

# com **OLHOS** de **VER**

Edição n.º 8 | Setembro / Dezembro 2018



**CIRURGIA MAXILOFACIAL** |

**PSICOMOTRICIDADE INFANTIL** |

**ORTÓPTICA**

O SEU DESENVOLVIMENTO ATRAVÉS  
DO TEMPO

A RELAÇÃO MENTE-CORPO NO  
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

O CUIDADO COM  
A SAÚDE VISUAL



# Índice



com  
**OLHOS  
DE  
VER**

## FICHA TÉCNICA

### Edição

8 - Setembro / Dezembro 2018

### Propriedade

Clínicas Leite, Lda

### Periodicidade

Quadrimestral

### Coordenação editorial

Mariana Coimbra

Design gráfico /

### Paginação

Sigarrisca, Lda

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

© Clínicas Leite®

clnicasleite.pt

## Medicina Geral e Familiar

# 06

A acne é uma doença comum da pele que resulta de um excesso de produção de gordura, inflamação e colonização bacteriana dos folículos pilosos na face, pescoço, peito e costas por *Propionibacterium acnes*.



## Cirurgia Maxilofacial

# 07



Depois de, na edição passada, termos feito um breve enquadramento à cirurgia maxilofacial (CMF) através da história, faremos agora uma breve passagem sobre o desenvolvimento das várias áreas que compõem a CMF.

## Psicomotricidade

# 13



A importância da psicomotricidade para o desenvolvimento infantil.



# IRIDEX 17

## Tratamento Não Invasivo de Glaucoma

O Glaucoma é uma doença que está associada ao aumento da Pressão Intra-Ocular (PIO). Sem tratamento, o glaucoma provoca perda gradual e permanente da visão.



# A importância da Ortóptica 20



A saúde visual é um tema de especial ênfase na sociedade tecnológica onde vivemos, e é crucial falar da ortóptica, dando a conhecer todas as suas valências e a sua importância em qualquer serviço de oftalmologia.

# IDEIAS COM HISTÓRIA 22

A denominação de “Hospitais da Universidade de Coimbra”, que se manteve até aos nossos dias, tem origem remota.

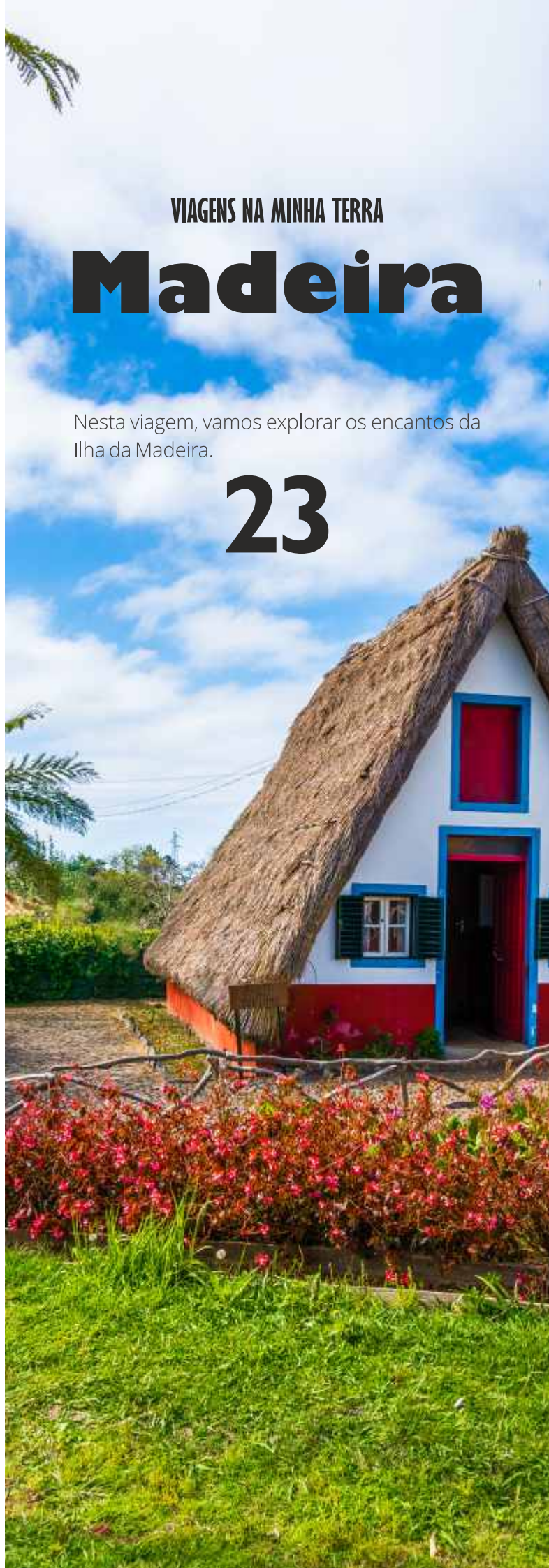


VIAGENS NA MINHA TERRA

# Madeira

Nesta viagem, vamos explorar os encantos da Ilha da Madeira.

# 23



Editorial



# EUGÉNIO LEITE

Ceo e Diretor Clínico das Clínicas Leite®



**Fundação Eugênio Leite**  
**o culminar de uma vida dedicada**  
**à responsabilidade social.**

---



---

**N**os últimos 30 anos, tenho estado envolvido, quer individualmente, quer através das Clínicas Leite, em atividades de responsabilidade social na sociedade onde estamos inseridos e da qual fazemos parte.

Há três décadas, um convite para organizar uma palestra sobre crianças “problema” na sala de aulas, dirigida a professores, despertou a minha consciência social e de responsabilidade social individual.

De seguida, as atividades diversificaram-se, através da realização de rastreios, palestras e formações de área médica, para diferentes tipos ou grupos profissionais.

Há 25 anos surgiu o convite para aderir ao movimento leonístico começando a fazer parte do Lions Clube de Coimbra e tendo desenvolvido atividades nas duas décadas seguintes.

A atividade no Lions diversificou em outras áreas, não descurando a atividade de base na área da saúde. Mas é aqui que, cada vez mais, tomei consciência da sociedade, dos seus problemas, da sua diversidade e nas diferentes formas de intervenção social.

Ao fim de 20 anos e depois de ter múltiplos cargos no movimento leonístico, quer ao nível local, o clube, quer ao nível do distrito, entenda-se país, cheguei a governador distrital, topo da hierarquia do distrito 115 centro-sul. Este passo é importante no meu crescimento e evolução, não pelo cargo, mas sim pela noção de evolução de responsabilidade social para uma noção global, uma visão ampla e igualitária de intervenção social.

