

+ vida

Uma publicação José de Mello Saúde

Saúde no feminino

Existem várias vantagens no acompanhamento contínuo e especializado da mulher ao longo da vida. Descubra o que fazer para se manter em forma desde a juventude até aos anos dourados

Daniel Pereira da Silva

O presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetrícia fala, entre outros, da importância do acompanhamento médico nas idades pós-menopausa

A importância do diagnóstico no cancro

Imagiologia, Anatomia Patológica e Medicina Nuclear são três especialidades fundamentais para um correto diagnóstico do cancro

Novos dispositivos cardíacos

Os *pacemakers* e cardioversores-desfibriladores não escapam à inovação tecnológica, permitindo melhorar a qualidade de vida dos doentes



A MEDICINA ATUAL EXIGIA UM NOVO HOSPITAL

NOVO HOSPITAL CUF DESCOBERTAS 2



ACORDOS
com seguros
e subsistemas
incluindo
ADSE

Marcações em:




App My CUF



210 025 200



saudecuf.pt  [/CUF](https://www.facebook.com/CUF)



cuf



Hoje em dia é possível detetar e corrigir situações patológicas nos fetos ainda dentro do útero da mãe.

+ notícias

5

Todas as notícias na área da saúde e ainda as novidades da José de Mello Saúde.

+ testemunhos



11 Joana Freitas

A modelo portuguesa foi mãe pela primeira vez há dois anos e descreve a sua experiência na CUF.



12 Histórias Felizes

Conheça a história de Manuel Dantas que, depois de ter sofrido uma apendicite em alto-mar, foi operado de urgência no Hospital CUF Cascais.

+ foco

16 Saúde no feminino

Da deteção de problemas relacionados com o crescimento à prevenção de doenças como o cancro da mama, passando pelo período fértil da mulher, são várias as vantagens de um acompanhamento contínuo e especializado.

28 Entrevista



Daniel Pereira da Silva

O presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetrícia e médico coordenador da Unidade da Mulher no Hospital CUF Coimbra alerta para a importância dos rastreios e do acompanhamento médico após a menopausa.

32 Opinião

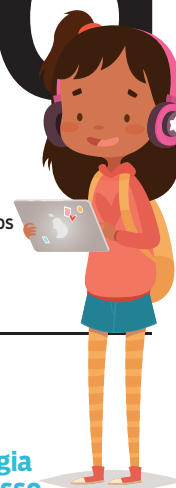


Pedro Santa Clara

O vice-presidente da Nova SBE explica a mudança da Nova School of Business and Economics para Carcavelos, onde há uma nova clínica CUF.

+ vida

Sabia que apenas 14% das crianças entre os 7 e os 18 anos dedicam o tempo on-line a atividades pedagógicas?



+ saúde

34 Família Obesidade

O Hospital de Braga iniciou há mais de dois anos um projeto que pretende motivar os doentes a perderem, pelo menos, 5% do peso corporal.

38 Família Síndrome de burnout

É uma síndrome do foro psicológico que surge em consequência do stresse acumulado mas também está associada a um maior risco de problemas cardiovasculares.

40 Família Cessação tabágica

A intervenção multidisciplinar da Consulta de Cessação Tabágica da CUF aumenta as hipóteses de ser bem-sucedido ao deixar de fumar.

42 Família Artroplastia total da anca

O Hospital CUF Descobertas é dos poucos a realizar esta cirurgia exigente mas que necessita de um menor tempo de recuperação.

Os aparelhos de TAC têm evoluído muito nos últimos anos no que diz respeito à informação que conseguem extrair de uma imagem.

+ conhecimento

54 Conselhos e Dicas

Apenas metade dos doentes sabe que sofre de hipertensão arterial e só um quarto está medicado. Descubra as causas e como pode ser tratada.

56 Descomplicador

Todos temos triglicérideos no sangue, mas estes só são preocupantes se ultrapassarem os valores de referência.

57 Verdades e Mitos

O leite é rico em cálcio, potássio e vitamina D mas não é a cura para tudo. Desvendamos alguns dos mitos associados a este alimento.

58 A fechar

Certifique-se de que as suas crianças se alimentam bem durante as aulas e prepare-lhes uma lancheira saudável.





Salvador de Mello

Presidente do Conselho de Administração da José de Mello Saúde

A José de Mello Saúde é líder na prestação de cuidados de saúde em Portugal, gerindo dois hospitais públicos, em regime de parceria público-privada, e 18 unidades de saúde privadas CUF, oito das quais hospitais.

Conselho Editorial: Direção de Comunicação e Sustentabilidade da José de Mello Saúde

Conceção, edição e paginação: Adagietto • Editor: Tiago Matos

Redação: Andreia Vieira, Carolina Morais, Fátima de Sousa, Fátima Mariano, Joana Cavaco Silva, Patrícia Gaspar e Silva, Susana Torrão, Tatiana Trilho

Revisão: Laurinda Brandão • Fotografia: David Martins, Enric Vives Rubio, João Duarte, Raquel Wise, Ricardo Castelo (4SEE) e José de Mello Saúde

Propriedade: José de Mello Saúde • Morada: Av. do Forte, Edifício Suécia, III-2.º 2790-073 Carnaxide

Impressão e acabamento: Lidergraf

Tiragem: 8000 exemplares • Depósito legal 308443/10

Distribuição gratuita



Cuidar no feminino

Todos os dias, de norte a sul do país, mais de 10 mil mulheres recorrem a uma unidade da José de Mello Saúde. Avós, mães, irmãs, filhas. Pilares nas suas famílias. Mulheres que nem sempre colocam a sua saúde em primeiro lugar. Que cuidam dos seus familiares, cuidam de todos, mas muitas vezes esquecem-se de cuidar de si próprias. “Guardiãs da saúde da família”, é como Daniel Pereira da Silva, presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetria, as descreve em entrevista à **+VIDA**. Numa edição que destaca a saúde no feminino e que pretende sensibilizar para a importância do acompanhamento médico contínuo ao longo da vida, nunca é demais alertar para a relevância do diagnóstico precoce, determinante para o sucesso de qualquer tratamento médico.

É também no feminino que falamos quando nos referimos aos primeiros médicos especialistas do país a concluírem o internato médico no setor privado. Os primeiros internos dos hospitais CUF a concluírem a sua formação de especialidade são três mulheres das especialidades de Imunologia e Otorrinolaringologia, tendo a última concluído o internato em novembro. Três mulheres que merecem o nosso reconhecimento e agradecimento pela excelência dos seus percursos e dedicação à instituição e aos doentes.

A formação médica é um caminho que há muito a José de Mello Saúde se orgulha de percorrer e que vemos como um imperativo na estratégia de qualquer instituição de saúde. Atualmente somos responsáveis pela formação de 12 internos nas unidades CUF, número que tem crescido e continuará a crescer ano após ano, nomeadamente com o reconhecimento de novas idoneidades formativas. Também nos hospitais que gerimos em parceria

público-privada, Vila Franca de Xira e Braga, somos responsáveis pela formação de 514 médicos internos. Internos das nossas unidades e de unidades públicas e privadas de todo o país que reunimos anualmente no Congresso do Internato Médico que este ano se realizou pela primeira vez no Hospital CUF Descobertas, no novo Centro do Conhecimento, e que contou com a presença do Bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

Está na formação, mas também na investigação e na inovação, a excelência da prestação de cuidados de saúde do futuro, sendo que o nascimento de uma nova unidade CUF no campus da Nova SBE vem precisamente responder a estes objetivos. Nesta revista, Pedro Santa Clara, vice-presidente da Nova SBE, explica como teve origem este projeto vencedor da Universidade Nova ao qual a CUF e a José de Mello Saúde se associaram e através do qual pretendem contribuir ativamente para a criação de uma comunidade académica de alto rendimento intelectual e emocional. A Clínica CUF Nova SBE aposta na prestação de cuidados de saúde mas também na promoção da educação para a saúde junto da comunidade através de ações de formação. A nova clínica irá igualmente desenvolver uma forte aposta na investigação e inovação com a realização de estudos de monitorização da população e o lançamento de novas ofertas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Uma aposta no presente ao serviço do futuro.

Votos de boa leitura. +



EDIÇÃO ON-LINE
www.josedemello.saude.pt

+ notícias



Mais de 100 colaboradores da José de Mello Saúde participaram na reconstrução das habitações de 15 famílias oriundas dos concelhos de Tondela e Santa Comba Dão que haviam sido destruídas pelos incêndios de outubro de 2017.

VOLUNTÁRIOS RECONSTRÓEM CASAS EM VISEU



A José de Mello Saúde, em parceria com a Fundação Amélia de Mello e a Associação Just a Change, promoveu uma ação de voluntariado junto dos seus colaboradores com o objetivo de ajudar na reconstrução de 15 casas de famílias que não tinham recebido qualquer apoio e que também não possuíam recursos para o fazer.

O projeto de recuperação destas habitações e anexos agrícolas começou no final de 2017 com uma angariação de fundos. Depois dos incêndios que deflagraram em outubro desse ano, a Fundação Amélia de Mello associou-se à José de Mello Saúde na abertura de uma conta solidária.

Já em junho deste ano, estas duas entidades associaram-se à associação sem fins lucrativos Just a Change e às Câmaras Municipais de Tondela e Santa Comba Dão para assinar o protocolo que ativou efetivamente o projeto de recuperação. A execução propriamente dita, no terreno, terminou no final de setembro.



A CUF NA NOVA SBE

Há uma nova clínica **CUF** na Nova School of Business and Economics, em Carcavelos.

Enquanto parceira da Universidade Nova de Lisboa, a **CUF** abriu uma nova clínica em pleno *campus* da Nova School of Business and Economics (Nova SBE). Além de prestar cuidados de saúde à população em geral, esta clínica terá a investigação como principal foco, promovendo estudos de monitorização da população e testando novas ofertas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

A par da investigação, também a formação será um dos grandes pilares da nova clínica. Serão organizados *workshops*, rastreios e outras ações de educação junto dos alunos. A clínica aposta também na inovação, sem descurar o papel enquanto entidade formadora. Durante o primeiro ano de funcionamento a **CUF** da Nova SBE assume como desafio a digitalização de todas as informações dos pacientes através da *app* My CUF. Além da clínica **CUF**, o *campus* da Nova SBE é composto por 55 salas, 26 anfiteatros, um espaço de estudo aberto 24 horas por dia, supermercado e ginásio. Tudo isto numa área de 46 mil metros quadrados.



CUIDADOS DE SAÚDE NA CLÍNICA CUF NOVA SBE

Medicina Geral e Familiar

Medicina Desportiva

Psicologia

Medicina Dentária

Nutrição

Análises clínicas

Tratamentos de enfermagem



CUF ACOLHEU 5.º CONGRESSO DE INTERNATO MÉDICO

Nos dias 13 e 14 de setembro, o Centro de Conhecimento do Hospital **CUF** Descobertas foi palco de um congresso de internato médico que reuniu internos de ano comum e formação específica dos Hospitais de Braga, Vila Franca de Xira e da rede **CUF**. Foi o quinto ano consecutivo que a José de Mello Saúde organizou este congresso.

Quem também marcou presença neste encontro foi o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, que participou na sessão de abertura juntamente com Salvador de Mello (presidente do Conselho de Administração da José de Mello Saúde), João Paço (presidente do Conselho Médico da José de Mello Saúde) e Jorge Mineiro (diretor Clínico do Hospital **CUF** Descobertas).



RECORDE DE NASCIMENTOS

Em setembro de 2018 nasceram 192 bebés na maternidade do Hospital Vila Franca de Xira, o maior número registado até hoje. As condições hospitalares e o acompanhamento multidisciplinar durante e depois da gravidez são as principais razões da evolução da maternidade. O hospital espera que até ao final do ano sejam realizados mais de 1800 partos, um aumento de 7% face ao ano anterior, em que se registaram 1731 partos.



Carolina Monteiro, coordenadora da equipa de cuidados paliativos no Hospital CUF Porto, recebeu o prémio em nome do hospital.

Cuidados Paliativos CUF distinguidos

A Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital CUF Porto foi distinguida pela ESMO (European Society of Medical Oncology, ou Sociedade Europeia de Oncologia Médica) como unidade certificada de referência na prática integrada de Cuidados Paliativos e Oncologia.

A ESMO é uma das sociedades médicas mais importantes a nível mundial na área da Oncologia e a distinção atribuída é a mais relevante e prestigiante a nível europeu. O Hospital CUF Porto passa, assim, a fazer parte dos ESMO Designated Centres como Centro Integrado de Oncologia e Cuidados Paliativos.

A Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital CUF Infante Santo revalidou a mesma certificação, que foi alcançada em 2015. O agora Centro Integrado de Oncologia e Cuidados Paliativos do Hospital CUF Porto disponibiliza serviços em ambulatório, internamento e ao domicílio, regendo-se por uma política de admissão de doentes a qualquer hora, todos os dias do ano. Além da atividade clínica a unidade desenvolve projetos de estudo e investigação, nomeadamente na área de acompanhamento ao doente e familiar e no processo do luto.



MISSÃO: LITERACIA DIGITAL

A CUF associou-se ao Movimento pela Utilização Digital Ativa (MUDA) que pretende aumentar a literacia digital da população portuguesa.

Assente nos pilares de acesso, comércio, comunicação, literacia, etiqueta, legislação, liberdade, saúde e segurança digital, existem mais de cinco mil lojas e balcões de parceiros MUDA em todo o país. A partir de 1 de dezembro será lançada uma rede de voluntários. O objetivo é aumentar o número de utilizadores *on-line* de serviços comerciais e institucionais, uma vez que o uso da Internet permite poupar tempo, trabalhar à distância, ajudar o ambiente e ter acesso a mais informação. Neste esforço de digitalização da sociedade a que a CUF se associou, é também importante identificar os obstáculos que afastam as pessoas do mundo digital para reduzir a percentagem da população que nunca usou a Internet e criar um país mais avançado, produtivo e inclusivo.



METAS PARA 2020

-9%

Reduzir em 9% a população que nunca utilizou a Internet em Portugal

+22%

Aumentar em 22% a população que faz um uso avançado na Internet

+20%

Aumentar em 20% a população que interage com serviços públicos digitais

+16%

Aumentar em 16% a população que faz Internet Banking

+19%

Aumentar em 19% a população que faz compras *on-line*

A CUF esteve presente no *roadshow* nacional que percorreu 11 locais dos vários distritos portugueses e na rubrica "MUDA num Minuto" do programa *Bom dia Portugal* da RTP.

NA LIDERANÇA DA EXCELÊNCIA CLÍNICA NACIONAL

O Hospital de Braga e o Hospital Vila Franca de Xira foram considerados pela Administração Central dos Sistema de Saúde duas das cinco unidades hospitalares mais eficientes do Serviço Nacional de Saúde em 2017. Isto significa que, nas suas categorias, são os hospitais com um menor custo por tratamento de doente padrão. As duas parcerias público-privadas geridas pela José de Mello Saúde estão ainda entre

os hospitais do país com mais áreas com nível máximo de excelência clínica (3+), de acordo com a mais recente avaliação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). A distinção máxima em excelência clínica é atribuída a quatro áreas do Hospital Vila Franca de Xira e o Hospital de Braga é a única instituição de saúde do país a obter a classificação mais elevada em oito áreas clínicas.



ÁREAS CLÍNICAS COM CLASSIFICAÇÃO MÁXIMA

Hospital de Braga

Obstetrícia: Partos e Cuidados Pré-Natais
Unidade de Cuidados Intensivos
Cardiologia: Enfarte Agudo do Miocárdio
Cirurgia de Ambulatório

Neurologia: Acidente Vascular Cerebral
Ortopedia: Tratamento Cirúrgico da Fratura Proximal do Fémur
Pediatria: Cuidados Neonatais
Tromboembolismo Venoso no Internamento

Hospital Vila Franca de Xira

Cirurgia de Ambulatório
Cirurgia Geral: Cirurgia do Cólon
Neurologia: Acidente Vascular Cerebral
Obstetrícia: Partos e Cuidados Neonatais

EM DEBATE OS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES

A **Associação para o Estudo do Biodireito (ABIO)** realizou uma conferência na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto sobre direitos e deveres dos doentes.

O biodireito preocupa-se essencialmente com a dignidade das pessoas perante os avanços tecnológicos e a conferência realizada no dia 27 de setembro focou-se na problemática do ponto de vista da medicina. Como

tal, contou com a participação da antiga ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira.

O presidente da Associação Portuguesa de Bioética, Rui Nunes, e a diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Maria Amélia Ferreira, moderaram e abriram, respetivamente, a conferência.



O QUE É A ABIO?

Formada em 2016, é uma entidade sem fins lucrativos do consórcio Tagus TANK, fundado pela José de Mello Saúde e pela Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa.



Curso reúne cirurgiões pediátricos de renome

Cirurgiões pediátricos de renome como Warren Snodgrass, Nicol Bush e Marco Castagnetti transmitiram, via Internet, cirurgias ao vivo para o auditório do Hospital de Braga onde estava a decorrer mais uma edição do curso “Hypospadias Repair – Exoscopic Live Surgery”.

Nas cirurgias transmitidas foram exemplificadas técnicas de tratamento da hipospadia, a segunda malformação congénita mais frequente nos recém-nascidos do sexo masculino.

O curso, que também incluiu palestras, foi organizado pelo serviço de cirurgia pediátrica do Hospital de Braga e pela Escola de Medicina da Universidade do Minho.



O QUE É A HIPOSPADIA?

É uma malformação detetada à nascença nos recém-nascidos do sexo masculino que se caracteriza pela saída da urina de forma irregular.

Ocorre devido a uma abertura mais pequena relativamente àquela que é a habitual no meatro uretral.

Podem ser uma patologia hereditária mas na maioria dos casos as causas são desconhecidas.

O tratamento é realizado através de uma cirurgia que deve ser efetuada idealmente entre os 8 e 10 meses de vida.

EXPANSÃO CADA VEZ MAIS VISÍVEL

Desde 24 de setembro que a campanha publicitária “A medicina atual exigia um novo hospital” se tem feito notar na televisão, na rádio, nas ruas (através dos outdoors), nos meios digitais e até na rede multibanco. A campanha está ancorada na contínua expansão da rede **CUF**, particularmente através do exemplo do novo Hospital **CUF** Descobertas, em Lisboa. Salieta também o modo como a **CUF** se adapta e adequa à medicina moderna, onde a subespecialização se tem revelado fundamental.



NO
FACEBOOK

495 000
visualizações

Cerca de
300
partilhas

+590 000
pessoas
alcançadas



Aprender a salvar vidas

A primeira década de vida do Hospital **CUF** Cascais foi celebrada no dia 15 de setembro, em plena Baía de Cascais, numa aula aberta sobre Suporte Básico de Vida que ensinou a comunidade local a agir em caso de emergência antes da chegada da equipa profissional de socorro.



SABIA QUE...

Em 75% dos casos o socorro é iniciado apenas após a chegada do 112.

Se a reanimação cardiopulmonar for iniciada de imediato pode duplicar ou mesmo triplicar a probabilidade de sobrevivência da vítima.

Todas as horas morre um português vítima de morte súbita cardíaca.



EM BRAGA...

Mais de 300 escuteiros aprenderam técnicas de Suporte Básico de Vida no Hospital de Braga. Dezenas de médicos e enfermeiros desta unidade de saúde explicaram alguns procedimentos que devem ser postos em prática perante uma vítima de paragem cardiorrespiratória.

