

+ vida

Uma publicação José de Mello Saúde

Miguel Xavier

O Coordenador do Plano Nacional para a Saúde Mental explica porque é necessário aumentar o investimento em saúde mental em Portugal

Inovação

Descubra os benefícios do inovador método de quantificação de imagem através de inteligência artificial que está disponível na CUF

Cuidados domiciliários CUF

Conheça as vantagens deste ambicioso projeto, em desenvolvimento no Porto e em Lisboa

Saúde Mental

As doenças mentais são altamente incapacitantes e podem surgir em qualquer idade.

Um acompanhamento médico adequado pode fazer a diferença para a continuação de uma vida ativa e saudável





App My CUF

A sua saúde num só clique

A sua área pessoal online onde pode aceder às suas informações nos hospitais e clínicas CUF.

INSTALE JÁ



Disponível na
Google play





De acordo com a Organização Mundial da Saúde, nos últimos dez anos a depressão aumentou 18% em todo o mundo.

+ notícias

5

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

+ testemunhos



12
Carolina Deslandes

A cantora portuguesa, recentemente mãe pela terceira vez, conta o que a levou a procurar a CUF para o nascimento dos seus filhos.



14
Histórias Felizes

Conheça a história de Ana Laurentino que, depois de diagnosticada com uma disocatia lombar severa, livrou-se das dores no Hospital CUF Viseu.

+ foco

18

Tema de capa

Saúde mental

Estar atento aos primeiros sinais e um acompanhamento médico adequado pode fazer a diferença para a continuação de uma mente ativa e saudável.

32

Entrevista



Miguel Xavier

O Coordenador do Plano Nacional para a Saúde Mental fala na necessidade que Portugal tem de reforçar os serviços de psiquiatria na infância e na adolescência e de criar programas de saúde mental no trabalho.

36

Opinião



Jorge Polónia

O médico, professor e investigador escreve sobre o programa Menos Sal Portugal, que visa a reeducação para a redução do consumo de sal.

+ saúde

38

Família

As três infecções que levam o homem ao urologista

Conheça a prostatite, a orquite e a epididimite, três infecções que, embora pouco frequentes, não devem ser negligenciadas.

40

Infantil

Existe mesmo uma fase das birras?

As birras das crianças podem acontecer com maior frequência por incentivo (inconsciente) dos pais. Saiba como as evitar.

42

O seu filho precisa de terapia da fala?

O acompanhamento precoce de uma criança na terapia da fala pode ser decisivo para garantir que cresce a comunicar sem problemas.

44

Operar ou não: eis a questão

Devem ou não as crianças ser operadas quando sofrem uma fratura? Uma dúvida – e um receio – que convém desmistificar.

46

Oncologia

Três momentos-chave na psico-oncologia

Conheça os benefícios da psico-oncologia na gestão da doença oncológica.

48

Doenças do Futuro

Inteligência artificial

Está disponível na CUF um método de quantificação de imagem através de inteligência artificial que pode ser um passo gigante contra a esclerose múltipla e não só.

50

Reportagem

Cuidados Domiciliários CUF

Conheça as vantagens e algumas das histórias de sucesso deste projeto ambicioso e em claro crescimento, em desenvolvimento no Porto e em Lisboa.

+ conhecimento

54

Conselhos e Dicas

Viajar de automóvel, autocarro, barco, comboio ou avião deixa-o enjoado? Saiba como o pode evitar.

56

Descomplicador

Conheça todos os procedimentos que envolvem a sala de operações, desde quem acompanha o doente aos instrumentos utilizados.

57

Verdades e Mitos

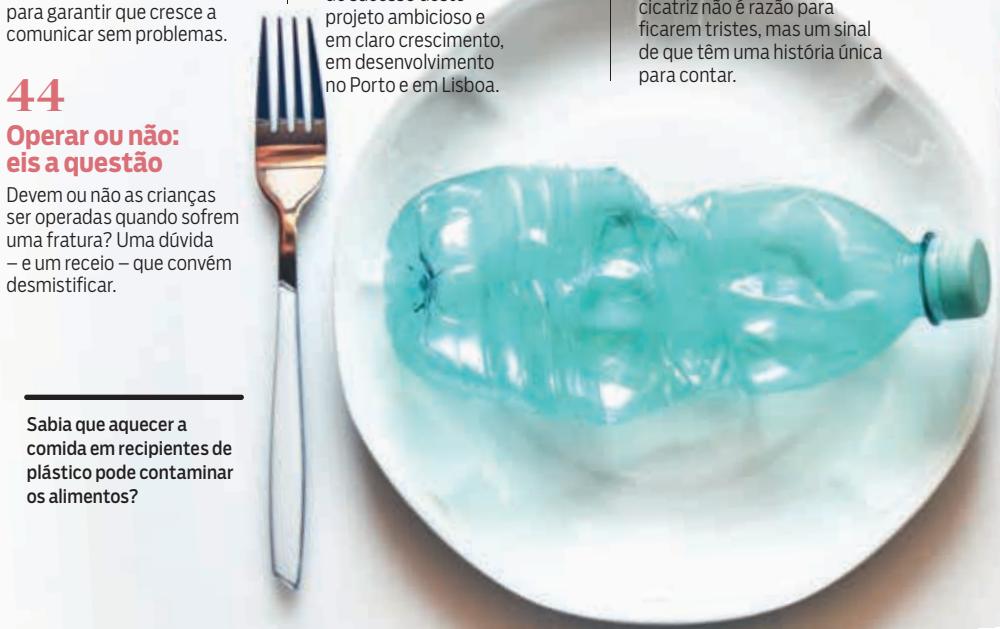
A toxicidade do plástico para o ambiente tem sido amplamente discutida mas que consequências pode trazer para a saúde humana?

58

CUF Kids

Mostre às crianças que uma cicatriz não é razão para ficarem tristes, mas um sinal de que têm uma história única para contar.

Sabia que aquecer a comida em recipientes de plástico pode contaminar os alimentos?





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 da José de Mello Saúde
Conceção, edição e paginação: Adagetto • **Editor:** Tiago Matos
Redação: Andreia Vieira, Carolina Morais, Cláudia Pinto, Fátima Mariano, Helena Viegas, Hermínia Saraiva, Joana Cavaco Silva, Patrícia Gaspar e Silva, Susana Torrão, Tatiana Trílio • **Revisão:** Laurinda Brandão
Fotografia: Raquel Wise, Sérgio Azenha (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: 8.000 exemplares • **Depósito legal** 308443/10
Distribuição gratuita



Estigma e desconhecimento

Os números são preocupantes e alertam para a necessidade urgente de tornar o tema cada vez mais presente na agenda política. Portugal é o quinto país da União Europeia com maior prevalência de problemas de saúde mental. E quem o diz é a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) através do seu relatório “Health at a Glance 2018”, divulgado no final do ano passado. Também o Ministério da Saúde, através do *Retrato da Saúde 2018*, sugere que em 2016, de acordo com o estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa, “um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica e quase metade já teve uma destas perturbações durante a vida”.