## **Pela qualidade de vida e saúde do nosso doente inovamos conceitualmente em Bem Servir com Excelência.**

Nestes últimos anos, intervimos socialmente enquanto empresa, Clínicas Leite, apostando num conceito cada vez mais enraizado na cultura da organização: a responsabilidade social empresarial. As Clínicas Leite integram a organização GRACE – Grupo de Reflexão e Apoio à Cidadania Empresarial, que agrega mais de 150 empresas.

As áreas de intervenção social, pessoal e empresarial são hoje a área médica – diabetes e glaucoma, e a área de apoio a crianças institucionalizadas no seu projeto de reinserção social.

Em 2017, abraço o projeto de criação de uma fundação que agrega todo este conjunto de projetos e atividade desenvolvidas a nível pessoal e das Clínicas.

O ano de 2018 marca o nascimento da Fundação Eugénio Leite e 2019 o início das suas atividades de forma formal.

Concretiza-se assim o sonho de uma vida paralela à vida profissional: a criação de uma fundação dedicada à responsabilidade social, a nossa obrigação para com a sociedade que nos recebeu no seu seio.





# Medicina Geral e Familiar

## ACNE



A acne é uma doença comum da pele que resulta de um excesso de produção de gordura, inflamação e colonização bacteriana dos folículos pilosos na face, pescoço, peito e costas por *Propionibacterium acnes*.

Um estudo realizado em Portugal revelou uma prevalência de acne de 82,4% em jovens de 10 a 12 anos, com predomínio do género masculino. Desses jovens, apenas 44% fazia algum tipo de tratamento.

A doença não atinge apenas adolescentes, podendo persistir na idade adulta ou surgir nesta fase, quadro mais frequente no sexo feminino.

Os sintomas da acne variam de acordo com cada pessoa e, na maioria das vezes, são de pequena a média intensidade. As manifestações são variadas e incluem: comedões (pontos negros), pápulas (lesões vermelhas sem pus), pústulas (lesões com contêm pus), nódulos e quistos.

O diagnóstico é feito pelo médico uma vez que existem outras doenças da pele que podem simular a acne.

De modo a evitar as suas sequelas, como cicatrizes e distúrbios emocionais, o tratamento deve ser iniciado logo que possível.

### ***Existem factores que podem agravar a acne?***

Sim! Antecedentes familiares de acne, alguns medicamentos, distúrbios hormonais, stresse, maus hábitos alimentares e uma higiene pobre podem agravar a acne.

### ***Posso prevenir a acne?***

Sim! Regra de ouro: as lesões nunca devem ser espremidas de forma a evitar a sobreinfecção e as cicatrizes. A exposição ao sol deve ser feita de uma forma regrada, devendo sempre ser utilizado um protetor solar de factor elevado. A higiene diária da pele com produtos específicos ajuda a controlar a acne.

A alimentação também exerce um papel importante devendo ser saudável.

### ***Qual o tratamento?***

O tratamento da acne varia de acordo com a gravidade do caso e o tipo de pele e deve ser sempre prescrito sob aconselhamento médico.

Inclui opções como: Cremes ou loções de uso tópico; Antibióticos orais como a minociclina; pilulas anticonceptivas ou medicamentos que reduzem os efeitos de hormonas masculinas; Isotretinoína (medicação oral indicada para casos graves que não respondem a outros tratamentos).



por *Mélanie Pedreiro Ferro*

Médica de Medicina Geral e Familiar



# CIRURGIA MAXILOFACIAL

## Ontem e Hoje

---

Depois de, na edição passada, termos feito um breve enquadramento à cirurgia maxilofacial (CMF) através da história, faremos agora uma breve passagem sobre o desenvolvimento das várias áreas que compõem a CMF:

### **Cirurgia dento-alveolar e cirurgia pré-protética:**

Tal como foi referido na última edição, um dos alicerces do desenvolvimento da cirurgia maxilofacial está relacionado com a patologia dentária. Com o passar dos séculos e, sobretudo nas últimas décadas, esta área foi sendo assumida por médicos dentistas ou estomatologistas. Apesar disso, a cirurgia maxilofacial continua a tratar casos de cirurgia oral, sobretudo no que diz respeito a extrações de dentes inclusos, cirurgia pré-protéticas ou mesmo de implantologia.

---

### **Traumatologia:**

A cirurgia maxilofacial teve e tem um papel preponderante no tratamento das fraturas da face, sendo mesmo esta uma das bases principais do desenvolvimento da mesma.

Hoje em dia, em Portugal, dada a baixa percentagem de criminalidade violenta, diminuição do número de acidentes e melhores medidas de proteção, os traumatismos da face são muito menos

frequentes, pelo menos, em comparação com os números de algumas décadas atrás.

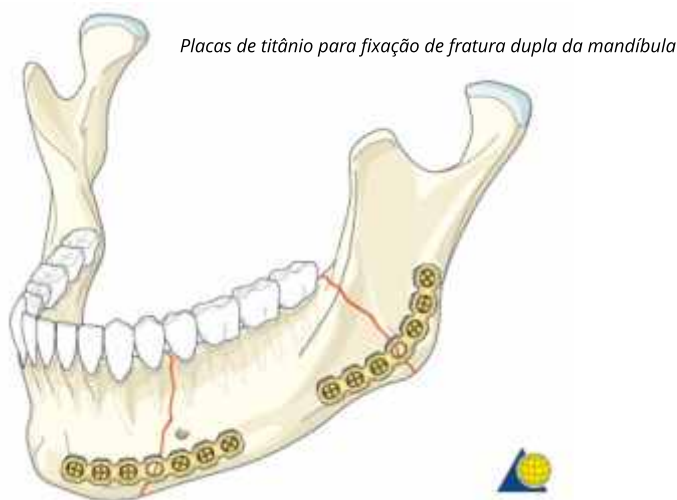
Talvez tenha sido Salicetti, em 1474, o primeiro a descrever um método simples de imobilização das fraturas fazendo um bloqueio entre o maxilar e a mandíbula recorrendo a ligaduras colocadas em torno dos dentes. O recurso ao bloqueio intermaxilar, forçando o doente a ficar de boca fechada durante semanas foi durante muitos séculos o método usado. No século 17, Richard Wiseman descreveu as sequelas na oclusão dentária, decorrente de uma fratura maxilar ou mandibular mal ou não tratada. O conceito da oclusão dentária prévia à fratura é ainda hoje um conceito extremamente importante e crucial na redução das fraturas. Durante os séculos seguintes apenas se foram aprimorando as técnicas

de bloqueio intermaxilar, com recurso a fios de aço, arcos ou férulas.

