

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

Edição n.º 10 | Maio / Agosto 2019

OFTALMOLOGIA | **MED. GERAL E FAMILIAR** | **PSICOLOGIA**

DESCOLAMENTO
DE RETINA

RINITE ALÉRGICA

DEPRESSÃO
NÃO É PREGUIÇA



Índice



com
**OLHOS
E VER**

FICHA TÉCNICA

Edição

10 - Maio / Agosto 2019

Propriedade

Clínicas Leite, Lda

Periodicidade

Quadrimestral

Coordenação editorial

Mariana Coimbra

Design gráfico / Paginação

Sigarrisca, Lda

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

© Clínicas Leite®
clinicasleite.pt



Descolamento de retina

A retina é uma camada de tecido nervoso que reveste o interior do olho e que é fundamental para o desempenho visual.

06

Rinite Alérgica quando pensar nela?

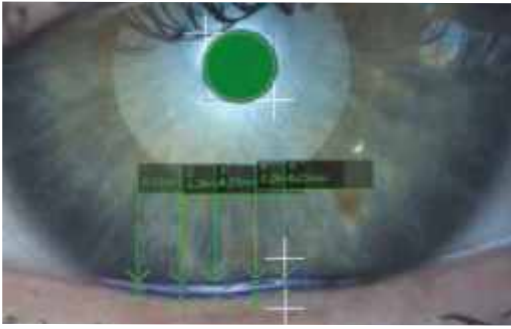
A Rinite Alérgica (RA) é uma das patologias mais comuns a nível mundial.

09

14 Depressão não é “preguiça”



A depressão é uma doença biológica que atinge o cérebro e o corpo.



Diagnóstico e Tratamento do Olho Seco 18

Cerca de 75% das pessoas que recorrem a uma consulta médica de oftalmologia sofrem de algum tipo de olho seco.

O perfil da Fisioterapia

Atualmente, a fisioterapia é uma área de conhecimento fortemente fundamentada e suportada cientificamente. 21

IDEIAS COM HISTÓRIA

D. Sesnando Davides foi conde de Coimbra, governador desta cidade e senhor de vastos domínios no vale do rio Mondego.

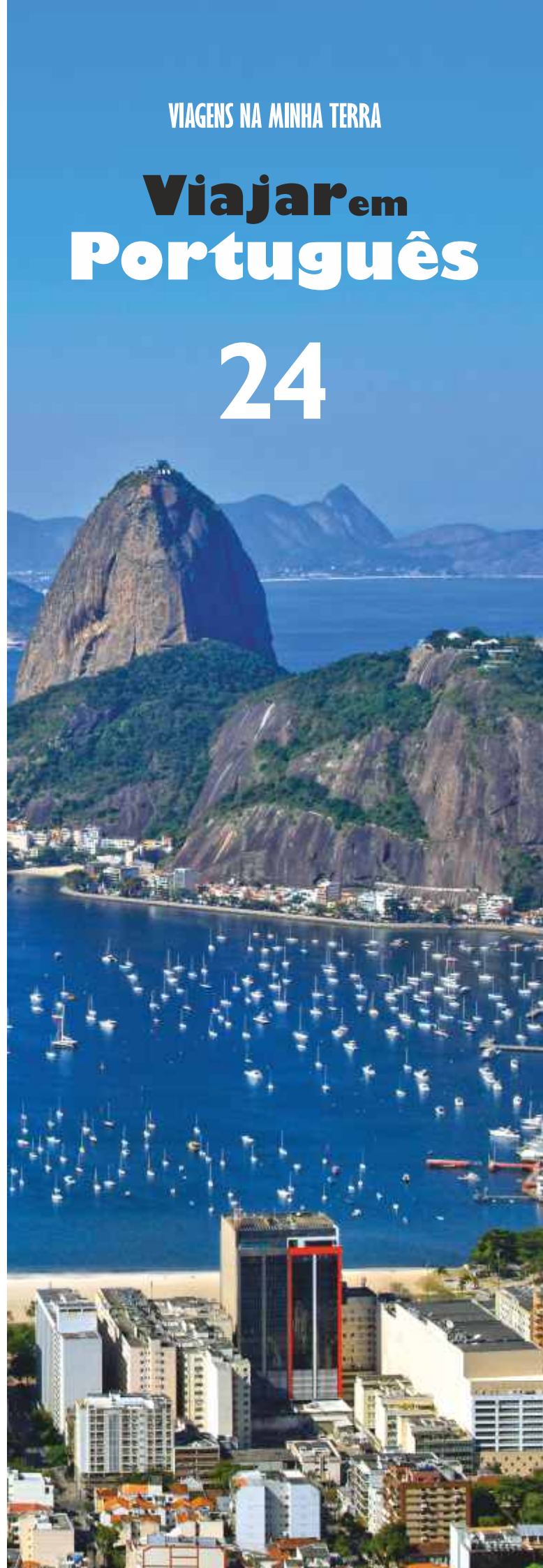


22

VIAGENS NA MINHA TERRA

Viajar em Português

24



Editorial



EUGÉNIO LEITE
CEO e Diretor Clínico das Clínicas Leite®



Liberdade:

**o conceito que a cada década
tem um significado diferente.**

No momento de realizar umas breves palavras na nossa revista, revejo possíveis temas na área médica, ou oftalmologia ou noutra área clínica, como seria lógico, mas subitamente cruza-se no pensamento um outro tema relevante, não somente como médico mas também como cidadão e ser humano: o conceito de liberdade e os 45 anos que já transcorreram desde 1974.

Refletindo um pouco, afinal o que foi o 25 de abril de 1974? Somente o dia em que a ditadura do Estado Novo caiu? Ou um pouco mais? O reaproximar de Portugal à cultura europeia da qual fazemos parte apesar da nossa diáspora?

Inquestionavelmente, passados 45 anos muito mais surgiu. Afinal, hoje, em 2019, o que foi para os jovens o 25 de abril? Muito mais do que interpretar a liberdade conseguida com a Revolução dos Cravos importa refletir sobre o que era a liberdade na década de 70 do século passado, século XX, e o que é hoje entendido por liberdade no final da segunda década do século XXI.