Ao longo de três horas, os profissionais de saúde da Academia **CUF** – entidade que investiga, ensina e forma todas as unidades da rede – partilharam os seus conhecimentos, incluindo manobras de reanimação em manequins, com mais de uma centena de pessoas numa aula de Suporte Básico de Vida que contou com o apoio da Câmara Municipal de Cascais.

A iniciativa, aberta não só a adultos mas também a crianças com idades superiores a 6 anos, preparou ainda os participantes para fazerem chamadas de emergência para o 112 e transmitirem todas as informações relevantes aos profissionais do INEM.

OFTALMOLOGIA EM DESTAQUE

Tiago Monteiro e Fernando Faria Correia, oftalmologistas no Hospital de Braga e no Hospital **CUF** Porto, respetivamente, foram reconhecidos pelo avançado conhecimento cirúrgico na área da catarata e cirurgia refrativa com o título de Fellow of the European Board of Ophthalmology (FEBO). Este título é atribuído pelo Conselho Europeu de Oftalmologia (EBO, na sigla inglesa) e pela Sociedade Europeia de Catarata e Cirurgia Refrativa (ESCRS) após a realização de provas públicas que selecionam os melhores médicos especialistas.



Tiago Monteiro e Fernando Faria Correia receberam os referidos títulos no 36.º Congresso da Sociedade Europeia de Catarata e Cirurgia Refrativa, realizado em Viena, Áustria, no dia 23 de setembro.

HOSPITAL CUF CASCAIS

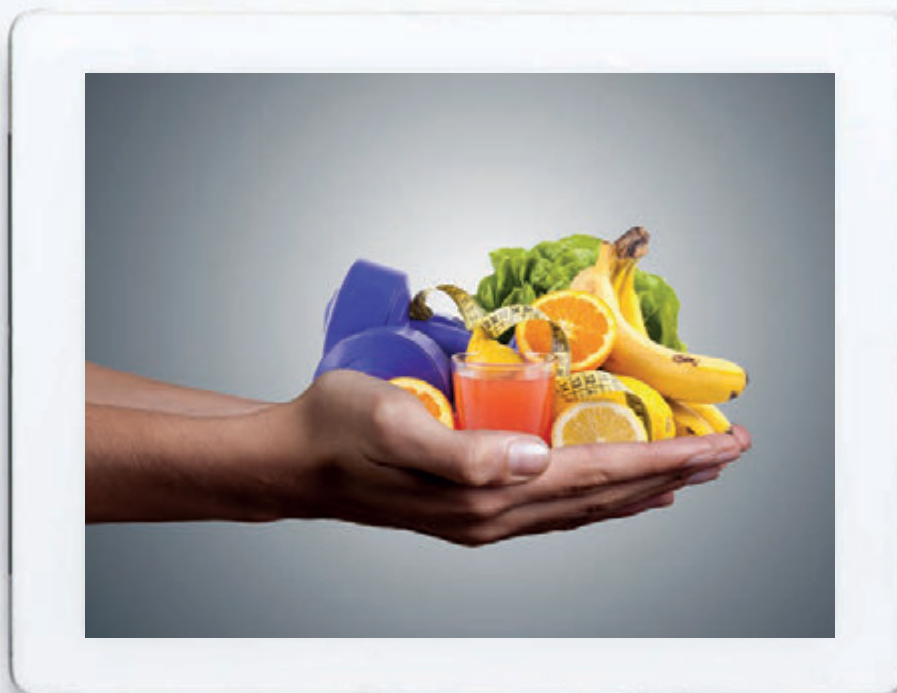
Presentes há uma década



O Hospital **CUF** Cascais celebrou 10 anos de presença no concelho com um evento realizado no Palácio da Cidadela, no dia 13 de setembro.

Durante o evento foi feito um balanço do crescimento da **CUF** em Cascais na última década. Crescimento esse que fica bem evidente através do facto de, em 2017, um terço dos cascalenses ter recorrido ao Hospital **CUF** Cascais – por dia, foram atendidos cerca de 1700 clientes e realizadas mais de 800 consultas.

Assinale-se que, em 2008, começou por abrir no concelho a Clínica **CUF** Cascais. Seis anos depois, as suas instalações transformaram-se no Hospital **CUF** Cascais. Agora, já com uma década de existência, voltam a existir projetos de expansão, nomeadamente através da construção de um novo edifício, reforço e requalificação do hospital e criação de um centro de reabilitação na Parede.



Slideshow

7 resoluções saudáveis para o novo ano

Sugerimos sete medidas simples para ter mais saúde. Aproveite a mudança de ano e mude também... para melhor!

<https://tinyurl.com/ya75gbaw>

Artigos

Insulina: como é usada para controlar a diabetes?

A insulina é, em muitos casos, o melhor tratamento para a diabetes, permitindo normalizar os níveis de açúcar (glicose) no sangue e prevenir complicações.

<https://tinyurl.com/ycho8mnf>

Linfoma: e agora?

O linfoma é uma doença maligna mas que pode ter cura. Reconhecer os sintomas é o primeiro passo para o diagnóstico da doença e o início do tratamento.

<https://tinyurl.com/y9sgajsd>

Síndrome de Tourette: o que significa e como gerir?

Alguns tiques são, na verdade, manifestações da síndrome de Tourette, um problema que começa cedo e interfere com a vida pessoal, escolar, laboral e social.

<https://tinyurl.com/yb2ycja4>

Úlceras: sabe o que são?

Esqueça tudo o que lhe contaram sobre as úlceras. A culpa não é dos "nervos" ou dos "picantes". Saiba mais para poder prevenir e tratar.

<https://tinyurl.com/y9d3qaux>

Miastenia grave: o que é e como lidar com esta doença?

Fique a conhecer esta doença crónica, autoimune, que frequentemente atinge os músculos que coordenam o olho.

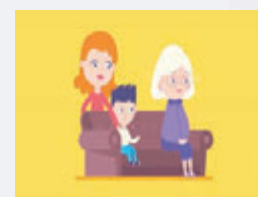
<https://tinyurl.com/y74ndhvs>

Rinite alérgica: como gerir

Uma boa gestão da rinite alérgica é fundamental para manter a doença controlada, reduzir os sintomas e manter a qualidade de vida.

<https://tinyurl.com/y9yddffp>

Vídeos



Porque é que a avó não se lembra de mim?

Pretende explicar a uma criança o que é a doença de Alzheimer? Este vídeo, especialmente dedicado aos mais novos, ajuda a esclarecer.

<https://tinyurl.com/yb93ds9z>

Infografia

Cancro: sinais a ter em atenção

Os cancros da mama, colorretal, da próstata e do pulmão são os mais frequentes em Portugal. Saiba quais os fatores de risco e os sintomas a que deve prestar atenção.

<https://tinyurl.com/y7mupbhb>

+ testemunhos

PERFIL

A modelo portuguesa, mãe pela primeira vez há dois anos, recorda o nascimento do filho na CUF e destaca o lado humano dos médicos e a rapidez no atendimento.

Joana Freitas

Joana Freitas nasceu a 10 de setembro de 1986, no Porto, onde viveu até aos 19 anos.

Entrou no mundo da moda aos 14 anos, altura em que se sagrou a vencedora portuguesa na competição Supermodel of the World.

Estudou Comunicação Social no Porto.

Recorda-se da primeira vez que entrou numa unidade **CUF**?
Não consigo precisar mas tenho imensas memórias da **CUF** Cascais. Quando somos crianças temos sempre a companhia dos pais para ir ao médico; quando fui viver para Lisboa, sem os meus pais, era nova e vivia sozinha. Sempre que estava doente ia à **CUF** Cascais.

Qual foi a sua passagem mais marcante pela **CUF**?

A minha gravidez. Adorei a médica. Não a conhecia mas fui parar às mãos de uma excelente médica que se tornou minha amiga.

Enquanto mãe, como vê o impacto do pediatra no crescimento saudável do seu filho?

É muito importante, não só para eles que são pequeninos mas também para nós. Sou mãe de primeira viagem e tenho sempre tantas dúvidas. Mas desde pequeno que o meu filho Francisco é seguido na **CUF**.

O que considera mais importante quando recorre a uma unidade de saúde?

A rapidez é muito importante. Na última consulta que tive, a médica arranjou-me um raio X para o mesmo dia e não tive de perder muito tempo. A facilidade em tratar de tudo num dia é ótima.

Quais são, para si, as qualidades essenciais de um médico?

O lado humano é muito importante. No caso das mães, preocupamo-nos muito mais com os problemas dos filhos do que com os nossos. Esse lado humano de um profissional acalma as mães.

Quais são os pontos fortes das unidades **CUF**?

A rapidez, as instalações, a escolha dos profissionais e a facilidade: conseguimos ter acesso às análises no *site*.

A **CUF** tem investido na disponibilização de conteúdos de saúde que sensibilizem os portugueses para a adoção de hábitos de vida saudáveis. Considera que esta é uma boa aposta?

Sim. É algo que me preocupa como mãe. As instituições grandes deviam ajudar as crianças a terem uma vida mais saudável. Não adianta serem só os pais em casa a trabalhar essas temáticas se depois não há a continuação desse exemplo. +

“A médica [que acompanhou a minha gravidez] é excelente e tornou-se minha amiga.”



Um caso urgente em alto-mar

O velejador Manuel Dantas sofreu uma apendicite em alto-mar que acabou por se agravar e causar uma peritonite. A rápida resposta do Hospital CUF Cascais foi determinante para que esta história tivesse um desfecho feliz.

Velejador experiente, Manuel Dantas, de 41 anos, desvalorizou a dor que subitamente começou a sentir ao fundo das costas no final de 2017. Fazia parte da equipa que dava apoio a Francisco Lufinha e Anke Brandt, que tentavam bater o recorde mundial da maior viagem de *kitesurf* em dupla que ligava Ponta Delgada a Oeiras. “Como a nossa atividade era muito física, pensei tratar-se de uma dor muscular. Andamos sempre a puxar pelo limite do corpo e aos 40 anos pensamos que já o conhecemos”, diz. Mas o que parecia ser uma distensão muscular acabou por revelar-se algo mais sério, cujas consequências podiam ter sido fatais. O velejador tinha uma apendicite que, como não foi rapidamente tratada, acabou por resultar numa peritonite (inflamação generalizada do abdómen).

Os sintomas da apendicite podem simular outras doenças, como gastroenterites, infeções urinárias, cólicas renais ou síndrome do cólon irritável, ou inclusivamente patologia ginecológica nos doentes do sexo feminino.

Outro dos motivos pelos quais Manuel Dantas não valorizou os sinais que o corpo dava foi por haver mais pessoas na equipa com sintomas semelhantes. “Havia pessoas com sintomas de gastroenterite. Pensei que pudesse ter sido algo que tivéssemos comido”, recorda.

Quando desmaiou pela primeira vez, tanto ele como o médico que dava apoio ao grupo suspeitaram que o problema podia ser outro. “Quando acordei puseram-me a soro. Mas quando passava o efeito voltava a desmaiar”, conta. Às quatro horas da manhã do dia em que iam cortar a meta, a situação agravou-se de tal modo que Manuel Dantas pediu para ser socorrido.

Manuel Dantas estava em alto-mar mas teve de ser levado de urgência para o Hospital CUF Cascais devido a uma apendicite. Hoje, mostra-se profundamente agradecido à equipa médica que o tratou: "São os meus heróis."



Entraram em contacto com o Hospital CUF Cascais, do qual tinham as melhores referências. “À sua chegada, estava o bloco operatório reservado e uma equipa pronta a intervir, uma vez que a sua situação era preocupante”, recorda a anestesiológica Dália Nogueira.

A rapidez na resposta

De acordo com Dália Nogueira, vários fatores precipitaram o agravamento da doença. “O Manuel tem uma grande resistência à dor, o que ajudou a mascarar os sintomas. A dor surgiu num local pouco habitual e no mar não tinham meios complementares de diagnóstico”, refere.

Manuel Dantas foi sujeito a uma cirurgia que durou mais do que o normal. “O quadro era bastante grave. Não pudemos remover o apêndice por laparoscopia. Tivemos de realizar uma laparotomia mediana [incisão na parede abdominal na linha média e de grandes dimensões] para lavar toda a cavidade e retirar o pus”, explica João Niza Barradas, o médico cirurgião que operou o velejador.

Uma intervenção que habitualmente demora 40 minutos neste caso prolongou-se por hora e meia. E a alta hospitalar, que numa situação normal ocorre ao fim de 24 a 48 horas, no caso de Manuel Dantas só aconteceu 12 dias depois.

A médica anestesiológica Dália Nogueira refere que o facto de Manuel Dantas ter uma grande resistência à dor ajudou a mascarar os sintomas.

João Niza Barradas alerta para a necessidade de os doentes serem vistos por um médico caso os sintomas não desapareçam ao fim de 12 horas: “Em casos muito graves, o doente pode ficar com sequelas abdominais, renais, respiratórias, neurológicas ou mesmo acabar por falecer.”

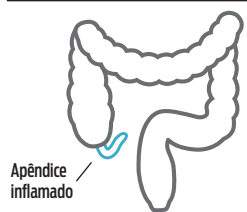
O velejador só percebeu a gravidade do seu estado depois de ter acordado da anestesia. “Quando acordei e vi o tamanho da cicatriz e os tubos que tinha no corpo, assustei-me. Mas as enfermeiras que me acompanharam durante o recobro explicaram-me o que se tinha passado e estiveram sempre ao meu lado. Tiveram muita paciência comigo”, diz. Manuel Dantas mostra-se também profundamente agradecido à equipa médica: “São os meus heróis.” +



Quando chegou ao Hospital CUF Cascais, Manuel Dantas tinha o bloco operatório reservado e uma equipa pronta a intervir.

APENDICITE: O QUE DEVE SABER

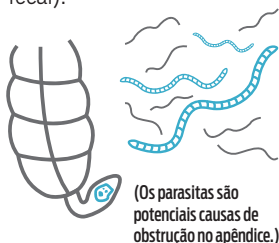
O QUE É?



A apendicite é uma inflamação do revestimento interno do apêndice, um órgão com cerca de cinco centímetros de comprimento localizado na parte inicial do intestino grosso. Esta inflamação ocorre mais frequentemente em pessoas com idades entre os 15 e os 30 anos, não havendo ainda uma explicação científica para isso.

POTENCIAIS CAUSAS

A inflamação surge quando há uma obstrução no apêndice. Esta pode ser causada por uma doença inflamatória intestinal, infeções, tuberculose, parasitas, tumores ou formação de fecalitos (acumulação de material fecal).



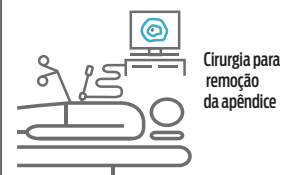
SINTOMAS

O primeiro sintoma é o aparecimento de uma dor em torno do umbigo que depois se vai deslocando para a região inferior direita do abdómen. Com o passar do tempo a dor aumenta, principalmente quando o doente se mexe. Pode ser acompanhada de náuseas, vômitos e perda de apetite. Se a infeção se agravar, pode surgir febre. Caso o doente não apresente melhoras ao fim de 12 horas, João Niza Barradas aconselha a que seja visto por um médico.



TRATAMENTO

Feito o diagnóstico, o único tratamento ainda disponível é a cirurgia para remoção do apêndice. Na maioria dos casos é feita por laparoscopia, um procedimento cirúrgico minimamente invasivo com a duração de cerca de 40 minutos. O doente tem alta hospitalar entre 24 a 48 horas depois.



A construir bases sólidas para a vida.



Quando o seu bebé começa a comer sozinho, NAN OPTIPRO 4 continua ao seu lado.

Nesta fase, o seu bebé entra num novo mundo de curiosidade, descoberta e maior independência. Começa a comer sozinho mas, às vezes, nem tudo acaba na sua barriguinha.

NAN OPTIPRO 4 continua ao seu lado para ajudar o seu bebé a construir bases sólidas para a vida.

Saiba mais sobre as necessidades nutricionais dos bebés em www.nestlebebe.pt

NOTA IMPORTANTE: NAN OPTIPRO 4 não é um substituto do leite materno mas uma bebida láctea infantil especialmente indicada para crianças saudáveis a partir dos 12 meses de idade. A amamentação deverá prolongar-se tanto quanto possível.


Começar Saudável
Viver Saudável.

Qual o leite infantil mais adequado?

 Pesquisar

+foco

Saúde no feminino

Da juventude
aos anos dourados





Sabia que ...

Em 2017 a idade média para o nascimento do primeiro filho era de 30,3 anos, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística.

Desde a deteção de problemas relacionados com o crescimento, na adolescência, passando pelo período fértil, até à prevenção de doenças como o cancro da mama, são várias as vantagens de um acompanhamento médico contínuo e especializado da mulher. Este é o guia, passo a passo, dos principais cuidados a ter durante uma vida que se quer longa e saudável.

Quando deve ser feita a primeira visita ao ginecologista? Há cuidados a ter ainda antes do aparecimento da primeira menstruação? Com que periodicidade deve ser feita uma citologia? Estas são algumas das questões colocadas por mulheres de todas as idades, cientes de que um bom acompanhamento médico lhes pode garantir uma existência saudável desde os bancos da escola até à fase das brincadeiras com os netos.

Uma boa saúde deve ser garantida desde cedo. A abordagem diferenciada deverá começar na Consulta de Medicina do Adolescente, pensada para esta fase do desenvolvimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência vai dos 10 aos 19 anos. “Este grupo etário tem particularidades em termos de desenvolvimento físico, psicológico e social. São idades muito específicas e há vários temas da adolescência que devem ser tratados de uma forma diferente, quer em termos de patologia, quer da própria abordagem”, diz Paula Fonseca, pediatra e responsável pela Consulta de Medicina do Adolescente no Hospital **CUF** Porto. A adolescência tem, de facto, patologias próprias que merecem uma atenção particular. “A puberdade, se não acompanhada desde cedo, poderá vir a ter repercussões na idade adulta, mesmo em termos de fertilidade”, alerta a pediatra, que recorda o caso de uma rapariga com uma cromossomopatia não diagnosticada que entrou na adolescência sem continuar a puberdade. Não teve menstruação. “Quando surgiu na consulta, aos 15 anos, já se tinha perdido o tempo de intervenção, tanto em termos de crescimento como de maturação pubertária”, lamenta a médica.

É preciso distinguir puberdade e adolescência. “É o aparecimento do botão mamário que marca a entrada na puberdade – traduzida no surgimento das características sexuais secundárias –, que nas raparigas pode acontecer a partir dos 8 anos”, explica. “Depois seguem-se cinco anos de crescimento e desenvolvimento. No caso de uma rapariga que inicia a puberdade aos 8, passam-se dois a dois anos e meio até surgir a menarca (a primeira menstruação).” Estes dois anos são cruciais, já que é na primeira fase da puberdade que as raparigas mais crescem. Depois do aparecimento da menstruação as raparigas ainda crescem, mas menos.