São dados aos quais a José de Mello Saúde e a CUF não ficam indiferentes enquanto referências na prestação de cuidados de saúde em Portugal e entidades socialmente responsáveis. A promoção da literacia em saúde, nomeadamente na área da saúde mental, está também nas nossas mãos e dá mote ao tema de capa desta edição da +VIDA.

O estigma e o preconceito em torno destas doenças está ainda bem presente na sociedade portuguesa, muitas vezes por mero desconhecimento, o que condiciona a procura e o acesso atempado a cuidados médicos especializados, fundamentais quer para a prevenção, quer para os diagnósticos precoces e para o sucesso dos tratamentos. Está ao nosso alcance melhorar esta realidade patente no país, e também a nível europeu, onde a depressão e a ansiedade se destacam como as doenças de saúde mental mais comuns. Do ponto de vista das instituições de saúde é fulcral promover a formação dos profissionais de saúde nestas áreas e promover a multidisciplinaridade das equipas clínicas, pois a abordagem à doença, em benefício do doente, deve envolver várias especialidades.

A necessidade de ação é urgente. As consequências deste cenário podem ser desastrosas: crianças e jovens com pior saúde mental terão dificuldades de desenvolvimento e menor aproveitamento escolar, o que poderá traduzir-se em adultos com pior saúde mental, menos oportunidades no mercado de trabalho, menos produtividade e possível desemprego, como bem alerta a OCDE.

Com o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento, e com a consequente deterioração física e mental, é expetável o agravamento das doenças na área da saúde mental. Em 2017, o relatório “Health at a Glance” apontava para Portugal como um dos países da OCDE com uma prevalência de pessoas com demência acima da média europeia: 20 em cada 1000 pessoas em Portugal sofrem de demência.

Quando falamos em saúde mental não podemos por isso descurar nenhuma das faixas etárias, das crianças aos jovens, passando pelos adultos e pelos idosos. Mas sobre estes últimos a preocupação deve igualmente recair sobre os cuidadores. Portugal já está a dar passos nesse sentido com o projeto de lei da criação do Estatuto do Cuidador Informal, mas há ainda um grande caminho a percorrer. Um caminho que deve ser feito com o apoio de todos. Do Estado, dos prestadores – sejam eles públicos, privados ou sociais – e da Sociedade Civil.

Votos de boas leituras. +



EDIÇÃO ON-LINE
www.josedemellosaude.pt

+ notícias



FEDERAÇÃO
PORTUGUESA
DE FUTEBOL

cuf



CUF É A NOVA PARCEIRA DA SELEÇÃO NACIONAL DE FUTEBOL

A rede CUF e a Federação Portuguesa de Futebol (FPF) estabeleceram uma parceria na área da saúde até 2024.

A CUF irá trabalhar em estreita colaboração com a unidade de Saúde e Performance da FPF na prestação de cuidados médicos e de prevenção a 24 seleções nacionais, masculinas e femininas, séniores e de formação, nas vertentes de futebol, futsal e futebol de praia. A rede de saúde CUF é também patrocinadora oficial de todas as seleções nacionais.

O acordo foi oficializado numa cerimónia, na Cidade do Futebol, entre o Presidente da FPF, Fernando Gomes, e o Presidente do Conselho de Administração da José de Mello Saúde, Salvador de Mello, que afirmou: “Trabalhar em parceria com a FPF, contribuindo para o desenvolvimento dos atletas nacionais, é contribuir para o sucesso das seleções nacionais e para a reputação e imagem de Portugal no mundo, algo que muito orgulha a CUF e que orgulhará, com certeza, todos os portugueses.”

Fernando Gomes reconheceu o papel essencial da CUF para ajudar a enfrentar desafios futuros, acrescentando que a mesma “é uma entidade que dispensa qualquer tipo de apresentações e que será uma enorme mais-valia para a FPF e para as nossas seleções nacionais”. E prosseguiu: “Tudo faremos para prestigiar a CUF e a José de Mello Saúde.”

REDE CUF EM NÚMEROS

+1.500
camas

2,4 milhões
de consultas por ano

93 mil
cirurgias por ano

658 mil
urgências por ano

828 mil
exames de
imagiologia por ano



Delfim Duarte, investigador na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, foi premiado com uma Bolsa D. Manuel de Mello, no valor de 50 mil euros.

MÁRIO DINIS RIBEIRO VENCE PRÉMIO BIAL

O Prémio Bial de Medicina Clínica 2018, no valor de 100 mil euros, foi entregue a Mário Dinis Ribeiro, especialista em Gastrenterologia no Instituto CUF Porto e Diretor do Serviço de Gastrenterologia no IPO-Porto, pela sua investigação sobre o cancro gástrico.

Uma das menções honrosas, no valor de 10 mil euros, foi atribuída a Ana Castro Fernandes, psiquiatra no Hospital CUF Porto, pelo trabalho sobre a perturbação obsessivo-compulsiva.

O Prémio Bial de Medicina Clínica tem o objetivo de reconhecer uma obra intelectual, original, de índole médica, com resultados de grande qualidade e relevância.

BOLSA D. MANUEL DE MELLO PREMIA INVESTIGAÇÃO SOBRE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

O maior prémio nacional de incentivo à investigação para jovens médicos, a Bolsa D. Manuel de Mello, foi atribuída a Delfim Duarte, no Hospital CUF Porto.



O QUE É A LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA?

É uma doença agressiva com resistência à quimioterapia

Tem um elevado risco de reincidência

As células malignas proliferam graças à interação com outras células vizinhas alojadas nos vasos sanguíneos e à criação de um ecossistema próprio, promovido por várias proteínas

O trabalho premiado, liderado pelo investigador da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Delfim Duarte, pretende investigar o papel de uma proteína no reaparecimento da leucemia mieloide aguda. O projeto irá “explorar o papel da proteína CD18 na adesão celular”, ou seja, no processo de interação e ligação entre as células da leucemia e da medula óssea.

A confirmar-se o papel desta proteína na proliferação das células malignas, será possível aplicar novas opções terapêuticas e, desta forma, diminuir o risco de recidiva nos doentes com leucemia mieloide aguda.