Hoje, o conceito liberdade está enraizado no princípio de que posso e tenho a "liberdade" de fazer o que entender desde que respeite a legalidade. Contudo, outros conceitos foram também evoluindo ao

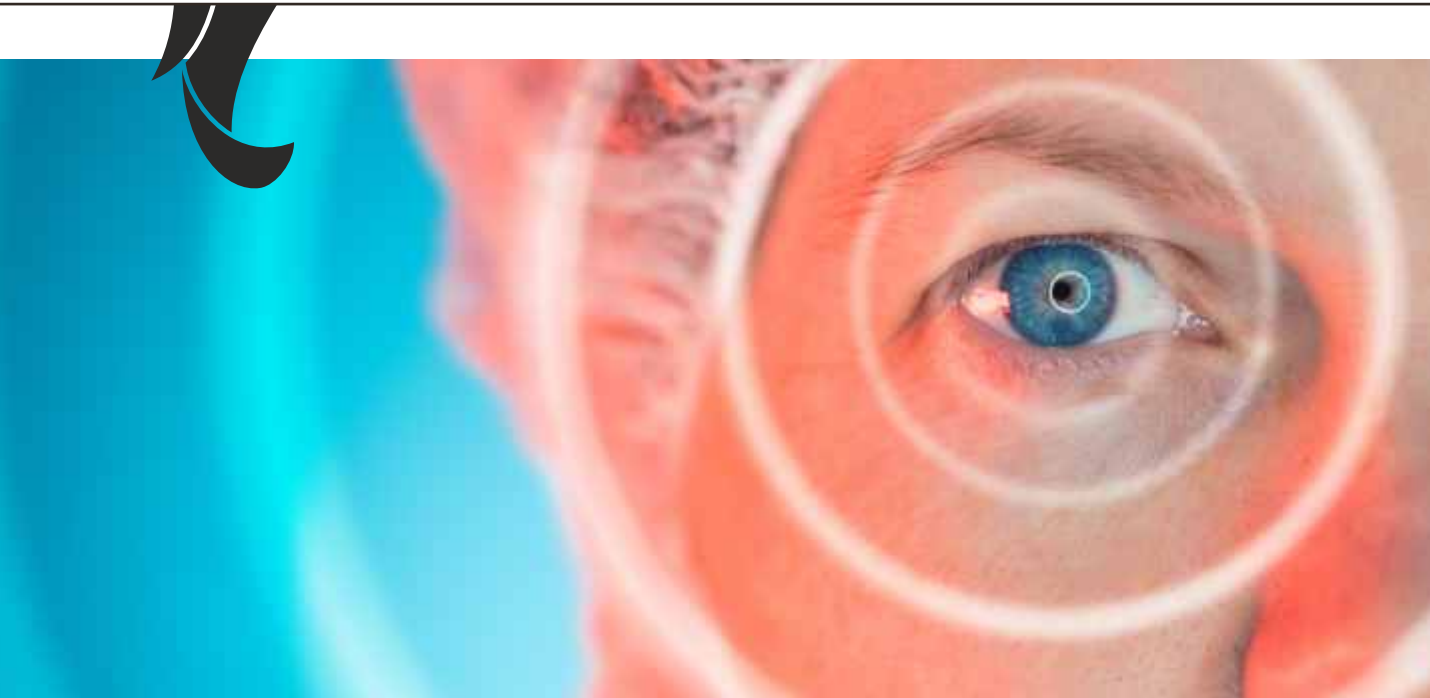


longo das décadas, alternando princípios sociais e morais, familiares, de emprego ou económicos, em suma, a globalização do mundo com perda da característica própria de sociedades ou culturas.

Como é óbvio, não me compete julgar a evolução dos conceitos e princípios ao longo das décadas mas tão somente chamar a atenção para a necessidade de promover a reflexão sobre o conceito de liberdade assim como alertar para a necessidade de que se analise o mesmo de acordo com o momento em que ele se enquadrava e qual a amplitude que o mesmo tinha, mas sobretudo para que as gerações jovens tenham a noção exata da evolução do conceito e não somente o que significa para esta geração o conceito de liberdade ou de "ser livre".

Que a liberdade de hoje seja a liberdade para a reflexão sobre princípios e conceitos no seu entendimento de evolução.

Que sejam livres na evolução para uma sociedade mais justa com igualdade de género e respeito pela condição humana.



Descolamento de retina

A retina é uma camada de tecido nervoso que reveste o interior do olho e que é fundamental para o desempenho visual. Se imaginarmos que o olho é a sala de uma casa, a retina seria uma alcatifa que reveste as suas paredes. Um descolamento da retina é uma separação entre a retina e a parede interna do olho. Esta separação resulta geralmente de uma rasgadura na retina. A causa mais frequente de rasgaduras da retina é o envelhecimento do gel vítreo. O vítreo é um gel translúcido que preenche a maior parte do interior do olho entre a retina e o cristalino. Com a idade, o gel vítreo vai “encolhendo” e pode rasgar a retina em zonas de maior

aderência e fragilidade retinianas. Ou seja, se a retina for fraca quando o vítreo puxa por ela, a retina rasga-se. Este “rasgão” é por vezes seguido por hemorragias, se um vaso sanguíneo for rasgado também.

A partir do momento em que se forma um “rasgão” na retina, este passa a ser uma porta de entrada de gel vítreo liquefeito (líquido) para o chamado “espaço sub-retiniano”. A acumulação de líquido atrás da retina é que leva ao seu descolamento. Quanto mais líquido passa pela rasgadura, maior a extensão do descolamento da retina. Este pode progredir e envolver a retina inteira, conduzindo a um

descolamento da retina total. Nessa altura, o doente deixa de ver do olho envolvido. Um descolamento da retina afeta quase sempre somente um olho. O segundo olho deve, no entanto, ser sempre avaliado na procura de lesões predisponentes.

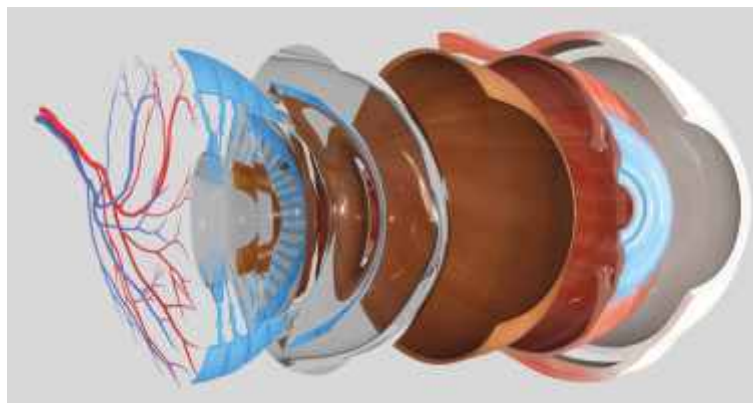


por *Filipe Henriques*
Médico oftalmologista

O descolamento de retina pode ser precedido de luzes a piscar e “moscas”. Estas queixas podem querer dizer que aconteceu ou pode vir a acontecer um “rasgão” na retina. Felizmente, na maior parte das vezes, corresponde apenas à presença de um descolamento posterior do vítreo (separação entre o gel que preenche o olho e a retina), sem qualquer lesão da retina associada. Um paciente com estes sintomas deve ser observado por um oftalmologista para um exame da retina. Essa é a única maneira de distinguir entre o processo benigno de descolamento do vítreo e a ocorrência de um “rasgão” na retina. Se, entretanto, o paciente observar uma sombra ou uma cortina preta que afetem qualquer parte da visão, este sintoma pode indicar que o “rasgão” da retina ocorreu e progrediu para um descolamento da retina. O paciente deve imediatamente consultar um oftalmologista. Nesta circunstância, o tempo pode ser crítico. O objetivo do oftalmologista é fazer o diagnóstico e tratar o “rasgão” ou o descolamento da retina antes que a área central da retina se descole.

Existem situações que aumentam o risco de desenvolver um descolamento de retina como, por exemplo, a miopia elevada (maior que 6 dioptrias), os traumatismos contusos (murros), traumatismos penetrantes (objetos cortantes) e doenças genéticas.

