticos (SRC)
- . SAD/PSP
- . AdvanceCare
- . FENPROF
- . FNE
- . AME
- . Serviços Saúde da RAM
- . Sabclin
- . SAMS Centro
- . SAMS Norte
- . SAMS Quadros
- . TK Techniker Krankenkasse
- . IASFA
- . SAD/GNR
- . Sindicato Independente dos Bancários
- . SPZC
- . ISCAC
- . ISA
- . SDPSUL
- . SPRA
- . Ordem dos Advogados
- . Ordem dos Arquitetos do Sul

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

Rua Dr. Manuel Campos Pinheiro, 51 - Espadaneira - S. Martinho Bispo - 3045-089 Coimbra
T +351 239 802 700 M +351 916 047 936 M +351 968 574 777 F +351 239 802 709

Está a **senti-los?**

São cinco ou mais. É com eles que apreendemos o mundo e, não raras vezes, são eles que também nos enganam. Por vezes, dispensamos alguns. Aos músicos (por exemplo) basta ver uma partitura para ouvir a sinfonia que ali está escrita. Outras vezes desvalorizamos as mensagens. O que somos é construído com a ajuda de todos os **sentidos**, sejam 5 ou mais. Juntam-se as **emoções**, as **experiências** e as **memórias**, até o nosso **paladar** é assim arquitetado. Comer com os olhos não é um acaso.

Depois de **sentir**, fomos questionar. Porque o azul é tão azul, porque os caminhos da luz não são perfeitos, o que é isso da angiografia, como se substituem algumas articulações, porque sentimos vergonha, porque dormimos, porque roncamos ou porque um tipo de epilepsia pode passar incógnita toda uma vida.

Sem parar, voámos até aos Açores e terminámos a beber um chá, apanhado e processado na mais antiga fábrica de chá da Europa.

Foi com todos os **sentidos** que criámos esta nova edição da **Olhares**, até porque “*sentir é estar distraído*”. (Alberto Caeiro)

Conceição Abreu



Ficha Técnica

Título | Olhares

Entidade proprietária | Centro Cirúrgico de Coimbra

Rua Dr. Manuel Campos Pinheiro, 51

São Martinho do Bispo - 3045-089 Coimbra

Email: olhares@ccci.pt

Coordenação | Conceição Abreu - Robert van Velze

Textos | Conceição Abreu

Fotografia | Robert van Velze

Design e Paginação | Robert van Velze

Impressão | FIG - Indústrias Gráficas, S.A. Coimbra

Tiragem | 4000 exemplares

Depósito Legal | 340686/12

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

13^a Edição

Periodicidade | Trimestral

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

© Centro Cirúrgico Coimbra

Í N D I C E

CINCO PORTAS QUE NOS LIGAM
AO MUNDO
P. 6

NEM TUDO O QUE PARECE É
P. 8

OS OLHOS PODEM OUVIR?
P. 10

SINTO QUE O SENTIR ME SENTIU
P. 12

QUAL O SABOR QUE OS SENTIDOS
DÃO AOS ALIMENTOS
P. 14

EPILEPSIA, ENTRE O SAGRADO E
A DOENÇA
P. 18

A LUZ VESTE-SE DE AZUL
P. 24

ESPÓLIO À GUARDA DAS BEIRAS
P. 30

TRAJETOS IMPERFEITOS
P. 36

LASIK - O QUE ESPERAR ANTES,
DURANTE E APÓS A CIRURGIA
P.38

O QUE É ISSO DA ANGIOGRAFIA
À RETINA
P. 42

VIAGEM AOS VASOS SANGUÍNEOS
SEM CONTRASTE
P.44

A MINHA EXPERIÊNCIA COM UM
MONITOR CONTÍNUO DE GLICÊMIA
P. 46

PARA QUE SERVE A VERGONHA?
P. 48

SEXUALIDADE DO/A ADOLESCENTE
É ASSUNTO CONFIDENCIAL
P. 50

DURMA BEM, PELA SUA SAÚDE
P. 52

RESSONA? A RADIOFREQUÊNCIA PODE
TRATAR
P. 54

NOITES RUIDOSAS
P.56

COMO SE RECONSTRÓI UMA
ARTICULAÇÃO
P. 58

O VERDE PODE TER QUANTOS TONS?
P. 60

CAMELIA SINESIS MADE IN AÇORES
P. 64

ESTRELAS NO CÉU E NA TERRA
P.67

CINCO PORTAS QUE NOS LIGAM AO MUNDO

Serão mais, mas comecemos por cinco. Umas já não são tão usadas como outrora e a culpa é da evolução, enquanto outras estão mais valorizadas. O princípio mantém-se o mesmo, porque são estas cinco portas que nos ligam ao mundo, desde que os sensores recolham os estímulos que têm de chegar ao cérebro



Sem atividade cerebral nada disto funciona. É o cérebro que usa todas as percepções disponíveis para depois construir cenários da realidade. Basta que seja estimulado. Há todo um sistema sensorial ligado em rede por detrás de todos os nossos sentidos. As informações seguem pelo sistema nervoso para uma área específica do cérebro que irá processar os dados recolhidos.

São estas portas que nos ligam ao mundo, mas a evolução da espécie e as novas tecnologias também alteraram o sentido de alguns sentidos. O olfato, por exemplo, perdeu o destaque de outrora. E os sentidos deixaram de ser apenas cinco. Afinal a rede pode ser mais complexa do que aquela que foi traçada por Aristóteles. Para além da visão, audição, tato, paladar e olfato, é aceite que há mais portas que nos ajudam na ligação ao mundo. A proprioceção ou cinestesia, por exemplo, é um sentido que nos diz, mesmo de olhos fechados, onde estão partes do nosso corpo, enquanto a termoceção nos avisa e alerta para as mudanças de temperatura, quando nos aproximamos de uma fogueira ou de um fogão aceso.

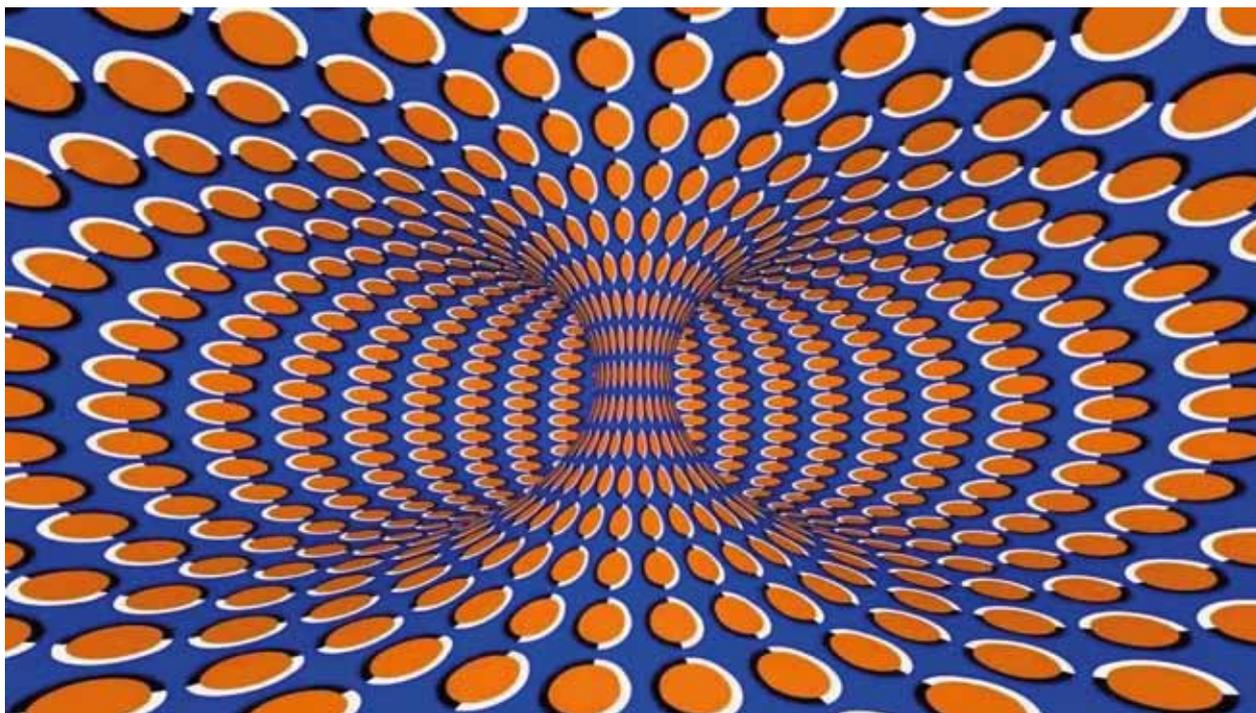
Afinal, as portas para a apreensão e entendimento do mundo são mais do que cinco. Em sintonia e sistematicamente sincronizados, são estes e outros sentidos que nos ligam à realidade. O cérebro faz o resto, são as sinapses que ocorrem entre os neurónios que nos relacionam com o mundo.

*“Não há nada
na nossa inteligência
que não tenha passado
pelos sentidos.”*

Aristóteles

NEM TUDO O QUE PARECE É

Ver para crer não é a melhor solução, até porque a visão também é ilusão. O cérebro sabe inventar e os nossos sentidos nem sempre são de fiar



A realidade pode e deve ser questionada ou, pelo menos, não devemos acreditar que há certezas inabaláveis. A realidade é apenas aquilo que cada um de nós constrói, usando os sentidos, experiências, intuição e, claro, um cérebro que assume o comando de tudo. Há limitações. Os limites começam nos próprios órgãos dos sentidos quando, por exemplo, só conseguem captar determinados comprimentos de ondas sonoras ou ondas de luz.

Os adeptos do “ver para crer” devem ser avisados que nem sempre é assim, nem pode. Aliás, se a visão é um dos sentidos que tem maior influência na nossa percepção do mundo, devemos ter presente que um estímulo

visual pode, sozinho, influenciar as mensagens de outros sentidos, como a audição, mas não só, também nos pode enganar. Como? Grande parte do que vemos não é real, é uma ilusão criada pelo cérebro, que acaba por inventar coisas, assentes na sua experiência e vivência.

Apesar de estar ao comando, o cérebro, não tem capacidade para analisar todas as situações e realidade de uma forma racional, seria necessário muito mais energia para o fazer, mas os sentidos também não têm a capacidade de captarem todas as situações. A visão é um bom exemplo. Apenas a fóvea, que tem um milímetro de diâmetro e está localizada na

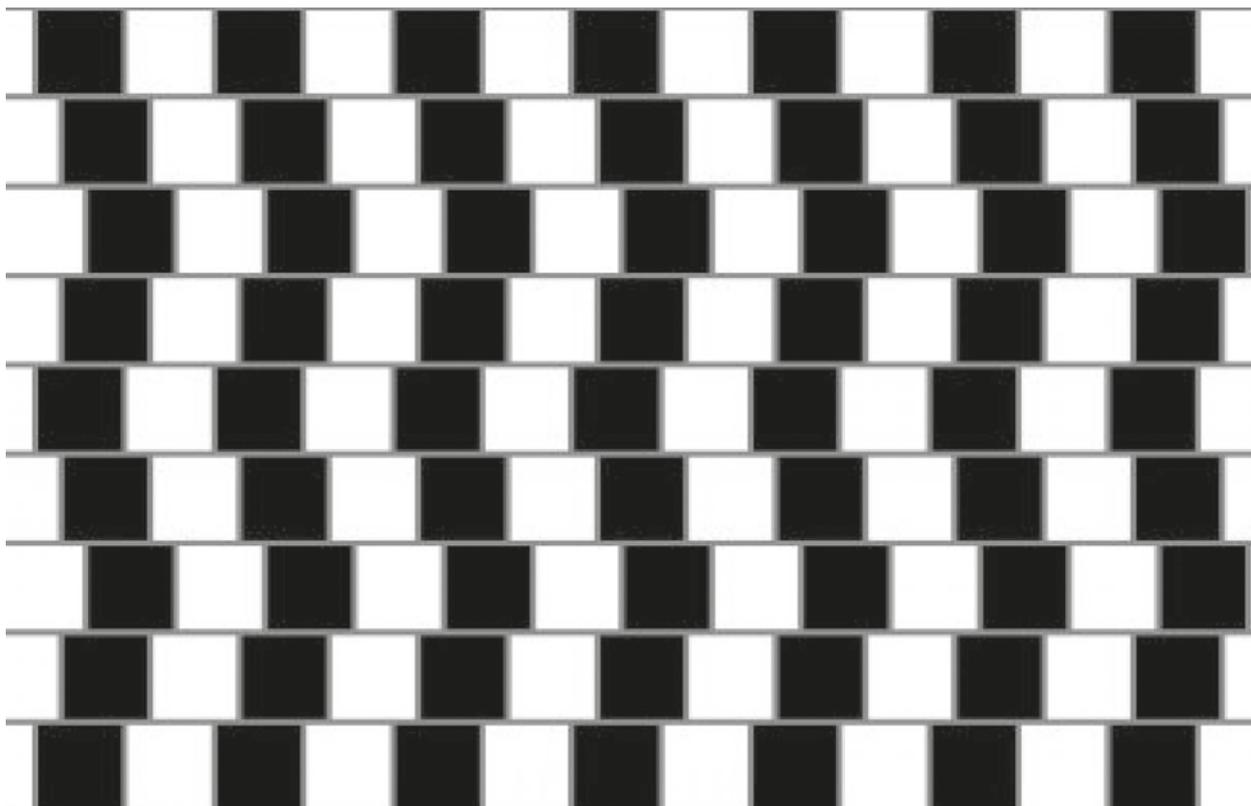
mácula (retina) é que tem a capacidade de captar imagens com clareza e precisão. Ou seja, acabamos por ver e perceber detalhes, tudo o resto é criado e construído pelo cérebro. Mesmo assim, o detalhe que captamos resulta de uma soma de imagens que os olhos vão captando, saltando de movimento em movimento, uma ação que é necessária para preencher a imagem, mas que nos deixa “cegos” durante 0,1 segundos, ou seja o espaço temporal em que – sem darmos conta – não recebemos informação visual. Contudo, o cérebro não deixa esses espaços em branco e preenche esses momentos com imagens criadas por ele. Na prática, nunca perdemos a sensação de movimento contínuo e de visão.

Válida é também a ideia de que a imagem que estamos a captar e que o cérebro interpreta e descodifica, não será o presente, mas sim o futuro. Ou seja, a informação que os olhos captam não é processada no imediato. A imagem terá de ser transformada em energia e enviada ao cérebro, via nervo ótico, um processo que por muito rápido que seja, acaba por demorar frações de segundo. Não nos apercebemos de todo este processo que

existe por detrás da visão, precisamente porque o cérebro assume o comando e preenche os “espaços vazios”.

Neste espaço de tempo, ou seja, nestas frações de segundo, o cérebro vai usar vários tipos de pensamento, rápido, intuitivo e sentimental, mas também recorre à memória e às experiências que já vivenciámos.

Durante estas pequenas frações de segundo há um desencadear de fenómenos em cadeia que acabam por construir aquilo em que nos tornámos e que ainda não foi possível reproduzir em máquina. Aliás, é esta intuição racional que nos irá sempre distinguir de qualquer imitação que o homem possa vir a criar. Exatamente o mesmo homem que também tem a capacidade e o poder de enganar o cérebro. Basta saber como. A sensação de dor, é apenas um exemplo. Em caso de lesão, se observar a ferida através de um binóculo invertido, acredite que a dor irá diminuir. Não é um analgésico, mas o simples fato de a imagem ficar menor e o inchaço ou ferida mais pequena fará com que a dor também reduza.



OS OLHOS PODEM OUVIR?

É possível ouvir sem audição? É, quando os olhos ajudam, só é preciso treiná-los para este novo jogo. Os músicos sabem do que falo.

"Como músico, se tivesse de escolher entre a audição e a visão qual escolheria?"