Nesta fase o crescimento também está associado às hormonas sexuais – no caso das raparigas, o estradiol. Em doses baixas esta hormona promove o crescimento, mas a certa altura atinge níveis muito elevados e contribui para a fusão das epífises ósseas (ligações terminais dos ossos). É isso que explica que, já perto da menarca ou pouco depois, o crescimento dos ossos pare. “No caso da menina em questão, ela não tinha o estradiol nem a hormona do crescimento, o que fez com que chegasse aos 15 anos sem menarca e com 1,40 metros de altura. Se o caso tivesse sido detetado a tempo podia ter sido administrada a hormona do crescimento e estradiol com melhoria franca do resultado final”, recorda a especialista. Deste modo, os adolescentes devem ter um acompanhamento regular de forma a rastrear e tratar as patologias mais frequentes. Muitas vezes, devido também às alterações do padrão alimentar próprias da adolescência aliadas ao crescimento acelerado, também surgem carências nutricionais que podem levar ao aparecimento de anemia, sobretudo nas raparigas.

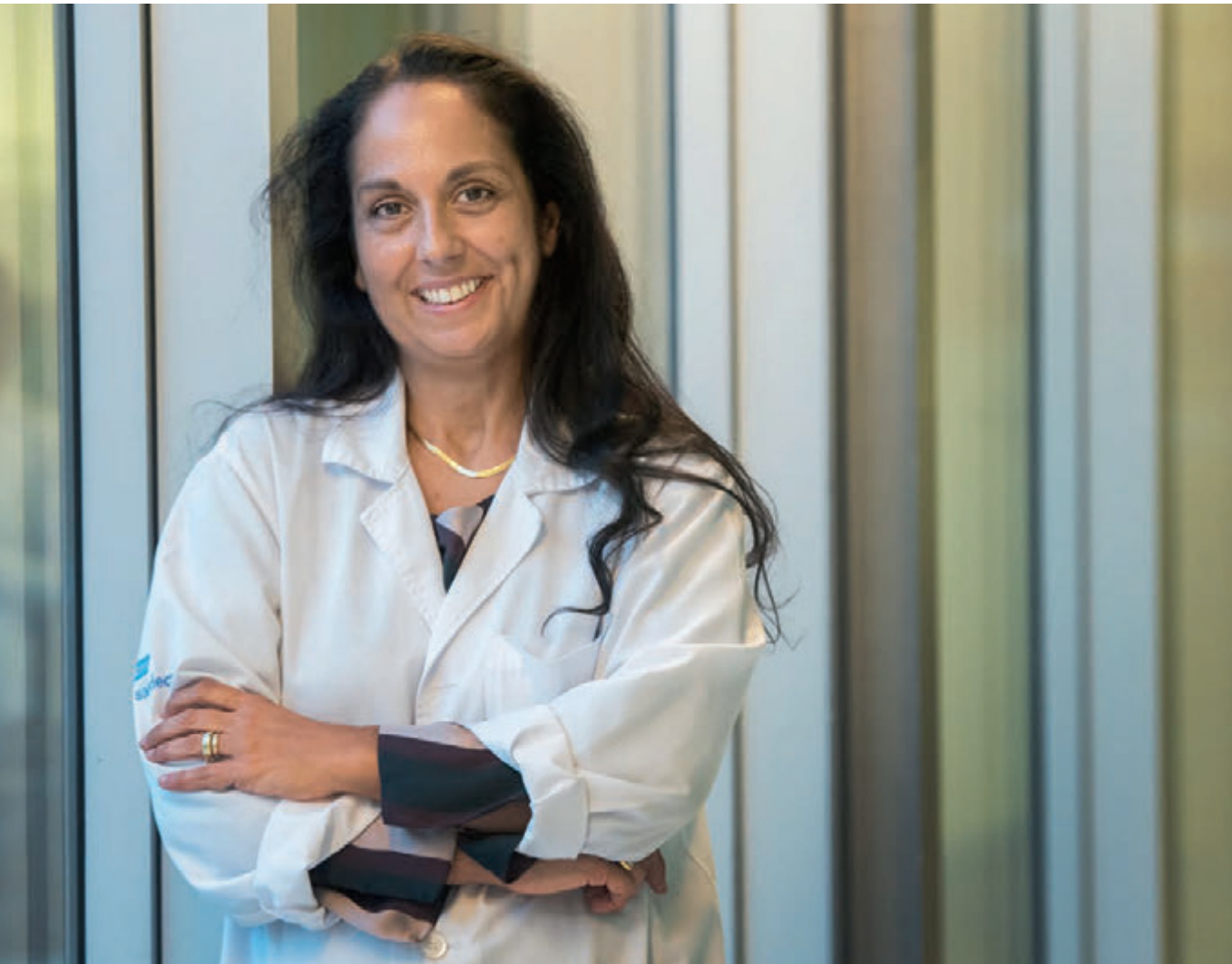
Na Consulta do Adolescente também é feito o acompanhamento das questões psicossomáticas associadas a esta fase. “As pesquisas recentes mostram que é na adolescência que há um maior desenvolvimento cerebral, o qual ocorre no sentido pósterio-anterior, sendo o córtex pré-frontal – parte anterior responsável pela capacidade de avaliação do risco – o último a ser desenvolvido”, explica Paula

Fonseca, para quem outra das questões a acompanhar se prende com o desenvolvimento do pensamento abstrato, que também ocorre na adolescência.

“O que fazemos na Consulta de Medicina do Adolescente é quase um ginásio: treinar o cérebro para que, chegada a situação, os circuitos cerebrais já estejam formados.”

Paula Fonseca

A Consulta de Medicina do Adolescente também tem uma vertente de educação para a saúde incluindo informação sobre hábitos de sono, alimentação, comportamentos aditivos e sexualidade.



Paula Fonseca refere que as adolescentes devem fazer a primeira citologia três anos depois de iniciarem a vida sexual.

Muitas vezes é com este especialista que as raparigas discutem a decisão de iniciar a primeira pílula.

Neste campo são importantes os “cuidados antecipatórios”. “O adolescente – pelo menos inicialmente – é todo emoção. Pensa no imediato, não se consegue projetar no futuro. E há estudos que mostram que em momentos de grande tensão emocional não têm as sinapses que fazem com que o córtex pré-frontal responda. Por vezes, na brincadeira, digo que o que fazemos na consulta é quase um ginásio: treinar o cérebro para que, chegada a situação, os circuitos cerebrais já estejam formados para a tomada das decisões mais seguras”, explica a especialista, que aplica o mesmo tipo de “treino” na educação sexual.

No que toca aos cuidados a ter, a adolescente deve fazer a primeira citologia três anos depois de iniciar a vida sexual – isto além da contraceção, que deve sempre aliar um contraceutivo de barreira à toma da pílula. Contudo, se surgirem situações como corrimento ou algum tipo de desconforto, deverá ser vista por um ginecologista. Teoricamente, aos 18 anos termina a vigência da Consulta de Medicina do Adolescente mas esta é uma decisão que deve ser tomada caso a caso.

NA CUF...



Unidade da Mulher

Hospital CUF Torres Vedras e Hospital CUF Coimbra

O Hospital CUF Torres Vedras e o Hospital CUF Coimbra dispõem de equipas multidisciplinares e de uma oferta alargada no âmbito da saúde da mulher, oferecendo um acompanhamento clínico integrado desde a adolescência até à menopausa, abrangendo todas as etapas da saúde feminina com a aplicação criteriosa dos melhores métodos de diagnóstico e terapêuticas.



Cuidados a ter na idade fértil

Além da consulta anual com o ginecologista, no seu dia a dia a mulher deve estar atenta ao aparecimento de nódulos mamários, hemorragias fora do período menstrual ou perdas de sangue no decurso da atividade sexual. “A periodicidade de outros exames depende da idade. Por exemplo, a partir dos 40 anos deve realizar uma mamografia de dois em dois anos e uma ecografia mamária anualmente. Outros exames, como a ecografia transvaginal, dependem do que a história e o exame clínico suscitarem”, afirma João Silva Carvalho, coordenador da equipa de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital CUF Porto.

Durante a chamada idade fértil a mulher poderá ser afetada por um conjunto de patologias relativamente frequentes. Fibromiomas, pólipos, infeções vaginais e doenças sexualmente transmissíveis são, em geral, benignos. “Do ponto de vista neoplásico surgem a neoplasia do colo do útero e da mama. E, mais tarde, após a menopausa, têm especial importância as neoplasias do ovário e do endométrio”, alerta o especialista. No que diz respeito às situações neoplásicas o mais importante é a deteção precoce porque na maior parte delas consegue-se a cura.

Com a primeira gravidez a ocorrer cada vez mais tarde – em 2017 a idade média para o nascimento do primeiro filho era de 30,3 anos, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística –, há várias questões a ter em conta nesta fase. “As principais são a dificuldade em engravidar por uma maior prevalência da infertilidade em função da idade, bem como do abortamento e o aparecimento de algumas anomalias genéticas, sendo a principal a trissomia 21”, lembra o médico. A fertilidade vai diminuindo. “A probabilidade mensal de gravidez é de 20 a 25% até aos 33 anos mas após os 35 ocorre um declínio acentuado, sendo de cerca de 5% aos 40 anos. À medida que a idade avança vai havendo uma quantidade menor de ovócitos nos ovários e uma importante diminuição da sua qualidade”, explica o especialista. Em paralelo, nos últimos anos foram registados avanços notáveis na medicina. “Hoje é possível detetar situações patológicas nos fetos ainda dentro do útero da mãe, corrigir muitas doenças maternas que aparecem durante a gravidez e obter a resolução cirúrgica de múltiplas patologias ginecológicas por cirurgia minimamente invasiva”, garante o responsável.



Sabia que...
Embora existam naturalmente variações, um casal saudável tem cerca de 30% de probabilidades de conceber em cada ciclo menstrual em que a mulher tenta engravidar.

NA CUF...



Centro da Mulher Hospital CUF Descobertas

O Centro da Mulher do Hospital CUF Descobertas dispõe de uma oferta diferenciada no acompanhamento da saúde feminina, incluindo um corpo clínico que disponibiliza consultas, exames de ginecologia, cirurgia, partos e atendimento permanente. Como centro diferenciado e especializado a sua oferta e acompanhamento estão focados em áreas de especialização, como alto risco obstétrico, cirurgia ginecológica minimamente invasiva, ecografia, ginecologia oncológica, medicina fetal, patologia cervical, senologia, uroginecologia e reconstrução do pavimento pélvico.

“Hoje é possível detetar situações patológicas nos fetos ainda dentro do útero da mãe, corrigir muitas doenças maternas que aparecem durante a gravidez e obter a resolução cirúrgica de múltiplas patologias ginecológicas por cirurgia minimamente invasiva.”

João Silva Carvalho



João Silva Carvalho indica que, a partir dos 40 anos, as mulheres devem realizar uma mamografia de dois em dois anos e uma ecografia mamária anualmente.

A aventura da gravidez

A **PÓS A DECISÃO DE ENGRAVIDAR** deve ser feita uma Consulta de Pré-Conceção com a mulher e o parceiro. Nesta consulta é feito o historial clínico da futura grávida e é realizada uma citologia cervical e uma ecografia mamária. “A gravidez é um estado de variação hormonal e, se existir um nódulo mamário previamente à gravidez, este pode tornar-se mais evidente. Se soubermos que a mulher tem um nódulo mamário e que este cresceu durante a gravidez, será uma situação a ser avaliada pelo médico mas que não nos preocupará tanto como os casos em que não existe um nódulo prévio, surgindo durante a gestação”, afirma Susana Maia, ginecologista-obstetra no Hospital **CUF** Porto. Também é efetuada uma ecografia para avaliar o útero e os ovários, um exame que poderá excluir patologia uterina, nomeadamente malformações do útero. São ainda pedidas análises de sangue, não apenas para avaliar o estado geral da saúde da mulher mas para confirmar o grupo sanguíneo. É igualmente verificada a imunidade da futura mãe

à rubéola e à toxoplasmose, bem como a validade da vacina antitetânica. Ao parceiro são também pedidas análises de sangue, é perguntado se tem alguma doença, se já teve parotidite, se é fumador e se já tem filhos. Também é importante saber se o casal apresenta história familiar de doenças cromossómicas ou historial de abortos repetidos.

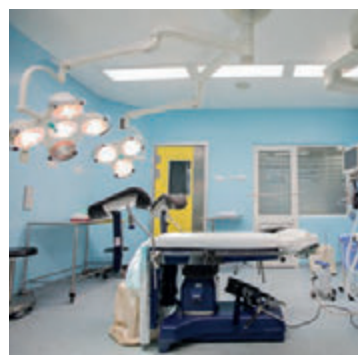
Uma gravidez a partir dos 35 anos acarreta mais riscos, havendo uma maior possibilidade de a grávida desenvolver diabetes gestacional e de o bebé apresentar alterações cromossómicas como a trissomia 21. Contudo, para estas mulheres a Consulta de Pré-Conceção é em tudo semelhante à das grávidas mais jovens. Numa segunda consulta, se tudo estiver bem, inicia-se a suplementação de ácido fólico – fundamental para o desenvolvimento normal do bebé – e, resultado de uma recomendação recente, a suplementação com iodo. No caso de uma gravidez não planeada “a única diferença é que, se não houver uma citologia cervical recente, ela é feita nesta altura”, afirma Susana Maia.

Susana Maia explica que na Consulta de Pré-Conceção é feito o historial clínico da futura grávida e realizada uma citologia cervical. É ainda pedida uma ecografia mamária.



Num casal saudável, a probabilidade de sucesso é de cerca de 30% em cada ciclo menstrual que a mulher tenta engravidar. Contudo, é normal que o processo demore mais tempo. “Há mulheres que fizeram 15 ou 20 anos de pílula. Embora a pílula não provoque infertilidade, acaba por colocar o útero e os ovários numa espécie de hibernação. Há úteros e ovários que ‘acordam’ mais rapidamente e outros que precisam de mais tempo”, explica a ginecologista. “A gravidez tem 40 semanas, é dividida em três trimestres e em cada um são feitas análises e ecografias. As análises do primeiro trimestre – que vão despistar a diabetes prévia e a diabetes gestacional e incluem também diversos marcadores víricos – devem ser feitas até às 14 semanas”, explica Susana Maia que, a estes exames, acrescenta análises à função hepática e à urina. A ecografia do primeiro trimestre – o momento mais aguardado pelos futuros pais – é feita entre as 11 semanas e as 13 semanas e seis dias. Permite datar a gravidez, verificar a existência de malformações no embrião e medir a translucência da nuca – uma prega que, se estiver aumentada, pode dar pistas de alterações cromossómicas, como o síndrome de Down. É também por esta altura que é feito o rastreio bioquímico, no qual são doseadas duas hormonas que, juntamente com os dados da ecografia e a idade materna, fazem o chamado rastreio pré-natal combinado. O resultado mostra a probabilidade de aquele bebé vir a ter uma alteração cromossómica como trissomia 21, trissomia 13 ou trissomia 18 (sendo as duas últimas incompatíveis com a vida).

NA CUF...



Unidade de Alto Risco Obstétrico

Hospital CUF
Descobertas

A Unidade de Alto Risco Obstétrico do Hospital **CUF** Descobertas é uma unidade multidisciplinar vocacionada para o aconselhamento pré-concepcional e vigilância obstétrica de mulheres com doenças ou fatores de risco para a gravidez: hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doença autoimune, doença tromboembólica, antecedentes de parto pré-termo, restrição de crescimento fetal, aborto recorrente, morte fetal *in utero*, entre outras.

“[Após o parto] deve ser feita uma boa alimentação e uma boa hidratação. O processo da amamentação requer muitos líquidos e também muitos nutrientes.”

Susana Maia

No Hospital **CUF** Porto é ainda oferecida à grávida a hipótese de fazer um outro teste de rastreio combinado, ligeiramente diferente (neste caso, a partir do sangue da mãe é conseguido o ADN do bebé) e com uma capacidade de deteção superior ao rastreio combinado. Caso algum destes testes levante suspeita, é feita a amniocentese entre as 16 e 17 semanas, um exame invasivo que tem um risco de perda do bebé que ronda 1%. Antes disso, e com o mesmo propósito, entre as 11 e 14 semanas de gravidez pode ser feita a biopsia das vilosidades coriônicas, um teste igualmente invasivo mas que permite resultados numa fase mais precoce.

No segundo trimestre, entre as 18 e 22 semanas, é feita a ecografia morfológica, e entre as 24 e 28 semanas o teste de rastreio à diabetes gestacional. Seguem-se a ecografia do terceiro trimestre e novas análises por volta das 33 semanas. “Em alguns casos, como por exemplo grávidas com diabetes prévia ou fetos com translucência da nuca aumentada, deverá ser realizada uma ecocardiografia fetal. É um exame feito por um cardiologista pediátrico que vai avaliar o coração do bebé. É muito importante, já que cerca de 50% das malformações cardíacas fetais não são diagnosticadas pela ecografia”, explica Susana Maia. Ao longo de toda a gravidez é aconselhável que a mulher mantenha uma alimentação equilibrada e um estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercício.

É na fase final da gravidez que o casal pode frequentar aulas de preparação para o parto. “É importante também porque é algo em que o pai consegue ficar mais envolvido e, por vezes, os homens sentem-se um bocadinho à parte. Além do momento do parto propriamente dito são abordados os cuidados na gravidez, no pós-parto e com o recém-nascido.” À partida, o ideal é o parto vaginal, mas há muitas situações em que isso não é possível, sendo necessária uma cesariana – programada ou de emergência. Independentemente do tipo de parto, os dias que se seguem são muito exigentes para a mulher, a recuperar fisicamente e a adaptar-se à amamentação. Até às quatro semanas pode ter perdas de sangue e, se o parto tiver sido por cesariana, necessitará de alguns cuidados com a cicatriz abdominal e deve evitar fazer esforços.

“Deve ser feita uma boa alimentação e uma boa hidratação. O processo da amamentação requer muitos líquidos e também muitos nutrientes. E é necessário ter cuidado com a mama – ver se não fica vermelha, por exemplo – para evitar mastites”, recomenda a ginecologista. A partir da terceira semana pode ser iniciada a pílula da “amamentação” e, idealmente, a vida sexual deve ser iniciada depois da consulta de revisão do puerpério. “É feito o exame da mama, citologia cervicovaginal e ecografia ao útero e ovários para ver se está tudo bem. Fecha-se o ciclo. Depois, só passado um ano devem vir à consulta”, diz Susana Maia.



COMER DE TUDO DE FORMA EQUILIBRADA

A alimentação no pós-parto ainda causa muitas dúvidas. A Consulta de Nutrição da **CUF** é ideal para desmistificar e apoiar a mulher nesta fase

A alimentação no pós-parto merece um cuidado especial por dois motivos: a manutenção da saúde materna e a otimização da nutrição do bebé, caso se opte pela amamentação.” Quem o garante é Maria Antónia Ruão, nutricionista no Hospital **CUF** Porto. “Esta é uma fase de muitas alterações, quer corporais quer emocionais. Além disso, há um aumento das necessidades energéticas, podendo levar a um aumento do apetite por vezes difícil de gerir.” As dietas pós-parto devem ser pensadas de modo a garantir todos os macro e micronutrientes através de uma alimentação equilibrada e não restritiva. Tal como na gravidez, o consumo de álcool é desaconselhado no pós-parto.

“Uma das razões para procurar a Consulta de Nutrição está relacionada com as crenças alimentares. Há imensos mitos enraizados que limitam o consumo de alguns alimentos e outros que levam as mães a ingerirem comida em demasia”, explica Maria Antónia Ruão. “A Consulta de Nutrição é ideal para o cálculo de um plano nutricional personalizado, para que a mãe atinja os objetivos pessoais de perda de peso corporal assegurando a correta alimentação do bebé.”