Com a introdução dos antibióticos e anestesia geral, as fraturas começaram a ser abordadas cirurgicamente por via intraoral. Eram reduzidas e os segmentos fraturados estabilizados com recurso a fios de aço. No início do século vinte começou-se a tentar usar placas e parafusos para fixar as fraturas, sendo este método ainda usado. Obviamente que os instrumentos foram evoluindo tornando-se mais adaptados e eficientes, assim como o material de osteossíntese usado, usando-se atualmente o titânio, que apresenta maior capacidade de osteointegração. Placas reabsorvíveis são já usadas hoje em dia, mas não para fraturas complexas ou sujeitas a grandes forças.



*Bloqueio intermaxilar com recurso a arcos de Erich fixos aos côlos dos dentes com fios de aço e bloqueio com elásticos.*



Com o desenvolvimento das técnicas diagnósticas, nomeadamente da TAC, as fraturas são facilmente caracterizadas e o planeamento cirúrgico estabelecido. Este diagnóstico fácil pode levar a um sobretratamento das fraturas. Na verdade, nem todas precisam ser tratadas cirurgicamente. As fraturas da face devem ser tratadas quando é evidente uma alteração funcional, como alterações da oclusão dentária, limitação da abertura bucal ou alterações visuais. Assim como quando há um prejuízo estético, nomeadamente um desvio da pirâmide nasal.

### Cirurgia Ortognática:

Esta área da cirurgia maxilofacial é atualmente a que mais dá projeção e reconhecimento à especialidade.

As primeiras tentativas na correção das deformidades dentofaciais foram realizadas já em 1849. Nessas primeiras cirurgias, os movimentos eram limitados a cortes no osso da mandíbula. As “aventuras” em relação ao maxilar ocorreram posteriormente, sendo que a primeira osteotomia Le Fort I, semelhante ao que se faz hoje em dia, foi realizada apenas em 1942. Muitas modificações à técnica foram realizadas e a maioria dos procedimentos cirúrgicos atuais foram desenvolvidos depois da Segunda Guerra Mundial. Com a introdução da terapêutica antibiótica, a correção cirúrgica eletiva das dismorfoses dentofaciais foi-se tornando popular.

O grande avanço da cirurgia ortognática ocorreu após 1960 com a integração de Ortodontistas no

tratamento destas situações. Eles defendiam que um alinhamento dentário ortodôntico pré-cirúrgico e pós-cirúrgico asseguraria uma oclusão estável, que por sua vez contribuiria para um resultado duradouro e com menor probabilidade de recidiva.

Na década de oitenta outras indicações foram propostas para a cirurgia ortognática como o síndrome de apneia de sono de causa obstrutiva. Esta intervenção ainda não é vulgarmente sugerida aos doentes, pela percepção errada dos clínicos de que se trata de uma cirurgia muito complexa. Está provado que o avanço do maxilar e da mandíbula

umentam o espaço faríngeo posterior de tal modo eficiente, que o doente deixa de ter necessidade de usar dispositivos para dormir como o CPAP ou BIPAP.

A osteodistração foi apresentada como o grande inovação em cirurgia ortognática nos anos noventa. Os seguidores da técnica têm sido flutuantes, mas é evidente o seu benefício em casos severos de hipoplasia maxilar e mandibular.

Atualmente, é dada uma maior ênfase à componente estética da cirurgia ortognática, associando-se-lhe procedimentos como lipoaspições e rinoplastias cosméticas.

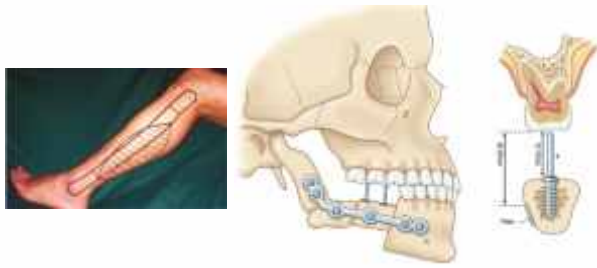


Antes e depois de uma cirurgia ortognática. Canal P, Goudot P. (2012). Dymorphies maxillo-mandibulaires. Traitement orthodontic-chirurgical. Elsevier Masson SAS. Pg 83 e 89



## Cirurgia Oncológica:

Inicialmente, pensava-se que esta era uma doença localizada. Logo, fazendo a extirpação total do tumor, o doente ficaria curado. Tendo como base estudos anatómicos realizados durante o Renascimento é que no século dezanove se percebeu que os tumores malignos da cavidade oral se disseminavam para gânglios linfáticos do pescoço. Nessa altura para além da exérese do tumor preconizava-se uma “limpeza” de todos os gânglios do pescoço, com sacrifício de músculos, veias e nervos importantes. Eram cirurgias muito agressivas com complicações e sequelas importantes.



*Reconstrução da mandíbula com retalho ósseo de perónio, permitindo uma reabilitação dentária com implantes. Wei FS, Mardini S. (2009). Flaps and Reconstructive Surgery. 1ª edição. Saunders -Elsevier Inc. Pg 445 e 452*

Em 1912, em França, foi utilizada pela primeira vez a Radioterapia no tratamento de tumores da cabeça e pescoço, sendo até hoje, obviamente com otimizações, uma arma importante no tratamento desta doença. Por sua vez, a Quimioterapia, foi introduzida em 1950, mas infelizmente os tumores da cabeça e pescoço mostraram-se resistente às drogas usadas nessa época.

Um estudo realizado em 1951, por Crile e, bem mais tarde, outro realizado por Shah, em 1996 no importantíssimo hospital americano – Memorial Sloan-Kettering Cancer Center - mostrou que os chamados esvaziamentos ganglionares cervicais não precisavam de ser tão extensos, podendo-se deste modo poupar estruturas. Estes estudos levaram a alterações dos procedimentos cirúrgicos, reduzindo muito a morbidade das cirurgias. A extirpação do tumor ao nível da cavidade oral, mesmo que de pequenas dimensões traz ao doente repercussões funcionais que podem colocar em causa a sua qualidade de vida. As alterações da fala e alimentação são as principais áreas a serem afetadas. Daí que a prioridade, a par do controlo da doença, é o restabelecimento da função. Ao longo dos anos, foram-se aperfeiçoando técnicas cirúrgicas de reconstrução com recurso a retalhos locais, regionais e mais recentemente com recurso a microcirurgia. Por exemplo, em um doente em que haja necessidade de sacrificar parte da mandíbula é possível reconstruí-la recorrendo ao osso da perna, o perónio.

Em muitos casos, o tratamento destes doentes requer a reunião de uma equipa vasta, podendo ser constituída por cirurgiões maxilofaciais, radioterapeutas, oncologistas, anatomopatologistas, imagiologistas, otorrinolaringologistas, terapeutas da fala, nutricionistas, psicólogos, entre outros.