Chegou assim a pergunta, inequívoca, acutilante, tão curiosa e enérgica quanto pertinente. Entrou de rompante e, talvez por isso, tenha merecido o meu espanto, antes mesmo de ter tido tempo de questionar a sua razão, o seu caminho ou a sua aparente falta de origem.

E por ali mesmo fiquei, queda, a matutar na resposta que, tal como a pergunta, veio de imediato e em modo automático, como se no interior do meu cérebro se travasse um diálogo veloz e eu não passasse de mera espectadora dos meus próprios pensamentos: " - A visão, claro. Eu posso ouvir só com a visão!".



E fiquei tão espantada com a resposta como com o facto de nunca em tal ter cogitado. Como é que eu nunca tinha pensado nisto antes, se há anos que utilizo a visão para ouvir?!

Ouvir com a visão faz parte da nossa formação como músicos, faz parte do nosso quotidiano. Um músico, com um grau elevado de formação e densa acumulação de saber, consegue olhar para uma partitura e ouvir tudo o que nela está escrito, até ao mais ínfimo pormenor. Um compositor não precisa de ter uma orquestra para compor uma sinfonia; escreve e ao mesmo tempo ouve mentalmente o que escreve... A informação sonora chega ao cérebro sem o processo físico da audição, esse processo é substituído pela visão da partitura.

Esta substituição dos sentidos só é perceptível a um nível de aprendizagem e de sofisticação elevado, mas é realmente possível. Podemos dizer que nesta viagem da música, o

sentido da audição viaja até ao nosso cérebro através do órgão da visão, em vez de apanhar a boleia do ouvido. Um músico substitui frequentemente o sentido da audição pelo sentido da visão.

Será esta troca de "mercadoria", entre um órgão e outro, válida para todos os "trajectos" sensoriais? Poderá o acumular de saberes e de experiências permitir-nos aceder a esta espécie de "jogo" dos sentidos? Acho que sim, mas é preciso saber jogar...

Filipa Taipina
(musicóloga e terapeuta de Bowen)

Por vontade da autora, o texto não cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico



SINTO QUE O SENTIR ME SENTIU



“Sentir é criar. Sentir é pensar sem ideias e por isso sentir é compreender, visto que o universo não tem ideias”

(Fernando Pessoa)

Será que só temos cinco sentidos? Eu sinto, tu sentes, nós sentimos. Sinto-me obrigada, sinto-me bem, sinto-me mal...

E o sentir da alma?!

E o sexto sentido? E o sentido da vida. O que se adivinha, o que não se vê, nem se sente, mas faz sentido. O sexto sentido (como se diz) será ele uma leitura ou percepção da energia que nos rodeia?

Os campos eletromagnéticos que envolvem todos os seres vivos, o próprio planeta, a energia que nos rodeia, será ela o sexto sentido?

Dependemos dos cinco sentidos para o nosso dia-a-dia. E quando um deles falha? Recorremos aos restantes e tentamos aprimorá-los para substituir o que nos falha!

Mas será que podemos realmente confiar nos nossos sentidos a 100%?

Na banda desenhada, os super-heróis têm super-poderes e a maior parte deles são um melhoramento dos sentidos (o super-homem tem super-visão e visão raios X).

A nossa audição é limitada a algumas frequências, sentimos os infrassons, mas não os ouvimos, nem os ultrassons. Num estudo recente, percebeu-se que o som emitido pelas baleias é o mesmo da vibração do Sol. Será que elas ouvem o Sol?!

O nosso olfato, comparativamente com o dos animais, é diminuto, até há quem diga que

certos animais cheiram o perigo. Mas, o tacto é socorrido quase sempre pela visão. Um cego ou um surdo guiam-se pelos outros sentidos. Acho curioso que os nossos sentidos residam na “penthouse”, na cabeça, será que o sexto sentido é o nosso cérebro, ou seja, será que é Ele o Conselho de Administração dos nossos cinco sentidos, que após reunir toda a informação, filtra a sua importância? Ou o sexto sentido é uma linguagem universal e cósmica que nasceu no Big Bang, vem arquivado nos nossos átomos e a sua memória coletiva expressa-se energeticamente, através de um não sentido visível, mas de um sentir da alma?!

Será que o sentir e os sentidos se vão alterando à medida que nos tornamos mais urbanos e virtuais?

Quando éramos caçadores recoletores dependíamos dos nossos sentidos para sobreviver na “selva”. Hoje, a selva foi substituída... Será que os nossos sentidos desativaram uma parte de nós? Com o facilitar da vida moderna, os nossos sentidos vão alterar-se... computador, poluição, sons virtuais! A esterilização da vida como a conhecemos...

E se um dia nos tornarmos imunes ao sentir? Ao não querer já nunca sentir?!

Afinal, o sentir habita o limbo entre o mundo visível e o não visível.

Ana Paula Mota
(atriz)

QUAL O SABOR QUE OS SENTIDOS DÃO AOS ALIMENTOS

Nascemos com uma predileção inata pelos sabores doce e salgado, mas ao longo da vida, são as emoções, as experiências e as memórias que nos ajudam a construir a identidade palatável de cada um de nós. Os cinco sentidos têm o poder de influenciar o sabor que retemos dos alimentos. A limitação de atividade de um deles provoca perda de sabor. Lembra-se da última vez que esteve constipado?



A degustação dos alimentos, independentemente da natureza nutricional e características energéticas dos mesmos, proporciona múltiplas variáveis de sabor, dependentes da palatabilidade subjetiva de quem as experimenta. Este processo complexo da percepção do sabor dos alimentos no sistema nervoso central, resulta do contributo dos cinco sentidos, em harmoniosa sintonia, assumindo contudo um desempenho particularmente especial, o paladar, a visão e o olfato.

Todos os sentidos intervêm na degustação das iguarias alimentares, coadjuvados por fatores externos intrínsecos ao ato de comer, que contextualizam toda a envolvência e logística da refeição, transformando-a numa experiência sensorial complexa, mas simultaneamente singular.

Embora a visão represente um papel aparentemente mais indireto e menos determinante do que o olfato e o paladar na percepção do

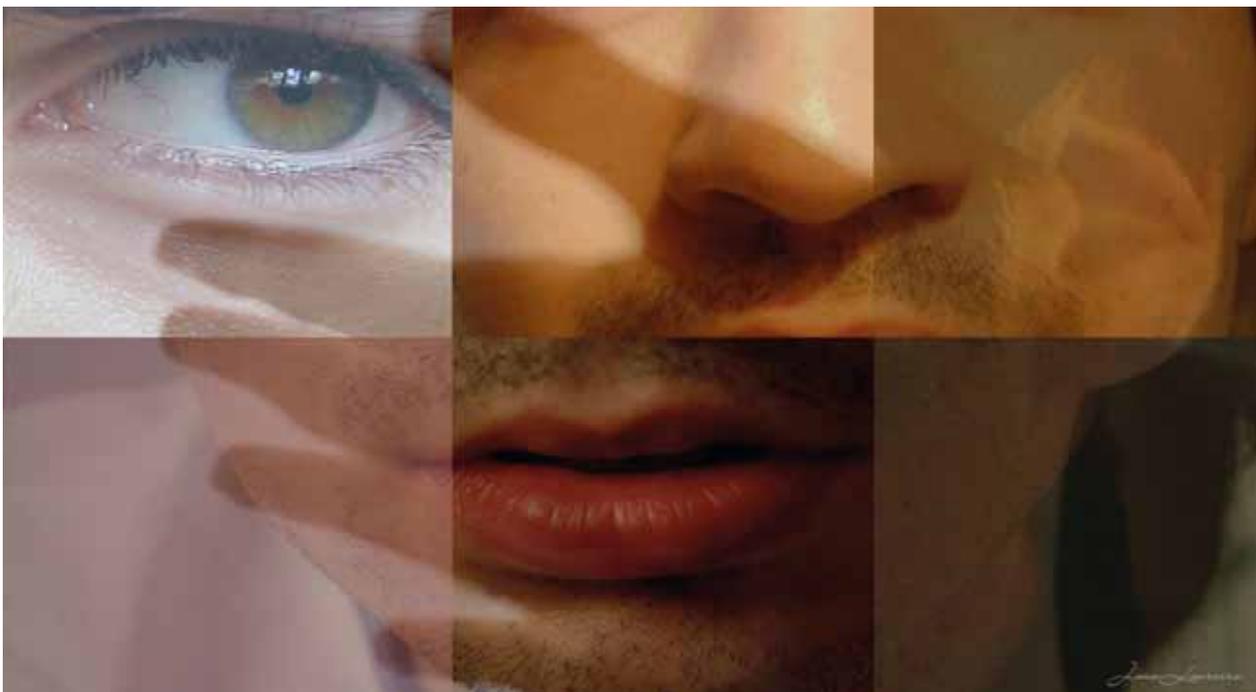
sabor dos alimentos, é o sentido que maior relevância representa no processo da sua identificação, e, como tal, o que mais condiciona a expectativa relativamente ao sabor dos alimentos. A percepção visual de alimentos de cor e forma apelativas, estimula o sistema de gratificação e recompensa da dopamina, que é suscetível de influenciar e exacerbar a expectativa do sabor na degustação dos mesmos.

Os sentidos gustativo e olfativo dispõem de recetores sensíveis a agentes químicos, que lhes conferem capacidade para distinguir os alimentos não comestíveis, indesejáveis e até potencialmente letais, dos comestíveis e nutritivos, sendo por este motivo, denominados por sentidos de natureza química. Ambos os sentidos estão estreitamente ligados a funções emocionais e integrantes primitivas do sistema nervoso central, sendo que, a percepção do sabor é iniciada quando as moléculas químicas provenientes dos alimentos, interagem com as microvilosidades localizadas nos recetores das papilas gustativas. Estes recetores ativam as sinapses, que promovem a libertação de neurotransmissores que, por sua vez, estimulam as fibras nervosas, transmitindo a informação ao sistema nervoso central, onde se processa a descodificação, que culmina na percepção do sabor.

O sabor é um fator de elevada relevância na vinculação das preferências e aversões alimentares, sendo um fator determinante na seleção dos alimentos, e, conseqüentemente, na caracterização do padrão alimentar de cada indivíduo. Por razões genéticas e fisiológicas, o ser humano apresenta uma predileção inata pelos sabores doce e salgado, e uma rejeição igualmente inata pelos sabores azedo e amargo.

O sabor dos alimentos é dependente das moléculas hidrossolúveis que os constituem e que permitem a sua difusão através da saliva, pelas papilas gustativas. Concomitantemente, a intensidade do sabor é proporcional ao número de partículas voláteis que estes possuem, que lhe conferem características de evaporação, e difundem o aroma pelas vias olfativas: quanto menor for o volume de partículas voláteis de um alimento, menor será a intensidade do cheiro do mesmo, e quanto maior for o volume de água na sua constituição, menor será o volume de partículas solúveis, e, conseqüentemente, menor intensidade apresentará no seu sabor.

A obstrução das vias respiratórias é suscetível de condicionar a degustação dos alimentos: quando a degustação é efetuada em contexto



de obstrução nasal, o paladar fica limitado à identificação do sabor doce, salgado, ácido e azedo, ocorrendo um comprometimento da capacidade de identificação do sabor de natureza cítrica, frutada, floral e herbal.

O tato proporciona a materialização física da sensibilidade aos alimentos, através da percepção da textura, grau de humidade, densidade, forma, consistência, peso e temperatura dos mesmos. A temperatura a que os alimentos são degustados é suscetível de influenciar a intensidade do sabor; uma vez que, a temperaturas mais elevadas, ocorre a libertação das moléculas aromáticas que exacerbam a intensidade do sabor dos alimentos. Por outro lado, nos alimentos saboreados a temperaturas mais frias, a libertação dos compostos aromáticos não só é menor, como a sensibilidade ao sabor apresenta-se diminuída, em consequência da diminuição da irrigação sanguínea das papilas gustativas.

A audição, também pode influenciar o processo de degustação dos alimentos, ainda que, de forma menos relevante, comparativamente com os restantes sentidos. Os sons associados aos métodos de preparação e confeção, e principalmente, à textura dos alimentos, caracterizam a memória sensorial, que assume um papel determinante na apreciação das

características organoléticas dos alimentos, e, conseqüentemente, na palatabilidade dos mesmos.

Sendo a palatabilidade fruto de um complexo processo de aprendizagem, de amplitude proporcional ao conjunto de experiências vivenciadas, será tanto mais vasto, quanto mais precocemente for iniciado, e quanto maior for o treino efetuado. Tendo em consideração que os bebés possuem um número de papilas gustativas cinco vezes superior ao dos adultos, quanto maior e mais precocemente for efetuado o treino de diversificação de sabores e texturas alimentares, maior será a amplitude da palatabilidade na idade adulta.

A identidade do padrão alimentar, expressa-se pelo conjunto das experiências proporcionadas transversalmente por todos os sentidos no processo de treino e aprendizagem, e conglobera a complexidade da degustação dos alimentos e a memória sensorial que lhe é intrínseca. Sendo suscetível de influenciar o sistema de gratificação e recompensa do sistema nervoso central, é um fator determinante na particularidade e subjetividade do sabor, e, desta forma, das preferências e aversões alimentares, que caracterizam a singularidade do padrão alimentar do ser humano no decurso de todo o ciclo de vida.

Paulo Mendes
(nutricionista)



“Somos feitos de carne,
mas temos de viver
como se fossemos de ferro”

Sigmund Freud

EPILEPSIA

ENTRE O SAGRADO E A DOENÇA

Durante muitos séculos, filósofos, médicos, escritores, feiticeiros e sociedade anónima pronunciaram-se sobre epiléticos e essa estranha manifestação repetitiva, amaldiçoada por uns e temida por quase todos

Tida como doença sagrada ou dos “possuídos de espíritos” desde a antiga Grécia, onde o termo epilepsia teve a raiz, foi descrita pelo filósofo, epilético, Aristóteles, como doença capaz de aumentar a atividade cerebral, podendo exaltar e desenvolver capacidades naturais. Foi o primeiro a referir que a epilepsia e o génio estavam frequentemente ligados.

Mais de vinte séculos depois, Freud sugeriu, num ensaio sobre o romance do século XIX – Os Irmãos Karamazov – que a epilepsia de Dostoiévski era um sintoma da sua neurose, podendo ser classificada como histeroepilepsia, portanto um caso de natureza psicológica e não fisiológica. Acreditava também que a condição epilética era incompatível com um grande intelecto, porque estava associada à deterioração da performance mental. Duas mentes brilhantes filosofando sobre probabilidades, sem que um e outro tenham podido demonstrar as suas teses.

Tanto as ciências exatas, como a medicina, tiveram ao longo dos tempos, verdades sempre contestadas, mas igualmente sempre aceites, enquanto a evidência, resultante da investigação, não lançou luz sobre a nova ou definitiva verdade.