O fim da idade fértil

A FERTILIDADE DA MULHER diminui, até desaparecer por completo, por volta dos 50 anos. Durante a menopausa – diagnosticada após um ano de ausência de menstruação numa mulher com mais de 45 anos – o organismo passa por várias alterações hormonais. Como resultado, surgem sintomas que podem interferir com o seu dia a dia. “A curto prazo há a referir os sintomas vasomotores [calores, suores súbitos e vermelhidão da pele], alterações no padrão de sono e alterações emocionais”, refere Cláudia Lourenço, ginecologista-obstetra no Instituto **CUF** Porto. A médio prazo é normal que surjam outras queixas, a síndrome génito-urinário da menopausa a manifestar-se através de secura, dor ou ardor vaginal, infeções urinárias e dor durante o ato sexual. “Mais tardiamente podem surgir complicações cardiovasculares, osteoporose e doenças neurocognitivas como a doença de Alzheimer”, afirma a ginecologista. Depressão e cancro da mama são outros tipos de patologia a que a mulher está mais propensa nesta altura da vida. Por tudo isto é importante ter hábitos de vida saudáveis. “Deve praticar exercício físico de intensidade moderada cerca de 150 minutos por semana, evitar o excesso de peso – mantendo um índice de massa corporal inferior a 30 –, consumir regularmente fibras e vegetais, evitar o consumo de sal e beber álcool com moderação”, explica Cláudia Lourenço. A gravidez não desejada é outra das preocupações durante a pré-menopausa. Embora nesta fase a probabilidade de uma gravidez espontânea seja baixa é importante tomar medidas, dando especial ênfase à contraceção hormonal oral apenas com progestagénio ou aos sistemas intrauterinos com levonorgestrel.

Diagnosticada a menopausa, é feita uma primeira consulta onde são pedidos exames

laboratoriais para avaliar a saúde da mulher e, caso haja interesse em iniciar uma terapêutica hormonal, avaliar os fatores de risco. “Já há calculadoras de risco que facilitam a decisão de iniciar ou não – e de quando o fazer – a terapêutica hormonal”, explica a especialista para quem, em idades mais precoces, o doseamento das hormonas FSH e AMH pode ter um papel importante. São também pedidas uma ecografia pélvica, uma mamografia e uma ecografia mamária anual (nos casos em que há a opção pela terapêutica hormonal). Já a periodicidade da densitometria óssea deve ser orientada pelas normas da DGS. Três a seis meses depois de iniciada uma terapêutica hormonal deve ser feito um ponto da situação para avaliar a tolerabilidade e eficácia dos fármacos. Depois disto prosseguem as consultas anuais, com os rastreios preconizados com as periodicidades habituais.

Embora a terapêutica hormonal ajude a ultrapassar parte dos sintomas associados à menopausa, há riscos a ter em conta. “A terapêutica hormonal de substituição (THS) com apenas estrogénios ou em associação com progestativos é a terapêutica mais eficaz para atenuar os sintomas vasomotores na menopausa. A sua administração pode ser oral ou transdérmica e os riscos são sobejamente conhecidos: risco de AVC e de

cancro da mama”, alerta Cláudia Lourenço, que sublinha que a dose usada deve ser sempre a menor possível durante o mínimo tempo possível. Já a paroxetina – um antidepressivo – pode ser usada para o alívio dos sintomas vasomotores. No caso da secura vaginal é recomendada a aplicação tópica de estrogénios. Tomadas as devidas precauções, a THS

“A mulher na menopausa deve praticar exercício físico de intensidade moderada cerca de 150 minutos por semana, evitar o excesso de peso, consumir regularmente fibras e vegetais, evitar o consumo de sal e beber álcool com moderação.”

Cláudia Lourenço

QUE EXAMES DEVE FAZER AO LONGO DA VIDA?

Da juventude aos anos dourados, descubra que exames deve realizar para assegurar uma saúde de ferro.

A partir dos 21 anos

► **Exame mamário**
Deve ser feito de 3 em 3 anos (e anualmente após os 40) para diagnóstico precoce do cancro da mama

► **Exame ginecológico**
Destina-se a detetar eventuais lesões e tumores na vulva, vagina e colo do útero

► **Exame de Papanicolaou / Citologia**
Deve ser feito pelo menos de 3 em 3 anos, até aos 65, para diagnóstico precoce do cancro do colo do útero





Cláudia Lourenço aponta a terapêutica hormonal de substituição (THS) com apenas estrogénios ou em associação com progestativos como a terapêutica mais eficaz para atenuar os sintomas vasomotores na menopausa.

tem múltiplas vantagens. “Alívio de sintomas vasomotores, diminuição da incidência de fraturas da vértebra e anca e melhoria do perfil de risco cardiovascular devido aos efeitos benéficos na função vascular e no metabolismo da glicose e dos níveis lipídicos”, elenca a ginecologista do Instituto **CUF** Porto. Há que referir que o risco de cancro da mama varia consoante o tipo de terapêutica, início da exposição e duração do tratamento. “Está associado ao uso de THS com progestativo, com uma incidência de 1/1000 mulheres por ano de utilização, sendo que este é um risco sobreponível aos do sedentarismo, obesidade e consumo de

álcool”, alerta a especialista. “Quando na THS são usados estroprogestativos o risco não aumenta ao fim de cinco/sete anos de uso continuado, pelo que este deverá ser o prazo desejado de uso”, refere ainda Cláudia Lourenço. Após a menopausa, para garantir uma vida saudável, a prática de exercício de um modo regular e o correto aporte de cálcio e vitamina D ajudam a combater a osteoporose. Além disso a mulher deve procurar manter-se física e mentalmente ativa, evitar fumar e diminuir o consumo de caféina a partir do fim da tarde para que esta não interfira no seu padrão de sono. +

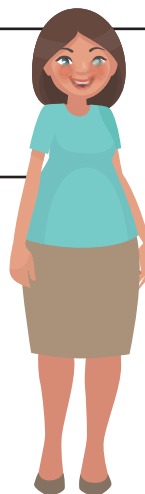
A partir dos 35 anos

- ▶ **Mamografia / Ecografia mamária**
Deve ser feita de 2 em 2 anos para diagnóstico precoce do cancro da mama



A partir dos 50 anos

- ▶ **Colonoscopia**
Deve ser feita de 5 em 5 anos a fim de diagnosticar precocemente o cancro colorretal



A partir dos 65 anos

- ▶ **Densitometria óssea**
Deve ser feita anualmente a fim de prever a osteoporose
- ▶ **Exame pélvico**
Deve ser feito anualmente para diagnosticar precocemente o cancro do útero e ovários



Mónica Carvalho foi submetida a uma cirurgia robótica ginecológica para remover o útero no seguimento de uma adenomiose e endometriose no septo retovaginal.



CIRURGIA ROBÓTICA GINECOLÓGICA

Com mais precisão e segurança

Se não fossem as pequenas cicatrizes, Mónica Carvalho nem se lembrava da operação realizada em junho. A endometriose de que sofria foi tratada por cirurgia robótica ginecológica, uma técnica que é vista como o futuro da cirurgia.

FOI EM JANEIRO DE 2018 que um episódio de dor abdominal intensa levou Mónica Carvalho, de 42 anos, ao Atendimento Permanente do Hospital e, posteriormente, a uma consulta com o seu ginecologista, Rui Viana, no Hospital **CUF** Descobertas. “Na ecografia foi detetada uma massa que poderia ser um mioma. Mas, para ter a certeza, pediu um exame mais específico”, recorda Mónica. Seguiram-se duas histeroscopias – exame feito por via vaginal que permite a observação do útero, trompas e ovários – e uma ressonância magnética, que revelou uma endometriose profunda. “Olhei para o resultado

do exame e achei que não devia ser nada de relevante”, explica Mónica. No entanto, dias depois, Rui Viana pediu-lhe para voltar ao hospital.

“Foi diagnosticada à Mónica uma adenomiose e endometriose no septo retovaginal e, durante o estudo da lesão, a ressonância sugeria que podia haver envolvimento do intestino”, explica o ginecologista obstetra Rui Viana, para quem é essencial que o doente entenda que a cirurgia que vai realizar pode ser mais alargada. Por isso Mónica foi encaminhada para uma Consulta de Cirurgia Geral com Carlos Vaz, coordenador da Unidade de Cirurgia Robótica da **CUF**.



Rui Viana acredita que a endometriose é um dos campos da medicina que mais poderá beneficiar com a cirurgia robótica.

As vantagens da robótica

“O que me levou a optar pela cirurgia robótica foi a garantia de um melhor serviço. Ao fim de 15 dias, já fazia a minha vida normal.”

Mónica Carvalho

“Ficou claro que teria de remover o útero. Não foi uma notícia fácil de ouvir. Além disso, os médicos explicaram-me que só durante o decorrer da cirurgia é que seria possível perceber a real extensão da lesão intestinal. Em último caso, poderia implicar o corte de parte do intestino, o que significava a possibilidade de ter de vir a usar um saco”, conta Mónica, para quem este foi um momento “muito duro”.

Em cima da mesa estavam duas hipóteses: laparoscopia e cirurgia robótica ginecológica. “São as menos invasivas do ponto de vista cirúrgico e as que têm um impacto menos agressivo sobre

o doente, permitindo uma recuperação mais rápida. Mas a cirurgia robótica permite uma capacidade de ampliação muito grande, uma visualização tridimensional e, como os instrumentos são robóticos e articulados, o punho do robô funciona como o punho do cirurgião e permite uma capacidade de dissecação e uma sutura com muito mais pormenor e mais firmeza”, explica Rui Viana, para quem a robótica será a cirurgia do futuro.

A endometriose é um dos campos da medicina que mais poderá beneficiar com esta técnica, em particular nos casos em que há suspeita de envolvimento de outros órgãos. “A doença oncológica em determinado estágio e outras doenças ginecológicas benignas também podem beneficiar com a utilização do robô, sendo cada caso avaliado individualmente”, afirma Rui Viana.

Para Mónica, uma vez explicadas as vantagens da técnica, não houve dúvida. “O que me levou a optar pela cirurgia robótica foi a garantia de um melhor serviço e não tanto a recuperação. A verdade é que ao fim de 15 dias – tinha pequenas incisões na barriga – já fazia a minha vida normal.”

Casos como o de Mónica implicam uma abordagem multidisciplinar. Rui Viana sublinha mesmo que multidisciplinariedade é a palavra-chave no tratamento da endometriose. Por isso, a cirurgia foi feita em conjunto pelas equipas de ginecologia e cirurgia geral. Atendendo à idade de Mónica, foi retirado o útero e as trompas e excisado o nódulo de endometriose do septo retovaginal. Como a parede interna do intestino não estava afetada, este foi mantido na íntegra. Seguiram-se as consultas de vigilância normais e, em outubro, Mónica teve alta. “A partir de agora, e salvo sintomas

que obriguem a uma consulta extra, passa a fazer a vigilância ginecológica de rotina”, diz Rui Viana. “Se não fossem as pequenas cicatrizes que tenho na barriga, já nem me lembrava que tinha sido operada em junho”, garante. +

“A cirurgia robótica permite uma capacidade de dissecação e sutura com muito mais pormenor e firmeza.”

Rui Viana



“A mulher é exemplar como guardiã da saúde da família”

Informação. Esta é uma palavra-chave na gestão de alguns problemas que a evolução sociodemográfica aporta à saúde da mulher, como a gravidez tardia ou o parto por cesariana. É também a prática clínica de Daniel Pereira da Silva, presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetrícia e médico coordenador da Unidade da Mulher no Hospital CUF Coimbra, com provas dadas na área oncológica. Em entrevista, fala de uma realidade em que crescem doenças associadas a uma economia de consumo, mas também da mais-valia dos rastreios e da importância do acompanhamento médico nas idades pós-menopausa.

Como resumiria o estado atual da saúde feminina em Portugal?

Digamos que tem duas facetas. Uma é a da oferta de cuidados, que é cada vez mais vasta, mais diversificada, quer ao nível dos cuidados privados, quer dos públicos. O único elemento que nos traz alguma preocupação – relativa, mas ainda assim preocupação – é a taxa de cesarianas, que é, de facto, elevada em relação ao que as autoridades nacionais e internacionais recomendam.

Em relação ao público, depois de alguma evolução em que se tentou dar resposta à procura, nos últimos anos registou-se uma retração muito grande no investimento a todos os níveis. As estruturas estão a degradar-se, tornam-se obsoletas e mesmo inapropriadas. Quanto aos profissionais, os serviços perderam muitos quadros diferenciados e não foram capazes de captar novos. Enquanto membro do Colégio da especialidade da Ordem dos Médicos digo-lhe que temos feito visitas de avaliação e estamos preocupados.

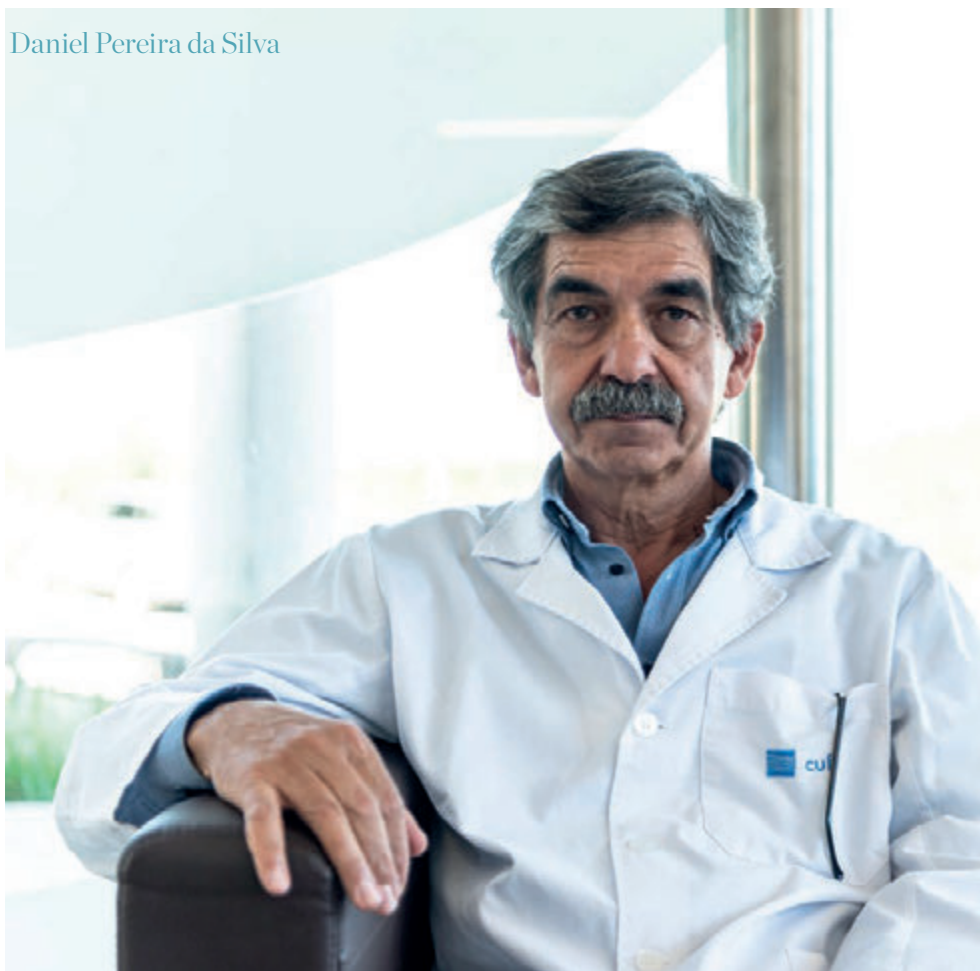
E do ponto de vista da procura, isto é, da saúde da mulher propriamente dita?

Nesse domínio há mudanças substanciais que derivam sobretudo do quadro demográfico, ou seja, de uma natalidade que continua baixa e do envelhecimento. Daí que nas consultas tenhamos, por um lado, cada vez mais senhoras com gravidez tardia ou ausente e, por outro, senhoras com mais de 40 e 50, muitas delas já em menopausa.

A gravidez em idade avançada encerra um risco acrescido para a mulher e para o recém-nascido. Felizmente a taxa de mortalidade é baixíssima e todos os serviços, quer públicos, quer privados, têm dado uma resposta qualitativamente muito eficaz. A verdade é que há cada vez menos crianças a nascer mas um trabalho cada vez maior, porque falamos de mulheres que têm outras morbilidades associadas. E isso coloca outros desafios.

No fundo, estamos a falar de questões de saúde decorrentes do contexto socioeconómico...

Sim. E devemos acrescentar a área mais específica, mas importantíssima, da oncologia,



"A gravidez numa idade avançada encerra risco acrescido para a mulher e para o recém-nascido. Felizmente a taxa de mortalidade é baixíssima e todos os serviços têm dado uma resposta qualitativamente muito eficaz."

onde o número de casos também aumenta com a idade e em função de outros aspetos sociológicos. Deixamos de ter um tipo de cancro mais próprio dos países em vias de desenvolvimento ou de baixos recursos para termos patologias mais frequentes em países com recursos, mais ricos em termos de consumo.

Voltando à maternidade tardia, que problemas identifica ao nível da saúde da mulher?

É uma gravidez que se comporta muitas vezes como de risco, obrigando a cuidados assistenciais mais intensivos. Porque, como mencionei, é mais provável que a mulher tenha outras patologias, nomeadamente diabetes, hipertensão, eclâmpsia. Isto

é que neste momento absorve os cuidados assistenciais, pois o que está em causa é um projeto de vida e é preciso dar uma resposta cada vez mais eficaz.

E para o recém-nascido? Há riscos acrescidos?

Há um maior risco de parto pré-termo. Os cuidados de neonatologia intensiva são muito eficazes entre nós, mas estas são crianças que vão exigir consumo de cuidados de saúde para o resto da vida devido às patologias remanescentes, nomeadamente do ponto de vista pulmonar e das doenças autoimunes. Felizmente a maior parte das situações corre bem, mas o nosso objetivo é reduzir a incidência de problemas ao mínimo possível. O que queremos é que 100% corra bem.

"Neste momento a esperança de vida da mulher portuguesa é de 83 anos: sabendo que a média da menopausa anda pelos 51-52 anos, a mulher vai viver 30 anos em pós-menopausa, 30 anos em que vai ter as consequências da carência hormonal."

Como atua nestas circunstâncias?

É um reflexo da nossa sociedade, em que a mulher é cada vez mais protagonista de todos os aspetos que envolvem o seu papel. É a sua vontade e não é aceitável que um profissional de saúde coloque reservas. Mas deve informar a mulher e o casal dos riscos inerentes. A idade é um imperativo, existem consequências biológicas. É verdade que estamos cada vez mais apetrechados para dar resposta e que a maior parte dos casos corre bem, mas também é verdade que o risco é maior. A mulher tem o seu projeto profissional e isso faz com que postergue o seu projeto de família. Mas é preciso que ela esteja consciente de que, biologicamente, perde potencial de fertilidade com a idade.

Há cada vez mais mulheres na idade da menopausa. Que problemas traz este cenário, tendo em conta que é uma fase da vida em que não se valoriza tanto o acompanhamento médico?