## Patologia da Articulação Temporo-mandibular:

Talvez a área da cirurgia maxilo-facial que maior controvérsia reúne é a patologia da articulação temporo-mandibular. São variadas as opiniões no que diz respeito à patologia e o seu tratamento, mesmo atualmente.

A grande discussão tem sido sobretudo em torno do tratamento dos síndromes dolorosos relacionados com a articulação. Na década de trinta, a causa da dor era atribuída sobretudo a alterações da oclusão dentária e na década de cinquenta, o foco da dor era frequentemente localizado ao nível dos músculos

mastigatórios. Com estes conceitos, a cirurgia major da articulação temporo-mandibular como primeira linha de tratamento foi sendo substituída por tratamentos menos agressivos. Médicos dentistas e protésicos começaram a tratar estes síndromes dolorosos com bons resultados. No final desta era, a cirurgia era apenas reservada para casos de alterações anatómicas da articulação, como anquiloses ou tumores.



*Artrocentese da articulação temporo-mandibular*

A introdução da artroscopia em 1975 veio permitir observar a articulação no seu interior, diagnosticar e tratar algumas patologias. No entanto, muitos dos benefícios da artroscopia no que diz respeito ao tratamento eram conseguidos com uma artrocentese. Esta técnica

consiste em aceder a articulação através de uma agulha e fazer uma lavagem à articulação, libertando eventuais aderências e diminuindo os mediadores inflamatórios.

Grandes avanços têm se feito também no fabrico de próteses da articulação customizadas ao doente. Contudo, as suas indicações ainda são muito específicas e limitadas.

### Fendas labiopalatinas e cirurgia craniofacial:

Ao longo dos séculos, os bebés com fendas labiais e palatinas sempre despertaram a curiosidade dos cirurgiões. Já no século dezasseis há relatos de cirurgias que tentaram encerrar as fendas labiais. Foram cirurgias franceses, em particular, que tomaram a iniciativa de melhorarem as técnicas de encerramento das fendas labiais. Bem mais tarde é que se começou a tentar encerrar as fendas palatinas e os defeitos ósseos alveolares inerentes a algumas fendas. De lembrar que estas cirurgias eram realizadas em bebés, sem anestesia geral! Felizmente, o aparecimento do clorofórmio no século dezanove permitiu anestesiá-las estas crianças.



Antes e depois do encerramento labial de uma fenda labiopalatina unilateral. Canal P, Goudot P. (2012). *Dysmorphies maxillo-mandibulaires. Traitement orthodontic-chirurgical. Elsevier Masson SAS. Pg 149*

Nessa mesma altura foram construídos os primeiros obturadores para permitir uma alimentação e fala mais eficiente. Muitas técnicas foram tentadas para obter um encerramento das fendas com menor impacto possível tanto a nível estético como funcional, nomeadamente na fala.

Ao longo do século vinte foram-se otimizando as fases e idades de tratamento para cada cirurgia, uma vez que estes casos complexos não se resolvem apenas com uma única. Confirmou-se que intervenções cirúrgicas com determinadas técnicas e em idades não adequadas têm impacto negativo no crescimento facial. Deste modo, é previsível que posteriormente a criança venha a necessitar de uma cirurgia ortognática. A maior parte das vezes, ocorre um menor desenvolvimento do maxilar em relação à mandíbula.

Ainda hoje não existe um verdadeiro consenso sobre a melhor estratégia a adotar. O que se sabe é que o tratamento destas crianças requer também uma abordagem multidisciplinar, necessitando dos conhecimentos de pelo menos da cirurgia maxilofacial, da otorrinolaringologia, da cirurgia plástica, da ortodontia e da terapia da fala.



Antes e depois de cirurgia ortognática com sequelas de fenda labiopalatina unilateral. Canal P, Goudot P. (2012). *Dysmorphies maxillo-mandibulaires. Traitement orthodontic-chirurgical. Elsevier Masson SAS. Pg 154*





## Doenças infecciosas:

Ainda no início do século dezanove, os cirurgiões não faziam ideia de que uma das principais causas de abscessos cervicais era dentária. Em 1898, Mickulicz e Kümmel descreveram o fenómeno da “angina de Ludwig”. Este resulta de infeções de dentes que não foram tratados atempadamente (quer com desvitalização ou mesmo extração) levando à formação rápida de uma tumefação sublingual que compromete a patência das vias respiratórias. Este fenómeno requer uma intervenção cirúrgica urgente sendo imperativa uma drenagem do abscesso. Infelizmente, nos nossos dias, ainda aparecem casos deste género, que por vezes complicam levando à morte.



*Angina de Ludwig, Calsow, RA et al. (2002): Calsow's essentials of oral pathology and oral medicine. 7ª edição. Churchill Livingstone. London. Pg. 96*

Com a melhoria das condições de vida das pessoas e a introdução de antibióticos, as infeções da região orofacial são menos frequentes e melhor controladas, mas constituem de igual forma um problema em países em desenvolvimento. Infelizmente, o nosso país não é um dos melhores exemplos no que respeita aos cuidados de higiene da cavidade oral, sendo as infeções mais comuns do que o esperado de um país europeu.

Atualmente, o grande desafio relativo às infeções está inerente à imunossupressão dos doentes, à resistência dos antibióticos e às complicações secundárias à toma de certos medicamentos, como os bifosfonatos. A osteoquimionecrose dos maxilares, relacionada com a toma de bifosfonatos foi sugerida inicialmente por Marx em 2003 e desde a sua publicação, muitos outros casos foram reportados. A infeção é secundária a alterações no mecanismo de reabsorção e remodelação óssea provocados por estes medicamentos. Estes são utilizados para o tratamento de metástases ósseas, mieloma múltiplo e largamente, diria até, abusivamente, no tratamento de osteoporose. Trata-se de uma patologia de difícil tratamento com necessidade de recurso a longos períodos de antibioterapia e limpezas cirúrgicas. Infelizmente, em alguns casos, há completa destruição do osso, mais frequentemente da mandíbula, com necessidade de recorrer a cirurgias reconstrutivas.

Não se pode acabar sem referir que o avanço cirúrgico está intimamente conectado ao grande desenvolvimento das técnicas diagnósticas. As planificações virtuais com imagens em três dimensões, possíveis hoje em dia, permitem uma planificação cirúrgica mais rigorosa e adaptada ao doente. Também na Cirurgia Maxilofacial, as tecnologias emergentes, tais como a nanotecnologia e engenharia dos tecidos, apontam para um futuro desafiador e estimulante para conseguirmos um melhor tratamento.