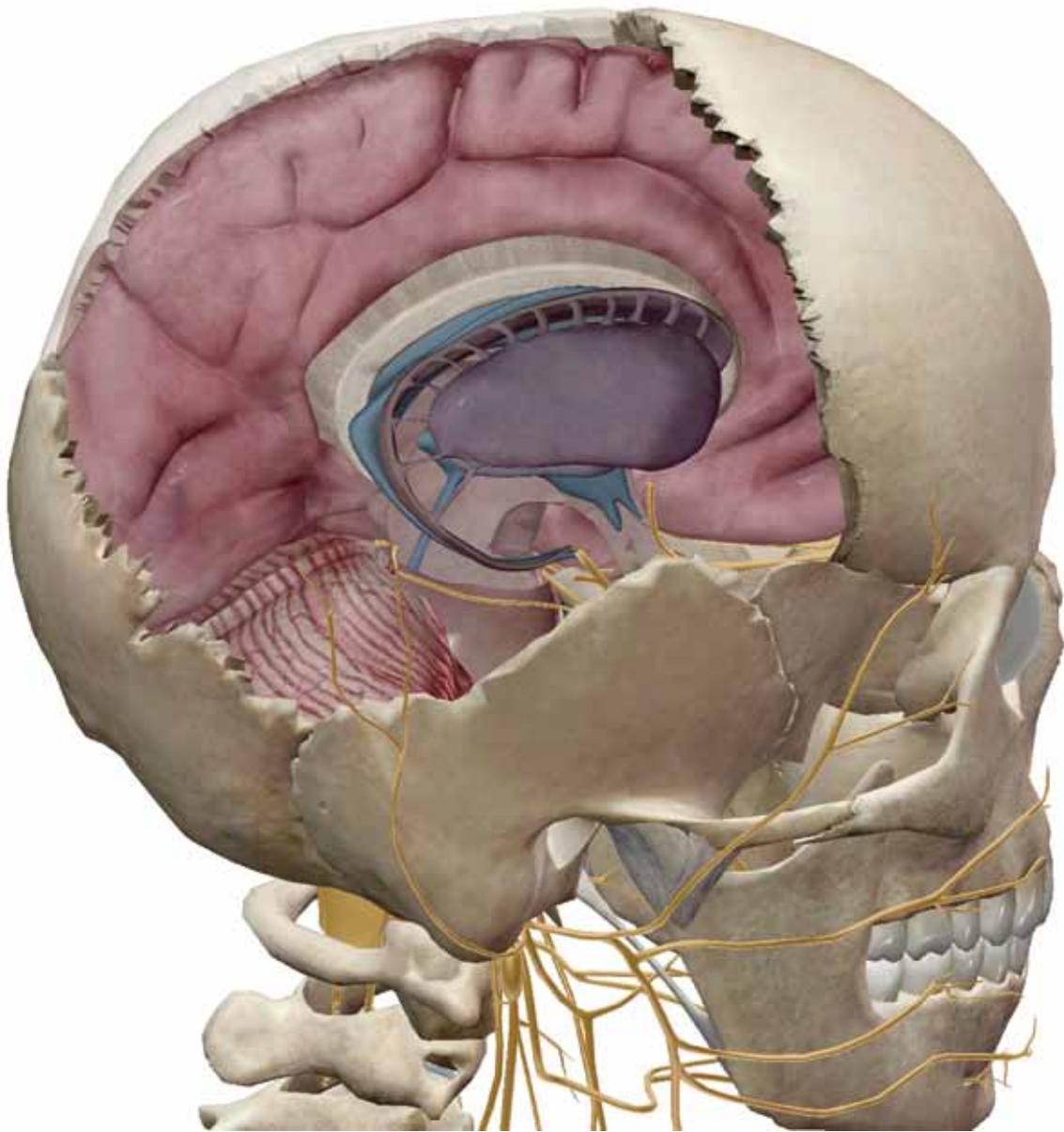
Da aceitação cega da tradição científica, herdada da sabedoria grega, passou-se ao questionamento sistemático e a revolução científica, de meados do século XVI e que se prolongou pelos seguintes, quase custou a cabeça a Galileu, mas marcou a rutura com os conceitos de Aristóteles sobre a concepção do

universo. O pensamento do filósofo grego resistiu dezassete séculos.

No campo da medicina, e reportando-nos exclusivamente à epilepsia, o obscurantismo dominou mais tempo e, só em meados do século XIX, a epilepsia passou a ser considerada doença neurológica e não psiquiátrica. Hughlings Jackson, neurologista britânico, estudou a fisiologia do cérebro de epiléticos, tendo chegado à conclusão que a descarga elétrica síncrona neuronal era a base das respostas variadas, motoras, neuro sensoriais ou psíquicas, ocorridas naqueles doentes.

À data do ensaio de Freud, ainda não era possível o registo gráfico da crise por eletroencefalograma, e daí o eminente psiquiatra e





grande investigador da mente humana não ter conseguido provar a sua tese. Mas fez-nos refletir, à raiz do conhecimento atual sobre o seguinte: a crise epilética, qualquer que seja a sua forma de apresentação pode ser simulada. A perda de sentidos e as convulsões não serem mais de que uma crise histérica ou simples simulação, como numa cena cinematográfica. E isto é verdade, para qualquer doença, cujos sintomas não possam ser testados – dores, movimentos anormais, paralisias, etc. Mas hoje há formas fidedignas, não só do registo gráfico das crises, como da iden-

tificação das causas que podem desencadear a perturbação cerebral. E isto não era possível demonstrar no tempo de Dostoiévski, em pleno século XIX e muito menos 300 anos antes de Cristo, no tempo de Aristóteles. Só que Aristóteles intuiu filosoficamente o que veio a confirmar-se – a doença exaltar e desenvolver capacidades naturais e o génio e a doença estarem frequentemente ligados. São exemplo disso Alexandre, o Grande, Constantino e Napoleão; Leonardo da Vinci, Newton e Alfred Nobel; Paganini, Tchaikovsky e Robert Schumann; Shakespeare, Charles

Dickens, Dostoiévski e Agatha Christie; Miguel Ângelo e Van Gogh, para só nomear alguns.

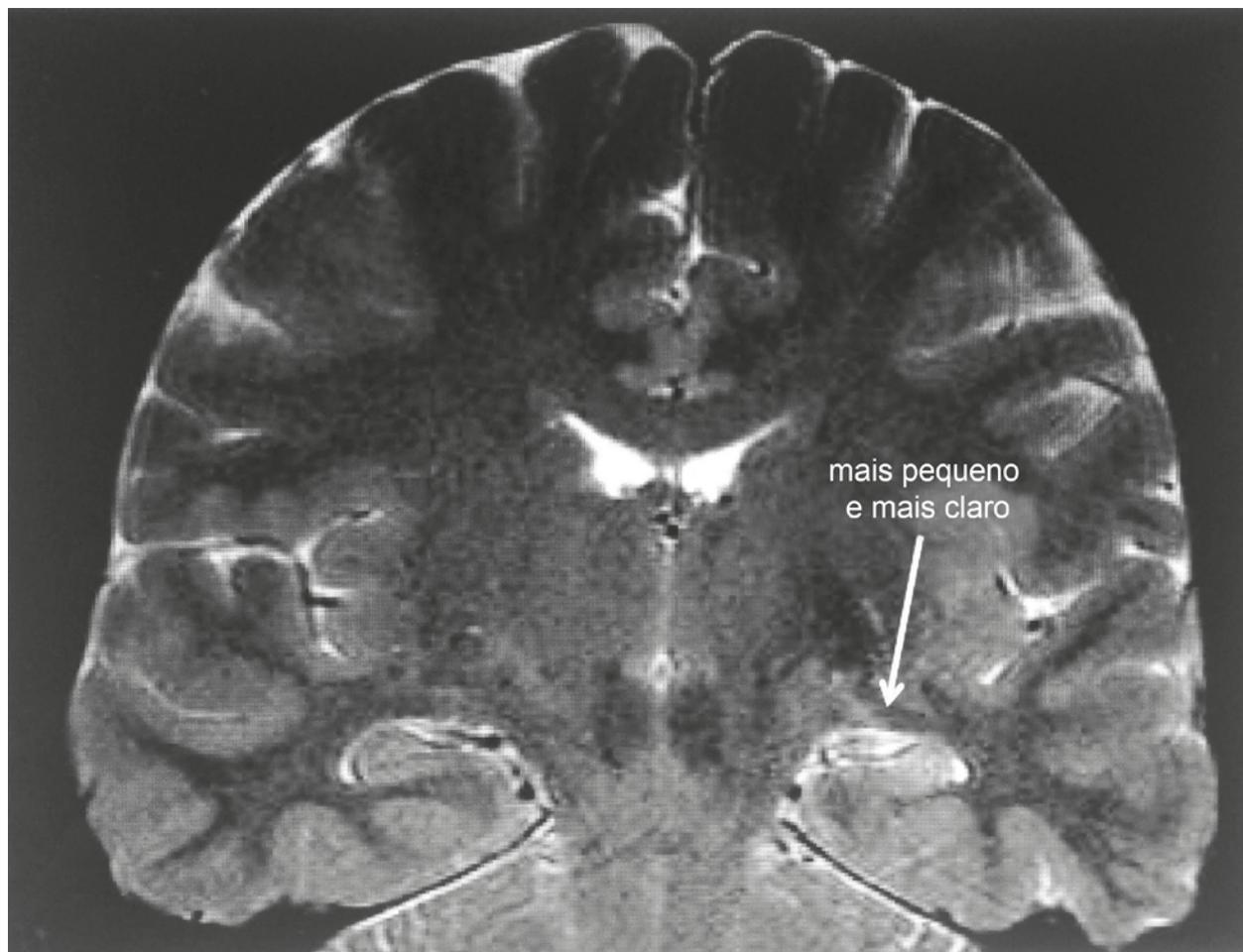
Freud não tinha razão quanto à epilepsia de Dostoiévski, nem quanto à incapacidade de os doentes poderem manter alta performance mental.

Porque não identificada no século XIX, a epilepsia temporal ou psicomotora, refiro as duas mentes com performances brilhantes, Van Gogh e Dostoiévski, portadores deste tipo de epilepsia, complicada, no final das suas vidas e com crises generalizadas.

Estes dois exemplos servirão, sobretudo, para conhecimento da sociedade anónima, dentro da qual este tipo de epilepsia pode passar incógnito, nunca diagnosticado, ou mal diagnosticado e, sobretudo, nunca ou mal tratado.

Imaginemos um tremor de terra, cujo epicentro é o Rossio em Lisboa; antes do sismógrafo registar os abalos sísmicos, ouve-se um ruído estranho como o rugido de um leão. Seguidamente, as casas começam a abanar, sem ruírem e, tão depressa como começou, o fenómeno sísmico desapareceu. Do outro lado do rio, em Almada ou em Loures, o fenómeno passou despercebido. Mas, pouco tempo depois, o quadro repetiu-se, agora com mais intensidade, com destruição de algumas casas no centro da cidade, e ainda não sentido nas terras das imediações.

A epilepsia temporal, assim chamada por se iniciar num foco localizado no lobo temporal, bem próximo da área da memória e das emoções, poderá manifestar-se sem se estender às zonas vizinhas, como os dois primeiros quadros do sismo.



A crise de grande mal, com perda de sentidos e convulsões, resultante de uma descarga elétrica difusa em todo o cérebro, é um quadro parecido ao terremoto de 1755. Estende-se às áreas circundantes, mesmo que tenha começado num ponto determinado.

A epilepsia temporal, com características muito específicas, foi magistralmente descrita por Dostoiévski, que a sentiu desde tenra idade. As personagens principais, autobiográficas, Myshkin no romance “O Idiota”, e Smerdyakov em “Os Irmãos Karamazov”, eram epiléticos, e, como já acontecera antes nas peças de Shakespeare, os autores reportaram a sua própria experiência.

As crises de Dostoiévski teriam começado por volta dos 9 anos. Inicia-se o quadro com uma sensação estranha de que algo vai acontecer, dificuldade em encontrar as palavras, abertura da boca sem propósito, movimentos rítmicos dos dedos e depois uma sensação de êxtase com imensa felicidade, incapaz de ser vivenciada em circunstâncias normais. Dizia ele que daria dez anos da sua vida para reviver com mais frequência aquele prazer, inexcelsível e incontrolável. Por volta dos 25 anos, começa a ter crises, em que apesar da aura – período que antecede a crise – perde os sentidos e algumas vezes tinha convulsões – observadas e descritas pela sua segunda mulher Anna Grigorevna, sobretudo à noite.

As crises psicomotoras, designadas hoje parciais simples ou parciais complexas, sem ou com perda de sentidos, caracterizam-se sobretudo por perturbações relacionadas com a proximidade do foco irritativo do sistema límbico.

Em plena atividade normal, um jovem a conversar com os amigos, de repente fica perturbado, com o olhar vago, fazendo movimentos com os lábios, sem conseguir falar, movimentos desordenados com os dedos, movimentos de mastigação e, após dois a três minutos, pode retomar a conversa anterior, um pouco confuso, sem saber o que ocorreu. Quando há perda transitória de sentidos,

pode notar sonolência e amnésia total para o que ocorreu. Alguns têm a sensação que vai acontecer algo – a aura – e notam um cheiro estranho, habitualmente couro queimado, ou que não sabem definir, um gosto igualmente estranho, alucinações auditivas ou visuais, com a audição de uma música completa ou um trecho que a mãe cantou quando era bebê e ainda ver uma cena qualquer que, na realidade, nunca existiu. É comum o aumento do ritmo cardíaco, sudação, ereção dos pelos, mal-estar epigástrico e outras.

Uma das causas mais comuns é um traumatismo durante o parto, condicionando uma cicatriz na área interna do lobo temporal e que funciona como “espinha”, que aumenta desordenadamente a atividade elétrica cerebral nessa zona.

As convulsões febris, sem infecção evidente, comum nos jovens, e que se interrompem por volta dos 7 a 9 anos, devem ser consideradas como potenciais indutores deste tipo de epilepsia.

Há outras causas, relacionadas com doenças gerais – tumores cerebrais, encefalites ou meningites, malformações vasculares, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos, etc - que podem alterar a atividade cerebral, levando-nos à conclusão que um cidadão normal, com um cérebro sem qualquer alteração estrutural, é potencialmente epilético.

Van Gogh, começou a pintar aos 27 anos, e nas inúmeras cartas que escreveu ao irmão mais novo, Theo, dava-lhe conta das alucinações visuais e auditivas da aura, com uma sensação de grande felicidade, da confusão mental após as crises e da necessidade obsessiva de pintar, na busca da cor que desse vida à imagem que tinha dentro da sua cabeça. Nos últimos anos, antes do suicídio, aos 37 anos, começou a abusar do absinto, dizia ele para o acalmar, e começou a ter crises com perda de sentidos e convulsões. Numa crise alucinatória, e durante uma discussão acesa com Gauguin, ameaçou o amigo com uma navalha de barba e, perante a fuga deste, cortou a orelha esquerda



e foi oferecê-la a Rachel, a sua prostituta preferida. Nos três dias seguintes manteve-se em contínuas crises alucinatórias e, antes de ser internado, não se lembrava de nada do que tinha acontecido. Só não conseguia pintar nos dias seguintes às crises convulsivas.

Há um padrão comum na personalidade dos epiléticos psicomotores, que se traduz num rigor ético excessivo, hiperespiritualidade, hipergrafismo e escrita circular, alternância de humor, motivação excessiva no trabalho, disfunção sexual com hiper ou hipo sexualidade.

Lembro apenas que os brometos, única droga existente no século XIX para a epilepsia, só aparecem em 1850. Os primeiros antiepiléticos apareceram nos anos 30 do século XX e a cirurgia da epilepsia temporal é dos finais do século XX.

As mentes brilhantes, nas diferentes áreas das ciências, da literatura e das artes, tinham tratamentos placebos ou nenhuns, e muitos casos, não mencionados, teriam tido grave perturbação da memória e das emoções.

Cuidado, sociedade anónima, com o que pode parecer perturbação psicológica e ser manifestação psíquica de um foco irritativo no lobo temporal.

Esta não é mais uma doença sagrada, nem de “possuídos de espíritos”, é uma disfunção elétrica do sistema nervoso central, portanto uma doença neurológica, tratável medicamente e, nalguns casos, cirurgicamente.

Raimundo Fernandes
(médico, neurocirurgião)



Um sorriso perfeito

No Centro Cirúrgico vai encontrar os melhores profissionais de cirurgia maxilofacial para a ajudar.