Vamos ter de mudar o paradigma. Se olharmos para os programas de rastreio verificamos que, dos 50 anos em diante, há uma quebra no acompanhamento da mulher – que até aí é exemplar em relação à sua saúde e até como guardiã da saúde da família. Neste momento a esperança de vida da mulher portuguesa é de 83 anos: em apenas 15 anos ganhou à volta de meio ano de vida por ano, o que é brutal. Claro que esta curva não é geométrica, mas é presumível que, por força da evolução dos cuidados gerais de saúde, este aumento continue. Nada nos indica que haja um limite. Contudo, basta pensar nos 83 anos e, sabendo que a média da menopausa anda pelos 51-52 anos, isso significa que a mulher vai viver 30 anos em pós-menopausa, 30 anos em que vai ter as consequências da carência hormonal.

Vejamus outro aspeto. Na sequência da divulgação de resultados sobre a associação com o cancro da mama, gerou-se grande pavor em relação à terapêutica de reposição hormonal e hoje a taxa de mulheres que a faz é mínima. Ora, as consequências da menopausa são muito vastas, por exemplo ao nível da osteoporose, em que a morbidade e a mortalidade são enormes e tendem a aumentar. E também ao nível da sexualidade: a mulher e o

casal passaram a valorizar mais a sexualidade, mas a mulher vai ter dificuldade em dar resposta devido à atrofia dos genitais, que a terapia hormonal minimizava. Além de que há terapêuticas locais, que são absolutamente inofensivas, mas colocou-se tudo no mesmo saco e foram abandonadas. O que tenho vindo a notar nos últimos dois, três anos, são senhoras com perturbações graves que designamos como síndrome geniturinária e que são muito penalizadoras para a qualidade de vida.

Reconheço que houve um certo exagero no potencial de benefício da terapêutica hormonal. Estávamos mal informados. Mas a terapêutica hormonal é um vasto leque de opções que não têm todas o mesmo risco.

Falemos agora do risco oncológico. Como tem evoluído na mulher?

Esse é, marcadamente, outro problema associado ao envelhecimento. Em relação ao cancro da mama, o rastreio está padronizado em todos os países a partir dos 45 anos porque a incidência abaixo dessa idade é bastante esporádica. Salvo nos casos em que há uma carga familiar pesada, com mutações dos genes que predis põem ao cancro da mama – BRCA 1 e BRCA 2 –, o que deve levar a uma abordagem diferente, de prevenção, e a uma conduta individualizada. Salvo estas situações deve fazer-se o rastreio a partir dos 45 anos e não há razões para que se mude.

Diria que os cuidados de saúde primários estão preparados para esta nova realidade da saúde da mulher?

É um pouco o que disse no princípio. Há carências, de facto, sobretudo de profissionais que possam fazer com que a população portuguesa tenha acesso ao médico de família em tempo razoável. Tem havido a preocupação de formar os médicos de medicina geral e familiar em relação aos cuidados pré-natais e à prevenção de alguns tipos de cancro – da mama, do colo do útero e do cólon, este abrangendo os dois géneros. Temos uma das taxas de vacinação do HPV das mais altas do mundo – o único país mais próximo é a Austrália, que vacina rapazes e raparigas [em Portugal, só raparigas]. A taxa de cancro do colo do útero tem vindo a baixar

significativamente e estou convencido de que vai continuar. As primeiras coortes de mulheres vacinadas estão a chegar este ano à consulta, pois começamos a fazer o rastreio aos 25 anos.

Concorda com essa baliza etária?

A tendência é para manter. Aliás, a revisão que está a ser feita na Direção-Geral de Saúde é no sentido de começar aos 25 e terminar aos 65 anos. Perante a evidência que temos e a experiência nacional, parece-me adequado. Talvez pudéssemos adiar o início mas não sei se seria bem aceite.

Colocou o cancro do cólon entre os de maior risco. Porquê?

Está a ser preocupante nas mulheres e nos homens. Aliás, nas mulheres rivaliza com o cancro da mama no aumento quase exponencial do número de casos e com a gravidade de ser uma situação inaparente, cujo primeiro sinal pode ocorrer com a doença avançada.

Os padrões de rastreio adotados em Portugal, aos 50 anos, estão de acordo com os internacionais. A dificuldade está em abarcar uma faixa significativa da população, quer para fazer a pesquisa de sangue oculto nas fezes, quer a colonoscopia. Não estão tão generalizados como o rastreio do cancro da mama ou do colo do útero.

Face ao diagnóstico que traçou, como antecipa a evolução?

Por mais otimista que fosse quando comecei a minha vida clínica, não imaginaria o que vivenciei nestes anos. A evolução da cirurgia, por exemplo, é absolutamente extraordinária. Os instrumentos são de uma fiabilidade tal que nos mostram uma “nova” anatomia: através da cirurgia laparoscópica e robótica identificamos estruturas que de outra forma não conseguiríamos ver e que desta forma conseguimos preservar. Além disso, a recuperação é muito mais rápida. A evolução vai seguramente continuar nesse sentido – de uma cirurgia minimamente invasiva e muito mais dirigida, mais eficaz. E, depois, há tudo o que está à volta dos genes. Vai abrir uma caixa de oportunidades – não sei se de Pandora ou não – porque é um mundo novo, um mundo em que vamos poder alterar um determinado gene para resolver uma dada doença. Mas isso também dá a possibilidade de escolher a cor dos olhos, a inteligência... com o potencial de uma nova eugenia. É uma grande questão que se coloca hoje: em gerações anteriores o nosso objetivo era a cura, mas rapidamente passámos para o aperfeiçoamento. Onde está o certo e o errado? +



CUF Nova SBE

Parceira numa escola mais rica e dinâmica

Pedro Santa Clara

Vice-Presidente da Nova SBE

HÁ POUCO MAIS DE CINCO ANOS tornou-se óbvio que a escola precisava de um novo *campus* para continuar na sua trajetória de internacionalização e crescer. Desde logo, a Câmara Municipal de Cascais apoiou-nos, oferecendo o terreno e abrindo os braços para um sem-número de iniciativas conjuntas com o objetivo de criar uma nova centralidade no concelho, rejuvenescer a população e desenvolver o conhecimento. Mas também ficou rapidamente claro, nesses anos da Troika, que o Estado central não podia apoiar este esforço de investimento. Lançámo-nos, portanto, numa campanha de *fundraising* privada.

Em 2015 criámos a Fundação Alfredo de Sousa – em homenagem ao fundador da escola – para liderar a campanha e desenvolver este *campus*. Uma fundação



privada, sem fins lucrativos, cuja única missão é apoiar a Nova SBE – que é parte da Universidade Nova de Lisboa, uma instituição pública. Desde então, aquilo a que chamamos “Nova” é na verdade uma ligação umbilical entre faculdade e fundação, uma parceria público-privada virtuosa. A Fundação Alfredo de Sousa é governada pelos doadores que, deste modo, se envolvem no futuro da escola. Desde então, recebemos o apoio de 46 empresas que, em conjunto, nos doaram 40 milhões de euros, e de 1632 pessoas, que doaram mais de 6 milhões de euros. Pessoas e empresas que gostaram do projeto e quiseram fazer parte desta história.

A nossa nova escola reflete este apoio extraordinário. Os edifícios chamam-se Hovione Atrium, Cascais Academic Hall, CTT Student Hall, Santander Academic



“A Nova SBE tornou-se um laboratório vivo, em interação constante com empresas e instituições.”

Hall, Ming C. Hsu Executive Hall, Jerónimo Martins Grand Auditorium e Teresa e Alexandre Soares dos Santos Library. Temos o José Manuel de Mello Amphitheatre e outras salas de aula que têm nomes de antigos alunos e amigos da escola, lembram pais e filhos, celebram famílias e amigos.

Quando uma escola se coloca na disposição de pedir ajuda, muda de personalidade. Quando lançamos uma campanha desta natureza tornamo-nos vulneráveis e abrimo-nos ao exterior. E isso aconteceu, está a acontecer e vai acontecer muito mais, porque estamos a desenvolver projetos com cada uma das empresas que apoiam o projeto. Assim, a nova Nova SBE tornou-se um laboratório vivo, em interação constante com empresas e instituições. Sob o lema “Health for Life”, a oferta de serviços da Clínica CUF Nova

SBE assenta em três vertentes: prestação de cuidados de saúde, ações de promoção e educação para a saúde e iniciativas ao nível da investigação e inovação. Temos um balcão do Santander para pensar no que deve ser o retalho bancário no futuro; com a Jerónimo Martins, vamos ter uma loja-laboratório que vai ensaiar novos modos de pagamento. Estamos na segunda edição de um programa em que os diretores clínicos da José de Mello Saúde aprofundam na Nova SBE temas de gestão como Finanças, Governance, Liderança e Gestão de Operações. A Fundação Amélia de Mello apoia uma cátedra na área de Liderança, que tem associada uma grande conferência anual. Com a Brisa estamos a usar o nosso ecossistema de alunos para testar as soluções de mobilidade que estão a desenvolver, tal como o Via Verde Boleias.

A parceria com a McKinsey passa por lecionar a cadeira de Management Seminar aos nossos alunos de licenciatura.

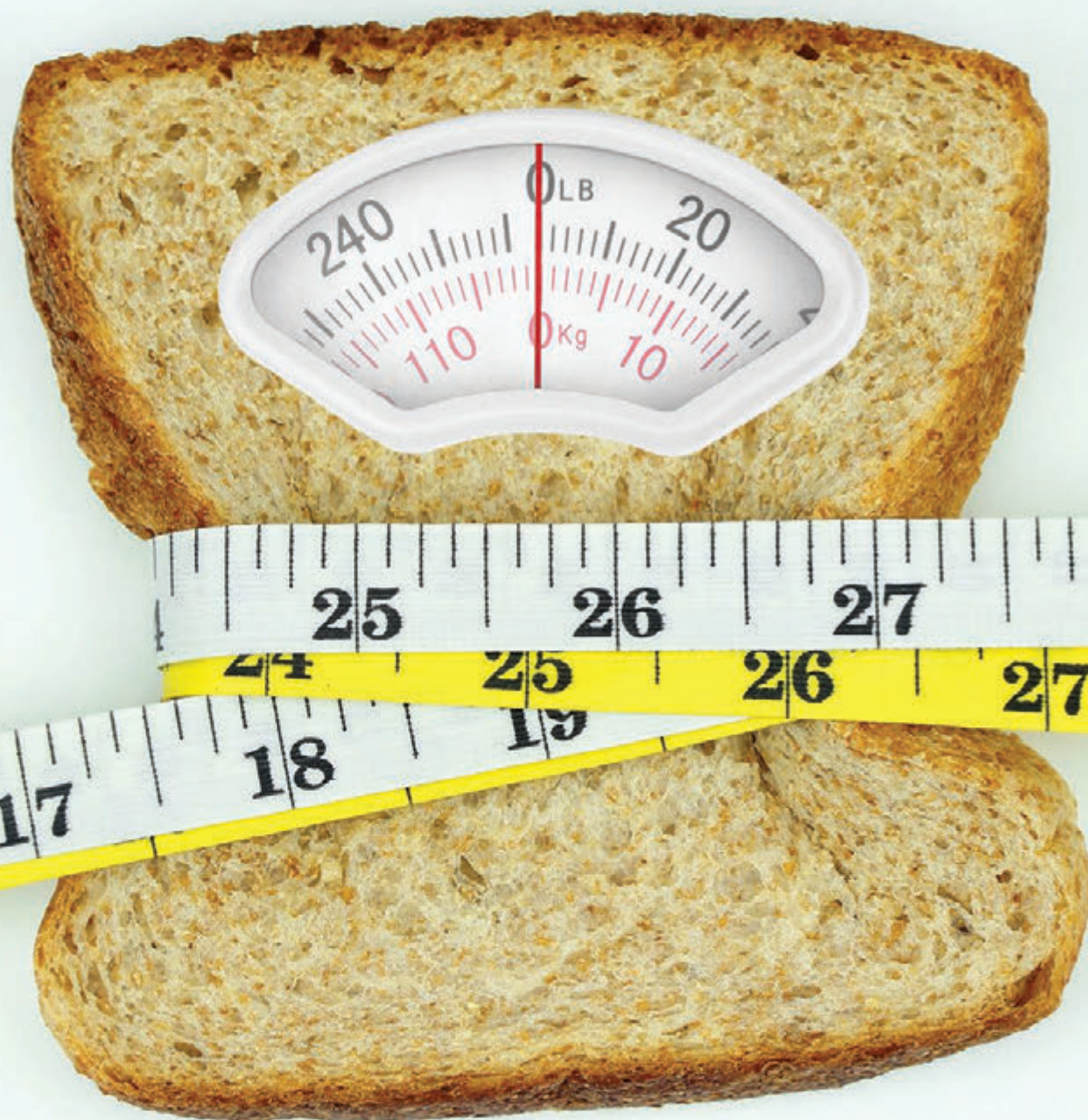
De facto, o resultado mais interessante da campanha de *fundraising* tem sido aproximar a escola da sociedade — de certa forma, a campanha forçou-nos a demonstrar a nossa relevância. Esperemos que o novo *campus* da Nova School of Business & Economics cumpra o seu papel posicionando a escola no mapa europeu da formação de estudantes universitários e executivos e inspirando Portugal a ir mais longe. +

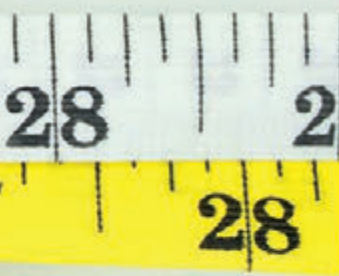


Saiba mais sobre a clínica CUF na Nova SBE na página 6.

O primeiro passo na luta contra a obesidade

O Hospital de Braga iniciou há mais de dois anos o projeto TObe – Tratamento não Cirúrgico da Obesidade – com o objetivo de motivar os doentes a perderem, pelo menos, 5% do peso corporal. No espaço de um ano, num universo de 427 doentes, 50% atingiram essa meta. O fator-chave para este resultado, que supera a média nacional, é a motivação!





A obesidade é um dos grandes motivos que leva os doentes a serem referenciados pelos respetivos centros de saúde para o serviço de Endocrinologia do Hospital de Braga, atualmente uma das principais referências nacionais no tratamento cirúrgico desta doença crónica. O número elevado de doentes tornou evidente a necessidade de oferecer “uma resposta mais orientada”, como explica Olinda Marques, diretora do serviço de Endocrinologia, para quem “a obesidade é uma doença crónica causadora de muitas complicações que interferem com a qualidade de vida do doente e que podem ser muito graves”. Afinal, para os doentes com excesso de peso ou obesidade existe uma série de intervenções além da cirurgia bariátrica. Por este motivo, em fevereiro de 2016 o Hospital de Braga arrancou com o Tratamento não Cirúrgico da Obesidade (TObe), um projeto que pretende avaliar o impacto de medidas de intervenção não cirúrgicas, nomeadamente mudanças no estilo de vida (a nível de hábitos alimentares e exercício físico) e eventual tratamento farmacológico na melhoria dos fatores de risco cardiovasculares.

O projeto TObe seguiu durante um ano 427 doentes com vários graus de obesidade, acompanhados pelo serviço de Endocrinologia e pela Unidade de Nutrição e Alimentação. Maria Pereira, médica endocrinologista no Hospital de Braga e responsável pelo projeto, define o TObe como “uma intervenção estruturada e multidisciplinar no estilo de vida com um plano alimentar restritivo-calórico, intervenções comportamentais e promoção da atividade física”.

De três em três meses – até um máximo de 24 – o doente tem uma consulta ora de endocrinologia, ora de nutrição. Olinda Marques explica que a frequência mais elevada de consultas, que não ultrapassam os três meses de intervalo, intercalada com uma abordagem nutricional, faz com que o doente se sinta “mais motivado e apoiado”.

Como se processa

Os fatores-chave para o tratamento da obesidade são a motivação e adesão do doente. “Aquele que tem uma grande motivação interna será o que tem mais sucesso”, assegura Maria Pereira.

O projeto é, por isso, estruturado tendo por base a motivação dos pacientes, avaliados através de um questionário logo na primeira consulta. “A informação que é dada nesta consulta é uma forma de motivar e consciencializar o doente para as necessidades de alterar o seu estilo de vida”, explica Olinda Marques.

A primeira consulta é a de endocrinologia, onde se rastreia a existência de causas secundárias da obesidade e se “despistam as comorbilidades associadas, como hipertensão arterial, colesterol elevado, diabetes, ácido úrico elevado, problemas articulares e síndrome de apneia do sono”. É de realçar que, de acordo com Olinda Marques, “nem sempre o doente encara a obesidade como a causa destas comorbilidades”. Concluída esta primeira avaliação e preenchido o questionário de motivação, o doente é encaminhado para uma consulta de nutrição onde, entre outra informação, se avalia e analisa o peso, altura, perímetro da cintura e história alimentar, estabelecendo-se um plano alimentar personalizado. Devido à importância de manter o doente motivado, “trabalha-se muitas vezes com o peso desejado em detrimento do peso ideal”, esclarece a nutricionista Mafalda Noronha.

Em todas as consultas a motivação é trabalhada, uma vez que “é preciso reforçar a autoestima e o autocontrolo destes doentes”. Todavia, tratando-se de uma doença crónica, “a terapêutica nutricional é a base do tratamento e deve ser mantida para sempre”. Isto porque a obesidade não tem cura. “Esta é uma das mensagens mais importantes que tentamos transmitir aos doentes”, explica Maria Pereira. “O grande desafio no tratamento da obesidade é não voltar a ganhar o peso perdido.”

Ao fim de dois meses, na consulta de endocrinologia “avaliam-se os resultados



Os resultados do projeto TObe

Num ano:

50%

dos doentes perderam 5% do peso inicial

24,5%

dos doentes perderam mais de 10% do peso inicial

“A obesidade é uma doença crónica causadora de muitas complicações que interferem com a qualidade de vida do doente e que podem ser muito graves.” **Olinda Marques**



“O grande desafio no tratamento da obesidade é não voltar a ganhar o peso perdido.”

Maria Pereira

analíticos e orienta-se o tratamento das alterações encontradas”, refere Maria Pereira. “O tratamento farmacológico específico para a obesidade só é decidido se ao fim de seis meses o doente não tiver sucesso, isto é, se não perder pelo menos 5% do peso corporal inicial.”

Critérios de sucesso

Estudos comprovam que a perda de peso está invariavelmente ligada a uma redução das morbilidades associadas. Neste sentido, no projeto TObE pede-se ao doente que perca 5% do peso durante os primeiros seis a 12 meses. De acordo com Maria Pereira, a perda de 5% do peso é tida como “critério universal de sucesso” na luta contra a obesidade, uma vez que reduz o risco de doença cardiovascular e de desenvolvimento de cancros associados. “Parece pouco mas, às vezes, já é o suficiente para o doente começar a conseguir apertar os sapatos sozinho ou ir a pé para o trabalho sem ficar cansado”, explica Mafalda Noronha.

A motivação é um fator-chave para a perda de peso e aqueles que não mostrarem esta vontade têm alta, sendo referenciados para o médico de família de modo a garantir a continuidade do acompanhamento.

Não obstante, os resultados do projeto TObE mostram que metade dos doentes perdeu efetivamente pelo menos 5% do respetivo peso no espaço de um ano. Mais: 24,5% perderam mais de 10% do peso neste período de tempo. Estes resultados superam as médias nacionais apresentadas em 2013 no Encontro Nacional dos Centros Hospitalares do Tratamento Médico da Obesidade, que revelavam que apenas 19% dos doentes conseguiram perder, em seis meses, pelo menos 5% do peso corporal. Maria Pereira esclarece, contudo, que “os doentes com grandes obesidades têm necessariamente de fazer cirurgia bariátrica”. No entanto, “o facto de os termos preparado pelo menos um ano antes com alterações no estilo de vida e um plano alimentar estruturado aumenta a probabilidade de sucesso da cirurgia”.