*por Teresa Lopes*

Médica Especialista em Cirurgia Maxilo-Facial

# o tempo subitamente solto



o tempo, subitamente solto pelas ruas e pelos dias,  
como a onda de uma tempestade a arrastar o mundo,  
mostra-me o quanto te amei antes de te conhecer.  
eram os teus olhos, labirintos de água, terra, fogo, ar,  
que eu amava quando imaginava que amava. era a tua  
a tua voz que dizia as palavras da vida. era o teu rosto.  
era a tua pele. antes de te conhecer, existias nas árvores  
e nos montes e nas nuvens que olhava ao fim da tarde.  
muito longe de mim, dentro de mim, eras tu a claridade.



*José Luís Peixoto, in 'A Criança em Ruínas'*

---



# Psicomotricidade e Desenvolvimento Infantil

A psicomotricidade é uma ciência que visa conhecer o ser humano na sua totalidade. E para conseguir trabalhar nesta totalidade que é o ser humano, estuda fatores como tonicidade, relaxação ativa e passiva, equilíbrio estático e dinâmico, noção de corpo, conhecer o próprio corpo, noções espaciais, interiorização da imagem corporal, coordenação (capacidade de realizar diferentes movimentos em simultâneo), lateralidade, praxia (movimento) global e fina. Todos estes parâmetros nos dão informações mais precisas acerca do desenvolvimento da pessoa, permitindo perceber quais os seus pontos fortes e os pontos em que possam existir algumas lacunas.

---

**S**e refletirmos um pouco, reparamos que, tanto a saúde como a doença, se expressam através do corpo. Mas de que forma é que o movimento do corpo, os afetos e o nosso cognitivo integram as nossas experiências e aprendizagens, (influenciando-se mutuamente)?



Tudo que acontece no organismo é a expressão da relação mente-corpo. Por exemplo, o escrever a letra «p» envolve uma série de capacidades: a mão que segura a caneta (motricidade fina), o desenhar sobre a linha (coordenação olho-mão), a letra (memória longo-prazo) e o movimento da caneta para fazer um traço vertical seguido de uma bolinha (orientação espacial). E nós nem pensamos nisso, mas para quem está a aprender a escrever é muita coisa ao mesmo tempo. Importa dizer que são as experiências que nos transmitem conhecimentos e mais facilmente conseguimos aprender através do «fazer» do que apenas com teoria.



Desde o nascimento que é através da motricidade, particularmente da variação do tónus (grau de tensão muscular), que o bebé exprime as suas necessidades, constituindo, então, a primeira forma de expressão emocional, que compreende uma dimensão afetiva e comunicativa, ainda que não-verbal para com o prestador de cuidados, sobretudo com a figura materna.

Após a relação e interação com os outros, a motricidade da criança vai-se dedicar à exploração do meio exterior, nomeadamente os objetos. E para adquirir o conhecimento e formar conceitos acerca destes últimos, a criança tem que agir sobre eles corporalmente, o que acontece de forma mais evidente quando a criança começa a gatinhar e, mais tarde, quando adquire a marcha.



Enquanto psicomotricistas pretendemos ver e perceber como o corpo exterioriza o que é interno (afetividade e cognição) e de que modo esse mesmo corpo pode agir em prol da melhoria desejada, de modo a proporcionar uma organização psicomotora adequada, nas suas dimensões: motora, perceptiva, cognitiva e comportamental.

O papel da psicomotricidade no desenvolvimento infantil é então determinante na aprendizagem da criança, na medida em que destaca a relação existente entre a motricidade, o cognitivo e a afetividade da criança, visando a adaptação às diferentes aprendizagens e contextos.

Mais tarde, na idade escolar, a correlação entre a psicomotricidade e o desenvolvimento típico da criança encontra-se mais correlacionada, uma vez que inúmeros estudos constataam que as aprendizagens escolares estão dependentes da integração de fatores psicomotores, como o equilíbrio, a coordenação, o conhecimento do corpo, do espaço, do tempo, dos objetos. Estas aquisições psicomotoras estão muito dependentes da qualidade das relações antes estabelecidas.

Assim, geralmente, as crianças com dificuldades psicomotoras vão apresentar, conseqüentemente, dificuldades de aprendizagem, nomeadamente ao nível da atenção, da leitura, da escrita, do cálculo e da socialização.



Uma agravante dos últimos tempos relativamente ao desenvolvimento psicomotor relaciona-se com as mudanças sociais que têm ocorrido, especialmente ao nível dos contextos de vida da criança (ambiente urbano, poucos espaços verdes, recreios com equipamentos pobres), rotinas familiares (pouco tempo partilhado em conjunto e excesso de atividade extracurriculares), culminando num curto espaço de brincadeira e exploração do ambiente

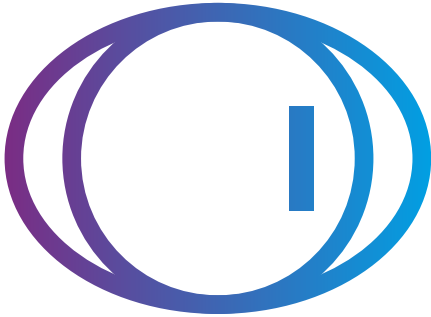
pelas crianças e, conseqüentemente, numa fraca atividade motora, de jogo e de socialização, que podem estar na origem das dificuldades psicomotoras.

***É de extrema importância alertar a população parental para a necessidade de existência de tempo na rotina diária da criança dedicada ao jogo livre, sem recurso aos ecrãs, para que o brincar seja uma realidade presente no dia-a-dia da criança, não só através de jogos simbólicos como também de exercícios, de regras ou de construção. Proporcionar atividades como correr, saltar a pés juntos ou ao pé-coxinho, lançar, chutar bolas, andar sobre uma linha, modelar plasticina, fazer fios de missangas ou massas, jogos de encaixes, abotoar e desabotoar, lançar objetos a um alvo, dançar, entre outras, constitui uma mais-valia no quotidiano da criança, facilitando o seu desenvolvimento global.***



por Andreia Santos

Psicomotricista



# LEITE

ASSOCIATED  
ENTERPRISES





---

# IRIDEX

## Tratamento Não Invasivo de Glaucoma

O Glaucoma é uma doença que está associada ao aumento da Pressão Intra-Ocular (PIO). Sem tratamento, o glaucoma provoca perda gradual e permanente da visão.

Um olho saudável produz, continuamente, uma pequena quantidade de líquido chamado humor aquoso que circula dentro da porção frontal do olho e é drenado para fora. Esse processo de produção de líquido, fluxo e drenagem é essencial para manter a pressão ocular normal. Qualquer alteração neste equilíbrio pode aumentar a PIO e consequentemente provocar danos no nervo óptico.