Marque a sua consulta através do **239 802 700**



CENTRO
CIRÚRGICO
COIMBRA

A LUZ VESTE-SE DE AZUL

Há um português que anda a pintar a luz de azul. É beirão, tem pouco mais de um metro e meio de altura (1,64) e o seu trabalho tem reconhecimento internacional. Não porque saiba chutar a bola, mas porque molda sonhos com as próprias mãos. Manuel Cargaleiro transporta este destino há 89 anos e a sua obra veste-se de azul

A França há muito que se rendeu ao seu trabalho. Itália foi mais longe, atribuiu-lhe um prémio internacional e criou um museu e uma fundação com o seu nome. Muitos anos antes, o governo francês já lhe tinha reconhecido o engenho e a arte, quando o nomeou Oficial das Artes e das Letras. Brasil, Alemanha, Angola, Moçambique Bélgica, Suíça, Venezuela, Arábia Saudita ou o Japão renderam-se às obras criadas pela mão deste português.

E o que faz este beirão, nascido no Chão das Servas e criado no Monte da Caparica, entre o mar e o céu? Expressa-se em desenhos. Os seus quadros são azulejos e os azulejos são quadros. Estranho? Não. «É a minha escrita. Pinto aquelas plantas ou aquelas flores que nascem, crescem e morrem no cimo de uma montanha e que nunca ninguém as viu. Mas elas nasceram por alguma razão. É isso que eu pinto». E é por isso que é reconhecido. «Um pintor ou morre de fome até aos 30 anos ou então nunca mais para». Foi isso que aconte-

ceu. Manuel Cargaleiro não morreu de fome e ainda não parou. Continua a trabalhar sempre que pode, porque quer «acrescentar mais qualquer coisa» ao que já está feito. E o que está feito é a minha obra. As pessoas podem não gostar, mas é a minha obra e eu gosto muito de a ter feito».

Ultrapassada a fase da aceitação, Manuel Cargaleiro nunca mais voltou a ter medo. «Isso acontece no princípio. Eu detestava que me comprassem uma obra, porque a levavam de mim. Tinha medo. Isto é verdade, no princípio não gostamos de nos separar das obras, porque estamos convencidos que já não sere-mos capazes de fazer outra tão bem como aquela. Esse medo existe, depois perdemos a vergonha. Hoje, mesmo que eu pense que os outros podem não gostar, digo logo, paciência... o problema não é meu». Isto constrói-se e conquista-se. Mesmo assim, Manuel Cargaleiro não aceita que possa ser famoso. Corrige e explica, «sou conhecido de muita gente, tal





como o carteiro que vai distribuir as cartas, que também é conhecido pelas pessoas do bairro. Não quero ser diferente, quero passar despercebido, só isso. É a minha maneira de ser». Confirmamos, porque Manuel Cargaleiro carrega tanto de património cultural, como de simplicidade.

É real a descrição que Álvaro Siza faz do mestre, quando diz que «Manuel Cargaleiro é a pessoa mais incapaz de maldade que conheço. Os seus olhos estão focados para o que há de bom nos outros e na vida. A sua visão do mundo é luminosa» e a «perversidade pode passar ao lado, engalanada, as suas cores não estão naquela paleta rigorosa». Somos testemunhas. Há vida e esperança em cada azul usado por Manuel Cargaleiro. O azul reforça essa mesma esperança. «Eu nasci a olhar para o céu e o mar. O azul acompanha-me, está sempre presente, não o procuro, ele aparece, mas o azul só é uma cor».

Como é que tudo acontece? Muito simples, «sento-me, coloco a tela no cavalete e começo a pintar e a fazer desenhos. Primeiro começo pelo fundo, até que aparece a atmosfera que eu quero e a partir daí os desenhos surgem, não procuro nada. Ponho-me a trabalhar e as coisas aparecem. Muitas vezes, passados alguns dias, não gosto do que fiz e posso apagar tudo e começar de novo, isso acontece muito. Há quadros meus que têm um passado de dois ou três quadros». Mas há uma coisa de

que não gosta mesmo, «que me encomendem obras, que me digam quero um quadro assim...e assim... em que use os seus azuis. Mesmo sendo essa a minha “horta”, não gosto».

As pessoas aprovam o que faz e sentem os seus efeitos, se assim não fosse, o seu trabalho não seria tão valorizado. «Tenho medo que as pessoas gostem da minha pintura não pelo lado que eu gostava que elas gostassem. Penso muito nisso, mas acho que o público sente o meu sentir e a minha emoção. Quero transmitir a luz e o mistério que há em situações da natureza. É essa a minha mensagem, construtiva e verdadeira». Decididamente, se a arte de cada época representa o retrato da sociedade na altura, a de Manuel Cargaleiro é uma mensagem construtiva, porque «todos nós temos de contribuir, nem que seja com o nosso milímetro, para que o mundo seja melhor».

Manuel Cargaleiro nasceu para este destino. Ainda em criança, um tio chegou a vaticinar-lhe uma vida interessante e com sorte. «Acho que todos temos um destino qualquer para realizar. Oxalá cada um cumpra aquilo que está de acordo consigo. Nada pior do que uma pessoa estar a fazer um trabalho ou ter uma profissão que não gosta». E se não tivesse sucesso como artista? «Bom, seria feliz na





mesma, de certeza. Seria professor de literatura ou arquiteto paisagista».

«A minha obra está feita, mas continuo a querer concentrar-me nas coisas que me dão prazer e que eu gosto de fazer», por isso não gosta de sair de casa ou de viajar, «perco muito tempo. Hoje, a vida está mais fácil, mas os atrativos dispersam-nos, por isso os jovens têm tanta dificuldade de concentração. Por exemplo, as pessoas perdem imenso tempo na internet. Se eu for bisbilhoteiro, eu posso saber a vida de toda a gente pela internet. Não é isso que me interessa. Eu prefiro passar uma hora a olhar para um quadro ou aproveitar esse mesmo tempo sem pensar em nada». Claro que as novas tecnologias são importantes e o mestre também as aproveita. «Uso-as para a minha saúde. Aparentemente, estou muito bem, mas tenho alguns remendinhos, pequenas coisas que funcionam», fora isso

«não quero conhecer as novas tecnologias». Confia nos amigos, «nas pessoas que gostam de mim e isso é importantíssimo, principalmente na época que vivemos em que, apesar de tudo ser mais fácil, acaba por se tornar tudo muito difícil».

Aos 89 anos, Manuel Cargaleiro continua a querer dar o seu sentido à vida. «O meu pai dizia, por brincadeira, “estou muito feliz, porque hoje acordei vivo”». Manuel Cargaleiro não esqueceu a frase e explica-nos que basta viver para dar sentido à vida e ainda o quer fazer por muito mais tempo, agora com os sentidos redobrados, porque redescobriu a luz, com ajuda de um amigo. «A cirurgia que o meu amigo António Travassos fez nos meus olhos, mudou-me. Passei a pintar e a ver o mundo de outra maneira». O azul retomou o seu lugar. Aliás, foi um sofá azul que testemunhou esta nossa conversa. Não foi um acaso.



"O VALOR DAS COISAS
NÃO ESTÁ NO TEMPO
QUE ELAS DURAM,
MAS NA INTENSIDADE
COM QUE ACONTECEM.
POR ISSO EXISTEM
MOMENTOS INESQUECÍVEIS,
COISAS INEXPLICÁVEIS
E PESSOAS INCOMPARÁVEIS."

Fernando Pessoa



ESPÓLIO À GUARDA DAS BEIRAS

Até “a porta da vizinha que não conheci” serve para criar uma peça. As mãos de Manuel Cargaleiro provocam a vida, onde os outros não veem futuro ou esperança. Apesar de França e Itália quererem adotar o mestre, é Portugal que conta a sua história, porque foi em Castelo Branco que tudo começou

A história começa a ser contada com os pratos “ratinhos” e o princípio de tudo pode estar ali, naqueles ramos e flores pintados a verde e a azul, que decoram a cerâmica popular das Beiras. Não vale a pena teorizar ou tentar fazer as ligações prováveis. A dúvida nem tem tempo para se instalar. O próprio mestre chega e confessa «eu sou “ratinho”, pertenço a esta raça».

O trajeto com destino a Castelo Branco foi propositado. Sim, o Museu e a Fundação Manuel Cargaleiro não podem ser visitados em Lisboa. O mestre voltou à origem e levou todo o seu espólio e coleções para as Beiras. O Museu Manuel Cargaleiro fica mesmo ao lado da terra onde nasceu, Chão das Servas, mas não se trata propriamente de um Museu, pelo menos na ideia original. Não é preciso



procurar argumentos para perceber que foi ali que se abriu um novo espaço, que conta uma história de Arte, seja da azulejaria, da pintura ou da cerâmica. Aquele é um espaço onde se pode olhar, aprender, seguir, comparar e estudar. Claro que o Museu Manuel Cargaleiro fala da sua obra, mas não só. O valor das suas coleções e o respeito e admiração que tem pelo trabalho dos outros fizeram-no adquirir peças que agora dou e que estão expostas aos olhos de todos.

As várias fases da vida artística do Mestre estão ali demonstradas com peças originais, num desfile de uma história, que começa a ser contada em 1949, com a exibição das primeiras peças feitas em barro, como a taça e a caixinha em barro. A história ainda não terminou e continua a ser contada. Entre 1949 e 2014, encontramos o fio condutor que faz a obra de Manuel Cargaleiro. Há pinturas em plátex – porque este era um material barato; mas também os trabalhos que ilustram a fase das formas, pinturas que as galerias francesas gostavam que fossem replicadas, porque



eram facilmente vendidas e apreciadas. O mestre não acatou o pedido, «queria ter liberdade para fazer o que queria» e as formas acabaram por ser apenas uma fase, vivida na década de 60.

Liberto das “formas”, Manuel Cargaleiro recuperou os azuis que tinha conhecido em Portugal, juntou-lhes os verdes, e as outras cores acabaram, naturalmente, associadas. Tal como a realidade, sim porque a mensagem é necessariamente de esperança. «Não gosto dos castanhos ou do preto, são cores sem vida, nem das folhas do Outono. A minha mensagem é de vida, é construtiva.

A mãe (Ermelinda Cargaleiro) já tinha usado algumas dessas cores, sempre que construía uma manta de retalhos, a geometria (na forma) teria de rimar necessariamente com a cor. E se a mãe de Cargaleiro aproveitava os tecidos para construir mantas, Cargaleiro também utilizou as peças de um tecto de uma casa francesa para construir arte, tal como



também deu vida nova à “porta da vizinha que nunca conheci”. Ambas as peças em exibição no Museu Manuel Cargaleiro.

O espólio deste Museu é tão vasto quanto valioso, por isso o trabalho de catalogação das mais de 10 mil peças ainda não terminou. O que está em exibição é apenas uma parte do que pode servir de ilustração à vida de Manuel Cargaleiro. Ainda há décadas de histórias para inventariar e novos contos para redescobrir no trabalho talhado pelo Mestre. «A minha mensagem foi bem aceite no estrangeiro, por várias culturas e em vários países, mas acho que é em Portugal que a mensagem foi mesmo compreendida». Apesar da admiração e reconhecimento que o seu trabalho tem provocado em França e em Itália, onde já foi galardoado e distinguido, faz sentido que a sua obra tenha sido doada ao povo português e que sejam as Beiras os vigilantes e guardiões de toda esta arte. Foi aqui que tudo começou.



A viver em Paris desde 1957, é em Castelo Branco que, – por vezes – pode encontrar o próprio mestre. Se, durante uma visita, lhe parecer que é o mestre que anda por ali, não fique com a dúvida. Pode perguntar, ele responde logo. «Gosto de surpreender as visitas».

Além de Castelo Branco, também o Seixal prepara uma homenagem ao mestre, com a abertura da Oficina de Artes Manuel Cargaleiro, que juntará dois grandes amigos, o mestre e o arquiteto Siza Vieira, que assina este projeto.



E por Vezes

E por vezes as noites duram meses
E por vezes os meses oceanos
E por vezes os braços que apertamos
nunca mais são os mesmos E por
vezes

encontramos de nós em poucos meses
o que a noite nos fez em muitos anos
E por vezes fingimos que lembramos
E por vezes lembramos que por vezes

ao tomarmos o gosto aos oceanos
só o sarro das noites não dos meses
lá no fundo dos copos encontramos

E por vezes sorrimos ou choramos
E por vezes por vezes ah por vezes
num segundo se evolvem tantos anos

David Mourão-Ferreira, in 'Matura Idade'



CLÍNICA GERAL

O Centro Cirúrgico de Coimbra passou a assegurar atendimento permanente ou programado em clínica geral, todos os dias, fins-de-semana e feriados.

Em caso de emergência utilize o número **239 802 700**



CENTRO
CIRÚRGICO
COIMBRA

TRAJETOS IMPERFEITOS

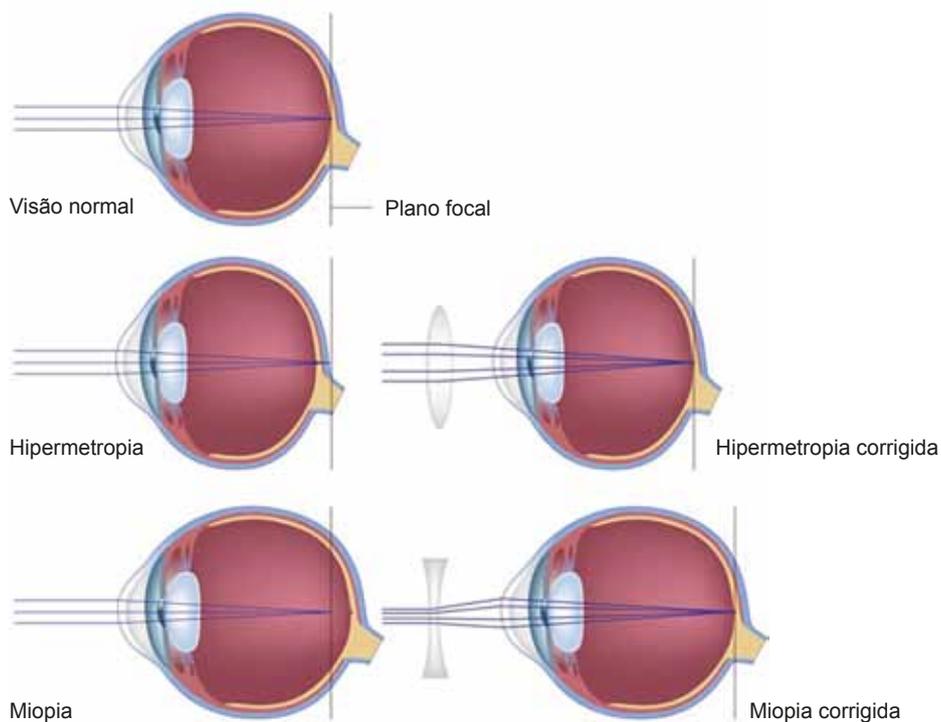
O percurso exige transparência. Só assim a luz poderá atravessar todas as estruturas do globo ocular e chegar à retina, onde a mensagem captada no exterior é transformada em impulsos nervosos. Há erros que alteram este percurso. Miopia, astigmatismo e hipermetropia modificam o caminho da luz

O trajeto deve ser linear sempre que um feixe de luz atravessa os meios transparentes do globo ocular (córnea, cristalino e humor vítreo), acabando na retina. É aí que células especializadas processam a informação visual recebida. Nem sempre é assim. Há convergências que são imperfeitas e, não raras vezes, os pontos de luz encontram-se fora da retina, antes ou depois.

Sempre que existe um erro de refração, a imagem captada não é focada corretamente e os pontos de luz não se juntam na retina. Se a imagem se formar em planos diferentes é porque existe um desvio dos feixes de luz e

isto acontece sempre que a córnea tem irregularidades ou diferentes curvaturas. Como resultado, a imagem forma-se em dois pontos, um antes e outro depois da retina. A visão não será nítida e surge embaciada e distorcida. A pessoa não vê bem, nem ao longe nem ao perto, e será necessário usar lentes cilíndricas para ajudar a convergir os dois planos no mesmo ponto. O Astigmatismo é isto.