“A motivação vai sendo trabalhada consulta a consulta.”

Mafalda Noronha

Reduzir o tamanho do estômago através de cirurgia não é a primeira opção de tratamento para a obesidade, refere a nutricionista Mafalda Noronha: “A primeira abordagem é sempre tentar mudar os hábitos alimentares. Em termos práticos, a cirurgia bariátrica reduz o estômago, diminuindo a sensação de fome. No entanto, se o doente não mudar os hábitos alimentares, nomeadamente reduzir as quantidades ingeridas, o processo pode retroceder.”

Acrescente-se que a cirurgia também não é adequada para todos os doentes. Seja qual for o tratamento, uma vida saudável implica mudanças na alimentação e a prática de exercício físico para sempre. Mafalda Noronha recorda o caso de uma paciente que perdeu 40 quilos em 18 meses apenas mudando a alimentação e estilo de vida.



Porquê perder 5% de peso?

Com esta perda verifica-se uma melhoria de:

- ▶ HDL (Bom colesterol)
- ▶ Marcadores de insulinoresistência (HOMA-IR)
- ▶ Marcadores de risco cardiovascular (PCR us)
- ▶ Controlo glicémico dos doentes diabéticos

URIAGE

EAU THERMALE



INOVAÇÃO ANTI - LUZ AZUL

AGE PROTECT

RUGAS, FIRMEZA, LUMINOSIDADE

ANTI-POLUIÇÃO & LUZ AZUL

Em média passamos cerca de 6h/dia à frente de um ecrã, e a **luz azul** torna-se um dos principais **fatores ambientais responsáveis pelo envelhecimento da pele**.

Os Laboratórios Dermatológicos Uriage, especialistas na barreira cutânea inovam com o lançamento de **AGE PROTECT**, a primeira gama com um **escudo anti luz azul**. **AGE PROTECT** é uma gama completa de **cuidados multi-ações**, com a **1ª patente exclusiva Barreira anti- Luz azul** que associado ao retinol, ácido hialurónico e extratos vegetais para **corrigir os sinais de idade e proteger dos fatores ambientais agravantes**.

Com **AGE PROTECT** a pele fica **mais firme + 78%***, **as rugas e manchas castanhas diminuem (-71% **)**, e a **pele fica protegida de agressões exteriores 96% *****.

CUIDADOS COM ÁGUA TERMAL DE URIAGE NATURAL E RICA EM MINERAIS, NASCIDA NO CORAÇÃO DOS ALPES FRANCESES
EFICÁCIA COMPROVADA POR DERMATOLOGISTAS. DISPONÍVEL NAS FARMÁCIAS E PARAFARMÁCIAS

URIAGE.COM/PT

URIAGE, ÁGUA TERMAL DOS ALPES FRANCESES



** Estudo clínico realizado sob controlo dermatológico a 24 mulheres durante 56 dias com o Crème Multi-Ações SPF30***. Estudos de auto-avaliação realizado a 25 mulheres durante 56 dias com o Fluido Multi-Ações ***. Estudo de auto-avaliação realizado a 23 mulheres durante 28 dias com o Sérum Intensivo Multi-Ações

Como evitar entrar em *burnout*

Saiba como se manifesta esta síndrome e o que pode fazer para a evitar.

Sente-se exausto quando termina os seus dias de trabalho? Irritado, com vontade de se isolar ou a sensação de que, por muito que se esforce, a sua situação não vai melhorar? Tenha atenção pois pode sofrer de *burnout*. Esta síndrome do foro psicológico, associada a um risco aumentado de problemas cardiovasculares e de saúde mental, tem sido descrita como uma resposta ao stresse de longo prazo, afetando particularmente pessoas com profissões exigentes, caracterizadas por relacionamentos altamente emocionais. “Nestas ocupações a norma predominante é ser-se altruísta e colocar as necessidades dos outros em

3 MANIFESTAÇÕES DE *BURNOUT*

I EXAUSTÃO EMOCIONAL

De acordo com Maria João Gracias, psiquiatra no Hospital Vila Franca de Xira, o *burnout* pode fazer-se sentir através de “uma sensação de sobrecarga” acompanhada por “um considerável desgaste dos recursos emocionais e físicos”.

Frequentemente relacionado com:

- ▶ Excesso de trabalho
- ▶ Falta de apoio social
- ▶ Dificuldades na realização do papel ocupacional

Potenciais sinais de alarme:

- ▶ Dores de cabeça
- ▶ Fadiga crónica
- ▶ Distúrbios gastrointestinais
- ▶ Tensão muscular
- ▶ Hipertensão
- ▶ Constipações e gripes
- ▶ Distúrbios de sono

II DESPERSONALIZAÇÃO

As pessoas que sofrem de *burnout* podem optar por se manter à distância das outras ou demonstrar atitudes negativas, insensíveis ou indiferentes. Maria João Gracias refere que este “é um tipo de mecanismo de defesa” que atua como uma forma de proteção “contra um sentimento de perda e de desproporção entre os esforços investidos e os resultados reais”.



primeiro lugar: trabalhar longas horas e fazer o que for necessário para ajudar um utente, aluno ou paciente, por exemplo”, explica Maria João Gracias, psiquiatra no Hospital Vila Franca de Xira. “Quando a sobrecarga de trabalho é uma condição crónica há pouca oportunidade para descansar, recuperar e restaurar o equilíbrio.”

O *burnout* manifesta-se sobretudo através de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, sendo que a intervenção nestes casos pode ocorrer ao nível do indivíduo, do grupo de trabalho ou de toda a organização. Um dos tratamentos propostos passa pela alteração no modo como se trabalha. “Quando os funcionários têm

a capacidade de influenciar decisões, exercer a autonomia profissional e obter acesso aos recursos necessários para realizar um trabalho eficaz têm maior motivação e empenho”, diz a psiquiatra. Por outro lado, para evitar o *burnout* também é necessária uma boa rede de apoio social: “A despersonalização e a hostilidade tendem a surgir quando as pessoas sentem que não estão a ser tratadas com o devido respeito.” Os profissionais devem ainda refletir se existe um conflito de valores no trabalho: “Quando há uma lacuna entre os valores individuais e organizacionais, os funcionários acabam por fazer cedências entre o trabalho que desejam fazer e o que têm de fazer.” +

III

REDUZIDA REALIZAÇÃO PESSOAL

O *burnout* também pode manifestar-se através de “um sentimento de incompetência, bem como de diminuição de produtividade e desempenho no trabalho”. A psiquiatra acrescenta: “As tentativas de compensação por esse estado levam a um aumento das exigências pessoais, a mais horas de trabalho e a um maior esforço de trabalho. Tais tentativas resultam numa melhoria temporária mas, ao mesmo tempo, contribuem para uma diminuição na eficiência do indivíduo e o excesso de trabalho, motivando assim uma redução ainda maior da autoestima e o agravamento dos sintomas ocupacionais de *burnout*.”



O QUE PODE FAZER PARA EVITAR O BURNOUT

► **Mude os seus padrões de trabalho**

Trabalhe menos, faça mais pausas, evite as horas extra, procure equilibrar a vida pessoal e profissional

► **Desenvolva as suas capacidades de gestão**

Em particular na gestão do tempo, na resolução de conflitos e na reestruturação cognitiva

► **Procure apoio social**

Tanto nos colegas de trabalho como na família e nos amigos

► **Desenvolva uma melhor**

autocompreensão Através de técnicas de autoanálise, aconselhamento ou terapia

► **Aplique estratégias de relaxamento**

Faça pausas regulares durante as quais possa meditar e caminhar um pouco, nem que sejam 3 a 5 minutos.

► **Mantenha-se em boa forma**

Durma bem, alimente-se de um modo saudável e pratique exercício físico

“Quando a sobrecarga de trabalho é uma condição crónica há pouca oportunidade para descansar, recuperar e restaurar o equilíbrio.”

Maria João Gracias



Quer deixar (definitivamente) de fumar?

A Consulta de Cessação Tabágica da **CUF** envolve uma equipa multidisciplinar cuja intervenção aumenta consideravelmente as hipóteses de sucesso.

Sabia que, anualmente, cerca de 30% dos fumadores tentam deixar de fumar? A verdade é que nos casos mais complexos esse esforço é muitas vezes infrutífero. “As mudanças de comportamento não são fáceis e mais difíceis serão nos doentes com elevada carga tabágica e elevado grau de dependência física e psicológica. A intervenção dos profissionais de saúde é fundamental, uma vez que aumenta consideravelmente as possibilidades de sucesso”, assegura Liane Carreira, médica de Medicina Geral e Familiar no Hospital **CUF** Viseu.

Esta intervenção é possível (e recomendada) através da Consulta de Cessação Tabágica da **CUF**, que envolve uma equipa composta por médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista. Mas tudo depende das características e, sobretudo, da motivação de cada paciente. +



EM NÚMEROS...

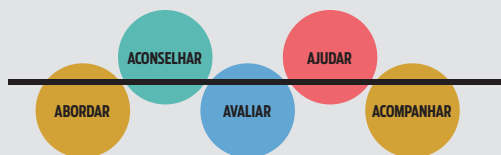
Cerca de 20 a 26% dos portugueses são fumadores.

Há mais homens do que mulheres a fumar (proporção de 3,5 homens para 1 mulher).

A faixa etária que mais procura programas de cessação tabágica é a dos 45-50 anos.

OS DOIS TIPOS DE INTERVENÇÃO

Intervenção breve



Prevê o cumprimento dos chamados cinco “A”: Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar. Estudos revelam que com esta intervenção é possível que 2 a 5% dos fumadores deixem de fumar – números que podem parecer modestos, mas que têm uma repercussão notória em termos de saúde pública.

Intervenção intensiva



Assenta num modelo de mudança comportamental que implica quatro a seis consultas e três a quatro contactos telefónicos com o médico ou enfermeiro num período de 12 meses. Entre as estratégias previstas neste programa estão a marcação do dia para deixar de fumar e, em casos mais complexos, terapêutica farmacológica.

UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR



ENFERMEIRO

Avalia os parâmetros biométricos do doente e a fase de motivação e de dependência da nicotina através da aplicação de questionários. Mede os níveis de monóxido de carbono, esclarece dúvidas e alerta para a escolha de estilos de vida saudáveis.

MÉDICO

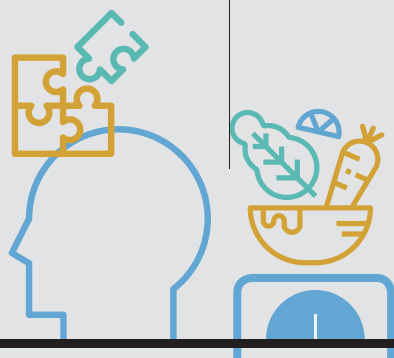
Avalia os hábitos e comportamentos aditivos do fumador, os apoios familiares, os fatores de risco, a patologia prévia e a terapêutica farmacológica atual. Avalia e discute com o fumador os questionários de motivação e dependência e propõe um plano de mudança comportamental. Se necessário referencia para o psicólogo, o nutricionista ou outras especialidades clínicas.

PSICÓLOGO

Faz o aconselhamento motivacional, ajuda no controlo dos sintomas de ansiedade ou depressão durante o período da cessação tabágica.

NUTRICIONISTA

Ajuda no controlo do peso dos doentes, em particular dos que já têm excesso de peso ou dos que referem ansiedade elevada quanto à possibilidade de aumento de peso.



3 PERGUNTAS A...



Liane Carreira

Médica de Medicina Geral e Familiar no Hospital CUF Visueu

1. Quais são os primeiros sinais de que o tratamento está a resultar?

Todos os passos e vitórias são importantes, mas queria destacar a importância da marcação do dia D – uma data fixada pelo fumador para deixar de fumar. Se este passo acontece é porque o fumador se encontra motivado e a motivação é o primeiro passo.

2. Ao fim de quanto tempo aparecem os primeiros resultados?

O tempo depende de cada fumador, do estágio de motivação em que se encontra e no qual chega à nossa consulta. Mas a partir do dia D o primeiro mês é fundamental no controlo dos sintomas de abstinência da nicotina e na alteração dos hábitos de vida de modo a aumentar as taxas de sucesso.

3. Em média, de quanto tempo necessita um paciente para deixar de fumar por completo?

O programa de apoio intensivo dura cerca de 12 meses – um fumador só passa à categoria de ex-fumador após um ano sem fumar. Mas este programa é totalmente flexível e adaptado à realidade de cada fumador, às suas expectativas e necessidades. No caso de haver uma recaída o processo pode prolongar-se.

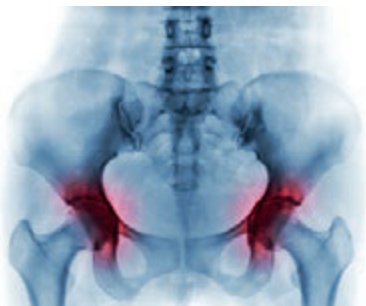


A Consulta de Cessação Tabágica está disponível em...

- ▶ Hospital CUF Cascais
- ▶ Hospital CUF Descobertas
- ▶ Hospital CUF Infante Santo
- ▶ Hospital CUF Torres Vedras
- ▶ Hospital CUF Visueu
- ▶ Clínica CUF Alvalade
- ▶ Clínica CUF Belém
- ▶ Clínica CUF Mafra
- ▶ Clínica CUF Miraflores
- ▶ Clínica CUF São João da Madeira
- ▶ Instituto CUF Porto

Técnica complexa, rápida recuperação

A mais inovadora cirurgia de substituição da anca é realizada no Hospital **CUF** Descobertas e permite que o paciente comece a andar apenas algumas horas após o procedimento.



Sabia que...

Embora apresente benefícios para o doente no que diz respeito ao período de recuperação, a artroplastia total da anca pela via anterior é a técnica menos utilizada devido à sua complexidade técnica.

A artroplastia total da anca é uma cirurgia que só é realizada quando o desgaste da articulação ou a existência de uma fratura já não permitem qualquer outro tratamento e, de um modo geral, é feita em pessoas com mais de 60 anos. “Como a anca é uma articulação profunda, podemos fazer a cirurgia por quatro vias: pela via posterior, pela via lateral, pela via antero-lateral e pela via anterior, que é a técnica que uso”, começa por explicar Pedro Costa Rocha, ortopedista no Hospital **CUF** Descobertas e no Hospital **CUF** Infante Santo.

A maioria dos especialistas opta pela cirurgia pela via posterior, que implica uma separação das fibras musculares do grande glúteo e a desinserção dos músculos rotadores externos da anca para atingir a articulação. Não é o caso deste especialista. E explica porquê: “Embora a longo prazo os resultados sejam muito semelhantes, numa fase inicial, como a cirurgia pela via posterior é mais agressiva, a recuperação é também mais lenta e precisa de mais

cuidados. Na via anterior, como o risco de luxação é menor e há menor agressão muscular, a recuperação da autonomia do doente é mais precoce e mais fácil, o que é muito gratificante para o cirurgião.”

A artroplastia total da anca pela via anterior é extremamente complexa e tecnicamente exigente. É, aliás, por isso que é a técnica menos utilizada. Razão pela qual o Hospital **CUF** Descobertas e o especialista Pedro Costa Rocha são dos poucos que realizam o procedimento, não só em Portugal mas em todo o mundo.

Uma técnica diferenciadora

Para Pedro Costa Rocha, os benefícios que esta abordagem traz justificam todo o investimento que tem feito: “A artroplastia total da anca pela via anterior é a que dá, de uma forma mais consistente, os melhores resultados no pós-operatório imediato. Os doentes mexem-se, não têm dores, não se queixam, algumas horas após a cirurgia saem da cama pelo próprio pé e andam sem canadianas. Por ser a única técnica que não





3 PERGUNTAS A...



Pedro Costa Rocha

*Ortopedista no Hospital CUF
Descobertas e no Hospital
CUF Infante Santo*

1. Qualquer paciente pode ser submetido à artroplastia total da anca pela via anterior?

Recomenda-se que, no início da curva de aprendizagem do cirurgião, sejam privilegiados os doentes mais magros. À medida que se ganha experiência e a vontade na abordagem podem ser incluídos outros doentes mais baixos e mais fortes. Neste momento é a minha via de abordagem para praticamente todos os doentes candidatos a uma artroplastia total da anca primária, ou seja, que nunca foram operados àquela anca.

2. Tem vantagens em termos estéticos?

Tem. Eu faço a incisão na horizontal, embora no interior o procedimento seja feito na vertical. Torna a técnica mais complexa mas para o paciente é melhor porque a cicatriz fica disfarçada, ao contrário do que acontece com as cirurgias pelas outras vias que deixam cicatrizes mais evidentes, na face lateral da coxa e/ou na nãdega. A incisão por esta via é feita na dobra de flexão da anca e fica praticamente impercetível.

3. Esta técnica ainda pode evoluir?

Acredito que sim. Comecei a fazê-la em 2012, após um estágio na Suíça, na Schulthess Klinik. Recentemente, quando fiz um estágio em Londres, adquiri mais alguns “truques”, principalmente na exposição das estruturas. Em 2012 era hábito retirar a cápsula articular para aumentar a visibilidade e melhorar a exposição. Agora preservamos a cápsula, apesar de criar alguma dificuldade técnica acrescida, porque acreditamos que tem vantagens para o doente. Há sempre pequenas coisas em que conseguimos evoluir.

tem de passar por músculos ou nervos, permite uma recuperação mais rápida e tem um menor risco de luxação, isto é, de a prótese saltar.” A verdade é que nas cirurgias pelas outras vias o paciente só sai do hospital cerca de quatro a seis dias após a intervenção. A recuperação é mais lenta, podendo demorar até seis semanas, e a dor mantém-se durante essa fase.

Já quando os pacientes são submetidos à artroplastia total da anca pela via anterior, tudo acontece de forma mais precoce. “Os doentes podem ter alta até 48 horas após a cirurgia e, duas semanas depois, quando vêm à consulta de rotina, alguns já vêm a conduzir. Até às 12 semanas, como em qualquer artroplastia da anca, aconselho algum descanso porque é o período em que se estabelece a ligação biológica entre os implantes e o osso nativo. A partir dessa altura podem inclusivamente retomar atividades desportivas de impacto como a corrida.” +

“Os doentes podem ter alta até 48 horas após a cirurgia e, duas semanas depois, quando vêm à consulta de rotina, alguns já vêm a conduzir.”

Pedro Costa Rocha



Apenas 14% das crianças entre os 7 e os 18 anos dedicam o tempo passado *on-line* a atividades pedagógicas.

Crescer com tecnologia (em excesso)

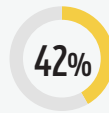
A maioria das crianças utiliza a tecnologia de forma excessiva e o controlo parental é reduzido. Conheça os números e as consequências associados a este hábito, resultantes de um questionário realizado em 2017 a 412 pais de crianças acompanhadas no Hospital **CUF** Descobertas.