É fundamental tratar o descolamento de retina sob pena de perda total da visão do olho afetado. A cirurgia é geralmente bem sucedida, embora mais de um procedimento possa ser necessário. A Vitrectomia é o procedimento mais frequentemente utilizado e permite reparar os “rasgões” com laser e a colocação de silicone ou gás dentro do olho por forma a manter a retina aplicada enquanto o efeito do laser ocorre. O sucesso da cirurgia depende de quão eficaz o cirurgião foi a encontrar e tratar todos os defeitos retinianos. Para ser mais fácil entender, o objetivo é encontrar todos os “rasgões” assim como se tem que encontrar todos os furos numa “câmara de ar” de um pneu de bicicleta.



A cirurgia do descolamento da retina é bem sucedida em aproximadamente 90% dos pacientes com um único procedimento.

Vários meses podem passar, entretanto, antes que a visão retorne a seu nível final. O resultado final para a visão depende de diversos fatores. Por exemplo, se a mácula for descolada, a visão central dificilmente voltará ao normal. Mesmo se o macula não foi descolada, parte da visão pode ainda ser perdida, embora a maioria recupere. Novos furos ou rasgões podem ocorrer, levando a novos descolamentos da retina. O acompanhamento por um oftalmologista é fundamental. Os estudos a longo prazo mostraram que mesmo depois do tratamento preventivo de um “rasgão”, 5% a 9% dos pacientes podem desenvolver rasgaduras novas na retina, o que poderá conduzir a um novo descolamento da retina.

A cirurgia do descolamento da retina fez grandes avanços nos últimos vinte anos o que levou à restauração da visão útil a muitos milhares de doentes.



“

*Abro os olhos, fecho os olhos.
É de noite, acredito que deveria adormecer agora,
mas não consigo apagar Bissau da vista, descolá-la da pele.
Na ponta dos meus sentidos, é ainda de dia, treme ainda o sol,
é incandescente, abrasador e, aos poucos, desorientado,
deixo de saber se tenho os olhos abertos ou fechados,
se vejo para fora ou para dentro.*

”



Rinite Alérgica

quando pensar nela?

A Rinite Alérgica (RA) é uma das patologias mais comuns a nível mundial, e geralmente persiste ao longo de toda a vida.^{1,2} Estima-se que esta patologia afeta 10-30% das crianças e adultos, estando associada a uma redução da qualidade de vida (prejudicando o sono e a função cognitiva) e a um aumento da irritabilidade e fadiga.^{1,4} Está ainda associada a uma diminuição do desempenho na escola e no trabalho, assim como a um aumento das taxas de absentismo laboral, o que reflete elevados custos diretos e indiretos, principalmente durante as épocas polínicas.^{1,2} A sua prevalência nos países industrializados está a aumentar, particularmente nas áreas urbanas.¹

A RA é uma patologia geralmente causada por alérgenos, tais como pólenes das árvores, gramíneas e ervas daninhas.^{1,4} Dependendo da área geográfica e da altura do ano, os períodos de polinização variam e, conseqüentemente, também variam os agentes que podem ser identificados como responsáveis pela alergia.¹ Na maioria dos casos, pode não ser identificado um alérgeno específico. No entanto, a sazonalidade da patologia torna-se previsível e reprodutível de ano para ano.¹ Os indivíduos podem apresentar

sintomas relacionados com alérgenos de interior (ácaros do pó doméstico, baratas, esporos de fungos ou pelos de animais e roedores) ou com as alterações atmosféricas (temperatura, humidade).^{1,4} Nestes casos, o desenvolvimento de RA requer anos de exposição aos alérgenos, sendo por isso incomum em crianças com menos de 2 anos de idade.¹ Existem ainda outras formas de rinite, entre as quais: rinite não-alérgica, rinite atrófica, rinite da gravidez, rinite ocupacional e rinite causada por medicamentos ou drogas.⁴

QUANDO PENSAR EM ALERGIAS?¹



A suspeita inicial de alergia é clínica.

Devemos pensar nesta entidade se:^{1,45}

- sintomas recorrentes, típicos de determinada doença e que variam consoante a patologia em questão;
- sintomas desencadeados por determinadas exposições e que habitualmente aparecem de forma imediata após o contacto (em minutos ou até 1 hora depois da exposição);
- sintomas que melhoram quando ocorre evicção ou menor exposição aos alergénios potencialmente responsáveis pelo quadro;
- melhoria dos sintomas com início de tratamento anti-histamínico é sugestiva mas pode não ocorrer em todos os casos;
- impacto na qualidade de vida.

Estão descritos diversos fatores de risco para a RA, entre os quais:^{1,5}

- História familiar de atopia (predisposição genética para desenvolver doenças alérgicas);
- Sexo masculino;
- Nascimento durante as épocas polínicas;
- Prematuridade;
- Uso prematuro de antibióticos;
- Exposição materna a fumo do tabaco durante o primeiro ano de vida;
- Exposição a alergénios domésticos, tais como alergia aos ácaros;
- Imunoglobulina E (IgE) sérica >100 unidades internacionais/mL antes dos 6 anos;
- IgE específicas identificadas no soro.

Os **sintomas clássicos da RA** são **prurido nasal e do palato, espirros, rinorreia e obstrução nasal**, que podem ser acompanhados de sintomas oculares tais como **prurido ocular, hiperemia e lacrimejo**. Outros sintomas, tais como corrimento nasal posterior, tosse, irritabilidade e fadiga, são comuns.^{1,2} A RA pode ocorrer associada a outras patologias, entre as quais conjuntivite alérgica, sinusite aguda/crónica, asma, dermatite atópica (eczema), alergias alimentares, disfunção da tuba de eustáquio, otites, distúrbios do sono e anosmia.¹

ALERGIAS: QUANDO SUSPEITAR? ¹



**RINITE
CONJUNTIVITE
RINOSSINUSITE
OTITE
LARINGITE / TRAQUEITE
ASMA**

A alergia respiratória é uma doença crónica comum, especialmente na criança!

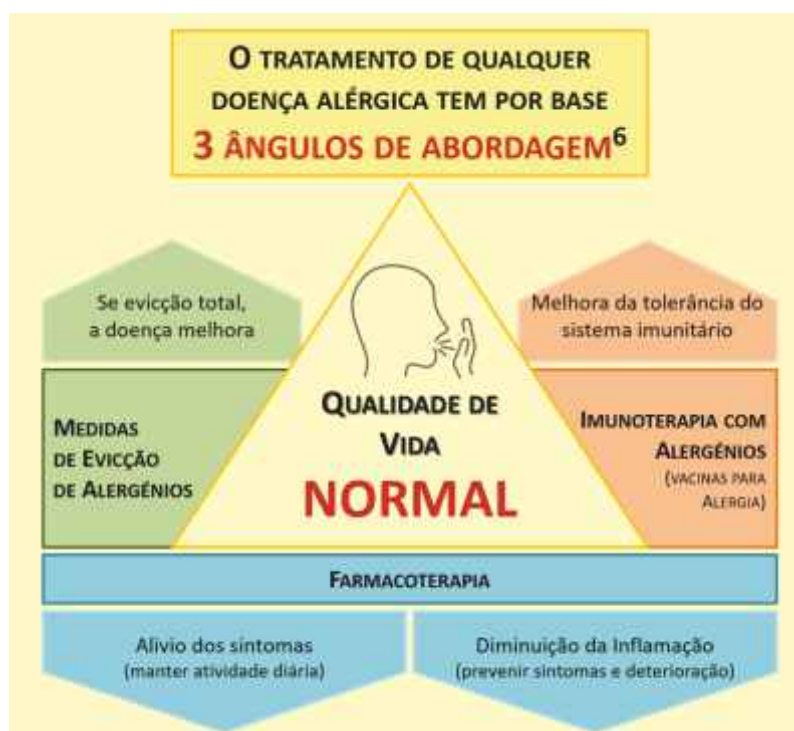
Ao exame físico, o doente pode apresentar edema infraorbitário e olheiras, sulco nasal transversal e “fácies alérgica”, típica em crianças, que consiste em palato arqueado e boca aberta devidas à respiração bucal e má oclusão dentária.