Diferente deste será a miopia, ou seja, não ver bem ao longe. Neste caso, o percurso de um feixe de luz não é perfeito porque um olho míope é mais longo, fazendo com que a imagem seja formada antes da retina. A visão





ao perto é perfeita e clara mas, ao longe, as imagens surgem desfocadas, sendo necessário corrigir este erro com lentes negativas, que vão fazer com que os raios de luz divirjam mais para trás, na retina.

O inverso também acontece e, se o olho for mais pequeno, a imagem acaba por se formar para lá da retina, nesta situação não é fácil focar nem para o perto, nem para o longe. Este erro refrativo chama-se hipermetropia e deve ser corrigido com lentes positivas, que levam a convergência dos raios de luz para a retina. Nas crianças, se a hipermetropia não for corrigida precocemente, poderá dar lugar a um estrabismo por acomodação.

Os diferentes tipos de lentes permitem corrigir os vários problemas de convergência da luz, mas, para além dos óculos, existe ainda a possibilidade de regularizar estes diferentes erros refrativos recorrendo à cirurgia laser.

Diferente de todos estes erros refrativos existe ainda a presbiopia, que acaba por não ser um erro, mas sim uma consequência do envelhecimento. Depois dos 40/50 anos quase todos sentem a visão ao perto prejudicada, com exceção de alguns míopes. A pres-

biopia deve-se ao envelhecimento do cristalino que, com a idade, perde o poder de acomodação e a capacidade de se moldar para a função de focagem, quando tenta ver objetos ao perto e ao longe.

O percurso que a luz faz para alcançarmos uma imagem é apenas uma parte das capacidades da nossa visão. Além dos meios transparentes e das convergências necessárias para a formação de uma imagem, ainda é necessário juntar as células especializadas na cor, os cones. Concentradas na área central da retina, são estas células que nos permitem ver nitidamente e separar as cores, enquanto os bastonetes são outro tipo de células especializadas que nos ajudam a ver o detalhe e o movimento. Juntas e se devidamente estimuladas, acabam por transformar os sinais de luz em impulsos nervosos, que seguem da via ótica para o córtex cerebral, onde é dado significado e contexto à informação visual que a retina captou. Só nessa altura é que a imagem deixa de ser um sinal de luz e ganha contornos, forma e cor, contexto e interpretação. Sem esta capacidade do cérebro todos seremos “cegos”, porque apenas captamos luz.

LASIK

O QUE ESPERAR ANTES, DURANTE E APÓS A CIRURGIA

Em apenas alguns segundos, a cirurgia refrativa pode acabar com o uso de óculos ou lentes de contacto. Para lá chegar, há um percurso a fazer e que, obrigatoriamente, deve começar por um correta avaliação. A garantia de sucesso para correção da miopia, astigmatismo e hipermetropia começa assim

A evolução das tecnologias aplicadas à oftalmologia permite hoje a correção definitiva de erros refrativos (miopia, hipermetropia e astigmatismo) com um grau de precisão e segurança apreciáveis. Os resultados cirúrgicos são ótimos desde que se cumpram com rigor as indicações e se tenham todos os cuidados inerentes a uma intervenção cirúrgica.

Antes de tomar a decisão de fazer uma cirurgia refrativa com laser Excimer (LASIK), é necessário determinar se é um bom candidato, com uma avaliação completa que vai revelar se existem contra-indicações ou, se pelo contrário, há garantias de sucesso.

Antes da cirurgia

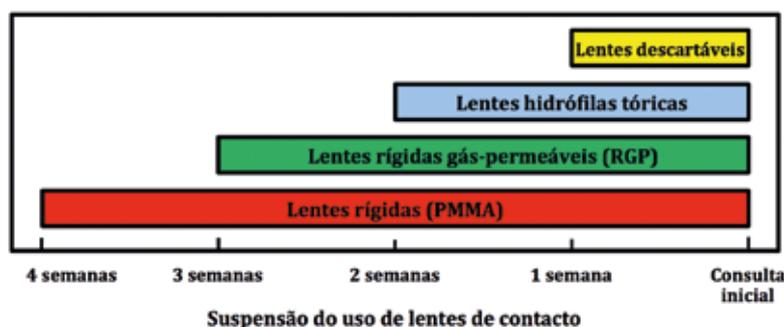
Para que a avaliação seja eficaz, o uso de lentes de contacto deve ser interrompido, devendo ser substituídas por óculos. Isto porque, as lentes de contacto alteram a forma da córnea, um efeito que se estende por dias ou semanas após a sua suspensão, dependendo do tipo de lente utilizada. Se o uso de lentes de contacto não for interrompido durante um período de tempo suficiente, o sucesso da cirurgia refrativa pode ficar com-

prometido, uma vez que a avaliação e a planificação cirúrgica podem apresentar valores que não correspondem à realidade.

Quando interromper o uso de lentes de contacto:

- Lentes hidrófilas de substituição frequentes (descartáveis): pelo menos 1 semana antes da observação inicial;
- Lentes hidrófilas tóricas (incluindo descartáveis): pelo menos 2 semanas antes da observação inicial;
- Lentes rígidas gás-permeáveis: pelo menos 3 semanas antes da observação inicial;
- Lentes rígidas: pelo menos 4 semanas antes da observação inicial.

Na primeira consulta de avaliação devem ser mencionadas todas as doenças prévias, quer médicas, quer oculares, bem como todas as medicações em curso e uma eventual história de reações alérgicas. Na posse dos resultados obtidos nos exames de avaliação, o oftalmologista, pode concluir se preenche as condições para uma cirurgia refrativa, devendo explicar os riscos, benefícios e eventuais cirurgias alternativas. Deverá ficar claro o que é expectável antes, durante e após a cirurgia e os





cuidados a ter. Este é o momento para esclarecer todas as dúvidas e, sobretudo, sem se sentir pressionado pelo seu médico, família, amigos ou outros, tomar a decisão de se submeter a uma cirurgia refrativa.

Tomada a opção e agendada a intervenção, no dia anterior, não deve usar cremes, loções, perfumes e maquiagem. Estes produtos, assim como os seus resíduos nas pestanas, podem aumentar o risco de infecção durante e após o procedimento. Deve ainda ser feita uma boa limpeza das pálpebras e das pestanas nos dias antes da cirurgia. É ainda sugerido que planeie a viagem de regresso a casa, uma vez que não deve conduzir imediatamente após a cirurgia, porque o olho intervencionado será temporariamente tapado, como proteção.

Durante a cirurgia

A cirurgia demora menos de meia hora e é completamente indolor. Serão colocadas várias gotas de anestésico no olho e a intervenção é realizada no bloco operatório, o que garante assepsia.

Após a aplicação de gotas, é efetuada uma

limpeza e colocado um instrumento para manter as pálpebras abertas. Para a realização da queratotomia a laser, a córnea é aplanada por um cone de plástico, podendo sentir-se alguma pressão e turvação da visão durante este procedimento. A energia do laser é focada no meio do tecido corneano, criando milhares de bolhas de gás que expandem e separam as lamelas da córnea, criando um “flap”. Posteriormente, este “flap” é levantado, permitindo a aplicação do laser Excimer, que vai remover tecido e corrigir o erro refrativo.

Para cumprir este objetivo é pedido que olhe fixamente para uma luz e, a partir desse momento, inicia-se o processo de correção. A duração da aplicação do laser é variável, entre 5 a 30 segundos e está dependente do erro refrativo a corrigir. O tratamento pode originar ruídos e cheiros. A quantidade de energia aplicada é controlada por um computador, que foi previamente programado, com base na informação recolhida na avaliação inicial. Após a atuação do laser, o “flap” é reaplicado na sua posição inicial.

Concluída a correção, é aplicado um penso ocular de proteção, uma vez que o procedi-

mento não tem pontos de sutura. É muito importante o uso desta proteção, até que o “flap” esteja cicatrizado (o que geralmente ocorre após 12 horas), para evitar traumatismos acidentais ou algum contacto com o olho durante o sono.

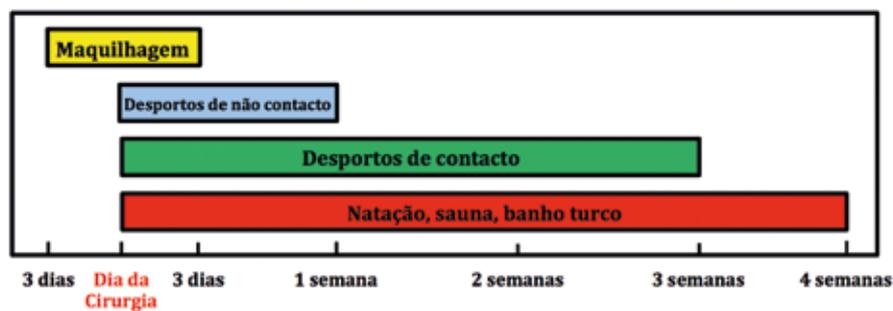
Após a cirurgia

Após a cirurgia é frequente a sensação de desconforto e lacrimejo durante as primeiras horas, mas nunca se sente dor. A visão é normalmente turva, o olho pode ficar congestionado e pode existir alguma hipersensibilidade à luz, sintomas que passam rapidamente nos dois primeiros dias. Contudo, como a melhoria da visão é progressiva, pode haver alguma dificuldade no trabalho durante os dois primeiros dias, devendo a atividade profissional ser planeada.

entre 1 a 3 meses após a cirurgia, altura em que deve ser novamente observado. Durante as primeiras semanas pode, ainda, existir alguma hipersensibilidade à luz e dificuldade na condução noturna, situação que melhora progressivamente.

Deve abster-se de usar maquilhagem durante 3 dias após a cirurgia, evitar desportos que exijam algum esforço físico (ex. futebol) durante a primeira semana, desportos de contacto (boxe, karaté, etc) durante 3 semanas e o contacto direto com água e calor (natação, sauna, banho turco) durante 4 semanas.

Se sentir dor ocular intensa ou se a visão piorar em vez de melhorar, deve contactar o seu médico imediatamente e não esperar pela consulta programada.



Suspensão de actividades antes e após a cirurgia

É extremamente importante não coçar, nem tocar de modo algum no olho, o que pode deslocar o “flap”, situação que, a acontecer, irá requerer uma segunda intervenção. Será preciso colocar gotas após a cirurgia, geralmente durante uma semana, para prevenir a infeção e/ou inflamação, mas também pode ser necessária a aplicação de lágrimas artificiais durante algumas semanas. É importante ser observado 2 ou 3 dias após a cirurgia, para verificar se tudo está bem e para ajustar a medicação.

Durante as primeiras semanas, a visão pode ter flutuações, atingindo uma estabilidade

Existem atualmente milhões de pessoas já submetidas a LASIK em todo o mundo, reconhecendo-se os resultados deste tipo de cirurgia refrativa. Os resultados são ótimos desde que sejam cumpridas as indicações e pressupostos (ausência de doenças, estabilidade refrativa, espessura e regularidade da córnea), e se tenham todos os cuidados inerentes a uma intervenção cirúrgica. Com os sistemas de laser atuais (Femtosegundo e Excimer), a percentagem do sucesso cirúrgico aproxima-se dos 100%.

Rui Proença
(médico oftalmologista)



Rastreio de Cancro da Mama

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

Marque a sua consulta através do **239 802 700**



CENTRO
CIRÚRGICO
COIMBRA

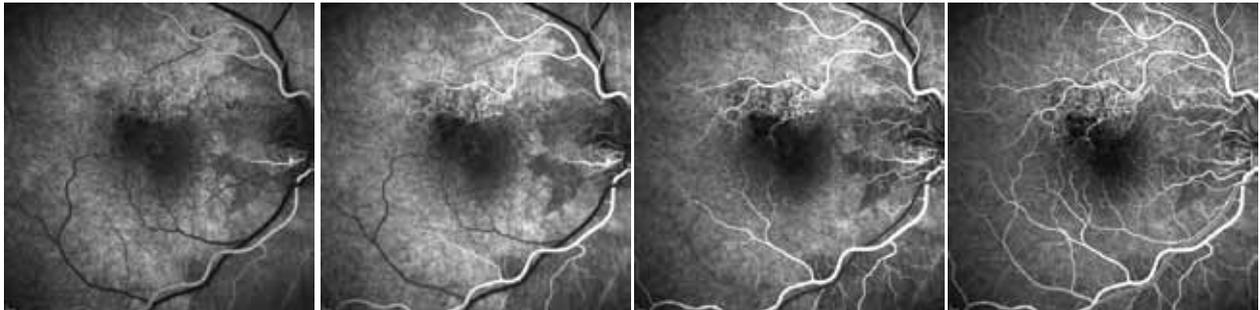
O QUE É ISSO DA ANGIOGRAFIA À RETINA?

Demora menos de 10 segundos a chegar aos vasos sanguíneos do olho e é este contraste em circulação que vai produzir a fluorescência necessária para detetar algumas patologias. Sem este exame de diagnóstico a oftalmologia ficaria limitada na sua atuação

A primeira reação é de ansiedade, porque “investigaram”, “leram” ou ouviram falar que este é um exame com risco. Inicialmente, o medo está quase sempre instalado e tudo por culpa da má informação. Viver é um risco diário, tomar um comprimido é um risco, atravessar uma estrada é outro risco. Claro que há um risco, neste caso calculado, e que se pode traduzir em reações, variáveis, é certo e, noutros casos, evitáveis se o candidato a este exame estiver devidamente informado. Aliás, hoje, com a evolução da tecnologia e a reformulação dos equipamentos, a quantidade de contraste injetada é muito menor, reduzindo-se em 3/4, se comprarmos com o volume que era usado há cerca de 15 anos.

dos, o contraste chega aos vasos sanguíneos do olho e, porque é estimulado por uma luz azul, acaba por produzir uma fluorescência amarela-esverdeada que vai permitir fazer o registo fotográfico do que se está a passar naquele momento nos vasos sanguíneos da retina. Pontualmente, ainda pode ser utilizado outro corante, a indocianina verde, que permite visualizar camadas mais profundas do olho.

As alterações visualizadas são fundamentais para a obtenção de um diagnóstico correto e para a opção de um tratamento eficaz. A angiografia irá detetar alterações na circulação sanguínea, defeitos estruturais nas pare-



Sempre que o médico prescreve este tipo de exame de diagnóstico, denominado por angiografia, o doente deve ser informado que o contraste que usamos é a fluoresceína, porque nem todos os produtos são iguais. É esta fluoresceína que é administrada por um/a enfermeiro/a na via sanguínea (via endovenosa), preferencialmente no antebraço ou dorso da mão. Em menos de 10 segun-

des dos vasos sanguíneos e ainda o aparecimento de novos vasos anormais, como acontece em algumas patologias.

O médico oftalmologista não pode prescindir dos resultados deste exame, seja em situações de diabetes e do foro vascular da retina, ou situações de oclusão arterial, trombose venosa ou mesmo situações inflamatórias da

retina e coróide, como, por exemplo, na presença de uma situação de degenerescência macular relacionada com a idade, membranas epirretinianas ou edema macular.

Sempre que este exame for prescrito, o doente tem direito a uma informação completa, incluindo os procedimentos e as informações importantes que são obtidas com as imagens que serão captadas no interior do seu olho. O profissional de enfermagem deve fazer um levantamento da história individual de saúde do doente, incluindo os casos de alergias medicamentosas ou manifestações adversas que já tenham ocorrido em anteriores exames e em que foi utilizado um produto de contraste. Contudo, mesmo o facto de terem ocorrido alguns efeitos secundários em exames anteriores não deve ser impeditivo de realizar uma angiografia com fluoresceína. Para os profissionais de saúde esse indicador é apenas motivo para um acréscimo de zelo, mas não é impeditivo da realização do exame.

Deve ser explicado que a fluoresceína é um corante e que, de entre todos os que são usados em exames de diagnóstico, é dos mais inócuos que existe. No entanto, não podemos

zando um teste cutâneo. Em situações de reação mais grave, o profissional de saúde está preparado para contrariar a reação adversa, administrando a medicação protocolada para estes casos.