A Bolsa D. Manuel de Mello, instituída pela Fundação Amélia de Mello em parceria com a José de Mello Saúde, é atribuída anualmente. De acordo com o Presidente do Conselho de Administração da José de Mello Saúde, Salvador de Mello, “pretende ser um prémio e um incentivo às melhores práticas de investigação e aos melhores profissionais de saúde, de acordo com os princípios de excelência em que sempre apostamos”.

O prémio, no valor de 50 mil euros, destina-se a equipas ou jovens médicos até aos 40 anos que tencionem desenvolver projetos de investigação clínica nas unidades de investigação e desenvolvimento das faculdades de medicina portuguesas.



REDUZIR A MORTALIDADE POR CANCRO GÁSTRICO

A investigação de Mário Dinis Ribeiro defende um conjunto de medidas que devem ser implementadas para reduzir a morte por cancro gástrico, entre as quais:

- redução efetiva do hábito tabágico
- promoção da erradicação da bactéria *helicobacter pylori*
- realização de uma endoscopia digestiva alta aquando do rastreio do cancro colorretal

NO COMBATE AO CANCRO DA MAMA

A CUF Instituto de Oncologia lançou o programa “#1500 Razões para Estarmos Próximos”, de modo a assinalar o 12.º aniversário da Unidade da Mama CUF.

Ida Negreiros, coordenadora desta unidade em Lisboa, esclarece o mote do programa, afirmando que, “embora a taxa de sobrevivência [ao cancro da mama] seja das mais elevadas em doença oncológica, infelizmente ainda morrem todos os anos 1.500 portuguesas”.

Por este motivo, a Unidade da Mama CUF assume o compromisso de criar espaços de diálogo para compreender e responder aos desafios que as mulheres jovens com cancro da mama enfrentam durante os próximos 12 anos.



Iniciativas do programa “#1500 Razões para Estarmos Próximos” em 2019

“OS DESAFIOS DA MULHER JOVEM COM CANCRO DA MAMA”

Especialistas em cancro da mama e mulheres jovens com a doença partilham o seu testemunho

28 de maio:

Centro do Conhecimento,
Hospital CUF Descobertas

5 de junho:

Hospital CUF Santarém

11 de junho:

Hospital CUF Porto

25 de setembro:

local a designar
em Coimbra

24 de outubro:

Hospital CUF Viseu

CUF HACKATHON:

VIVER COM CANCRO DA MAMA

A CUF Instituto de Oncologia convida a comunidade universitária a participar na competição

30 de junho:

Centro do Conhecimento, Hospital CUF Descobertas

“COMUNICAR É CUIDAR”

Investigadores do Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa desenvolvem um estudo qualitativo sobre as diferentes dimensões da comunicação verbal e não verbal

CONSULTA DE DIAGNÓSTICO PRECOCE

Entre os dias 19 a 31 de outubro de 2019, em várias unidades de saúde CUF



NO HOSPITAL CUF VISEU...

O Hospital CUF Viseu constituiu uma equipa multidisciplinar com profissionais experientes para dar resposta à complexidade do diagnóstico e tratamento das doenças da mama.



Com a coordenação de Helena Gervásio (oncologista), Cortez Vaz (ginecologista) e Carlos Aragão (radiologista), a nova equipa multiprofissional conta ainda com as especialidades de Cirurgia Plástica e Geral, Enfermagem, Nutrição e Psicologia. O Hospital CUF Viseu assegura, desta forma, tempos de espera mais curtos desde o diagnóstico do cancro da mama ao início do tratamento, bem como um acompanhamento personalizado de cada caso.

O CANCRO DA MAMA EM PORTUGAL

6.000/ano

Cerca de seis mil novos casos por ano

4 óbitos/dia

Morrem quatro mulheres por dia com esta doença

O tumor maligno mais frequente na mulher entre 2016 e 2018



HOSPITAL DE BRAGA: COMPROMISSO RENOVADO

Depois da avaliação de mais de três mil critérios de boas práticas internacionais que envolveu 46 áreas clínicas e não clínicas, o Hospital de Braga viu confirmada a renovação da Acreditação Global – atribuída pelo Painel de Acreditação do Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS) – e renovou a Certificação de Qualidade ISO 9001 dos serviços de Anatomia Patológica, Esterilização, Farmácia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Patologia Clínica e Limpeza.

Nesta avaliação foram também atribuídos pelo CHKS 12 louvores a práticas implementadas pelo Hospital de Braga ao nível do compromisso com o utente, familiar, cuidador e colaborador, no âmbito da atuação hospitalar.

João Ferreira, Presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga, realçou, a propósito, a cultura de evolução constante na prestação de cuidados e afirmou: “Esta Acreditação Global e Certificação são a garantia de que prosseguimos diariamente uma cultura de qualidade e segurança.”



CEM MIL EUROS atribuídos nos Projetos de Investigação em Medicina

A iniciativa surgiu através do consórcio Tagus TANK estabelecido entre a José de Mello Saúde e a Universidade Nova de Lisboa.

Promover e financiar projetos que estimulem o desenvolvimento de novas linhas de investigação médica de excelência. É esta a missão de Projetos de Investigação em Medicina (PIM), um novo programa promovido pela José de Mello Saúde e pela Universidade Nova de Lisboa no âmbito da parceria estabelecida através do Tagus TANK. E já é conhecido o primeiro grupo de vencedores saído desta iniciativa.

Foi no dia 29 de janeiro, numa cerimónia realizada na Sala dos Atos da Nova Medical School – que contou com as presenças de Salvador de Mello, Presidente do Conselho de Administração da José de Mello Saúde, e João Sáágua, Reitor da Universidade Nova de Lisboa –, que foram anunciados cinco projetos de investigação distinguidos com prémios individuais no valor de 20 mil euros.

Os projetos vencedores foram eleitos por uma comissão científica liderada por António Rendas, da qual fizeram parte personalidades como António Jacinto, Jaime Branco, João Paço, José Fragata e Piedade Sande Lemos.



OS VENCEDORES



António Bugalho

Pneumologista na CUF e professor na Nova Medical School



Cristina Caroça

Especialista em otorrinolaringologia na CUF



Guadalupe Cabral

Investigadora do CEDOC – Centro de Estudos de Doenças Crônicas



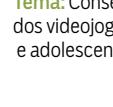
Hugo Castro Faria

Pediatria no Centro da Criança e do Adolescente do Hospital CUF Descobertas



Patrícia de Almeida Rodrigues Gonçalves

Pediatria no Hospital CUF Cascais



Tema: Consequências da utilização dos videojogos nas crianças e adolescentes

Nova unidade de Reabilitação Cardiovascular



O Instituto CUF Porto inaugurou um centro de reabilitação para doentes cardiovasculares na unidade do Coração do Hospital CUF Porto.