O adequado diagnóstico e classificação da RA é essencial para iniciar o tratamento da doença. Deste modo, esta pode ser classificada como “intermitente” ou “persistente”, e de acordo com a gravidade dos sintomas e influência na qualidade de vida do doente, como “leve” e “moderada a grave”.³

Classificação da Rinite Alérgica³

Intermitente	Persistente
<ul style="list-style-type: none">• sintomas < 4 dias por semana• ou < 4 semanas	<ul style="list-style-type: none">• sintomas >4 dias por semana• e > 4 semanas
Ligeira (todos os seguintes) <ul style="list-style-type: none">• sono normal• sem interferência nas atividades de vida diárias, desporto e lazer• sem compromisso do trabalho ou escola• sem sintomas incômodativos	Moderada - Severa (1 ou mais) <ul style="list-style-type: none">• sono anormal• interferência nas atividades de vida diárias, desporto e lazer• compromisso do trabalho ou escola• sintomas incômodativos

O diagnóstico de RA é clínico, sendo realizado com base numa história clínica sugestiva (incluindo fatores de risco), sintomas e sinais característicos ao exame físico, uma vez que os exames laboratoriais são, na maioria dos casos, normais.¹⁴ Se indicado, a confirmação da doença baseia-se na identificação de mecanismos IgE-mediados. Estes podem ser identificados através de testes cutâneos de alergia (método preferencial na abordagem inicial, podendo ser efetuados em qualquer idade) e diagnóstico laboratorial por pesquisa de IgE-específicas.¹³ No entanto, apenas aproximadamente 30-40% dos indivíduos podem apresentar alterações séricas sugestivas de RA.¹



A abordagem terapêutica da RA deve ser efetuada de acordo com a classificação, gravidade dos sintomas e sua influência na qualidade de vida do doente, atuando em 3 ângulos de abordagem principais: **medidas de evicção de alérgenos, farmacoterapia e imunoterapia com alérgenos**.⁶



A base do tratamento da RA é transversal a todas as etapas do tratamento da doença, incluindo medidas de higiene nasal e a evicção de alérgenos e desencadeantes, assim como a educação do doente para melhor perceber os sintomas, por forma a que seja capaz de melhor gerir e controlar a sua doença. A terapêutica farmacológica tem como principais objetivos a diminuição da inflamação das vias aéreas e consequente diminuição dos sintomas associados, sendo ponderados anti-histamínicos orais ou intranasais, descongestionantes nasais, antagonistas dos recetores dos leucotrienos, corticoides intranasais e, em caso de doença grave, podem ser considerados corticoides orais durante um curto espaço de tempo. Pode ainda ser ponderada a imunoterapia, estando esta reservada para casos específicos.^{1,3,6}

Em caso de conjuntivite, além do anti-histamínico oral pode ser necessário adicionar anti-histamínico ocular e soluções de conforto ocular.³

O aumento ou diminuição da terapia deve ser efetuado em caso de ausência de controlo da doença, sendo importante a manutenção do tratamento pelo menos 1 mês, sendo o paciente reavaliado ao final de 2 a 4 semanas. Os doentes cujos sintomas sejam graves ou refratários ao tratamento otimizado, devem ser orientados para consulta de especialidade de imunoalergologia para uma avaliação específica.^{3,6}



por José Assis Viveiros
Médico de Medicina Geral e Familiar

Cabe a cada um de nós, utentes e profissionais de saúde, estar atentos a esta patologia, que se encontra sub-diagnosticada e sub-tratada, por forma a minorar as consequências diretas e indiretas associadas à RA, mas principalmente para melhorar a qualidade de vida dos utentes.

Bibliografia

- 1- Richard D., deShazo M., Stephen F. Kemp; Allergic rhinitis: Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis; Literature review; UpToDate; Data de consulta: março 2019; Data de publicação: Janeiro 25 2018.
- 2-Jan L. Brozek, Bousquet J., Ioana A.; Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines — 2016, artigo de revisão; Journal of Allergy Clinic Immunologie, Volume 140, Número 4; 950-958.
- 3- Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA), World Health Organization, GAZLEN and AllerGen, At-A-Glance Pocket Reference 2007, Workshop report.
- 4- Peden D., Corren J., Feldweg A.; Review article, An overview of rhinitis; Literature review, Up To Date; Data de consulta: março de 2019; Data de Publicação: 25 Dezembro de 2016.
- 5- Bhattacharyya N., Deschler D., Sullivan D.; Clinical presentation, diagnosis, and treatment of nasal obstruction, Literature review; UpToDate; data de consulta: março de 2019; data de publicação: 10 de maio de 2017.
- 6- Richard D., deShazo, Stephen F; Pharmacotherapy of allergic rhinitis - Literature review; Up To Date; Data de consulta: março de 2019; data de publicação: 29 de Agosto de 2016.

“

*É preciso ver o que não foi visto,
ver outra vez o que se viu já,
ver na Primavera o que se verá no Verão,
ver de dia o que se viu de noite,
com Sol onde primeiramente a chuva caía,
ver a seara verde, o fruto maduro,
a pedra que mudou de lugar,
a sombra que aqui não estava.*

”

José Saramago in *Cadernos de Lanzarote*



Depressão

não é “preguiça”

A depressão é uma doença biológica que atinge o cérebro e o corpo com uma prevalência de mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo (estimado pela OMS). Portugal é o país da Europa com a taxa de depressão mais elevada (o segundo do mundo só excedido pelos EUA), onde a maior causa de suicídio é a depressão (70%) e de 8 em 8 horas morre um português por suicídio. Levantam-se, portanto, uma série de questões, em múltiplos contextos, associadas às causas, sintomas e tratamentos da depressão.

Mas o que é realmente a Depressão? É uma doença que altera a forma como vemos e sentimos a realidade, como entendemos as situações e manifestamos emoções. Caracteriza-se por uma sensação prolongada de tristeza, alterações de humor, perturbações do sono e/ou de apetite, perda de energia, de auto-estima, de interesse em realizar atividades que antes eram prazerosas, falta de concentração e de memória.