É ainda importante saber que para a realização deste exame não é necessário permanecer em jejum ou suspender a medicação habitual. É apenas exigida a dilatação da pupila, para uma maior facilidade e fiabilidade das imagens que se pretende obter.

Porque se trata de um produto de contraste, o doente é ainda alertado que a urina ficará com uma coloração amarela brilhante durante um período que pode demorar 12 horas, após a administração. Depois de devidamente informado, o doente terá de assinar um documento, denominado consentimento livre e esclarecido.

Catarina Ferreira
(enfermeira)



ignorar que, mesmo assim, existe uma possibilidade, de 3 a 20%, de reações secundárias. As mais comuns incluem a referência a náuseas, vômitos, tonturas ou prurido. Sempre que um doente é referenciado com um potencial de risco, ou seja, com histórias de alergias anteriores, o profissional de saúde deve atuar com prevenção, confirmando se existe a possibilidade de alergia à fluoresceína, reali-

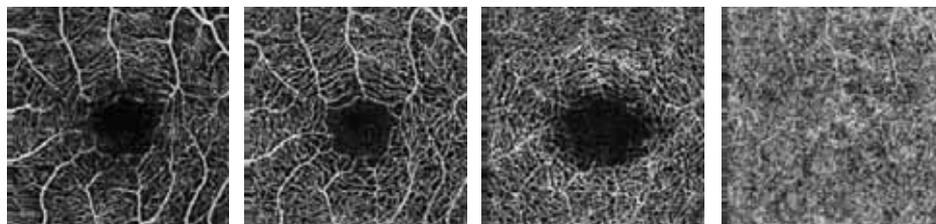
VIAGEM AOS VASOS SANGUÍNEOS SEM CONTRASTE

Se a evolução tecnológica permite que, hoje, uma angiografia possa ser realizada usando uma quantidade mínima de produto de contraste, esse mesmo aperfeiçoamento técnico também lançou no mercado um novo equipamento que torna desnecessário o uso do produto de contraste. O exame e os resultados obtidos não são exatamente os mesmos, mas há casos em que se pode recorrer a este tipo de exame.

Angio-OCT é a designação técnica do novo exame e, neste caso, são obtidas imagens de OCT, Tomografia de Coerência Ótica, sem a necessidade de injetar qualquer produto. As imagens captadas na retina permitem uma observação do fluxo sanguíneo, sendo particularmente importante para a vigilância de alterações nos vasos sanguíneos da retina, seja em situações de retinopatia diabética, DMI, oclusões da veia central da retina e outras patologias. Contudo, as limitações próprias do novo equipamento não permitem conhecer o comportamento dos vasos sanguíneos da retina na periferia, uma vez que capta apenas imagens da área central, razão porque é apresentado como um complemento à angiografia tradicional, realizada com fluoresceína.



Explicadas as diferenças, é necessário perceber que não se trata de poder escolher realizar uma angiografia da retina com um ou com outro tipo de equipamento, porque os resultados obtidos não são os mesmos. Esta é uma decisão que caberá sempre ao médico oftalmologista.



~~NÃO~~ TEMOS ACORDO COM A ADSE

45 Médicos
18 Especialidades

Quem lhe disse que o Centro Cirúrgico de Coimbra não dispunha de acordo com a ADSE estava enganado.

Usufrua hoje mesmo das vantagens imediatas na marcação da sua consulta ou cirurgia.

A MINHA EXPERIÊNCIA COM UM MONITOR CONTÍNUO DE GLICÊMIA

Será a melhor invenção desde a descoberta da Insulina, razão porque, como diabética tipo 1, decidi partilhar a minha experiência pessoal com o monitor contínuo de glicémia

A Diabetes mellitus tipo 1 (DM t1) é uma doença auto-imune em que o organismo não reconhece as células beta dos Ilhéus de Langerhans do pâncreas, local onde é produzida a insulina, como suas, atacando-as e destruindo-as. Esta doença afecta cerca de 5-10% da população com Diabetes a nível mundial. Com a descoberta da Insulina por Frederick Banting, em 1921, a morte deixou de ser inevitável e a preocupação passou a ser viver com uma qualidade de vida igual à dos outros cidadãos, evitando as complicações da doença.

Mantendo os valores de glicémia dentro de limites normais, a vida não é muito diferente da de outras crianças, adolescentes e adultos sem DM t1, quer do ponto de vista alimentar, quer do ponto de vista social. Isto significa que é possível fazer e comer tudo o que os "outros" fazem e comem, apenas é necessário fazer pesquisas regulares dos valores de glicémia no sangue ao longo do dia e ajustar as administrações de insulina a estes valores. Por dia fazem-se estas determinações de glicémia, através de picada nos dedos em alturas-chave: antes de qualquer refeição, 1h30 depois das refeições, antes de deitar e sempre que há um acontecimento passível de alterar estes valores (exercício físico, picos de stress, ...).

Eu vivo com esta realidade há 30 anos. Desde o diagnóstico, que me foi inculcada a importância de manter os valores de glicémia o mais próximo possíveis do normal, para evitar as complicações. Para isto contei sempre com o precioso apoio da minha família e de uma equipa médica, a quem muito devo e agradeço pela vigilância constante. Fazia, diariamente, 10 a 12 determinações tendo em conta o número de refeições e as actividades da vida diária. O ideal seria existir algo que monitorizasse as glicémias continuamente, evitando-se assim tantas picadas, pensava eu! Agora há: são os CGMs - Continuous Glucose Monitors, monitores contínuos de glicémia.



Um pequeno sensor é introduzido debaixo da pele, no tecido celular subcutâneo, com a ajuda de uma agulha (como uma administração de insulina), liga-se a ele um pequeno transmissor que, como o próprio nome diz, transmite os dados a um receptor que transportamos no bolso, como um leitor de MP3. É este equipamento que faz a leitura dos valores e traduz em gráfico o que acontece a cada minuto. O sensor é mudado semanalmente e o receptor deve ser calibrado 2 vezes por dia.

Sempre que os valores lidos saem do estipulado como normal, o equipamento vibra e/ou apita, alertando-nos durante o dia e acordando-nos durante a noite. Esta particularidade pode salvar vidas, porque os DT1 fazem com alguma frequência hipoglicémias noturnas, com perda de consciência e, em casos mais graves, com morte na cama. Nunca mais tive uma hipoglicémia com perda de consciência desde que uso este equipamento, além de que os meus familiares dormem melhor..



O grande benefício destes equipamentos é que, para além de sabermos o valor absoluto da glicemia em todos os momentos - antigamente só podia supor o que acontecia entre cada determinação -, o equipamento diz-nos, com setas, a tendência de variação desses mesmos valores, permitindo-nos antecipar a nossa reação, mostrando ainda a velocidade de subida/descida.

Se a tendência for para subir, damos dose extra de insulina antes do valor aumentar para valores críticos, se for para descer vamos logo comer qualquer coisa, antes que baixe muito e, se for para manter, estamos perante o nosso ideal e dentro dos valores alvo estabelecidos!

Espera-se que no próximo ano esteja disponível em Portugal a tecnologia que permite ainda ligar o recetor a um smartphone, possibilitando que os pais saibam quais os valores de glicémia do filho e que está bem, apesar de não estarem ao pé dele.

Com esta ajuda os valores de HgbA1c (que evidenciam o controlo metabólico dos últimos 3 meses) baixam, em prole de uma vida sem complicações. Esta é, sem dúvida, a melhor invenção desde a descoberta da Insulina, pelo que queria partilhar a minha excelente experiência com outras pessoas que tenham a mesma doença. Há apenas um senão, uma vez que este equipamento não é participado, é preciso considerar o fator preço, o que o pode tornar pouco acessível à generalidade dos portadores de Diabetes tipo 1.

Margarida Regêncio
(médica anestésista)



PARA QUE SERVE A VERGONHA?

É uma realidade que só pode ser percebida no seio da relação com os outros. Surge na primeira infância e ajuda-nos a distinguir o certo do errado. É um auxílio na definição dos limites e acaba por orientar o nosso comportamento. Afinal, a vergonha é uma emoção perfeitamente normal

Quando nos pedem para pensar sobre a questão da vergonha, a primeira ideia que nos surge é a da origem social desta emoção, ou seja, do facto de esta ser uma realidade que só conseguimos perceber no seio das relações com os outros e das interações que daí resultam. A vergonha estará então relacionada com o não cumprimento de regras e normas, gerando avaliações e julgamentos auto e hetero dirigidos, o que lhe confere qualidades de regulador do nosso comportamento.

Todos nós sentimos necessidade de aprovação social e preocupação com a imagem que transmitimos aos outros. Quando, por alguma

razão, percebemos que essa imagem não corresponde a um padrão considerado atrativo e que, de algum modo, transgredimos ou não fomos capazes de cumprir uma norma social desejável, poderá surgir o sentimento de inadequação. Nestas circunstâncias poderá também surgir um auto julgamento: se a realidade social nos indica que não somos detentores das características desejadas para sermos incluídos e admirados (amados), a autoavaliação pode originar a ideia de que não fomos suficientemente “bons”, justificando a vergonha e a culpa e, com frequência, dando origem a atitudes de reparação relativamente ao comportamento de origem destas

realidades, tudo numa tentativa de ser aceite.

A vergonha surge no ser humano na primeira infância, momento em que a autocrítica também começa a dar os seus primeiros passos. Serve para ajudar a diferenciar o bem do mal, o certo do errado e ajuda-nos a orientar no estabelecimento de relações saudáveis. Internamente, ajuda-nos a definir limites, o que nos vai dando consciência da necessidade de alterar certos comportamentos e nos vai guiando no crescimento.

Esta última questão remete-nos para a função adaptativa da vergonha. Compreendemos facilmente que ao longo da História da humanidade fomos sendo sujeitos a influências, que originaram novos comportamentos de acordo com o que o social nos foi solicitando. Essas influências têm como resultado o respeito pelas normas sociais e regulam a nossa postura na situação grupal, visando o estabelecimento das relações com base numa imagem adequada e integrada da nossa realidade individual.

Várias são as razões pelas quais nos podemos sentir “envergonhados”, mas a maior parte delas implica a noção de que estamos a ser observados e avaliados pelo outro, havendo uma conseqüente representação interna dessa avaliação. Quando tomamos consciência dessa realidade despertamos a nossa própria auto avaliação e, muitas vezes, emitimos sinais das emoções que este processo interno está a gerar. Exemplo disso é o ficar corado. Porque será então que coramos? Corar é uma resposta fisiológica, involuntária que surge muitas vezes em conseqüência de um comportamento que verificamos não obter aprovação. É a verdadeira concretização da expressão “ter vergonha na cara” e demonstra que a pessoa é capaz de se analisar, reconhecendo a sua falha, o que até pode ser gerador de culpa. É entendido por muitos como uma forma de comunicação que demonstra o arrependimento e

assim ameniza a qualidade das respostas do grupo que mais facilmente pode ser compreensivo e não retaliar.

A ideia da reparação do nosso erro surge normalmente após a percepção de que o nosso comportamento não foi bem aceite, que pode ter conseqüências negativas na forma como nos avaliam e conduz a tentativas de correção da nossa falha podendo também dar origem a algum tipo de evitamento, sem que isso seja considerado desadequado.

A vergonha será então uma emoção perfeitamente normal e até desejável que se experimenta, essencialmente, no seio da relação social e que nos indica caminhos de adequação e inclusão. Ajuda-nos a orientar o nosso comportamento, entendendo os sinais de reprovação e mostrando o que fazer para agradar e manter o amor-próprio. Compreendemos assim Sartre, quando nos sugere que a vergonha é inevitável à existência humana.

Naturalmente, quando a vergonha se sente de um modo exagerado e nos faz sentir excluídos e rejeitados, quando implica a existência permanente de ansiedade, raiva ou auto-avaliações negativas constantes, ultrapassamos os limites do desejável e podemos estar a encaminhar-nos para uma zona de total desconforto interno, que pode ter conseqüências preocupantes no nosso bem-estar. Preocupante será também não sentir vergonha nenhuma, sendo que o equilíbrio está sempre na tentativa de gestão das emoções.

Ana Beatriz Condinho
(psicóloga clínica)

SEXUALIDADE DO/A ADOLESCENTE É ASSUNTO CONFIDENCIAL

Toda e qualquer informação de carácter sexual e reprodutivo é matéria de segredo médico em qualquer idade e, se dúvidas ainda houvesse, a legislação portuguesa assegura que aos 16 anos há maioridade para os cuidados de saúde

Não existe um claro conflito de interesses, pelo contrário. Os direitos dos menores, o segredo médico e o consentimento informado, coabitam serenamente com a confidencialidade que é exigida sobre este assunto.

Muito se tem escrito e feito nos últimos anos pela saúde sexual e reprodutiva do/a adolescente. A questão começou por ser declarada como uma prioridade em saúde pública e para se evitarem grandes males, incenti-

varam-se os programas de educação sexual nas escolas e a criação de consultas específicas para o atendimento de jovens. Uma e outra iniciativa acabam por ter como pontos comuns o alerta para os efeitos de uma precocidade generalizada do início da atividade sexual, alertando para os riscos inerentes a uma gravidez não desejada e não planeada, ao mesmo tempo que se pretende acautelar e prevenir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis que, além do risco



infecioso, podem ter consequências a nível oncológico ou na própria fertilidade.

Obviamente que a sexualidade do/a adolescente é matéria do foro íntimo, em que a formação e a informação do adolescente têm particular importância dentro de uma consulta médica. É dentro deste espaço que o jovem tem que ter a certeza que pode confiar e onde esta relação, que se cria entre jovem e médico, está protegida por legislação própria e pelo direito à confidencialidade.

Por outro lado, se o Código Civil português atribui a maioridade aos 18 anos de idade, também é verdade que o nosso Código Penal reconhece ao menor capacidade para consentir determinado ato médico, tal como a capacidade para discordar. A lei vigente atribui a maioridade para cuidados de saúde aos 16 anos, razão porque sempre que houver necessidade de propor um tratamento médico e/ou cirúrgico a um menor, é este o limite etário a equacionar.

O consentimento informado é uma manifestação de respeito pelo doente, enquanto ser humano, e reflete o direito moral do doente à integridade corporal e à participação nas decisões conducentes à manutenção da sua saúde. Porém e ainda dentro deste contexto existem dois componentes fundamentais que quando assumidos pelo doente, garantem que a sua decisão assenta nos pressupostos de auto responsabilização e liberdade de escolha.

A entrada na idade fértil é um marco importante na vida da adolescente e, no contexto da sua saúde reprodutiva, são frequentes as consultas por irregularidades menstruais, menorragias (menstruação abundante), dismenorreia (dor menstrual) ou acne. Razões que, muitas vezes, embora existam, também encobrem o verdadeiro objetivo da consulta, que é a necessidade efetiva ou previsível de contraceção. É neste momento que a informação deve ser disponibilizada e esta comunicação que se estabelece dentro do consultório



tem que ter a garantia de sigilo médico. Aliás a legislação complementar encarregou-se de esclarecer isso mesmo, se dúvidas ainda houvesse, pelo que toda a informação de carácter sexual e reprodutivo é matéria de sigredo médico em qualquer idade.

A base da confiança passa necessariamente por esta garantia de confidencialidade. Casos haverá em que é necessária a partilha de informação, mas as particularidades serão sempre analisadas e estudadas, num diálogo obrigatoriamente a dois.

Margarida Silvestre
(médica ginecologista)

DURMA BEM, PELA SUA SAÚDE!

O envelhecimento precoce é apenas uma das consequências de noites mal dormidas. Há outras, como o aumento de peso. A privação do sono é cumulativa e, mais tarde ou mais cedo, surgem as complicações na saúde

Creemos a ouvir o conhecido provérbio “Deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer”. De facto, é fundamental dormir e dormir bem. O sono é necessário para a sobrevivência da espécie humana e deve ocupar um terço das nossas vidas. Apesar de ainda não ser conhecida a função precisa do sono, sabe-se que é regenerador e reparador, sendo a privação crónica altamente prejudicial à saúde. Ratos usados como cobaias em estudos laboratoriais morreram após 10 dias sem dormir.