Como esta doença é silenciosa (sem queixas) até fases mais avançadas, quase sempre é diagnosticada tardiamente quando já existem alterações graves do nervo óptico e campo visual. Nesta fase, o tratamento já não recupera a visão perdida, mas impede o seu agravamento. A seguinte imagem, representa a evolução da doença e a sua manifestação no campo de visão:



Segundo a Norma da Direcção Geral de Saúde (2014), apesar de em Portugal não existirem estudos que nos permitam estimar o número de doentes com glaucoma, é sabido que esta doença constitui a segunda principal causa de cegueira irreversível nos países desenvolvidos. Estima-se, também, que cerca de metade dos casos de glaucoma não este-

jam diagnosticados. A perda progressiva de visão provocada pelo glaucoma pode, no entanto, ser evitada se este for detetado a tempo e tratado devidamente.

Os tratamentos para o glaucoma visam reduzir a PIO, reduzindo a produção de fluídos ou melhorando o seu fluxo de saída. O uso de medicamentos, sob a forma de colírios, pode ser a primeira opção para o tratamento do glaucoma. Existem também tratamentos invasivos como a trabeculoplastia, que é um procedimento que facilita a passagem de fluído para o canal de drenagem, de forma a reduzir a PIO. No domínio dos tratamentos não invasivos, surge a Ciclophotocoagulação Transescleral Micro-Pulse usando o laser de glaucoma Cyclo G6 e a sonda MP3.

---

---

O MicroPulse fornece micropulsos laser repetitivos e de baixa energia que reduzem os riscos associados a outras terapias destrutivas e invasivas. Este tratamento é um procedimento rápido e seguro. É uma terapia não invasiva que não requer incisões ou implantes, e possibilita um procedimento versátil com vários benefícios de segurança, é praticamente isento de efeitos adversos, pois como é um procedimento não-incisional, tem um mínimo de reacção inflamatória, é um tratamento que pode ser repetido, previsível e com tempo de recuperação mais rápido.

Este tratamento pode ser realizado em consultório ou na sala de cirurgia, conforme o médico. O procedimento não causa danos nos tecidos, portanto, o médico pode repeti-lo conforme necessário. Antes de efetuar o tratamento, é feita uma anestesia local, de forma a tornar o tratamento mais confortável enquanto o médico move suavemente a sonda de MP3 acima e abaixo da íris durante o procedimento.

Normalmente, a PIO diminui algumas semanas após o procedimento, pelo que se deve manter a medicação anterior até indicações de contrário. Por esse motivo é crucial que os pacientes submetidos a este tratamento devam manter consultas regulares com o oftalmologista e sigam as suas indicações de forma rigorosa.



Após o procedimento, pode ser necessário realizar oclusão do olho tratado durante o resto do dia. A maioria dos pacientes não sente dor após a terapia. Qualquer desconforto leve ou vermelhidão no olho é absorvido geralmente em poucos dias. Após o procedimento é crucial respeitar o esquema de colírios (anti-inflamatório e antibiótico) prescrito pelo oftalmologista para controlar a inflamação.

Normalmente, a PIO diminui algumas semanas após o procedimento, pelo que se deve manter a medicação anterior até indicações de contrário. Por esse motivo é crucial que os pacientes submetidos a este tratamento devam manter consultas regulares com o oftalmologista e sigam as suas indicações de forma rigorosa.

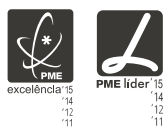


*por Joana Saraiva*

Enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica

---

# O que nos distingue



Distinguidos pelo **IAPMEI**, como empresa Líder e de Excelência na qualidade do desempenho económico-financeiro e de gestão.



Certificados pela **Norma ISO 9001** (Sistema de Gestão da Qualidade)



Signatários nº 100 da **Carta Portuguesa para a Diversidade**, valorizando as características individuais de cada um dos elementos que compõem a organização e acreditando que esta diversidade é potenciadora de inovação, promoção de talento e competência.



Parceiros do **Compromisso Pontual** a Fornecedores, integrando o movimento de responsabilidade social na promoção de uma cultura de pagamento pontual e da competitividade da economia portuguesa.



Parceiros da **Delegação de Coimbra da ACAPO** para auxílio a pessoas com baixa visão que necessitem de obter equipamentos de apoio à visão através do SAPA (Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio).



Parceiros da **ACREDITAR** para ajudar a minimizar os problemas causados pelo cancro infantil nas crianças e suas famílias.



Distinguidos pela **ONGD Atlas** pelo compromisso social assumido com a comunidade local e com a cidade de Coimbra.



Distinguidos pela **Associação Portuguesa de Ética Empresarial**, com o reconhecimento de práticas em responsabilidade social.



Parceiros do **Centro de Acolhimento João Paulo II** para auxílio à comunidade local/paroquial mais carenciada.



Parceiros da **Associação GRACE** para reflexão sobre a responsabilidade social nas empresas.



Parceiros do **Lions Clube Internacional** para promoção da consciencialização sobre doenças oftalmológicas e tendo como objectivo a erradicação da cegueira evitável.



O **“Sábio Sebastião”** como mascote das Clínicas Leite que ajuda a explicar aos doentes mais pequeninos os cuidados que devem ter com a sua saúde, em particular, com os seus olhos.



Distinguidos pela **Ordem dos Psicólogos Portugueses** como Healthy Work Place pelas Boas Práticas Internas que promovemos.



Distinguidos com a Menção Honrosa da **CWII - Corporate Wellness International Institute** pelo trabalho na promoção de Equipas de Trabalho Saudáveis.





# A importância da Or

A saúde visual é um tema de especial ênfase na sociedade tecnológica onde vivemos, e é crucial falar da ortóptica, dando a conhecer todas as suas valências e a sua importância em qualquer serviço de oftalmologia.

O ortoptista é o único profissional da área da visão, para além do médico oftalmologista, com competências e habilitações para desempenhar variados atos clínicos na área da oftalmologia, que vão desde os variados exames complementares de diagnóstico, as avaliações e tratamentos de ortóptica, as consultas de contactologia, avaliação refrativa e sub-visão, as ações de sensibilização, os programas de rastreio e prevenção no âmbito da promoção e educação para a saúde da visão, e ainda o trabalho dedicado à área do ensino e da investigação, integrando equipas multidisciplinares.

Atualmente, o ortoptista, não é um mero executante de exames complementares de diagnóstico e colabora ativamente em todo o follow-up do doente, trabalhando em equipa com o médico oftalmologista.