Continuam a persistir ideias erradas sobre a Depressão. Muitas pessoas acreditam que é um estado de espírito que passa, que é sinal de fraqueza, que é preguiça, que pode melhorar com pensamentos positivos ou pela força de vontade. De facto, a duração dos sinais é o que distingue uma tristeza comum da Depressão, doença que pode durar semanas, meses ou anos, e não é ultrapassada pela força de vontade ou otimismo. A



vontade é uma das funções mentais que se encontra deficitária nesta condição, não sendo possível pedir à pessoa deprimida que a utilize para se reerguer. Estes diversos preconceitos provocam sentimentos de frustração, vergonha, culpabilização e uma sensação de desajuste perante a sua incapacidade de reação.

Como Psicólogo Clínico, conheço bem a amplitude dos preconceitos da área: “os psiquiatras são para doidos; ir ao psicólogo é o mesmo que ter uma conversa com um amigo; os medicamentos só pioram e não ajudam”, entre outros. Pois bem, o primeiro preconceito está presente na própria pessoa que não encontra justificação para se sentir deprimida e culpabilizar-se. Esta doença não surge de um dia para o outro. Vai surgindo gradualmente, levando à desconexão da vida e das emoções positivas, visto que o ser humano tem por hábito desvalorizar o que teme, o que o preocupa, como se o ato de não pensar simbolizasse proteção ou resolução dos seus problemas. Quando retraímos as nossas angústias, medos e problemas, posicionamos estes numa área oculta da memória, que nunca leva à sua resolução mas sim ao seu agravamento.

Ora, para se deixar de viver o mais rapidamente a doença é fulcral educar as pessoas para os sintomas da Depressão.

Estima-se que o tempo médio entre os primeiros sintomas e a procura de ajuda seja de quatro a seis anos e é, da máxima importância, reduzir este intervalo de tempo para seis meses a um ano. Tal como em todas as doenças, a prevenção é a melhor abordagem, tendo o diagnóstico prematuro um fator de diferenciação para o tratamento.



A doença depressiva é muito mais comum do que se imagina e pode exibir diferentes níveis de gravidade que se refletem na intensidade dos sintomas e nos riscos de saúde (para a pessoa deprimida e cuidadores). Pela gravidade dos sintomas esta doença pode ser classificada como *leve, moderada ou grave*.

Ao nível da funcionalidade, a depressão leve caracteriza-se por um indivíduo que é capaz de manter a sua rotina, apesar de lhe exigir algum esforço, podendo ser tratada sem medicamentos exclusivos, mas sim com exercício físico, uma alimentação saudável e uma boa qualidade do sono. Na fase moderada da doença, o indivíduo é absorvido por pensamentos negativos obsessivos, que lhe trazem um grande prejuízo e sacrifício para manter as suas atividades diárias. Já a fase grave caracteriza-se por um sofrimento intenso, pensamentos suicidas, sintomas psicóticos, falta de apetite e vontade de viver.

O que a ciência sabe na atualidade é que o cérebro de uma pessoa deprimida não é igual ao de uma pessoa sem depressão. Durante a doença, o funcionamento do cérebro modifica-se, provocando desequilíbrios no metabolismo dos neurotransmissores, resul-

tando em níveis baixos de BDNF (Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro, proteína com um papel central no desenvolvimento, fisiologia, patologia do sistema nervoso e com um papel essencial em processos relacionados com a plasticidade cerebral como a memória) e em instabilidade na manutenção das sinapses. São estas áreas cerebrais afetadas que passam a ter uma reduzida atividade neuronal que são responsáveis pela monitorização e domínio do nosso estado de humor, apetite, memória, atenção, sono, entre outras funções. Estudos mais recentes descobriram que estas alterações no funcionamento da rede cerebral agregada à recompensa, parece antever o alojamento do problema depressivo.



Para além dos estudos existentes, sabe-se que o tratamento é individualizado, com aliança terapêutica entre o psiquiatra, o paciente, a utilização do antidepressivo e o psicoterapeuta. O psicólogo, através da psicoterapia, proporciona a ajuda necessária para a resolução dos problemas que levaram ao episódio depressivo. Fatores como uma boa relação interpessoal e familiar, atividade física e mudanças no estilo de vida, desempenham um papel fundamental na obtenção de resultados. Com a psicoterapia é permitido intervir eficazmente com técnicas adequadas para dismantelar a espiral negativa e de inatividade que condiciona o cérebro da pessoa deprimida. É o trabalho em conjunto de médicos e terapeutas que favorece a recuperação e a prevenção, uma vez que a maioria das pessoas que já teve a doença acaba por sofrer novos episódios depressivos, por não terem tratado as suas verdadeiras causas.

É vulgar ouvirmos dizer que os portugueses tomam antidepressivos em excesso. Pois bem, o cerne da questão é o que consideramos ser um antidepressivo. Quando é proferido “antidepressivo” podemos também estar a referir estabilizadores do humor, calmantes, hipnóticos e sedativos. Profissionalmente, considero

não existir uma grande clarividência acima de tudo entre antidepressivos e benzodiazepinas que normalmente apelidamos de tranquilizantes, calmantes ou ansiolíticos. É muito importante referir que os antidepressivos não causam dependência, não modificam a personalidade da pessoa deprimida e não têm efeitos secundários que impossibilitem uma vida normal.

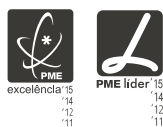
Admito que tratar uma pessoa deprimida e acompanhar o seu “despertar” para a vida de uma plena inércia à vivacidade, da destruição à autogeração, das máscaras emotivas do vazio à plenitude do viver, é uma experiência emocional sem descrição que todo o psicoterapeuta deve ser capaz de vivenciar.

O que sabemos é que, nos dias de hoje, a depressão surge cada vez em idades mais jovens e que, no decorrer da vida, o risco dos episódios depressivos tende a ser mais frequente e de maior intensidade. Não estou certo quanto à plena consciência desta realidade, contudo sei que já é, desde há muito tempo, a altura certa para nos consciencializarmos de que a depressão não é “sentir preguiça” mas sim um problema de saúde pública.



por Miguel Fermino
Psicólogo Clínico

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.

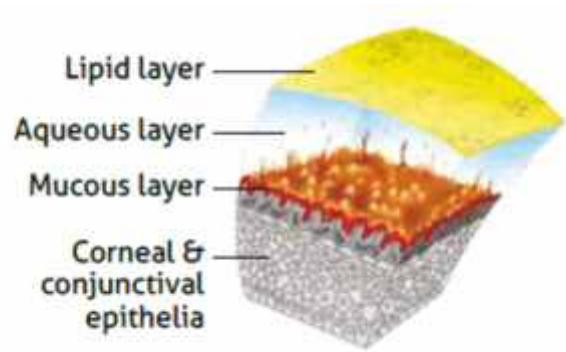


Diagnóstico e Tratamento do Olho Seco:

o exame do sistema lacrimal

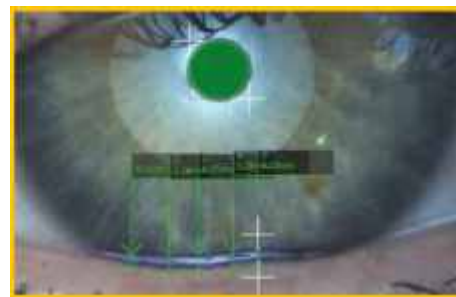
Estudos de vários países indicam que cerca de 75% das pessoas que recorrem a uma consulta médica de oftalmologia sofrem de algum tipo de olho seco.