As necessidades de sono apresentam uma variabilidade individual, sendo a quantidade ideal de horas de sono aquelas que nos permitem alcançar um nível ideal de vigilância e de bem-estar biológico, físico e mental no dia seguinte. Para um adulto, as 8 horas diárias de sono são uma referência saudável. Mas, hoje, a negligência com estas horas de descanso está a despoletar um sem número de doenças associadas à falta de sono.

No ritmo frenético da vida contemporânea e com as pressões sociais, pessoas saudáveis acabam por sacrificar o sono, privando-se voluntariamente das horas necessárias para o seu bem-estar. Nos últimos tempos, a restrição de sono, tem sido ainda documentada pelo uso abusivo de telemóveis, smartphone ou tablet uma utilização que acaba por ter implicações na qualidade e na duração do sono. A “doença das novas tecnologias”, devido à utilização desses aparelhos eletrónicos, acaba por provocar uma alteração do padrão natural de sono, com interferência no

início do sono, já que a luz emitida inibe a libertação da melatonina, uma hormona que, entre outras funções, também regula o relógio biológico interno.

O sono não é um processo passivo e está ligado a vários mecanismos fisiológicos do organismo como a regulação hormonal, a imunidade, processamento de informações e memorização. Uma má noite de sono provoca fadiga, irritabilidade e outras alterações emocionais, mau desempenho e alterações cognitivas como o défice na capacidade de raciocínio ou dificuldade de aprendizagem e de consolidação da memória.

Dormir mal também pode provocar um envelhecimento prematuro, devido à interferência na produção da hormona do crescimento, normalmente libertada durante a fase de sono profundo, mas também pelo aumento da libertação de cortisol, o que acaba por prejudicar o colagénio da pele, a proteína responsável por manter a pele elástica e lisa.

O aumento de peso é outra consequência da redução do tempo de sono, justificado pelo acréscimo de ativação de regiões do cérebro que são sensíveis à adição de alimentos mais calóricos, ricos em hidratos de carbono e gorduras.

Vários estudos já demonstraram uma associação entre a diminuição na quantidade de sono e a existência de várias doenças como diabetes, obesidade, hipertensão, problemas cardiovasculares, depressão, alterações do siste-

ma imunológico e ainda um aumento da mortalidade.

Além dos danos a nível da saúde, a privação de sono também contribui para o aumento do risco de acidentes profissionais e de viação. Catástrofes como a explosão do vaivém Challenger, o desastre nuclear de Chernobyl em 1986, e o acidente com o petroleiro Exxon Valdez no Alasca em 1989, foram correlacionados com o acumular de fadiga ou privação de sono dos funcionários que trabalhavam durante a noite e em turnos prolongados. Em Portugal, recordamos o maior acidente ferroviário de Alcaface, em 1985, pelo mesmo motivo.

As noites mal dormidas explicam uma sociedade cafeinada e o uso crescente e abusivo de medicamentos para dormir, apesar de estes serem claramente prejudiciais pelo risco de causarem dependência e pelos efeitos secundários indesejáveis, nomeadamente a manutenção ou agravamento da perturbação do sono, além de problemas cognitivos. Infeliz-

mente, Portugal apresenta um dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas (ansiolíticos/sedativos) ao nível Europeu, fármacos que devem ser necessariamente evitados.

Para otimizarmos o sono, devemos estabelecer como prioridade recuperar a capacidade de dormir bem, em quantidade e qualidade, porque mesmo dormindo as 7 a 8 horas recomendadas, há quem acorde com a sensação de cansaço, o que pode evidenciar a necessidade de ajuda.

Está cientificamente demonstrado que a privação de sono é cumulativa e traz complicações a curto e a longo prazo. Conseguir estabelecer uma rotina a nível do sono é a chave. A sua saúde agradece!

Joana Serra
(psiquiatra, com competência em medicina do sono)



RESSONA?

A RADIOFREQUÊNCIA PODE TRATAR

O caminho começou por ser desimpedido com a ajuda do bisturi, mas hoje também se recorre à energia para cumprir essa tarefa. A radiofrequência é uma resposta para casos de roncopatia, ou seja, para quem ressona. A intenção mantém-se, seja com o bisturi ou com um elétrodo, um e outro são usados para desobstruir as vias aéreas superiores

A radiofrequência é uma radiação que existe no espectro eletromagnético, gera calor com uma potência entre 10 e 18W e tem sido utilizada pela medicina nos últimos anos. A neurocirurgia, a urologia, a oftalmologia e a cardiologia, tal como a otorrinolaringologia, são algumas das especialidades médicas que recorrem a técnicas de tratamento com a aplicação desta energia. O tratamento da roncopatia é um dos exemplos de sucesso.

A aplicação da radiofrequência no tratamento do incómodo e nocivo ressonar é recomendada para os casos em que existe hipertrofia dos cornetos inferiores nasais, mas também no palato mole, base da língua e amígdalas palatinas. Através da indução de movimentos iónicos no tecido, a energia da radiofrequência produz um aumento do calor local, provocando uma lesão térmica que ocorre na mucosa profunda, sem alterar a superfície, mas cumprindo a sua missão de corrigir os obstáculos que obstruem as vias aéreas superiores e que provocam o ressonar.

Com uma energia que varia entre 400-500J e uma potência de 10 a 18W, a radiofrequência produz uma lesão térmica entre 2 a 4 mm, em torno do elétrodo. Contrariamente à cirurgia por laser ou electrocauterização, que produ-

zem temperaturas que podem chegar aos 800 graus centígrados, a radiofrequência utiliza uma potência bem menor e a temperatura gerada poderá chegar apenas aos 85 graus, contudo a desnaturalização dos tecidos acontece a 49,5 graus. Fatores que permitem que, neste tipo de intervenção, exista um maior controle da lesão e um menor risco de destruição da mucosa adjacente ou necrose da arquitetura óssea do corneto. Secundariamente, o processo de cicatrização induz fibrose e retração da lesão, conduzindo por isso à diminuição do volume do obstáculo, melhorando as vias aéreas superiores.

A radiofrequência veio reduzir os riscos e/ou complicações cirúrgicas, bem como as sequelas pós-operatórias, não alterando, por exemplo, a mucosa nasal, nem, conseqüentemente, o transporte mucociliar. Por outro lado, nos doentes em que o obstáculo nasal se deve apenas à hipertrofia dos cornetos inferiores, o

recurso à radiofrequência evita o desconfortável tamponamento nasal, uma vez que não há risco hemorrágico.

Genericamente, a radiofrequência é uma técnica bem tolerada e, em pacientes selecionados, pode ser aplicada apenas com anestesia local e em ambulatório. Contudo, o tratamento cirúrgico otorrinolaringológico é ainda uma opção para pacientes com síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono. É nosso entender que os procedimentos cirúrgicos devem ser indicados de forma criteriosa, baseando-se na gravidade da doença e nas alterações anatômicas das vias aéreas superiores e do esqueleto facial.

João Paulo Enes
(médico otorrinolaringologista)

NOITES RUIDOSAS

Não é só o vizinho que ressona, a roncopatia é um distúrbio mesmo muito frequente, quase sempre associado a uma obstrução. Winston Churchill ressonava e produzia 35dB, mas o recorde mundial está avaliado em 87,5dB

O som produzido pelo ressonar é da responsabilidade de quase todos os tecidos que não têm suporte rígido e que vão desde as choanas até à epiglote. Na maior parte dos casos, este distúrbio está associado à obstrução parcial da via aérea, ao nível do palato mole, originando a sua vibração, mas também das paredes da faringe.

Noites ruidosas e mal dormidas é o resultado deste distúrbio que os médicos chamam de roncopatia, mas que todos apelidam de ressonar. Na maior parte das situações, este distúrbio é a fase inicial do síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono e este ressonar pode originar a fragmentação do sono do paciente, mas também de quem dorme com ele. Há exceções. O detentor do registo mais elevado e que consta no Guinness com um valor da ordem dos 87,5dB mora no Reino Unido, em Kent, e está casado com uma senhora que consegue dormir, desde que ela se deite sobre o ouvido bom, porque o outro ouvido tem uma surdez total e por isso consegue dormir.

Winston Churchill também ressonava e um oficial da marinha terá registado um valor da ordem dos 35 dB. Todos nós conhecemos alguém que sofre deste mesmo mal e o problema maior nem será o som que provocam, mas sim as consequências que podem daí advir.

Hoje, os estudos epidemiológicos revelam que o síndrome de apneia, além da prevalência, deve ser encarado como algo que deve ser corrigido pelos fatores de risco que lhe estão associados, como a morbilidade cardiovascular e cerebrovascular, tensão arterial elevada, síndromes metabólicas e ainda os acidentes, sobretudo os de viação. Longe vão os tempos em que a única solução para estes casos era acordar o paciente com agulhas, para evitar que sufocasse, tal como foi descrito no século II.

Nos dois últimos séculos iniciou-se um estudo mais sistematizado da respiração noturna e o síndrome de apneia do sono começou por estar associado à obesidade. Hoje, vamos mais longe, sabemos que existem fatores que podem agravar o ressonar, como álcool, sedativos, anti-histamínicos, algumas doenças – como o hipotireoidismo – mas também o excesso de tecido na nasofaringe ou mesmo alterações da anatomia facial, como a hipertrofia dos cornetos nasais, desvio do septo nasal e ainda a existência de refluxo gastroesofágico.



Além do progresso no estudo fisiopatológico, também a oferta terapêutica evoluiu imenso, tanto nos meios, como nas suas indicações. Já não andamos a picar doentes para que acordem e não asfixiem, nem a fazer traqueostomias, uma intervenção cirúrgica que permite a introdução de uma cânula que vai tornar possível a passagem do ar.

A obstrução das vias aéreas superiores, associadas à apneia do sono, levaram ao aparecimento de diversas técnicas cirúrgicas para tentar corrigir, de forma definitiva, os obstáculos.

João Paulo Enes
(médico otorrinolaringologista)

COMO SE RECONSTRÓI UMA ARTICULAÇÃO

O procedimento é cirúrgico e denomina-se artroplastia, a versão plástica da Ortopedia para reconstruir articulações, seja o joelho ou a anca. Os materiais usados podem ser vários, o titânio ou o aço inoxidável são algumas das opções



Não estamos longe da versão do homem biônico. Hoje, já é possível substituir algumas “peças” menos funcionais ou que estejam a causar dor e um grande mal-estar. As articulações da anca e do joelho são um bom exemplo de como as novas tecnologias podem ser nossas amigas. A artroplastia é isso mesmo, uma intervenção cirúrgica que reconstrói ou restaura uma articulação específica.

Este tipo de cirurgia é bastante exigente e evoluiu com a partilha de conhecimentos de

áreas tão diversas com a bioquímica, a engenharia mecânica, a engenharia de materiais ou a engenharia química, entre outras. Hoje, uma artroplastia pode ser assistida por computador e, em casos mais difíceis, é até possível recorrer à aplicação de implantes personalizados.

Os ex-jogadores de futebol Pelé e Fábio Capello já tomaram a decisão de fazer uma artroplastia, uma solução cirúrgica que se coloca quando a articulação é atingida por um

fenómeno degenerativo, como a artrose, mas também quando, em um qualquer momento da vida, ocorre uma fratura ou um acidente que tenha levado à destruição articular. A dor é uma queixa comum, tal como a limitação de mobilidade que leva a dificuldades em desempenhar atividades diárias, como subir escadas, caminhar ou sentar-se num carro, não sendo raras as situações em que mesmo imóvel, a dor possa persistir.

A opção por este procedimento cirúrgico é sempre feita pelo doente, que deve ser informado do objetivo da cirurgia, mas também de algumas adaptações de estilo de vida que lhe serão recomendadas. A artroplastia irá melhorar as atividades diárias, que passam a ser feitas sem dor, mas não são aconselhadas atividades de grande impacto. Ou seja, praticar ténis, atividades que impliquem grandes saltos e desportos de contacto não são recomendados, simplesmente porque provocam um desgaste precoce da prótese. Por outro lado, as caminhadas, o golf, a natação ou a dança podem ser realizadas.

A reconstrução, seja da anca ou do joelho, é feita com diversos tipos de materiais e não existe uma unanimidade sobre qual o melhor. A engenharia tem estado a ajudar a medicina na interpretação dos fenómenos de atrito, desgaste e lubrificação que existem em toda e qualquer articulação, mas não existe uma resposta única, existem várias respostas que se devem adaptar ao tipo de candidato a uma artroplastia.

No nosso caso, optamos pela utilização de diferentes materiais e defendemos que a sua combinação, conjugada com o movimento da nova superfície articular (tribologia), o ponto-chave que determina ou não o indesejado desgaste das superfícies. Falamos sobretudo de quatro categorias de tribologia ou quatro tipos de combinações de materiais

onde ocorre o movimento da nova superfície articular:

- metal vs plástico (polietileno ou UHMWPE)
- metal vs metal (MoM)
- cerâmica vs plástico (UHMWPE)
- cerâmica vs cerâmica (CoC)

Ultrapassada a questão das escolha/seleção dos materiais que vão ser usados no implante, é ainda necessário definir como vão ser aplicadas essas mesmas peças neste tipo de reconstrução, podendo ser integradas diretamente no osso (não cimentadas) ou cimentadas. Neste caso, o material usado é um cimento ósseo ou polímero, a que se recorre por vezes para fixar os elementos que compõem a prótese ao osso.

Não existe um consenso sobre qual a melhor combinação, tanto de tribologia, como quanto ao modo fixação dos implantes. A decisão deve ser tomada individualmente, tendo em conta a idade, atividade, tipo de osso e a anatomia individual.

Neste momento e em Portugal, já se realizam mais de 10 mil artroplastias da anca e outras 10 mil do joelho por ano. As previsões indicam que estes números vão aumentar exponencialmente, não só pelo aumento da esperança média de vida mas, principalmente, pelo excesso de peso. Para 2030, ou seja, muito em breve, a artroplastia da anca poderá aumentar em 174%, mas para a artroplastia do joelho, as previsões apontam para um crescimento de 673% ...