Na unidade de Reabilitação Cardiovascular do Hospital CUF Porto, os doentes cardiovasculares terão um acompanhamento médico e uma monitorização eletrocardiográfica permanente, tanto em caso de doença súbita como crónica.

Inicialmente, os doentes referenciados para esta unidade serão alvo de uma avaliação médica que determinará o tipo e duração do plano terapêutico. Numa primeira fase, os planos de treino decorrerão no Instituto CUF Porto, mas espera-se que numa segunda fase os doentes deem continuidade ao tratamento em casa enquanto retomam a sua vida profissional e social.

Para Afonso Rocha, o coordenador desta unidade, a reabilitação cardiovascular é fundamental em várias patologias cardíacas, entre as quais a recuperação pós-enfarte ou a cirurgia cardíaca.

HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA RECONHECIMENTOS E MELHORIAS



Diabetes infantil

O projeto “Otimização da Gestão da Transição Segura Hospital/Comunidade na Área da Diabetes Infantil” valeu ao Hospital Vila Franca de Xira um certificado institucional de Boa Prática por parte da comissão organizadora do Prémio de Boas Práticas em Saúde.

O projeto, realizado em parceria com o Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo, consiste num melhor acompanhamento das crianças diabéticas por parte de hospitais, centros de saúde e escolas.

Apoio na urgência

O Hospital Vila Franca de Xira criou o serviço de apoio ao utente que, com um espaço próprio no serviço de urgência, é responsável por acompanhar doentes que estejam sozinhos ou desorientados e informar os acompanhantes sobre o estado dos doentes admitidos.

Certificações

A Sociedade Geral de Superintendência (SGS) renovou a certificação do Hospital Vila Franca de Xira nas vertentes de segurança e saúde no trabalho, sistema de gestão de qualidade, e manteve o certificado de sistema de gestão ambiental.



CERTIFICAÇÃO EM NEUROFISIOLOGIA



O Hospital CUF Porto tornou-se o primeiro hospital privado a ter uma unidade de Neurofisiologia certificada pela Empresa Internacional de Certificação (EIC) depois de o seu Gabinete de Estudos Neurofisiológicos ter recebido o comprovativo de gestão de qualidade da EIC.

A unidade de Neurofisiologia do Hospital CUF Porto está integrada no Centro de Neurociências que inclui todas as áreas dedicadas à investigação e tratamento das doenças do sistema nervoso central e periférico.



CUF ELEITA MARCA DE CONFIANÇA 2019

A CUF continua a ser a marca na qual os consumidores mais confiam, tendo sido distinguida pelo quarto ano consecutivo com o prémio Marca de Confiança dos Portugueses na categoria de Hospitais Privados. Este prémio avalia a opinião de 12 mil assinantes da revista *Seleções do Reader's Digest* e reforça a confiança dos consumidores portugueses na CUF.

CUF ASSUME COMPROMISSO COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A CUF assinou o compromisso para a empregabilidade de pessoas com deficiência, lançado pelo Inclusive Community Forum (ICF) – uma iniciativa da Nova SBE dedicada à vida das pessoas com deficiência. Um total de 24 empresas nacionais subscreveram o mesmo compromisso, que tem como objetivo promover uma comunidade mais aberta e inclusiva. A CUF reconhece assim o valor social e económico da contratação de pessoas com deficiência e demonstra a sua disponibilidade para as integrar nos seus quadros.

**NOVA SBE
INCLUSIVE
COMMUNITY
FORUM**



UTENTES MUITO SATISFEITOS em Lisboa e Braga

Em Lisboa, a satisfação associada aos hospitais CUF Infante Santo e CUF Descobertas foi destacada num estudo realizado pela Deco. Também em Braga, o nível de satisfação médio dos utentes ronda os 83 pontos, segundo um estudo conduzido pela consultora Qmetrics.

O Hospital CUF Infante Santo lidera a classificação geral e os resultados na área das urgências e consultas externas de um estudo realizado pela Deco, entre maio e dezembro de 2017, em colaboração com investigadores da Faculdade de Medicina de Lisboa, sobre o nível de satisfação de mais de 1.700 doentes em 42 hospitais públicos e privados do país.

O Hospital CUF Descobertas foi outra das unidades de saúde avaliadas, tendo obtido níveis de satisfação iguais ou superiores a 90% em duas vertentes.

Uma satisfação que se estende a Braga

Mais de 800 utentes que recorreram à cirurgia de ambulatório, internamento, consulta externa, urgência ou ao hospital de dia do Hospital de Braga durante o mês de maio de 2018 indicaram estar, em média, “muito satisfeitos” com os serviços prestados pela unidade hospitalar. Numa escala de 0 a 100, o índice médio de satisfação dos doentes é de 82,9 pontos.

Conduzido pela consultora Qmetrics, o Estudo da Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação dos Utentes do Hospital de Braga revelou ainda que a opinião dos pacientes sobre a competência e profissionalismo da equipa clínica foram os aspectos que mais pesaram no sentimento de satisfação dos mesmos.



HOSPITAL CUF INFANTE SANTO

1.º classificado nos serviços em geral com 98% dos utentes satisfeitos

1.º classificado (ex aequo com o Hospital de São Bernardo) na área das consultas externas com 98% dos utentes satisfeitos

1.º classificado (ex aequo com o Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo) na área das urgências com 95% dos utentes satisfeitos

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

3.º classificado na área das urgências com 92% dos utentes satisfeitos

9.º classificado nos serviços em geral com 90% dos utentes satisfeitos

HOSPITAL DE BRAGA

O hospital de dia é o serviço com satisfação média mais elevada: 88,8 pontos

A cirurgia de ambulatório é a segunda linha de atividade com maior nível de satisfação, tendo recebido uma média de 87,1 pontos

Nos restantes serviços, os utentes continuam a classificar o seu nível de satisfação como “muito positivo”



Artigos



Hérnias: quais são as mais comuns e como devem ser tratadas

A hérnia é um problema de saúde bastante frequente, podendo atingir pessoas de todas as idades. Conheça os sintomas, os tipos mais comuns e saiba quando deve procurar o médico.

tinyurl.com/y62yxme4

Síndrome de Reye: uma emergência que deve conhecer

O seu filho está a recuperar de gripe ou varicela? Tomou aspirina? Está com vômitos ou convulsões? Atenção, pois pode ser Síndrome de Reye.

tinyurl.com/y60pmv9s

Angioplastia no tratamento do enfarte no miocárdio

A angioplastia coronária é um procedimento minimamente invasivo que já salvou muitos corações. Saiba mais.

tinyurl.com/y3f8obg4

Caiu após uma emoção forte? Aprenda a lidar com a cataplexia

Raiva, ansiedade, alegria e gargalhadas: tudo pode funcionar como gatilho para um episódio de cataplexia. Previna-se.

tinyurl.com/y4che33s

Bicos de papagaio: como aliviar as dores?