Esta é uma doença multifatorial, caracterizada pela deficiência da lágrima, que resulta numa lubrificação inadequada da superfície ocular, e que está relacionada com a alteração das camadas do filme lacrimal. Este é constituído por 3 camadas: a lipídica, que é a mais externa e é responsável por evitar a evaporação; a aquosa, que é a intermédia e tem como principais funções hidratar, nutrir e proteger a superfície ocular; e a mucínica, que se encontra em contacto com a córnea e permite a estabilidade da lágrima.



Quando a lágrima não é produzida adequadamente, surgem então os sintomas de olho seco, caracterizados por ardor, fotofobia, sensação de areia, lacrimejo, halos ao redor das luzes e visão alterada. Nos casos mais severos surge dor que agrava com o pestanejar, fotofobia intensa, infeções recorrentes e úlceras de córnea.

O exame do sistema lacrimal tem como principal objetivo analisar a superfície ocular de forma rápida e não invasiva. Realiza o estudo das várias camadas do filme lacrimal e avalia as glândulas de meibomius, que se encontram tanto na pálpebra superior como na inferior, e que são responsáveis pela produção da componente lipídica da lágrima.

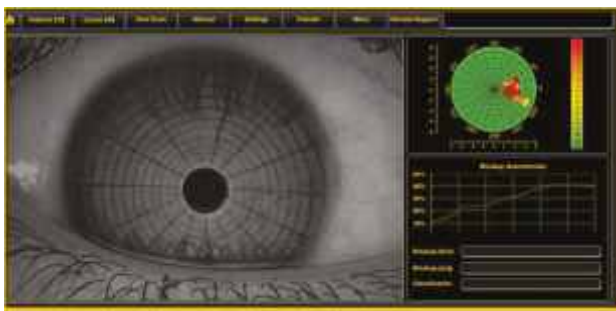


De acordo com os componentes afectados é possível identificar qual o tipo de Olho Seco, se é causado por aumento da evaporação da lágrima ou por diminuição de produção da mesma.

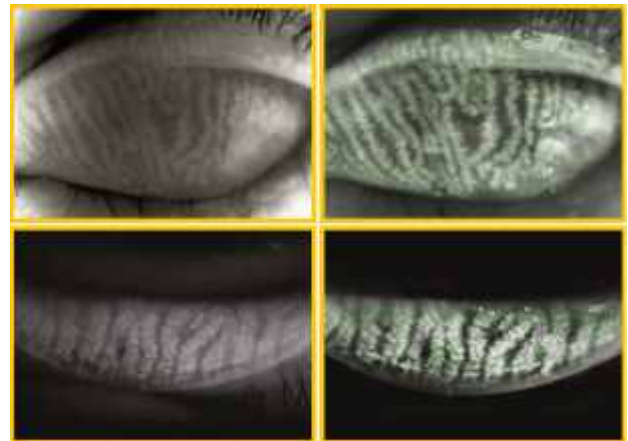
Através dos diversos testes, conseguimos analisar a quantidade e qualidade da componente lipídica, avaliar a componente aquosa através da medição do menisco lacrimal em 5 pontos diferentes, e avaliar a componente mucínica estudando a estabilidade e regularidade da lágrima, através do BUT não invasivo.

A visualização através da trans-iluminação da pálpebra com luz infravermelha, permite avaliar o comprimento e largura das glândulas de meibomius, dando uma percentagem de perda das mesmas.

Para além disto, este exame também permite avaliar o grau de hiperémia conjuntival e o grau de blefarite, medir o diâmetro pupilar e realizar a medição branco-branco.



Os resultados obtidos no exame do sistema lacrimal são apresentados numa escala de classificação que permite ao profissional de saúde perceber a origem da deficiência do filme lacrimal e, desta forma, escolher qual o tratamento mais adequado a cada tipo de situação.

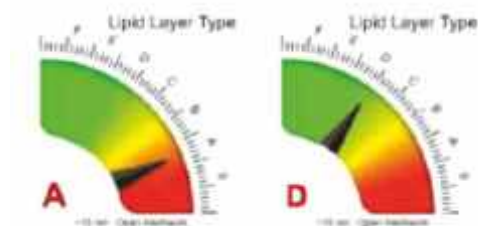


Ablefarite é um processo inflamatório que afeta as pálpebras, envolvendo a pele e os cílios (pestanas). É considerado comum em todo o mundo e pode afetar qualquer faixa etária.

Os sintomas mais comuns são sensação de ardor, irritação, lacrimejo, fotofobia, visão turva e hiperémia (olhos vermelhos).

A origem da blefarite pode ser complexa e pode ser devida a secreção anormal, organismos microbianos ou anormalidade da lágrima.

O tratamento base é a higiene palpebral com toalhetes específicas ou, em casos mais graves, algum tipo de medicação.



A capacidade da análise quantitativa e qualitativa permite, hoje, que o tratamento seja orientado e muito mais eficaz. Felizmente, este equipamento já se encontra disponível em Portugal, dando início a uma nova fase no diagnóstico e no tratamento do olho seco.

Bibliografia

W. Bruce Jackson MD (2008) *Blepharitis: current strategies for diagnosis and management*. University of Ottawa Eye Institute, Ottawa, Ont. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0008418208801391, data de consulta a 11/02/2019.

Bernardes, T. F & Bonfioli, A.A. (2010) *Blepharitis*. Seminars in Ophthalmology. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/08820538.2010.488562>, data de consulta a 11/02/2019.

Limão, António (2016) "Olho Seco", *Vida Saudável*. 12 outubro (<http://www.spofthalmologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/sejda-HJ2.pdf>)

Norvatis: <https://www.novartis.pt/news/media-releases/estudo-da-novartis-revela-desconhecimento-da-populacao-sobre-os-efeitos-da-0>

SBM Sistemi: <https://www.sbmsistemi.com/>



por Sara Mata
Ortopista



Clínicas Leite

DIREÇÃO CLÍNICA
Prof. Doutor Eugénio Leite

A excelência na saúde, para uma saúde de excelência.®

PROTOSCOLOS

CONSULTAS, EXAMES, TRATAMENTOS E CIRURGIAS

Seguradoras

Future Healthcare • Healthcare Assistance • Médis • Multicare

Outras Entidades

Acapo • ACP - Automóvel Clube de Portugal • Associação Académica de Coimbra - Secção de Desportos Náuticos • Associação dos Diabéticos da Zona Centro (ADZC) • Associação Portuguesa dos Controladores de Tráfego Aéreo • Cartão 65 • Casa de Pessoal da Câmara Municipal de Coimbra • Casa do Pessoal da RTP • Coimbra Trail Running • Federação Portuguesa de Basquetebol • Federação Portuguesa de Ginástica • Federação Portuguesa de Golfe • Federação Portuguesa de Judo • Liga dos Bombeiros Portugueses • Montepio Geral Associação Mutualista • N10 • Óptica Estádio • Opticália Queluz de Baixo • Santa Casa da Misericórdia de Lisboa • Serviço Médico Permanente • Sindicato dos Professores da Região Centro • Sindicato dos Professores da Região dos Açores • Sindicato dos Trabalhadores da Administração Pública • Sindicato Independente dos Professores e Educadores • Sindicato Nacional dos Professores Licenciados • Sindicato Nacional dos Profissionais da Educação • Sport Tv • Ticket Care

EXCLUSIVO PARA CIRURGIAS

AAC/OAF • ACP • Assist Card • A Previdência • ASSP Centro • Cares • Europ-Assistance • ISP-K Medicare • SAMS/SIB • SAMS Quadros

Protocolos para a especialidade de oftalmologia. Carece de confirmação para as restantes especialidades.