**Esta profissão, apesar de desconhecida para muitos, é importante para quase todos nós pois, de uma forma ou de outra, num hospital, numa clínica, no centro de saúde, numa óptica, possivelmente já se terá cruzado com este profissional sem dar conta.**

Nos casos de doentes diabéticos, o ortoptista realiza exames que permitem observar a retina e detetar os primeiros sinais de retinopatia diabética; no glaucoma avalia o estado geral do nervo óptico bem como a tensão ocular e o respetivo campo visual; em casos de presença de catarata realiza todos os exames pré e pós cirúrgicos necessários; em usuários de lentes de contato ou que ambicionem deixar de usar óculos realiza todos os exames exaustivos à córnea e filme lacrimal. Na observação

de crianças pode detetar precocemente qualquer anomalia na sua função visual, como a presença de ambliopia (olho preguiçoso) e/ou alterações da motilidade ocular (por exemplo, estrabismos ou insuficiência de convergência), daí a importância da prevenção precoce. Em suma, o ortoptista é um profissional bastante completo.

Num ano marcado por alguma turbulência e de revolução para os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), num período

de lutas e greves, é importante ressaltar que a ortóptica está em luta ao lado das restantes 16 profissões que compõem o grupo e cujas funções estão relacionadas com as ciências biomédicas laboratoriais, da imagem médica e da radioterapia, da fisiologia clínica e dos biosinais, da terapia e reabilitação, da visão, da audição, da saúde oral, da farmácia, da ortoprotésia e da saúde pública.

# ortóptica



Só podem exercer estas profissões aqueles a quem, na sequência de uma formação superior, seja atribuído o título profissional respetivo pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). A detenção do título profissional é comprovada pela emissão de uma cédula profissional, ao abrigo de um decreto-lei específico para cada profissão.



por *Cátia Cantante*  
Ortoptista



por *Dora Feixeira*  
Ortoptista



por *Inês Seatra*  
Ortoptista



por *Vera Pereira*  
Ortoptista

# IDEIAS COM HISTÓRIA

## Hospitais da Universidade de Coimbra

### ● “Hospital Velho e a Casa das Caldeiras”

A denominação de “Hospitais da Universidade de Coimbra”, que se manteve até aos nossos dias, tem origem remota. No Século XVIII, a designação era apropriada porque o conjunto compreendia os hospitais de S. Lázaro, da Conceição e da Convalescença. Depois de sucessivas alterações, entre 1846 e 1847, a acumulação de tropas na cidade, por efeito da guerra civil entre Liberais e Absolutistas, deu lugar a que, neste último ano, se convertesse todo o edifício de S. Jerónimo em hospital militar. Em 1882, três antigos hospitais são reunidos sob uma única administração, passando a ocupar o colégio das Artes, o colégio de S. Jerónimo, o



Colégio de S. Jerónimo

Castelo e o colégio dos Militares. O edifício de S. Jerónimo passou a acomodar os quartos particulares dos doentes que pagavam o seu tratamento e dos estudantes subsidiados; uma

enfermaria provisória da prisão, as repartições da secretaria e administração, a farmácia, e diferentes habitações de família para empregados.

No Castelo achava-se estabelecida a lavandaria e a rouparia, a arrecadação da roupa dos doentes, a moagem dos cereais e a padaria. As moléstias internas, cirúrgicas e sífilíticas eram tratadas no edifício do Colégio das Artes, onde também se achava a repartição das parturientes; acomodando-se ainda neste mesmo edifício o serviço do banco e da aceitação dos doentes. Os doentes de moléstias cutâneas e os lázaros asilados tinham repartições separadas no Colégio dos Militares, onde também se estabeleceu a repartição geral dos banhos, com o serviço de hidroterapia, inalações, etc.

Com a demolição da velha Alta desapareceram vários destes edifícios, como o hospital dos Lázaros e o que restava do Castelo, passando os edifícios do Colégio das Artes e do Colégio de São Jerónimo a concentrar os serviços hospitalares da universidade.

Em 1941, no âmbito da modernização e ampliação das infraestruturas geradoras de energia térmica para o funcionamento dos Hospitais da Universidade, foi construída a Casa das Caldeiras, que abrigou as duas enormes caldeiras adquiridas em 1939 à firma inglesa S.E. de C. Babcock & Wilcox.

O Hospital da Universidade permaneceu no Colégio de S. Jerónimo até a década de 1987, quando foi inaugurado o novo edifício para onde se mudou, na zona de Celas.

Nesta altura, por serem consideradas desnecessárias e obsoletas, devido à mudança do Hospital para o novo edifício, em Celas, as caldeiras foram desativadas, tendo a Casa das Caldeiras ficado ao abandono até 2006, ano em que se decidiu a sua recuperação.

Contempladas no plano de recuperação e reintegração do edifício foram mantidas as estruturas arquitetónicas originais: a disposição interior, os acessos, as amplas janelas e a alta chaminé, assim como a maioria da maquinaria, incluindo as duas grandes caldeiras.



Casa das Caldeiras: antiga e atual

por Pedro  
Favares Madeira





# Madeira

## VIAGENS NA MINHA TERRA

Composto por duas ilhas, o arquipélago da Madeira é um braço de Portugal que se estende pelo mar adentro. Situado a sudoeste da costa portuguesa, nasceu da erupção de um vulcão que, ao abalar o fundo do mar, fez do nosso país um território mais rico. Nesta viagem, vamos explorar os encantos da Ilha da Madeira. Brevemente, voltaremos para descobrir Porto Santo.



## Embarquemos...

*Podemos chegar de barco, são inúmeros os cruzeiros internacionais que aqui fazem paragem, ou de avião. Aterramos no Aeroporto Internacional da Madeira, agora também denominado Aeroporto Cristiano Ronaldo.*

**E daqui partiremos à descoberta!**

# Pico Ruivo

Vamos começar a nossa viagem pelo ponto mais alto da Ilha da Madeira. O Pico Ruivo ergue a sua personalidade até aos 1862m, sendo assim o terceiro ponto mais alto de Portugal. Pode custar um pouco caminhar até chegar ao topo desta nossa ilha, mas garantimos que o percurso vai valer a pena. As paisagens são de uma beleza para a qual não há palavras justas. Vai ser uma caminhada em direção ao céu, com a sensação de que quase pode tocar nas nuvens.



# Pico Areeiro

Um pouco mais abaixo, podemos também fazer outra paragem para ver o mundo cá de cima no Pico Areeiro. Aqui estamos, a 1818m de altitude, e o trilho para aqui chegar não é menos encantador. Em toda a ilha, podemos ver a paixão de uma serra que vive a beijar o mar.