São bicos de papagaio mas nada têm a ver com o animal. Aparecem sobretudo com o avançar da idade. Se também sofre deste mal, saiba como aliviar as dores.

tinyurl.com/yxtxu9dw

Infografia



12 formas de reduzir o risco de cancro

Sabia que cerca de 50% de todos os cancros poderiam ser evitados através da adoção de medidas relativamente simples no seu estilo de vida?

tinyurl.com/y6rs4hyu



Broncodilatadores e DPOC: inspire fundo!

Os broncodilatadores são os fármacos de eleição para tratar a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), com muitos benefícios comprovados.

tinyurl.com/y5zjphp4

+ testemunhos

PERFIL



Carolina Deslandes

“Sempre fui muito bem tratada na CUF”



Esclareça aqui
o que é a toxoplasmose,
a primeira dúvida de saúde
que Carolina Deslandes
teve enquanto mãe.

Carolina Deslandes teve os seus três filhos na CUF. A cantora destaca a sensibilidade dos profissionais que acompanharam o filho mais novo, Guilherme, na Unidade de Neonatologia.

Foi recentemente mãe pela terceira vez no Hospital CUF Descobertas. O que a levou a procurar a CUF para o nascimento dos seus filhos?

A CUF tem a minha médica de sempre, a Dra. Cristina Horgan, em quem confio a minha vida e que foi responsável pelo nascimento dos meus três filhos. Sempre fui muito bem tratada na CUF.

Como correu a terceira gravidez?

Correu bem, foi muito pacífica. Não tive complicações nem enjoos.

Atuou, inclusive, até quase ao fim da gravidez.

Dei concertos até duas semanas antes de o Guilherme nascer e correu sempre tudo bem. Tenho a sorte de poder contar com o apoio incondicional da minha médica. Isso ajudou-me a sentir outro tipo de segurança no meu dia a dia.

Como avalia os profissionais de saúde que a acompanharam durante esta experiência?

Sempre fui muito bem tratada. Nenhum dos meus filhos tinha estado na Neonatologia, portanto era uma realidade que desconhecia, e fiquei muito surpreendida pela positiva. Foram todas muito queridas, tanto comigo como com o Diogo [Clemente] e o meu filho, com um cuidado fora de série e um amor a tratar dos bebés que não conhecia.

Fiquei a admirar ainda mais a profissão. Principalmente quem trata da saúde dos mais

pequeninos, porque é preciso ter muita sensibilidade. A sensibilidade aliada ao bom profissionalismo fez com que a experiência fosse mais pacífica.

Recorda-se da primeira dúvida de saúde que teve enquanto mãe?

O que é a toxoplasmose e o que posso ou não comer? Era uma coisa de que ouvia falar muito e que a Dra. Cristina esclareceu.

A CUF proporciona um acompanhamento antes, durante e após a gravidez. Depois do parto continua a recorrer à CUF para as questões de saúde relacionadas com os seus filhos?

Sim. Também recorro em questões relacionadas comigo, porque depois do parto é preciso sermos acompanhadas pela nossa médica para termos uma boa recuperação. Principalmente eu, que fiz três cesarianas. Mas não tive dores, não sofri nada, todas as minhas perguntas tiveram resposta rápida e isso é meio caminho andado para se ter um pós-parto descansado.

Qual foi o primeiro susto que sofreu enquanto mãe?

Foi na minha primeira gravidez, quando tive uma gastroenterite viral. Fiquei internada na CUF, mas tranquilizaram-me, explicaram-me os procedimentos e, mais uma vez, fui muito bem tratada.

Estive dois dias internada na mesma unidade onde iria estar durante o nascimento dos meus filhos e fiquei a conhecer as pessoas e as instalações. Percebi que eram todos muito atenciosos e isso tranquilizou-me para



“É importante expormos todas as nossas dúvidas e termos profissionais em quem confiemos e que possamos ouvir.”

o nascimento do meu primeiro filho.



BI

Carolina Deslandes
nasceu a 27 de agosto de 1991, em Lisboa

Com apenas 18 anos concorreu ao programa de talentos *Ídolos*, terminando em terceiro lugar

Tem três filhos: Santiago, Benjamim e Guilherme

Depois de um interregno de dois anos do mundo da música, voltou a cantar em 2014, acompanhada por Agir, e gravou o seu segundo álbum, *Blossom*, em 2016

A canção “A Vida Toda” foi gravada em 2017, após o nascimento do seu primeiro filho, e faz parte do seu terceiro e mais recente álbum, *Casa*

Como encara o papel do pediatra no crescimento saudável dos seus filhos?

Acho que é muito importante. Também é muito importante estarmos informados sobre aquilo que queremos a nível de alimentação, leite e amamentação. É importante expormos todas as nossas dúvidas e termos profissionais em quem confiemos e que possamos ouvir.

Que conselhos daria às mães que estão a dar os primeiros passos na maternidade?

Confiem em vocês e ouçam a vossa voz. Temos sempre uma intuição de mãe que falha muito menos vezes do que aquilo que achamos. Não deixem de perguntar se tiverem alguma dúvida sobre a saúde dos vossos filhos. Não fiquem com receio de estar a chatear, às vezes isso evita problemas de força maior. Confiem que sabem tratar dos vossos filhos mas, como muitas mães não têm formação na área da saúde, procurem a ajuda de um profissional em quem confiem e recorram a ele sempre que tiverem dúvidas.

Ana Laurentino foi submetida a uma intervenção cirúrgica que visou a substituição do disco intervertebral por uma prótese. O procedimento, realizado por Miguel Carvalho, neurocirurgião no Hospital CUF Viseu, fez com que esta professora de 46 anos pudesse voltar a caminhar sem dores.



Voltar a caminhar sem dores

Uma forte dor na região lombar impossibilitou Ana Laurentino de continuar a trabalhar. Após uma consulta na Unidade de Coluna do Hospital CUF Viseu, foi-lhe diagnosticada uma discopatia lombar severa. O tratamento passou pela substituição do disco intervertebral inflamado por uma prótese que mimetiza um disco intervertebral, para que pudesse manter a mobilidade.