O perfil da Fisioterapia



A fisioterapia é, segundo a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT) e a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFISIO), **o serviço prestado por fisioterapeutas a indivíduos e populações de forma a desenvolver, manter e restaurar o máximo movimento e capacidade funcional ao longo da vida e em situações em que o movimento ou a função são ameaçados por envelhecimento, lesão, doença, factores ambientais ou outros**. Potencia assim a promoção e protecção da saúde, tratamento/intervenção, habilitação e reabilitação. É para os nossos utentes uma “profissão muito bonita” que lhes melhora as dores e os faz mexer. É para nós, fisioterapeutas, um desafio constante de avaliação e transformação de informação em movimento sobretudo com as nossas mãos.

Relacionar o movimento com a funcionalidade é o paradigma fundamental. Atualmente, a fisioterapia é uma área de conhecimento fortemente fundamentada e suportada cientificamente. A sua abordagem é combinar a melhor evidência científica disponível, com a experiência clínica do terapeuta e os valores e percepções do utente.

Algumas patologias e sintomas para consultar um fisioterapeuta são:

- patologias osteoarticulares e desportivas (fraturas, luxações, tendinopatias, lesões musculares e ligamentares);
- patologias neurológicas (lesões medulares, AVCs, traumatismo cranioencefálicos); patologias cardiorrespiratórias (doença pulmonar obstrutiva crónica, enfisema, bronquite crónica);
- pós-operatório de cirurgia plástica (queimaduras e cicatrizes).

Estamos, hoje em dia, cada vez mais ligados à prevenção além da reabilitação, prevenção da lesão, da dor, do desequilíbrio e consequente empoderamento do utente como ator principal no controlo da sua saúde.

Previna-se!




por Inês Marques
Fisioterapeuta



por Mário Marcelino
Fisioterapeuta

Quem foi o Conde D. Sesnando?

D. Sesnando Davides, foi conde de Coimbra, governador desta cidade e senhor de vastos domínios no vale do rio Mondego.



Era um moçárabe, provavelmente nascido em Tentúgal, em 1091, filho de David e de Susana. Terá sido educado em Córdova, onde foi companheiro de Rodrigo Díaz de Vivar, o famoso El Cid, e terá chegado a exercer altas funções na corte de Sevilha.


Terá sido ele quem convenceu o rei Fernando I de Leão a reconquistar Coimbra, acontecimento ocorrido em 27 de dezembro de 1064.

A cidade foi erigida em sede do Condado de Coimbra, cujo governo lhe foi concedido por este soberano.

D. Sesnando manteve os seus domínios, que alargou e estendeu por todo o vale do rio Mondego, mantendo, graças à sua origem moçárabe, a paz com as taifas muçulmanas existentes a Sul.

Foi o responsável pela construção ou reconstrução de diversos castelos entre os quais se destacam o de Castelo de Coimbra, o Castelo da Lousã, o Castelo de Montemor-o-Velho, o Castelo de Penacova e o Castelo de Penela.

Tendo governado até cerca de 1091, foi o responsável não apenas pela pacificação e defesa do território, mas principalmente pela sua reorganização, tornando Coimbra um centro florescente, onde a cultura moçárabe viria a conhecer o seu canto de cisne.



O túmulo de D. Sesnando na Sé Velha

Hoje, o túmulo de D. Sesnando encontra-se, no Claustro da Séb Velha de Coimbra, mas nem sempre assim foi.

Até ao Século XIX, este túmulo encontrava-se na face exterior da igreja, com a seguinte inscrição:



«Encostado ao lado exterior da parêde da Sé velha, juncto á quina occidental, em altura de 7 palmos, está um caixão de pedra calcárea, oblongo, abaúlado, de 55 pollegadas de comprido, 36 de alto, e 23 de largo; na sua face externa se-lê em caracteres allemães minúsculos a seguinte inscripção:



aquy jaz hum que em outro tempo foy grande barom sabedor e muito eloquente anondado e rico e agora he pequena cinza encarada em este moimento e com el jaz huum sobrinho doz quaez huu era ja velho e outro mancebo e o nome do tio sesnando e pedro auia nome o sobrinho.»

in Revista Universal Lisbonense, n.º 46 de 18.08.1842 (p.543)

por Pedro Favares Madeira



VIAGENS NA MINHA TERRA

Viajar em Português

Depois de percorrermos Portugal, vamos agora continuar a viajar em Português! Seguimos à boleia dos navios dos nossos antepassados que, cheios de coragem mas sem destino certo, se fizeram ao mar para descobrir o mundo. Pela mão dos nossos navegadores vamos visitar a casa dos familiares mais distantes que falam a mesma língua que nós.

Que comece o roteiro pela Comunidade de Países de Língua Portuguesa:

Brasil

Saiamos de Portugal rumo ao Brasil! Fechemos os olhos e recuemos até 1500 e assim podemos ser nós os descobridores de Terras de Vera Cruz. O Brasil é o maior de todos os países de língua portuguesa e aquele que tem mais falantes deste português que nos une. É um país de festa e de futebol e para fazer a felicidade destes nossos “primos” basta haver uma Copa do Mundo para disputar ou um Carnaval para sambar. Como pontos de paragem obrigatória: as praias do Rio de Janeiro, cidade maravilhosa, e o Cristo Rei, situado no topo do morro do Corcovado.



Angola

Vamos agora dar um pulo ao outro lado do Atlântico! Angola é um país independente desde 1975 onde, porém, ainda podemos encontrar muitas memórias da presença dos nossos pais e avós. Mas deixemos de lado a história e vamos passear: Luanda, a capital, é uma cidade em crescimento, ainda em construção, mas que se quer afirmar no mundo como moderna e cosmopolita. No entanto, a natureza no seu estado mais puro é quem manda mais por estas paragens. Viajar até Angola tem que ser também visitar Tundavala, Kalandula, Cuanza... Ficam as dicas, vale investigar!



Cabo-Verde

Aterramos agora para falar português, mas num país insular. Cabo Verde é constituído por dez ilhas vulcânicas, situadas a cerca de 500km da costa africana: São Vicente, Santo Antão, São Nicolau, Sal, Boavista, Maio, Santiago, Fogo e Brava. São Vicente é a ilha culturalmente mais rica e aquela que melhor nos



apresenta Cabo Verde: mostramos de uma forma exemplar a essência deste país e das suas gentes, conta-nos todas as suas histórias nos acordes de uma morna que podemos ouvir num bar típico cabo-verdiano. Podemos pensar e ir em qualquer altura, em Cabo Verde é verão todo o ano.