Pedro Marques
(médico ortopedista)

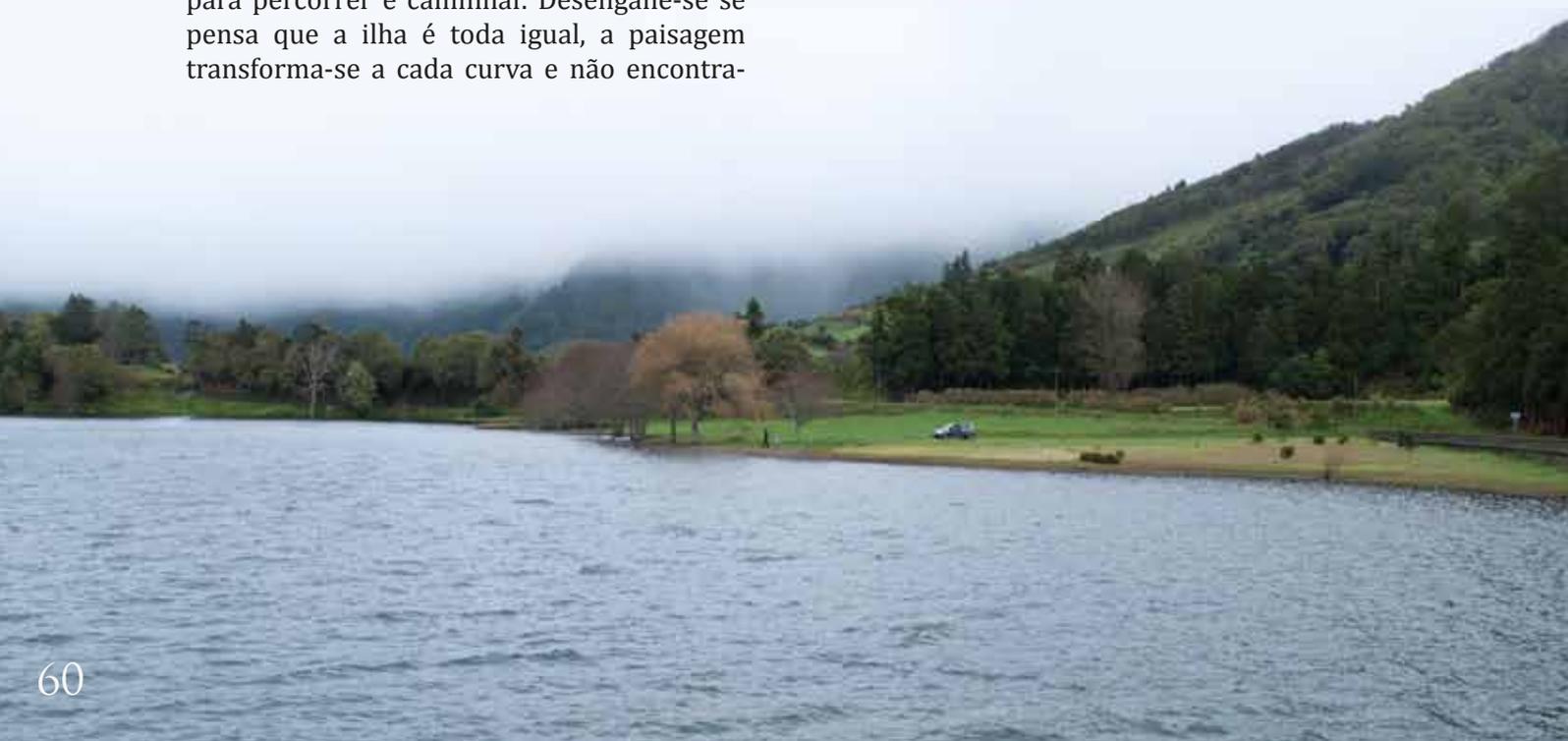
O VERDE PODE TER QUANTOS TONS?

A ilha contraria o provérbio, porque onde há fumo não há fogo, há água a borbulhar. As fumarolas são apenas uma das curiosidades, há outras, como banhos no mar com água salgada a 28 graus. Entre um e outro ponto desta ilha, o verde é a cor que mais se reinventa. Há ali uma natureza caprichosa

O verde-escuro e o verde-claro limitam a descrição, é preciso vaguear por S. Miguel para perceber quantos tons pode ter a cor verde. Aliás, o primeiro nome da ilha foi esse mesmo, a “Ilha Verde”. E teria ficado bem assim. Entre os 62 km de comprimento por 15 de largura, é o verde que sobressai. Verde alface, verde água, verde-esmeralda, verde menta, verde azeitona, verde-garrafa... estão todos lá, do outro lado do mar, em S. Miguel.

Este é um território assente num vulcão ajardinado. Não é preciso chegar ao Vale das Furnas e ver as fumarolas para perceber a origem vulcânica de S. Miguel, o chão e a pedra preta denunciam esse passado. Hoje, o fundo das crateras dos antigos vulcões está ocupado por lagoas, mas é preciso percorrer os trilhos sinuosos de montanha para poder apreciar o vale. Há picos e lombas de relevo para percorrer e caminhar. Desengane-se se pensa que a ilha é toda igual, a paisagem transforma-se a cada curva e não encontra-

mos duas montanhas iguais. Os prados mudam de cor e a água também inova e altera a pintura. A Lagoa das Sete Cidades prova-nos isso mesmo, de um lado as águas são azuis e do outro lado a água é verde. Dizem-nos que será o porte e a quantidade de vegetação das margens que provoca esta alteração, isto se não quisermos acreditar na lenda que explica este fenómeno, baseada numa história de amor entre uma princesa de olhos azuis e um pastor de olhos verdes. A Lagoa Azul teria sido formada pelas lágrimas dos olhos azuis da princesa e a Lagoa Verde pelas lágrimas dos olhos verdes do pastor, separadas por um túnel e uma ponte. É preciso estar lá para perceber o sentido da lenda. O cenário é único e qualquer texto que pretenda descrever a antiga cratera vulcânica, hoje ocupada pelo maior lago de água doce dos Açores, nunca será igual às imagens captadas.





Não muito longe, na Ponta da Ferraria, é também a água que nos atrai. Somos convidados a entrar na água quente e salgada. É mesmo verdade, 28 graus é a temperatura média. Este é mais um caso único no mundo e é a ilha de S. Miguel que guarda esta relíquia. E isto acontece porque a lava desceu a arriba em direção ao mar e construiu aquilo que os especialistas designam por fajã lávica, um geomonumento que deve ser preservado. Na Ferraria, a água termal está no mar e a temperatura varia com a maré, mas não recomendamos uma visita com a maré cheia, nessa altura a concentração de água quente é menor. A entrada é grátis e existem balneários na proximidade, contudo, para chegar à água terá de percorrer um caminho de pedra lascada, pelo que é sempre bom usar um calçado apropriado.

Diferente é também a água das piscinas naturais do Parque Terra Nostra. Sim, existe um jardim com esse nome, não é só o “queijo do Pauleta”. Aqui a entrada é paga (6 euros por dia), mesmo que queria só espreitar e não usar as piscinas naturais, com água acastanhada, mas também quente (25 graus). As





camélias moram por ali e pintam aquele jardim que é apresentado como um dos mais belos do mundo.

O contraste quente/frio também se encontra no Vale das Furnas, no Nordeste da Ilha. Neste caso, onde há fumo, não há fogo, mas há água bem quente e a borbulhar, a mesma onde se faz o famoso cozido das Furnas, que é obrigatório provar. Também aqui é a lagoa que transforma a paisagem, mas terá de pagar 50 cêntimos para entrar nas Caldeiras. Os patos, habituados a receber visitas e uns gatos contrariados pela preguiça, dão as boas vindas a quem procura ver as fumarolas ao vivo.

Entre uma e outra ponta da ilha ou por todos os recortes da costa prepare-se para subir a um qualquer miradouro, há dezenas espalhados pela ilha e em qualquer um deles, a paisagem transforma-se e o cenário muda sempre de tom. Nos recantos ficamos com a sensação de que somos os primeiros a pisar aquele pedaço de terra, onde apetece perdermo-nos. A Cascata dos Caldeirões é um desses locais. Apetece ficar apenas ali, imóvel e pasmado. Sim, em S. Miguel é comum não querer fazer

nada, basta que se deixe abraçar pelo que vê, ouve, cheira e saboreia.

Os campos de pasto e as vacas também decoram aquela paisagem, mas não são um caso único de S. Miguel, pelo contrário, são uma presença quase obrigatória nas ilhas açorianas, o estranho seria não encontrar estes ingredientes inseridos na paisagem. Tem razão de ser, dizer que ali os lacticínios são diferentes, são mesmo. O queijo e a manteiga são inigualáveis e é obrigatório prová-los.

O uso de calçado confortável é indispensável para quem quer conhecer S. Miguel. A ilha convida a ser percorrida a pé e, mesmo que se perca, encontrará sempre um micalense disponível para ajudar o Senhôr ou a Senhõra. Sim, é também ali que o português tem outro sotaque, por isso não estranhe se de repente ouvir dizer “ê vou comê” ou “Tás ma segand” (estás a chatear-se), porque é “mesmo de veras” (a sério). A culpa deve-se à mistura de povos - portugueses (alentejanos e algarvios) e franceses - que povoaram a ilha de S. Miguel. Há expressões e pronúncias que só podem ser ouvidas ali, em S. Miguel.

Camellia sinensis

MADE IN AÇORES



Não é uma verdadeira casa de chá, mas é a fábrica onde tudo se prepara, separa e transforma, a partir da *Camellia sinensis*, a planta do chá. Tudo o resto são infusões.

Foi a crise da produção de laranja, que levou alguns produtores açorianos a diversificar a produção e a planta *Camellia sinensis* surgiu como uma boa opção. A Gorreana mantém esse destino há 133 anos com produção ininterrupta e por isso é hoje a mais antiga fábrica de chá da Europa.

A apanha começa em março e, a partir daí, inicia-se todo o processo de transformação, como a secagem, vaporização ou drenagem, das folhas, rebentos ou flores da planta. É o preparo e o acondicionamento que é dado às folhas que vai permitir a produção de diferentes tipos de chá, o verde, levemente fermenta-

do, o chá branco, produzido com as folhas mais tenras e que contém menor quantidade de cafeína, o chá preto, mais fermentado e com mais cafeína e o chá oolong, com um processo de fermentação mediano. A planta é sempre a mesma, a *Camellia sinensis*, o que muda é a forma de produção.

Neste caso, são as terras argilosas e ácidas de S. Miguel que fazem a diferença e que, garantem os apreciadores de chá, dão um perfume diferente àquele chá, à beira mar plantado. A Fábrica pode ser visitada todos os dias, mas durante o fim-de-semana não poderá ver o trabalho de transformação da planta nos vários chás que são ali produzidos. Mas, se estiver indeciso sobre o tipo de chá que vai escolher, pegue numa chávena e saboreie. A prova é grátis.



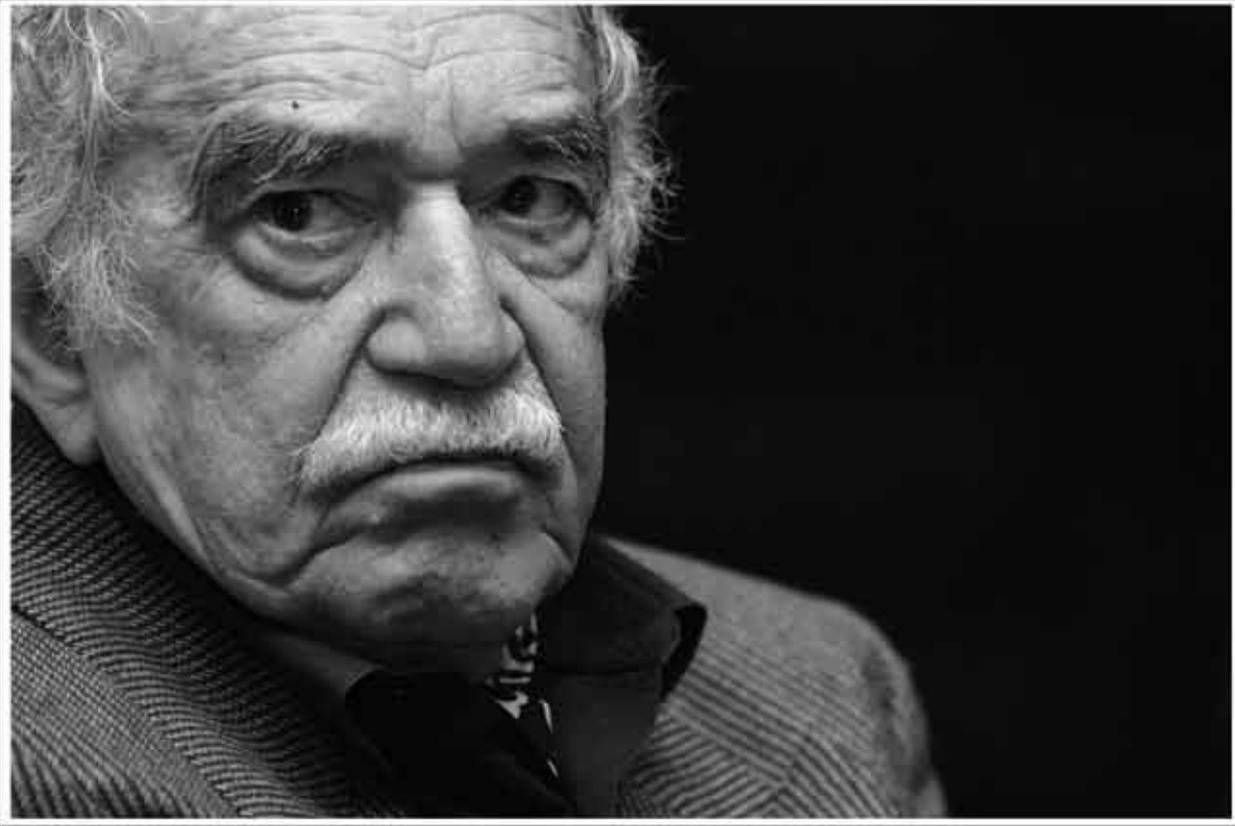
OFTALMOLOGIA

A cirurgia é o único tratamento possível para quem desenvolveu catarata. Se a sua visão está a ficar turva consulte-nos!

Marque a sua consulta através do **239 802 701/2**



O Poder das Palavras



A humanidade entrará no terceiro milénio sob o império das palavras. Não é verdade que a imagem esteja a suplantá-las nem que possa extingui-las. Pelo contrário, está a potenciá-las: nunca houve no mundo tantas palavras com tanto alcance, autoridade e arbítrio como na imensa Babel da vida atual. Palavras inventadas, maltratadas ou sacralizadas pela imprensa, pelos livros descartáveis, pelos cartazes de publicidade; faladas e cantadas pela rádio, pela televisão, pelo cinema, pelo telefone, pelos altifalantes públicos: gritadas à brocha nas paredes da rua ou sussurradas ao ouvido nas penumbras do amor. Não: o grande derrotado é o silêncio. As coisas têm agora tantos nomes em tantas línguas que já não é fácil saber como se chamam em nenhuma. Os idiomas dispersam-se à rédea solta, misturam-se e confundem-se, desembestados rumo ao destino inelutável de uma língua global.

Gabriel García Márquez, in 'Eu não Venho Fazer um Discurso'

Eu não lavo daí as minhas mãos

O número é escandaloso e as medidas adotadas perniciosas. Doze mortes por dia com infeções hospitalares é um número que deveria envergonhar todos os profissionais de saúde, eu próprio. Não deve ser um risco entrar num hospital, não é essa a visão que eu tenho da saúde e os médicos, enfermeiros, auxiliares, diretores e presidentes dos conselhos de administração não podem lavar daí as suas mãos. Em saúde, a responsabilidade é de todos.

A infeção hospitalar pode e deve ser evitada. Nem toda é certo, mas grande parte, principalmente numa altura em que o consumo de antibióticos está a diminuir, bem como a resistência aos antimicrobianos. Não sou eu que o digo, é a Direção Geral de Saúde, o mesmo organismo que andou a fazer contas e que concluiu que, em Portugal, todos os dias morrem 12 pessoas com infeções hospitalares. Sete vezes mais do que o número de mortes por acidentes de viação.

Se o número é assustador, a resposta da tutela é preocupante, quando anuncia prémios (leia-se incentivos financeiros) para os hospitais que consigam reduzir o número de infeções. Premiar o quê? O que deve ser uma preocupação diária? Procedimentos? E quando acabarem os prémios, voltamos ao aumento do número de mortes evitáveis?

A saúde não deve ser gerida por um reflexo condicionado.

António Travassos
(médico oftalmologista)

Anestesiologia	Imuno-Alergologia
Angiologia e Cirurgia Vascular	Infertilidade e Reprodução
Cardiologia	Medicina Interna
Cardiologia Pediátrica	Medicina do Sono
Check-Up Médico	Neurocirurgia
Cirurgia Bariátrica	Neurologia
Cirurgia Geral	Nutricionismo
Cirurgia Maxilo-Facial	Oftalmologia
Cirurgia Pediátrica	Ortopedia
Cirurgia Plástica	Otorrinolaringologia
Clínica Geral	Pediatria
Dermatologia	Pedopsiquiatria
Dor Crónica	Pneumologia
Endocrinologia	Psicologia Clínica
Gastroenterologia (endoscopia digestiva)	Psicologia do Desenvolvimento
Ginecologia/ Obstetrícia	Psiquiatria
Imagiologia	Terapia da Fala
	Urologia