As lombalgias não eram algo estranho a Ana Laurentino, de 46 anos, professora do segundo ciclo do ensino básico e residente em Fornos de Algodres. Com alguma regularidade surgia-lhe uma dor na zona lombar, que combatia com analgésicos, duches e sacos de água quente. Mas uma manhã, no fim de maio de 2018, a dor foi tão forte que não conseguiu ir para a escola no Fundão onde estava colocada e para onde se deslocava todos os dias de carro.

“Nessa manhã custou-me muito levantar da cama. Era uma dor muito forte, do lado direito. Mal conseguia andar e nem sequer me conseguia sentar no carro”, recorda. A custo, chegou ao centro de saúde e foi atendida nas urgências. Receitaram-lhe analgésicos e quatro dias de baixa médica. Mas, nos dias seguintes, Ana Laurentino não se sentia melhor. “O meu andar não voltou ao normal”, conta a professora de Educação Visual e Tecnológica.

Apesar disso, regressou ao trabalho. Na primeira semana de junho foi transferida para uma escola em Vila de Rei, mas logo ao segundo dia na nova escola começou a sentir

a perna direita dormente. O agravamento da situação levou-a a consultar o médico de família, que lhe passou mais 50 dias de baixa e a aconselhou a não conduzir e a marcar uma consulta urgente de neurocirurgia. Foi isto que Ana Laurentino prontamente fez, no Hospital CUF Viseu.

Na primeira consulta, o neurocirurgião Miguel Carvalho receitou-lhe medicação para acalmar as dores enquanto esperavam os resultados dos exames médicos, mas a rotina de Ana Laurentino continuava a ser fortemente penalizada. “Mesmo o simples caminhar era um sacrifício, custava-me muito”, recorda.

A ressonância magnética que entretanto fez revelou uma discopatia (patologia do disco intervertebral) lombar severa. “O disco intervertebral tinha sofrido um processo degenerativo, de envelhecimento, o que fazia com que as suas propriedades tivessem sido alteradas e estivesse a sobrekarregar os elementos musculares”, explica o médico. De acordo com este especialista as lombalgias podem aparecer em qualquer idade, embora sejam mais frequentes a partir dos 35-40 anos. “Pode aparecer um quadro de dor incapacitante, como foi o caso da Ana”, acrescenta.



Cerca de 80% da população mundial sofrerá de lombalgia pelo menos uma vez por ano. As principais causas são o sedentarismo e a obesidade.

Miguel Carvalho refere que “a dor é muitas vezes interpretada como um mal com o qual temos de aprender a viver”, mas assegura que não tem de ser assim. Acrescenta que é normal o doente tentar tratar a dor (qualquer que seja) com analgésicos, pomadas ou duches de água quente, mas alerta para a importância de a origem da dor ser devidamente diagnosticada e eliminada com a ajuda do médico.

Uma intervenção simples mas eficaz

Tradicionalmente, num caso como o desta professora a estratégia seria remover o disco danificado e substituí-lo por um implante fixo com parafusos. Um procedimento que poderá reduzir a mobilidade do doente ou provocar a sobrecarga dos outros discos da coluna vertebral. Miguel Carvalho optou por substituir o disco por uma prótese, com componentes em titânio e outros componentes de materiais flexíveis, que foi colocada no local do disco

intervertebral, entre as vértebras. “A prótese permite manter a mobilidade e, ao mesmo tempo, proteger os restantes discos intervertebrais”, explica o neurocirurgião.

A intervenção cirúrgica a que Ana Laurentino foi submetida em setembro de 2018 é simples e dura cerca de uma hora. Se realizada de manhã, o doente começa a levantar-se e a alimentar-se logo nessa tarde. No dia seguinte, tem alta hospitalar. “No primeiro mês não deverá fazer esforços porque é o período em que a prótese se está a integrar com as estruturas adjacentes, mas o objetivo é que o doente regresse à vida ativa progressivamente”, diz Miguel Carvalho.

Ana Laurentino conta que, após a cirurgia, “parecia uma borboleta”. Embora ainda não possa conduzir grandes distâncias nem fazer grandes esforços e continue de baixa médica, a professora garante que a melhoria da qualidade de vida foi notória. “Deixei de ter dores. Já posso caminhar sem me doer nada e isso, para mim, é excelente”, diz, com um grande sorriso e esperançada de poder muito em breve recomeçar a dar aulas. +



COMO PREVENIR AS LOMBALGIAS

Manter hábitos de vida saudáveis pode ajudar a prevenir as lombalgias ou, pelo menos, evitar que estas se agravem.



PRATIQUE EXERCÍCIO FÍSICO

Sobretudo atividades aeróbicas (como natação, bicicleta ou marcha) e/ou que reforcem a força muscular na região lombar e abdominal (pilates, ioga ou treino de força). Faça uma dieta alimentar equilibrada e controle o peso corporal.



NÃO FUME

O tabaco reduz a circulação sanguínea nos discos intervertebrais, provocando o seu envelhecimento prematuro.



CUIDADO COM A POSTURA CORPORAL

Quando levantar pesos, flita as pernas e não a coluna. Use as duas alças da mochila ou opte por um trólei. Evite transportar pesos em apenas um dos braços, por exemplo quando vai ao supermercado.

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.

**Nestlé
Baby & me**

COMEÇAR SAUDÁVEL, VIVER SAUDÁVEL

Saiba mais em:
www.nestlebebe.pt

SAÚDE MENTAL

À descoberta do cérebro

As doenças mentais são altamente incapacitantes, podem surgir em qualquer idade e, por vezes, camuflar outras patologias. Estar atento aos primeiros sinais e ter o acompanhamento médico adequado pode fazer a diferença para a continuação de uma vida ativa e saudável.



B

em diz o provérbio popular: mente sã, corpo são. Daqui se conclui que não existe saúde sem saúde mental. O que, por sua vez, torna ainda mais relevante a prevalência cada vez mais assinalável de doença mental no mundo. Por “doença” entenda-se “doenças”, é claro, visto que esta é uma área que se pode manifestar das mais diversas formas: ansiedade, depressão, *burnout*, demência, perturbação do sono, transtorno bipolar, obsessivo-compulsivo, pós-traumático, alimentar. Isto só para nomear algumas.

Consideremos o exemplo da depressão, doença que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aumentou 18% nos últimos dez anos e que, em 2015, afetava 300 milhões de pessoas, cerca de 4,4% da população mundial. O peso destes números levou a que a OMS, que coloca as estatísticas relativas à ansiedade em valores semelhantes, considerasse que, até 2020, a depressão se irá tornar a doença mais incapacitante à escala mundial.