Guiné-Bissau

Descemos mais um pouco pela costa africana e chegamos à Guiné-Bissau. Esta foi a primeira colónia portuguesa a ver reconhecida a sua independência. Atualmente a sua população continua a ser etnicamente muito diversa e apenas uma parte da população fala português, ainda que esta seja a sua língua oficial. Aqui a visita obrigatória passa pelo Arquipélago de Bijagós: uma reserva da biosfera, classificada como património da Unesco desde 1996, onde vivem em abrigo um número incontável de aves, mas também de manatins, tartarugas, lontras, tubarões e hipopótamos únicos no mundo inteiro!



Guiné Equatorial

A primeira luta para chegar à Guiné Equatorial será com a burocracia, pois é difícil conseguir autorização para viajar e, mesmo já estando dentro do país, é preciso autorização para quase tudo como por exemplo para tirar fotografias! Vamos ser corajosos e sigamos em frente para não nos perdermos do fio condutor da nossa viagem. Vale a pena tentar chegar à Guiné Equatorial para poder ver as paisagens vulcânicas de Bioko, as praias onde as tartarugas se abrigam para a nidificação ou as florestas cheias de primatas que nos fazem pensar se o mundo não pode muito bem ter começado aqui.



São Tomé e Príncipe

Escondidas no Golgo da Guiné ficam situadas as ilhas de São Tomé e Príncipe, o lugar ideal para quem se quer perder e esconder do resto do mundo. Este arquipélago é o mais pequeno país de língua portuguesa, mas não é por isso menos importante no nosso roteiro. Em São Tomé e Príncipe não podemos deixar de visitar: o Marco do Equador, o ponto que divide o mundo em dois; o Pico Cão Grande, onde a vista



sobre a paisagem é de cortar a respiração; a Cascata de São Nicolau; e para descanso do viajante, a praia Jalé. Estando fartos do frio do inverno em Portugal, podemos sempre agendar uma viagem a São Tomé e Príncipe: entre dezembro e fevereiro é quando por lá faz mais calor.

Moçambique

Vamos agora mudar de costa para chegarmos ao sudeste africano e parar em Moçambique. Deixamos por instantes o Oceano Atlântico para mergulharmos noutros mares e conhecer a pérola do Índico: Maputo! Maputo é a capital e a maior cidade de Moçambique, é um local de uma grande mistura cultural que vale a pena apreciar. Aqui, na cidade, vamos visitar o Mercado Central, o Museu de História Natural e a Fortaleza de Maputo. Todos juntos vão contar-nos um pouco da história deste país que em tantos pontos se toca com a história de Portugal.



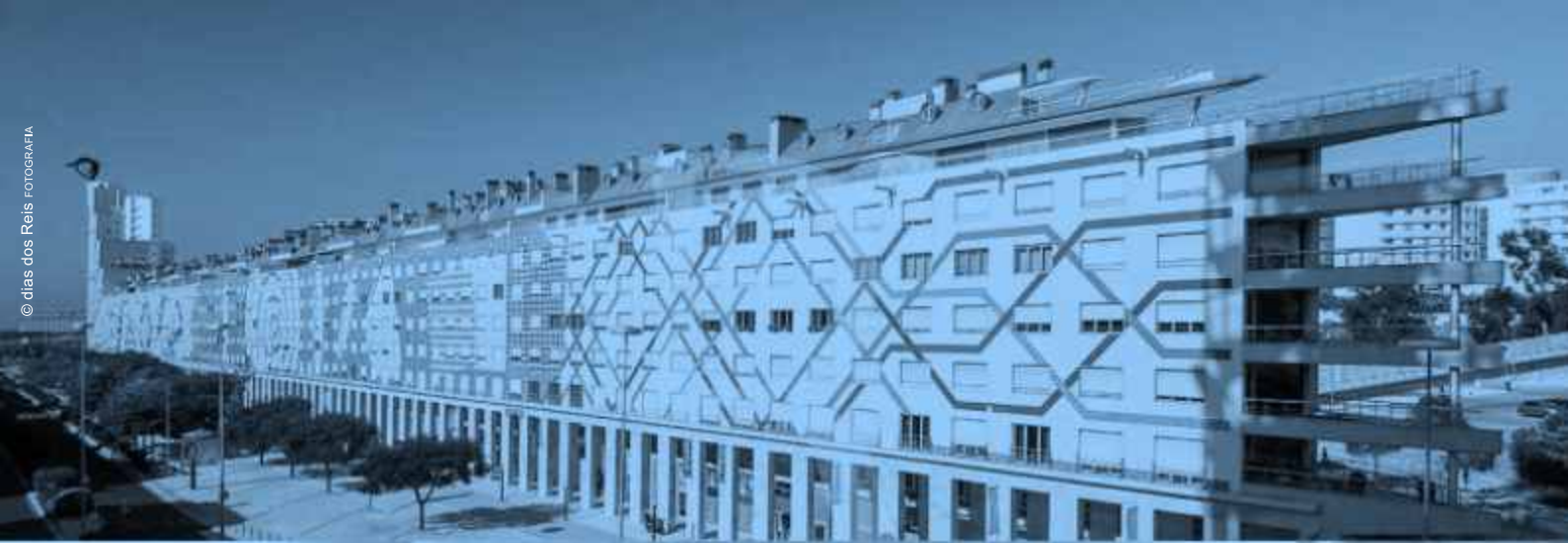
Timor Leste



Timor Leste é um dos países mais jovens do mundo e vai ser a nossa última paragem. Após a ocupação portuguesa, Timor Leste esteve sob a administração indonésia e só em 2002 viu reconhecida a sua independência. Foi o primeiro estado a conquistar a sua soberania em pleno século XXI. A sua história, a sua própria história, está agora a começar a ser escrita e, por isso mesmo, há tanto ainda por fazer em Timor Leste, mas como em qualquer terra ficam para sempre as suas melhores histórias. Aqui reza a lenda que foi um velho crocodilo que se transformou na ilha de Timor como pagamento de uma dívida a um jovem que o teria ajudado quando estava doente. É por este motivo que a ilha tem a forma de um crocodilo sendo que todos os que nela habitam são descendentes do tal jovem rapaz! Vale a pena ir para conferir a história...

Em muitos mil quilómetros depois, chega a hora de voarmos novamente para Portugal. A viagem foi longa, cruzámos dois oceanos e três continentes e, no entanto, parece que nunca chegámos verdadeiramente a sair de casa. Afinal, a Língua Portuguesa faz parte do que somos e não há nada que nos dê mais conforto quando saímos que poder partilhar uma história com alguém que compreende o que as nossas palavras querem dizer! Como diria Pessoa: «Deus quer, o homem sonha, a obra nasce. /Deus quis que a terra fosse toda uma, /Que o mar unisse, já não separasse.» Na nossa viagem, cumpriu-se Portugal!

Por Ângela Loureiro



Clínicas Leite