# Câmara de Lobos

Agora descansemos um pouco na aldeia... Câmara de Lobos é uma vila piscatória que até hoje guarda as suas características de outrora. Aqui a moldura para as suas fotografias mais belas vai ser as cores vivas e alegres dos barcos dos pescadores. Também aqui podemos visitar o Gabo Girão, estamos a 580m de altura e é quase como se voássemos sobre o mar. Para os corajosos, uma oportunidade de testar os medos: correr sobre uma plataforma de vidro suspensa (skywalk), como quem caminha no ar!







## Ponta de São Lourenço

**N**a Ponta de São Lourenço recordamos um pouco de história: é o cabo mais ocidental da ilha a que os madeirenses chamam de cauda da ilha. Foi aqui que João Gonçalves Zarco acostou em 1420. Para quem tiver energias de percorrer esta cauda rochosa até ao fim haverá uma grande recompensa: uma praia de areias finas, a única de toda a ilha da Madeira.

## Curral das Freiras

**I**solado até 1959, data em que foi construída a primeira estrada até este local, o Curral das Freiras é uma aldeia no coração da montanha. Aqui as paisagens são quase indescritíveis e mostram-nos o poder da natureza, pois do fundo do vale conseguimos perceber a força do vulcão que fez crescer tão altas montanhas. A origem do seu nome prende-se com o facto de ter sido porto de abrigo para as freiras do Convento de Santa Clara em alturas de saques dos corsários franceses. Ao passar por aqui não deixe de provar o prato mais típico da região, a sopa de castanha!





# Passeios de Cesto

Está cansado? Vamos então apanhar uma boleia! Vamos entrar para os cestos e confiar que os cesteiros não vão descarrilhar pelo caminho. Deixemos subir a adrenalina e toca a aproveitar este meio de transporte tão único como as laurissilvas da Madeira!



# Bolo de Mel

Depois da sopa de castanhas, vamos fazer novamente as delícias do estômago pois não podemos deixar de provar o Bolo de Mel de Cana. É um doce ímpar da ilha e inigualável, tem como base o mel de cana de açúcar que lhe dá um paladar forte e inesquecível.



# Vinho da Madeira

Para acompanhar, brindemos com Vinho Madeira! Um vinho único, um vinho doce que, reza a lenda, se fez por acaso... Conta-se que tudo aconteceu por acidente, pois por erro ou esquecimento, as pipas do vinho foram deixadas ao sol. Quando esse vinho foi provado, descobriu-se um paladar mais rico, mais intenso e mais doce. E assim se fez uma receita mágica que nos encanta até hoje!



## Funchal

Deixámos para último a visita à capital da ilha da Madeira, a cidade do Funchal. Com mais de 100 000 habitantes, aqui cruza-se um pouco do mundo inteiro. O Funchal concentra em si o turismo que chega para conhecer esta pérola do Atlântico. Esta cidade é ao mesmo tempo moderna e cosmopolita, mas sabe também guardar em si a tradição. Um passeio pelo centro histórico tem algumas paragens obrigatórias: a Praça do Município, atenção especial ao pavimento; a Rua do Aljube, onde vai encontrar todas as flores típicas da ilha; a Sé, uma construção imperiosa do século XVI; o The Blandy Wine Lodge, onde se produz o vinho da Madeira; e já agora, se gosta de futebol, aproveite também para visitar o Museu CR7, neste caso o protagonista dispensa apresentações!

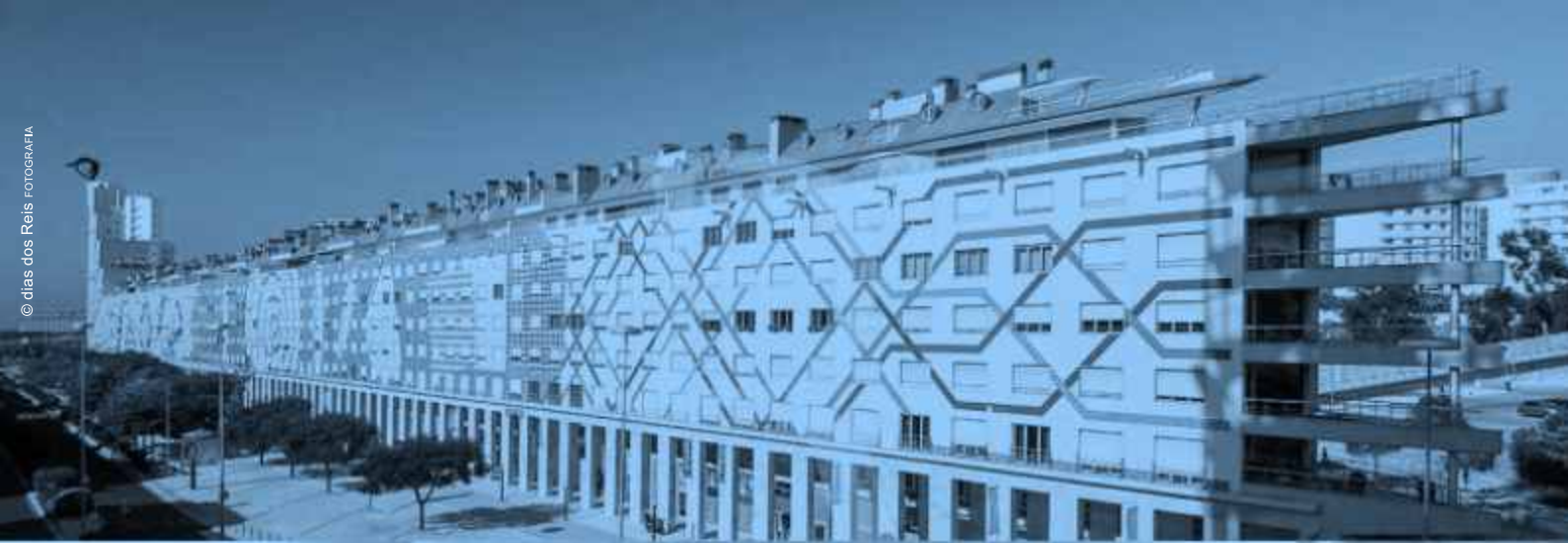
Internacionalmente conhecida é também a grandiosa festa de fim de ano na Ilha da Madeira e se precisava de uma ideia para a festa de passagem de ano aqui fica a dica! Comece a pesquisar e faça a sua reserva para se sentar na primeira fila a ver o fogo de artifício com que os madeirenses sempre celebram a chegada do ano novo. Em 2006, o "Guinness World Records" atribuiu o título de 'Maior Espetáculo Pirotécnico do Mundo' à passagem de ano na Madeira.



**A Madeira é, certamente, um local de sonho e este é um espetáculo a não perder!**

*Por Ângela Loureiro*





# Clínicas Leite