Elsa Lara, psiquiatra no Hospital CUF Infante Santo, coloca os números da OMS em perspetiva: “Diria que a OMS se refere ao síndrome depressivo – que é o tronco comum para vários tipos de depressão. Há que tentar estabelecer o diagnóstico etiológico perante o síndrome depressivo: se estivermos a falar das depressões geneticamente determinadas, a prevalência mantém-se.”

Elsa Lara concorda que esse aumento é atribuível às depressões com origem em reações de ajustamento determinadas por fatores psicológicos ou sociais. Já quanto à possibilidade de, face a estatísticas muito semelhantes, se estar perante uma sobreposição dos casos de ansiedade e depressão, esclarece: “Ansiedade e depressão são duas condições que podem coexistir, sendo certo que um doente que tenha uma perturbação do foro ansioso, se não for tratado ao fim de algum tempo acaba por entrar em depressão.” E acrescenta: “A ansiedade é uma condição que está presente em todos nós e é também motivação. É adaptativa. Em níveis muito baixos compromete a nossa funcionalidade, mas se for demasiado elevada também o faz porque se torna paralizante.”

Tristeza não é depressão

Uma das perturbações do foro ansioso diagnosticada com alguma frequência é a chamada perturbação de ansiedade generalizada. “Um doente com perturbação do foro an-

sioso está sempre com elevados níveis de ansiedade. Sobre essa perturbação podem impor-se ataques de pânico, que têm uma tradução física e psíquica muito marcada, sendo vivenciados como sensação de ‘morte iminente’, explica a psiquiatra. Muitos doentes com ataques de pânico acabam por recorrer a urgências hospitalares pois os sintomas que apresentam podem ser confundidos com doenças graves, obrigando ao diagnóstico diferencial, como enfarte agudo do miocárdio, refluxo gastroesofágico ou uma simples dor intercostal. O tratamento das perturbações do foro ansioso é feito com recurso a antidepressivos da classe dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (classe de fármacos), o que por vezes pode levar a leituras enviesadas de algumas estatísticas. “Quando são publicadas estatísticas relativas ao consumo de antidepressivos com dados da OMS, normalmente é difícil distinguir os antidepressivos usados para tratar as perturbações do foro ansioso dos usados para tratar os episódios depressivos”, refere a psiquiatra. Muitos dos doentes que chegam ao consultório de Elsa Lara queixam-se de dores de cabeça, irritabilidade, dificuldades de concentração e uma maior intolerância nas relações interpessoais. Sintomas que, por vezes, aos olhos dos especialistas, são já reveladores de um episódio depressivo que requer atenção.

Apesar da ideia corrente, algumas pessoas com depressão não se sentem tristes. Na verdade, para que uma depressão possa ser clinicamente diagnosticada tem de cumprir alguns critérios – tristeza, inibição, culpabilidade, anedonia (perda do prazer e dos interesses em geral), falta de energia, falta de iniciativa – que se devem sentir com determinada intensidade e duração.

Depressão ou depressões?

Há diferentes tipos de depressão e a diferença está sobre tudo na forma como cada um é desencadeado. “Há depressões em que a ponderação do fator desencadeante é preponderante e há outras em que não existe qualquer fator desencadeante: o indivíduo pode um dia acordar de manhã, olhar para o espelho e perceber que não está funcional”, explica Elsa Lara. “Antigamente estas depressões designavam-se endógenas. O caráter hereditário e a componente biológica têm um peso significativo.” Já nas depressões com caráter reativo, o que se passa é que o indivíduo vai sofrer uma sobrecarga da exposição a estímulos adversos – perda de entes queridos, questões laborais ou conflitos de difícil resolução, por exemplo – até que os mecanismos de adaptação entram em falência. Mas a verdade é que nem todas as pessoas reagem da mesma forma: há quem seja mais vulnerável à depressão e aqueles que, independentemente da quantidade de acontecimentos traumatizantes, “aguentam estoicamente e mantêm a sua funcionalidade”.

COMO É DIAGNOSTICADA UMA DEPRESSÃO

De acordo com Elsa Lara, psiquiatra no Hospital CUF Infante Santo, para que exista um diagnóstico clínico de depressão devem fazer-se sentir durante algum tempo sintomas de tristeza, inibição, culpabilidade, anedonia, falta de energia e falta de iniciativa.





RAQUEL WISE/4SEE

PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE GENERALIZADA

Uma das mais diagnosticadas perturbações do foro ansioso é a perturbação da ansiedade generalizada, manifestada em pessoas que estão constantemente com níveis de ansiedade acima da média.

Para Elsa Lara, genética e fatores de personalidade fazem a diferença: “Pessoas muito perfeccionistas, que sentem que têm de controlar todas as variáveis, são mais suscetíveis à depressão.”

Já no caso dos jovens adultos, Elsa Lara recomenda cautelas especiais. “Quaisquer diagnósticos na faixa etária da adolescência até aos 20 e tal anos têm de ser muito cuidadosos, já que há doenças psiquiátricas graves como esquizofrenia, doença bipolar, perturbações de personalidade *borderline* e perturbações de comportamento alimentar que se podem explicitar nesta fase”, sublinha a especialista. “O padrão clássico é o jovem bom aluno, com um aproveitamento escolar claramente acima da média, que num determinado ano letivo começa menos bem, a baixar as notas, a faltar às aulas, ficando em casa e começando a isolarse do seu grupo de amigos ou mesmo da família e chumba pela primeira vez. Para um psiquiatra, esses são sinais a que deve ser dada muita atenção.”

Quando a depressão surge na infância ou adolescência

Embora a depressão possa surgir ainda durante a primeira infância, o mais comum é que seja detetada a partir dos 6 anos. Mas podem surgir alguns sinais antes disso: “Entre os 3 e os 6 anos podemos ver crianças que sistematicamente são agressivas – mordem, batem, revoltam-se –, que podem ter alterações alimentares ou do sono, ou ainda enurese noturna [perdas de urina enquanto dormem] sem haver uma razão orgânica. Muitas vezes esses são já equivalentes depressivos”, explica Paula Medeiros, pedopsiquiatra no Hospital CUF Descobertas. Para esta médica, o estado depressivo torna-se mais evidente a partir do momento em que a criança se expressa melhor. “Nem sempre as crianças dizem que estão tristes. Algumas mostram-se muito zangadas ou dizem coisas como ‘ninguém gosta de mim’ ou ‘todos me jogam na escola’.”

“Apesar da ideia corrente, algumas pessoas com depressão não se sentem tristes. Para que uma depressão possa ser clinicamente diagnosticada tem de cumprir alguns critérios.”