Este tema foi preparado com **Hugo de Castro Faria**, médico pediatra na Clínica **CUF** Alvalade, no Hospital **CUF** Descobertas e no Hospital **CUF** Torres Vedras

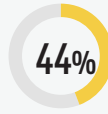
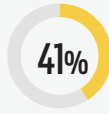
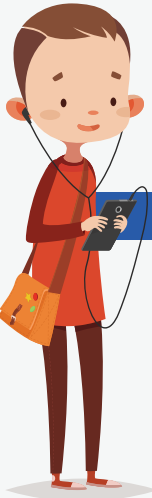
0
4
7
11
15

0 a 3 anos



- ▶ Meios preferenciais: *Tablet* e telemóvel
- ▶ Atividades *on-line*: Vídeos e música

4 a 6 anos



- ▶ Meios preferenciais: *Tablet* e telemóvel
- ▶ Atividades *on-line*: Jogos e vídeos

7 a 10 anos



- ▶ Meios preferenciais: *Tablet*, telemóvel e computador
- ▶ Atividades *on-line*: Jogos e vídeos

11 a 14 anos



- ▶ Meios preferenciais: *Tablet* e telemóvel
- ▶ Atividades *on-line*: Vídeos e música

15 a 18 anos



- ▶ Meios preferenciais: Telemóvel e computador
- ▶ Atividades *on-line*: Pesquisa e música

* Considera-se utilização excessiva quando o uso diário é superior a 1h30

POTENCIAIS CONSEQUÊNCIAS



RECOMENDAÇÕES A SEGUIR

A Academia Americana de Pediatria sugere:





Mais qualidade de vida para portadores de *pacemakers* e desfibrilhadores

Os *pacemakers* e desfibriladores não escapam à inovação tecnológica e os modelos mais avançados, já disponíveis em Portugal, permitem melhorar a qualidade de vida dos doentes e prevenir complicações.

Desde que, há mais de 50 anos, foram criados os primeiros dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis, a evolução tecnológica tem sido contínua. Mas nos últimos tempos surgiram alterações nos *pacemakers* e cardioversores-desfibriladores que podem ter um impacto muito grande, não só na melhoria da qualidade de vida de quem os usa como nas disfunções dos próprios aparelhos.

De acordo com Mário Oliveira, cardiologista subespecializado em eletrofisiologia cardíaca no Hospital CUF Infante Santo, a principal razão prende-se com os elétrodos, isto é, com os fios, que “são sempre o elemento mais frágil de qualquer sistema que se implanta no coração”. Com efeito, os fios que ligam o pequeno aparelho ao coração “sofrem uma atividade mecânica de milhões de batimentos ao longo do tempo, o que faz com que alguns possam ter problemas ao fim de alguns anos”. Como consequência, podem começar a surgir falhas e os dispositivos deixam de cumprir a sua função, levando a eventuais complicações de saúde para o doente.

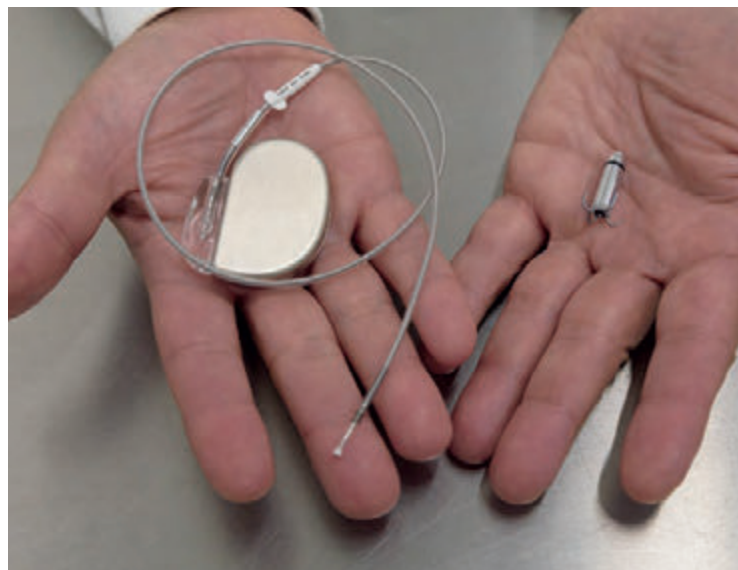
Para contornar o problema, os novos *pacemakers* não têm fios e os mais recentes cardioversores-desfibriladores são totalmente subcutâneos, ou seja, são implantados debaixo da pele sem que os fios entrem no coração ou nos vasos. Neste último caso as vantagens também são muitas, já que “os fios são poupados à tensão constante provocada pelos batimentos cardíacos e não são responsáveis por eventuais problemas vasculares, como a oclusão venosa”.

Quem beneficia

Tendo em conta a inovação que representam, estes equipamentos são usados apenas em situações muito específicas. Entre os potenciais candidatos o médico destaca quem faz hemodiálise, pois “de cada vez que estas pessoas fazem uma sessão há facilidade de entrada de bactérias em circulação e, se houver fios dentro dos vasos do coração, a possibilidade de haver infeção aumenta”. Embora rara, esta situação é possível e as consequências são muito graves, levando à necessidade de extração dos elétrodos. Mas se não houver fios o problema não se coloca. O *pacemaker* sem fios também é uma alternativa para os doentes cujo acesso ao coração está comprometido devido a problemas vasculares ou a várias cirurgias ao coração.

Quem poderá beneficiar de um sistema de cardioversor-desfibrilador totalmente subcutâneo são as pessoas com doenças

Portugal foi um dos primeiros países a implantar *pacemakers* sem fios, uma tecnologia com claros benefícios para a qualidade de vida dos doentes.



geneticamente transmissíveis (habitualmente jovens) que podem causar arritmias e, conseqüentemente, morte súbita. Mas para todos “há necessidade de ponderar bem o risco que correm e os benefícios que resultam da utilização destes dispositivos, que são necessariamente mais caros que os outros”.

Registador de eventos

Além dos *pacemakers* sem fios e dos desfibriladores subcutâneos, a evolução trouxe também os registadores de eventos implantáveis. Estes pequeníssimos aparelhos são colocados por baixo da pele, como um *chip*, e têm a função de monitorizar o ritmo cardíaco de forma contínua. Trata-se de uma ferramenta de diagnóstico que beneficia dos avanços em nanotecnologia e a sua implantação “é recomendada pelas *guidelines* internacionais em casos concretos”. Por exemplo, quando não se consegue perceber as razões pelas quais alguém desmaia frequentemente ou em doentes que tiveram um acidente vascular cerebral sem causa definida.

Segundo Mário Oliveira, Portugal foi dos primeiros países a implantar *pacemakers* sem fios e, em 2017, era dos principais países da Europa a utilizar este tipo de dispositivo. Segundo o cardiologista, isto acontece porque “temos uma eletrofisiologia cardíaca altamente diferenciada, com pessoas muito atentas à inovação tecnológica, aos novos estudos e a fazer investigação”. +



VANTAGENS DOS NOVOS DISPOSITIVOS

- ▶ Eliminam a disfunção causada pelos fios
- ▶ Diminuem o risco de infeção
- ▶ São menos invasivos





A importância do diagnóstico no cancro

A eficácia de um tratamento depende, em grande medida, de um diagnóstico preciso e atempado. E a articulação de várias especialidades médicas é fundamental para um correto diagnóstico de cancro. Imagiologia, Anatomia Patológica e Medicina Nuclear são três dessas especialidades e assumem um papel cada vez mais preponderante na **CUF**.

IMAGIOLOGIA

Imagiologia é a designação usada mais recentemente para uma especialidade médica cujo nome original é radiologia. “A designação de radiologia foi sendo substituída porque estava muito associada à utilização predominante de radiação X nos exames. Continua, no entanto, a aplicar-se, sendo aliás a designação mais correta e usada nos outros países, na medida em que se refere à utilização de radiações no geral, não só de radiação X – como a que ainda é utilizada na tomografia computadorizada e na radiografia – mas também de radiação ultrassónica (utilizada na ecografia) e eletromagnética (utilizada na ressonância magnética)”, explica José Sardinha, coordenador do serviço de Imagiologia no Hospital **CUF** Infante Santo.

Como tem acontecido em quase todas as áreas médicas, os avanços na Imagiologia têm sido “imensos e muito rápidos”. Já não existe apenas a vertente diagnóstica: agora há também a vertente terapêutica, na qual os próprios radiologistas aplicam procedimentos terapêuticos aos doentes. “No conjunto, isto designa-se por radiologia de intervenção”, refere António Matos, imagiologista no Hospital **CUF** Infante Santo. E acrescenta: “A radiologia de intervenção não efetua apenas diagnósticos mas também procedimentos terapêuticos minimamente invasivos, com claro benefício para os doentes, que são poupados a outros procedimentos mais agressivos, como a cirurgia.



Por outro lado há também um benefício económico, pois evitam-se custos associados a outros tratamentos mais caros.” Nesta vertente da Imagiologia é ainda possível, de acordo com António Matos, colher uma amostra de tumor e avaliá-la histologicamente na Anatomia Patológica: “Este procedimento, que compreende a realização de biópsias guiadas por imagem, consiste em guiar uma agulha no interior do corpo do doente, sem ferir órgãos vitais, até chegar ao local desejado e recolher um pedaço do tumor, enviando-o para análise na Anatomia Patológica.” A vertente terapêutica da Imagiologia também se tem revelado muito importante em oncologia, registando avanços significativos com benefícios potencialmente importantes para os doentes. Ao serem tratados com técnicas de Imagiologia são poupados a procedimentos como a cirurgia, bem como a tratamentos com tempos de internamento mais longos.

No que se refere ao diagnóstico, este é cada vez mais preciso e específico graças a aparelhos que permitem a obtenção de imagens mais nítidas e informativas, ao ponto de começar a surgir uma nova área de investigação dentro da radiologia, designada *radiomics*. “A *radiomics* é uma nova forma de analisar as imagens que consiste na sua interpretação quantitativa, além da análise puramente qualitativa que já era feita. Isto representa um acréscimo substancial de informação”, sublinha José Sardinha.

“A *radiomics* é uma nova forma de analisar as imagens que consiste na sua interpretação quantitativa. Isto representa um acréscimo substancial de informação.”

José Sardinha

Coordenador do serviço de Imagiologia
no Hospital CUF Infante Santo



A IMAGIOLOGIA APLICADA À ONCOLOGIA

CANCRO COLORRETAL

Antes realizavam-se clísteres opacos para fazer o diagnóstico mas hoje esta técnica usa-se muito pouco, optando-se mais pela endoscopia. “Após o diagnóstico, a radiologia também é utilizada para estadiar a doença, ou seja, para aferir o seu grau de disseminação no organismo”, diz José Sardinha. “Isto é feito sobretudo por TAC e ressonância – e cada vez mais por esta última. Nas neoplasias colorretais, em particular, são necessários equipamentos muito potentes e com um elevado grau de definição para detetar tumores muito pequenos e perceber exatamente a sua localização e disposição no organismo.”

CANCRO DA MAMA

Os exames diagnósticos iniciais são a mamografia e a ecografia mas já se utiliza a mamografia com tomossíntese, que vai substituí-la e deve ser efetuada em simultâneo com a ecografia. Em muitos casos é depois efetuada uma ressonância para estadiar e determinar a extensão da disseminação do tumor na mama, sendo aliás a ressonância o exame mais importante em determinadas situações.

CANCRO DA TIROIDE

O exame inicial é a ecografia porque é um órgão superficial e de fácil acesso através desta técnica. De acordo com José Sardinha, “já existem ecógrafos muito bons, que permitem caracterizar bem os nódulos da tiroide e analisar se têm algum grau de suspeição de malignidade. É com base nos resultados da ecografia que os médicos decidem se é necessário fazer uma biópsia ou uma citologia a um determinado nódulo e não a outro.” Em estadios mais avançados da doença são novamente utilizadas a TAC e a ressonância magnética para analisar o grau de disseminação da mesma.

CANCRO DA PRÓSTATA

“Antigamente o exame de primeira linha era a ecografia transretal”, explica José Sardinha, “mas agora utilizamos cada vez mais ressonância magnética multiparamétrica, um exame capaz de definir e caracterizar muito bem tumores extremamente pequenos (inferiores a cinco milímetros) e também estadiar e definir o grau de invasão de tumores maiores”.



“A radiologia de intervenção não efetua apenas diagnósticos mas também procedimentos terapêuticos minimamente invasivos, com claro benefício para os doentes.”

António Matos
Imagiologista no Hospital
CUF Infante Santo

O PRESENTE E O FUTURO DA IMAGIOLOGIA

A Imagiologia tem um papel cada vez mais importante no apoio à oncologia. “O facto de o doente ser bem seguido e estudado em termos imagiológicos permite avaliar se uma determinada terapêutica está a ser eficaz e se deve ser mantida ou alterada”, frisa António Matos.

A Imagiologia tem um papel particularmente importante ao nível do rastreio, algo que “está bem estabelecido no cancro da mama”. O imagiologista explica: “Através da mamografia e da ecografia é possível identificar pessoas com predisposição para desenvolverem este tipo de tumor. Mas os tumores da tiroide e do fígado também podem beneficiar bastante do rastreio por ecografia. Estes exames são acessíveis e facilmente aplicáveis a uma vasta população com fatores de risco mas que ainda não tem cancro.” Em certos tipos de lesões potencialmente cancerígenas, como do fígado e do pâncreas, a aplicação de técnicas de radiologia pode mesmo dispensar uma avaliação laboratorial histológica, evitando fazer uma biópsia ao doente para recolher uma amostra da lesão.

Se as técnicas de Imagiologia têm registado “avanços substanciais”, como enfatiza José Sardinha, os principais podem encontrar-se na fusão das imagens obtidas por diferentes técnicas. “Já existem *softwares* capazes de fundir as imagens da ecografia com as da ressonância magnética e efetuar biópsias guiadas por ecografia a pequenos nódulos que são detetados na ressonância. Esta fusão de imagens também já é usada em conjunto com

técnicas de Medicina Nuclear.”

Os aparelhos de TAC também têm evoluído muito, principalmente “na quantidade de informação que conseguem extrair de uma imagem de TAC – novamente o conceito de *radiomics*. Retirar o máximo de informação possível das imagens, além daquela que é perceptível a olho”.

Outra técnica que tem conhecido imensos avanços é a da ressonância magnética. “É a técnica que mais tem evoluído e que provavelmente se irá sobrepor a todas as outras no futuro. Está a diferenciar-se muito em várias áreas, nomeadamente na neuro-oncologia, para avaliar os efeitos pós-cirúrgicos da remoção de um tumor e perceber que porções do tumor se podem remover sem comprometer certas áreas cerebrais, como as implicadas na fala ou na capacidade motora dos braços, por exemplo.”

Por fim, uma área que também assume uma relevância cada vez maior na Imagiologia é a inteligência artificial, que António Matos acredita “vem para nos ajudar e não para nos substituir”. E acrescenta: “É uma área que pode ser muito útil para, por exemplo, estratificar as pessoas por grau de risco de desenvolvimento de uma determinada doença, priorizando-as em termos de urgência de intervenção. Além disso, tem o potencial para fazer chegar o diagnóstico e o tratamento a um número cada vez maior de pessoas, diagnosticando muito mais precocemente o cancro a um maior número de doentes.”



ANATOMIA PATOLÓGICA

Segundo Paula Borralho, coordenadora de Anatomia Patológica no Hospital CUF Descobertas, é na Anatomia Patológica que é feito “o” diagnóstico. Ou seja, “as outras especialidades médicas podem suspeitar de um determinado diagnóstico mas é na Anatomia Patológica que o diagnóstico que foi clínica ou imagiologicamente suspeitado é confirmado ou rejeitado”. Os médicos “olham para células”, avaliam o seu padrão e, em função da existência de alterações em relação ao padrão normal, fazem o diagnóstico. Em oncologia este diagnóstico laboratorial é particularmente importante: “Não se aplicam tratamentos, sejam cirúrgicos ou farmacológicos, sem haver uma confirmação do diagnóstico clínico pela Anatomia Patológica. Este é considerado o *gold standard* do diagnóstico. Além do diagnóstico em si, nesta fase também é feita a classificação e graduação do tumor, que indica se este vai ter um comportamento mais ou menos agressivo”,

“Não se aplicam tratamentos, sejam cirúrgicos ou farmacológicos, sem uma confirmação do diagnóstico clínico pela Anatomia Patológica. Este é considerado o *gold standard* do diagnóstico.”

Paula Borralho

Anatomopatologista na Unidade de Anatomia Patológica do Hospital CUF Descobertas

explica a anatomopatologista.

A Anatomia Patológica é igualmente utilizada em várias outras fases da doença oncológica, nomeadamente para fazer o estadiamento patológico dos tumores, classificando-os de acordo com a sua dimensão e eventual disseminação no organismo. “Esta informação dá orientação prognóstica. Tudo isto é fundamental para planejar corretamente uma terapêutica”, frisa Paula Borralho. Acrescenta que, hoje em dia, os anatomopatologistas “têm obrigação de ir muito além do diagnóstico e dar também orientações terapêuticas”. Além de identificarem o tipo de tumor, se é benigno ou maligno, o seu grau de diferenciação e de que modo irá progredir, dão também orientações que ajudam a definir o tratamento mais adequado e eficaz para um determinado doente. Os anatomopatologistas também participam e intervêm no seguimento dos doentes

e na monitorização da sua resposta a terapêuticas. “Por exemplo, nos doentes em que é feita uma terapêutica neoadjuvante, ou seja, antes da cirurgia, a Anatomia Patológica faz uma avaliação da resposta do doente a essa terapêutica, o que dá uma indicação do seu prognóstico. Se o doente respondeu bem, provavelmente terá um prognóstico favorável e responderá bem aos tratamentos seguintes.” Por fim, os anatomopatologistas intervêm sempre que há uma suspeita de recidiva do tumor. “Nestas situações, é feita uma nova biópsia ao doente e a amostra é novamente enviada para análise na Anatomia Patológica.”

PRÓXIMOS PASSOS PARA A ANATOMIA PATOLÓGICA

O futuro da Anatomia Patológica será “muito trabalhoso”, diz Paula Borralho. “Isto porque têm ocorrido imensos avanços, não apenas ao nível do diagnóstico mas sobretudo dos tratamentos, que requerem uma participação ativa desta área da medicina. Surgem cada vez mais terapêuticas novas, cada vez mais inovadoras e eficazes, cuja utilização depende da avaliação anatomopatológica de marcadores de resposta terapêutica.”

Os chamados *companion diagnostic tests*

(ou testes complementares de diagnóstico) são “testes que as autoridades reguladoras – como a agência americana FDA – começam a exigir antes da utilização de determinados medicamentos para perceber se estes irão ou não ser eficazes para aquele doente. Isto verifica-se sobretudo na área em grande desenvolvimento da imunoterapia”.

Os anatomopatologistas são ainda uma peça fundamental nos novos testes genéticos. “Antes da utilização de terapêuticas dirigidas a certas alterações genéticas ou mutações do tumor, o anatomopatologista tem um papel importantíssimo na avaliação da amostra do doente para que depois seja possível fazer o teste que avalia a presença ou não da mutação da melhor forma e obter o resultado mais fiável possível.”



MEDICINA NUCLEAR

Paula Colarinha, coordenadora do serviço de Medicina Nuclear no Hospital **CUF** Descobertas, define a Medicina Nuclear como “uma especialidade médica que se dedica maioritariamente à realização de exames para diagnóstico mas que compreende também uma (ainda) reduzida vertente de terapêutica”. Distingue-se da Imagiologia por utilizar radiação que injeta sob a forma de moléculas radioativas – designadas radiofármacos – nos doentes. “Os radiofármacos são constituídos por uma molécula química e uma molécula radioativa e, uma vez injetados no corpo do doente, são localizados e ‘lidos’ no seu interior através de equipamento próprio. Este equipamento pode ser de dois tipos: câmara gama ou tomógrafo de emissão de positrões (PET).” Acrescenta a especialista: “A Medicina Nuclear convencional refere-se aos exames que são realizados na câmara gama, na qual as imagens são obtidas a partir da radiação emitida pelos radiofármacos injetados no corpo do doente. Existe uma grande diversidade de radiofármacos disponíveis para os exames realizados na câmara gama, alguns das quais são utilizados em oncologia e outros em várias outras áreas médicas, como cardiologia, ortopedia e pediatria, entre outras.”

“Em doentes em que há suspeita de uma neoplasia depois de ter sido efetuada uma biópsia inicial, a Medicina Nuclear é utilizada para fazer um estudo de corpo inteiro e multiórgão.”

Paula Colarinha

Coordenadora do serviço de Medicina Nuclear no Hospital **CUF** Descobertas

A Medicina Nuclear mais recente diz respeito aos exames realizados por PET, efetuados em Portugal desde 2003. Os radiofármacos utilizados nestes exames ainda estão em evolução e surgem constantemente moléculas novas. O radiofármaco mais utilizado – e o primeiro a surgir – “consiste numa molécula semelhante à molécula do açúcar (glicose) marcada com uma pequena porção de radioatividade, que se designa FDG (18-fluor-desoxiglicose). O FDG deteta a doença oncológica porque migra para os locais do corpo do doente onde esta está presente e emite radiação. Esta molécula tem a vantagem de não ser específica para um determinado tipo de tumor, podendo ser utilizada em vários tipos de cancro”. Atualmente continuam a surgir moléculas novas para estudar os doentes por PET. “Para o cancro da próstata, por exemplo, foi recentemente desenvolvida uma molécula designada PSMA (antigénio específico da membrana da célula prostática) que permite obter imagens que denunciam com mais especificidade células neoplásicas de origem prostática.”

Paula Colarinha esclarece que, na doença oncológica, a Medicina Nuclear é particularmente útil numa fase inicial “para fazer um ‘inventário’ ou estadiamento da doença”. Exemplo: “Em doentes em que há suspeita de uma neoplasia depois de ter sido efetuada uma biópsia inicial, a Medicina Nuclear é utilizada para fazer um estudo de corpo inteiro e multiórgão.” Além da utilidade na fase inicial do cancro, a Medicina Nuclear “também é utilizada após o tratamento, para investigar se a doença está em progressão ou em regressão e, nos casos em que está em regressão, se regrediu completa ou parcialmente”, explica a médica. Faz-se, assim, um “inventário” da doença que permite aos médicos saberem em que fase da mesma a pessoa está. +



PRINCIPAIS AVANÇOS NA MEDICINA NUCLEAR

Espera-se o desenvolvimento de novas moléculas que permitam exames mais específicos e, inclusive, o desenvolvimento de novas terapêuticas. “Sabe-se já que alguns radiofármacos podem conduzir radiação (mais forte do que a utilizada no diagnóstico) até ao local do tumor para o tratar, funcionando como uma terapêutica local. Esses radiofármacos permitem administrar uma espécie de radioterapia ‘molecularmente dirigida’, ou seja, dirigida

especificamente às células tumorais. A primeira terapêutica desenvolvida em Medicina Nuclear foi com iodo radioativo e era dirigida à tiroide. Seguiram-se terapêuticas dirigidas ao osso e espera-se que em breve, em Portugal, esteja acessível uma terapêutica dirigida à neoplasia da próstata, com o referido radioligando PSMA.”

+ conhecimento

Aprenda a detetar a hipertensão arterial e descubra como prevenir esta doença.

HIPERTENSÃO

o que precisa de saber

CERTAMENTE JÁ OUVIU FALAR

em hipertensão arterial. De acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia, é um problema que afeta cerca de dois milhões de pessoas, com a agravante de que apenas metade sabe sofrer da doença e apenas um quarto está efetivamente medicada.

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pelo aumento da pressão nas artérias e, entre outros efeitos, faz com que o coração exerça mais esforço do que o necessário para o sangue circular através dos vasos sanguíneos. Isto pode dar origem a problemas sérios relacionados com doenças cardiovasculares, nomeadamente doenças coronárias (angina estável, angina instável e enfarte do miocárdio) ou acidentes vasculares cerebrais (AVC).

Todas as pessoas devem estar atentas aos níveis de tensão arterial, sendo que essa vigilância deve ser mais intensa nas que pertencem a grupos de risco, como as pessoas hipertensas, obesas, diabéticas, fumadoras e ainda as que têm colesterol elevado ou história familiar de doença cardiovascular. +

COMO PODE SABER SE TEM HIPERTENSÃO?

A tensão arterial é avaliada através de dois valores: a pressão arterial máxima e a pressão arterial mínima.

TENSÃO ARTERIAL IDEAL

Pressão arterial máxima inferior a

120

Pressão arterial mínima inferior a

80

HIPERTENSÃO

Persistência de pressão arterial máxima superior ou igual a

140

Persistência de pressão arterial mínima superior ou igual a

90

10 POTENCIAIS CAUSAS DE HIPERTENSÃO

OBSIDADE

CONSUMO EXCESSIVO DE SAL

INGESTÃO EXCESSIVA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

INGESTÃO EXCESSIVA DE BEBIDAS COM CAFEÍNA

TABAGISMO

SEDENTARISMO

STRESSE

PROBLEMAS RENAIIS

PROBLEMAS HORMONAIS

DOENÇAS CORONÁRIAS



Este tema foi preparado com
Luís Moura de Oliveira,
cardiologista no Hospital **CUF** Infante Santo
e no Hospital **CUF** Descobertas



COMO PREVENIR E TRATAR

Se tem hipertensão, não desespere: existe medicação para o seu tratamento e controlo. Consulte um médico especialista e este ajudá-lo-á a definir a melhor opção para o seu caso específico. Existem igualmente soluções não medicamentosas para prevenir esta doença, que passam pela manutenção de um estilo de vida saudável.



Faça uma
alimentação
equilibrada



Pratique
exercício
físico



Não
fume



Não consuma
bebidas alcoóli-
cas em excesso



Partilhe o vídeo
que preparámos
com esta
informação.



*Triglicerídeos:
quem os não tem?
A questão é se estão
acima do normal.*

Triglicerídeos

O QUE SÃO?

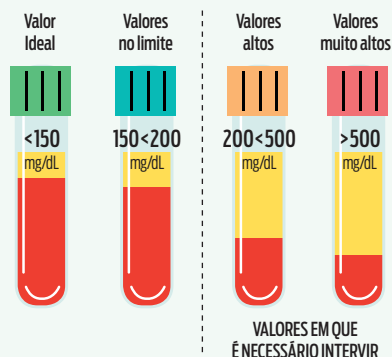
Os triglicerídeos são gorduras que resultam da transformação dos alimentos que ingerimos, nomeadamente hidratos de carbono e gorduras que circulam no sangue. Constituem uma reserva de energia para o nosso organismo feita a partir das calorias “a mais”.

O QUE CAUSAM?

Por si só os triglicerídeos não constituem um problema desde que os seus níveis no sangue estejam normais. No entanto, quando estes são muito elevados, aumenta o risco de doença cardiovascular, entre outros problemas, sobretudo se coexistirem níveis baixos de HDL (colesterol bom) e níveis altos de LDL (colesterol mau) ou diabetes tipo 2.

QUAIS SÃO OS VALORES NORMAIS?

Mesmo quando ultrapassam os valores de referência, os triglicerídeos não dão sintomas. Por isso, é preciso fazer uma análise ao sangue. A American Heart Association recomenda que, a partir dos 21 anos, se faça um teste pelo menos de cinco em cinco anos.



COMO BAIXAR?

Existem várias estratégias para diminuir os níveis de triglicerídeos. Estas devem ser mais ou menos agressivas consoante os valores.

- Tenha cuidado com a sua alimentação**
Siga uma dieta saudável, diversificada e equilibrada, com 5 a 6 refeições diárias, rica em frutas e legumes.
- Controle ou perca peso, se necessário**
Uns quilos a menos fazem a diferença para quem quer baixar os triglicerídeos. Comece cada refeição com uma sopa de legumes, que “enche” e tem poucas calorias, ajudando a controlar o peso.
- Reduza as gorduras saturadas de origem animal**
Estas estão presentes nas carnes vermelhas, por exemplo. Substitua-as por gorduras boas (insaturadas), presentes em alimentos de origem vegetal (como os frutos secos, o peixe e os óleos vegetais, como o azeite). Prefira carnes magras, como peru ou frango.
- Opte pelo peixe**
Coma sardinha, salmão, atum, cavala e outros peixes ricos em ácidos gordos ômega 3.
- Aumente o consumo de fibras**
Está demonstrado que o aumento de fibras (presentes nas frutas, vegetais e cereais integrais) ajuda a diminuir os triglicerídeos.
- Ponha de lado os alimentos com açúcar e farinhas refinadas** como bolachas e biscoitos, produtos de pastelaria e refrigerantes. Troque o açúcar pelo adoçante (idealmente à base de estevia). Diminua a ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, como pão e massa.
- Consulte os rótulos no supermercado**
Assim pode aprender a evitar os ingredientes indesejáveis.
- Evite beber álcool**
As bebidas alcoólicas, incluindo o vinho e a cerveja, interferem significativamente nos valores de triglicerídeos.
- Faça exercício físico moderado**
Deste modo irá “gastar” as calorias que ingeriu a mais, impedindo que se acumulem sob a forma de triglicerídeos.
- Fale com o seu médico**
Discuta a necessidade de tomar medicação para reduzir os triglicerídeos, tais como fármacos (como os fibratos e as estatinas) ou alguns suplementos à base de ômega 3.



ATENÇÃO! Os triglicerídeos altos podem ser um sinal de doenças como diabetes ou hipotireoidismo, ou um efeito secundário de medicamentos que está a tomar, como imunossupressores e certos fármacos para a hipertensão. Consulte sempre o médico para despistar essas possibilidades.



Este tema foi preparado com **Rita Almeida**, nutricionista no Hospital **CUF** Torres Vedras

Leite

O leite é uma importante fonte de cálcio, potássio e vitamina D, mas os seus efeitos têm sido alvo de debate nos últimos anos. Afinal, faz bem ou faz mal?



O leite pode ajudar a prevenir doenças

✓ Verdade

Se for ingerido diariamente nas doses recomendadas e com baixo teor de gordura, o leite (e os seus derivados) pode ajudar a prevenir a hipertensão arterial, diabetes tipo 2, AVC e alguns tipos de cancro – nomeadamente o colorretal.

Intolerância à lactose é sinónimo de alergia ao leite

✗ Mito

Apesar de alguns sintomas serem comuns, a alergia à proteína do leite é diferente da intolerância à lactose (o açúcar do leite). A alergia a laticínios é comum, especialmente em crianças e bebês, e pode causar erupções cutâneas, urticárias e inchaços. Já os principais sintomas da intolerância à lactose são a diarreia e cólicas abdominais.

A intolerância à lactose não tem cura

✓ Verdade

Apesar de não ser um problema grave, a intolerância à lactose (incapacidade de digerir o açúcar dos laticínios de animais) não tem cura. Pode, no entanto, ser controlada ao limitar a quantidade de leite e derivados que se ingere ou ao optar por produtos sem lactose.

Ingerir muitos laticínios pode levar à perda de cálcio

✓ Verdade

Isto acontece porque, quando nos alimentamos com proteína animal, o percurso desta pelo organismo faz-se acompanhar por cálcio extraído dos ossos. Como os laticínios são uma fonte de proteína animal, uma alimentação rica nestes alimentos aumenta a excreção de cálcio. Esta perda poderá ser reduzida se os laticínios forem ingeridos com alimentos alcalinizantes (que equilibram a acidez no sangue), como frutas e legumes.

O leite serve de antídoto para a inalação de fumo

✗ Mito

A ideia de que beber leite quando há fumo (de um incêndio, por exemplo) faz bem é um mito sem base científica. O leite não é um antídoto do monóxido de carbono.

A ingestão de leite pode prevenir cáries dentárias

✓ Verdade

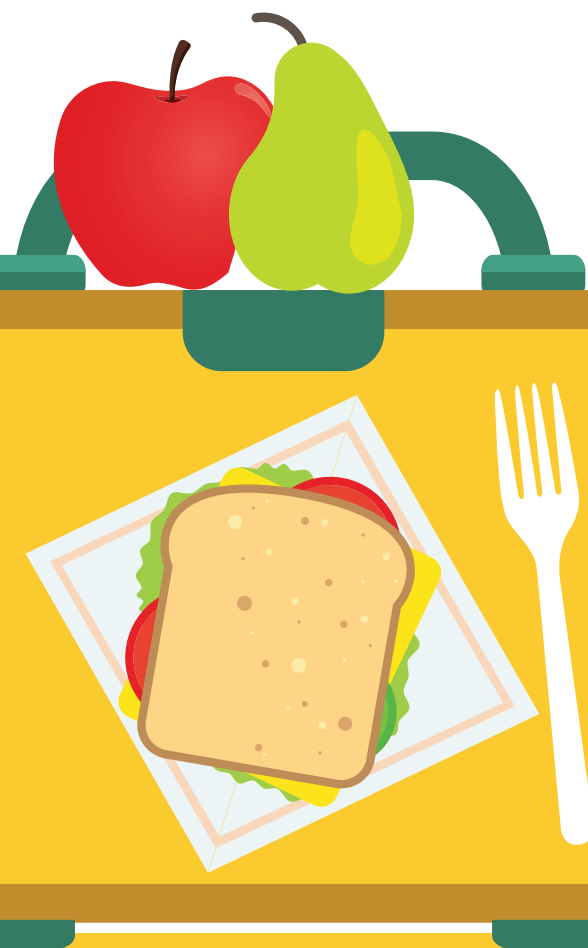
Enquanto fonte privilegiada de cálcio, a ingestão de leite ajuda a fortalecer a estrutura dos dentes, em particular nas crianças e nos adolescentes, pelo que pode ajudar a prevenir cáries. No entanto, não se deve descurar uma higiene oral cuidada.



Saiba mais sobre os efeitos do leite e dos seus derivados.

O que levar na lancheira

Aprende a preparar uma lancheira tão saborosa quanto saudável para levar para a escola.



FRUTA PARA VITAMINAR

Maçã, laranja, uva, morango, banana, melão, melancia, manga ou kiwi. Qual é a tua fruta preferida? Não está nesta lista? Seja qual for, o que importa é incluíres sempre fruta variada na tua lancheira. Experimenta algo mais divertido e mistura frutas de diferentes cores, assim vais ingerir mais vitaminas. Também podes fazer águas aromatizadas. Basta colocares pedaços de fruta bem lavada numa garrafa térmica e terás uma bebida agradável e saudável. Queres exemplos? Aqui tens alguns, mas a tua imaginação criará muitos mais: pedaços de maçã e um pau de canela ou limão aos cubos e duas folhas de hortelã.



Os sumos, naturais ou artificiais, contêm muitas calorias vazias (não são nutricionais) à conta de uma elevada quantidade de açúcar e têm pouca fibra. Se por acaso um dia comprares sumos no supermercado presta atenção aos rótulos e escolhe os que não têm corantes e conservantes nem açúcar adicionado.

LATICÍNIOS PARA AJUDAR A CRESCER

Leite e iogurtes líquidos ou sólidos, comprados ou feitos em casa, são ótimos para ti que estás a crescer. Ajudam-te a teres ossos e dentes saudáveis. Mas cuidado! Escolhe os naturais ou de aromas e evita os de pedaços, cremosos ou com calda, pois contêm mais açúcar ou gordura. Conserva estes produtos sempre frescos, dentro da mala térmica, e longe do sol para não se estragarem.



ÁGUA PARA HIDRATAR



A água é a rainha de qualquer lancheira. No verão, como em todas as outras estações do ano, mantém o teu corpo bem hidratado. Vais ver que até te concentras mais e aprendes melhor.

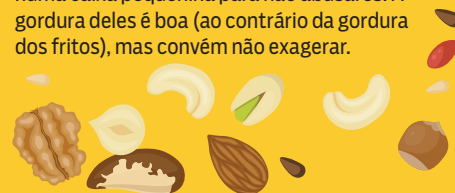
PÃO PARA DAR ENERGIA



O pão sabe sempre bem e é saudável. Como é rico em hidratos de carbono, dá-te a energia de que vais precisar para enfrentar o dia. Há uma grande variedade de pães que podes experimentar, como de alfarroba, sementes, mistura, girassol. Desde que evites os "fofinhos", como o pão de forma e o pão de leite. Podes preparar as tuas sandes em casa e recheá-las com os teus ingredientes preferidos, como fiambre, queijo, compota, atum, peito de peru ou frango cozido desfiado.

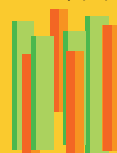
FRUTOS SECOS PARA PETISCAR

Se gostas de ir petiscando nos intervalos, podes ter sempre à mão frutos secos e oleaginosos como nozes, avelãs, amêndoas, amendoim ou caju ao natural, sem sal nem frituras. Coloca numa caixa pequenina para não abusares. A gordura deles é boa (ao contrário da gordura dos fritos), mas convém não exagerar.



LEGUMES PARA SNACK

Sim! Legumes crus ou cozidos! Pode ser cenoura (*baby* ou não), tomate (*cherry* ou outro), pepino, aipo ou até beterraba para dar um tom cor-de-rosa a tudo. Pede aos teus pais para cortarem aos cubos, aos palitos ou às rodelas, coloca numa caixa (*tupperware*) com tampa e vai petiscando ao longo do dia.



E PORQUE NÃO LEVAR, DE VEZ EM QUANDO, BOLACHAS?

Claro, porque não? Mas atenção: que sejam feitas por ti! Aqui vai uma sugestão apenas para estimular a tua imaginação. Bate duas bananas e duas maçãs e adiciona flocos de aveia e um pouco de canela. Escolhe umas formas baixinhas a teu gosto e depois de 15 minutos a cozerem no forno terás as bolachas mais deliciosas e saudáveis, com a vantagem de serem da tua autoria!





Isabel Alves

Esplanada do Rio



EU A MARCAR UMA CONSULTA



 **394 likes**

www.saudecuf.pt



É BOM TER UMA CUF POR PERTO

HOSPITAIS

CUF Porto
Tef.: 220 039 000

CUF Viseu
Tef.: 232 071 111

CUF Coimbra
Tef.: 239 700 720

CUF Santarém
Tef.: 243 240 240

CUF Torres Vedras
Tef.: 261 008 000

CUF Cascais
Tef.: 211 141 400

CUF Descobertas
Tef.: 210 025 200

CUF Infante Santo
Tef.: 213 926 100

CLÍNICAS

CUF Porto Instituto
Tef.: 220 033 500

CUF S. João da Madeira
Tef.: 256 036 400

CUF Mafra
Tef.: 261 000 160

CUF Sintra
Tef.: 211 144 850

CUF S. Domingos Rana
Tef.: 214 549 450

CUF Nova SBE
Tef.: 211 531 000

CUF Alvalade
Tef.: 210 019 500

CUF Belém
Tef.: 213 612 300

CUF Miraflores
Tef.: 211 129 550

CUF Almada
Tef.: 219 019 000

www.saudecuf.pt