Elsa Lara, *Psiquiatra no Hospital CUF Infante Santo*

Tal como nos adultos, a depressão nas crianças tem origem em vários fatores, não sendo, porém, de descartar a existência de uma vulnerabilidade herdada. “É muito frequente, quando vemos uma criança com depressão, que uma das figuras parentais tenha – ou tenha tido – depressão”, explica a pedopsiquiatra que, não descartando a vulnerabilidade que a componente genética pode provocar, dá mais importância ao meio em que a criança vive.

Além disso, crianças com défice de atenção e hiperatividade têm maiores taxas na incidência precoce, quer no que diz respeito a ansiedade como a depressão. Há uma série de sinais que se devem ter em conta. Mudanças no padrão alimentar ou do sono, baixa do rendimento escolar, agressividade, o retorno das birras quando esta fase já parecia ultrapassada ou uma tendência para chorar “por tudo e por nada” são comportamentos que devem ser valorizados e podem indicar um estado depressivo.

A ansiedade manifesta-se de formas diferentes. “Nas crianças aparece muito sob a forma de queixas físicas: dores de barriga, de cabeça, uma vontade constante de ir à casa de banho. Outras vezes pode manifestar-se pela recusa em ir à escola”, refere a pedopsiquiatra. “São crianças que se sentem protegidas pelo meio familiar e estão com aquilo a que chamamos ‘ansiedade de separação’, a dificuldade na autonomia emocional.” A especialista sublinha que esta é uma das formas mais comuns de ansiedade, mas por norma é fácil de reverter. Já quando se trata de adolescentes e depressão os sinais são outros, uma vez que é mais frequente haver uma indicação por parte do próprio de que não se sente bem. “Não se sentem bem quando estão com os amigos, precisam de se isolar. Noutros casos começam a faltar às aulas, a ter comportamentos mais desviantes, com consumos de substâncias, que lhes servem de autocompensação”, elenca a especialista.

A origem do problema não tem de ser uma resposta a um comportamento parental menos correto ou a algum aconte-

cimento traumático. “Por vezes, na passagem para a adolescência, há pré-adolescentes e adolescentes que não conseguem lidar com os conflitos internos e começam a sentir-se em falha”, explica Paula Medeiros, que associa com alguma frequência a depressão na adolescência à falta de socialização. “Se o adolescente tem um bom grupo de amigos, a situação resolve-se mais facilmente”, diz. Na infância também há quadros de depressão reversíveis, sobretudo se relacionados com fases menos boas na vida da criança – divórcio dos pais, mudança de escola, morte de um familiar ou o nascimento de um irmão – que, uma vez ultrapassadas, não tendem a repetir-se.

Tanto nas crianças como nos adolescentes o tratamento passa por um acompanhamento psicoterapêutico com o objetivo de reconstruir a autoestima. Nas crianças, só em casos excepcionais é feito o recurso à medicação, que pode ser usada nos adolescentes, de preferência durante curtos períodos de tempo. “Quando chegam à consulta num estado de grande sofrimento ou quando há comportamentos autolesivos, não ficamos à espera do efeito da psicoterapia: fazemos a combinação da medicação com o acompanhamento psicoterapêutico porque os efeitos são mais rápidos e consistentes”, esclarece Paula Medeiros.

Para esta especialista, a “vida frenética das famílias” ajuda a explicar o aparecimento de mais casos de depressão em idade pediátrica. “Cada vez há menos tempo para brincar. Brincar ao faz-de-conta é, até aos 9 anos, uma das atividades que melhor permite à criança expressar-se. Além disso é terapêutico, já que melhora a parte emocional. Aos pais de crianças com depressão peço que brinquem ao faz-de-conta com elas pelo menos meia hora por dia.” A pedopsiquiatra acredita ainda que é essencial que os mais pequenos tenham tempo para descansar, divertir-se e trabalhar: “Uma criança deve ter tempo para brincar, não fazer nada, estudar um bocadinho e dormir bem. Se tiver estes tempos bem organizados, normalmente tem uma melhor evolução.”

“Tu queres que eu morra, não é?”

É através de brincadeiras que Helena, de 8 anos, tem vindo a ultrapassar a depressão que lhe foi diagnosticada aos 6. Catarina, a mãe, passou a trabalhar a meio tempo para poder dedicar mais tempo à filha e os resultados não podiam ser mais satisfatórios.

“Quando a Helena começou a ser acompanhada eu trabalhava imenso. Quase não tinha tempo para fazer uma coisa muito simples que a pedopsiquiatra pediu: brincar 15 minutos por dia com ela. Este ano resolvi trabalhar em regime de part-time, saio mais cedo, tenho tempo para brincar com ela e noto que isso faz toda a diferença”, conta Catarina. “Os minutos de atenção que lhe dou são de qualidade e estão a fazer-lhe bem. Ela sente-se mais aceite, desejada e amada.”



RAQUEL WISE/4SEE

A IMPORTÂNCIA DE BRINCAR

Paula Medeiros, pedopsiquiatra no Hospital CUF Descobertas, explica que brincar ao faz-de-conta pelo menos meia hora por dia com crianças até aos 9 anos é uma forma de terapia emocional.

A mãe de Helena reconhece ter agora mais tolerância por estar menos sujeita ao stresse. “É importante que as pessoas saibam isto: não importa apenas que a criança seja seguida por um pedopsiquiatra. Há todo um comportamento dos pais, em casa, que tem de mudar. Não é a hora que passa com a pedopsiquiatra que, por si só, vai fazer milagres”, alerta.

Helena é a mais velha dos três filhos de Catarina – além de Helena, tem uma menina de 5 anos e um rapaz de 2. Embora reservada com estranhos, sempre foi “espevitada” e um pouco difícil. Quando a menina tinha 5 anos, os pais perceberam que algo não estava bem: “Ela andava a fazer imensas birras, estava com dificuldade em aceitar algumas regras e começou a revelar alguma tristeza”, conta Catarina. Até ao dia em que, a meio de uma discussão, Helena lhe disse: “Tu queres que eu morra, não é? Se eu morresse a tua vida seria muito melhor!” Proferiu estas palavras ao mesmo tempo que se dirigia à janela, como se fizesse menção de a abrir. Foi

quanto bastou para Catarina decidir consultar um psicólogo com o marido.

Quando Helena entrou para a escola, a professora recomendou aos pais que a menina fosse vista por um pedopsiquiatra. É que Helena não só fazia muitas referências a dor como a impunha aos colegas – de acordo com a professora, não só magoou um colega com uma tesoura como disse a outra menina: “Para seres minha amiga tens de te magoar.”

Helena é hoje seguida por Paula Medeiros no Hospital CUF Descobertas. Catarina recorda que a pedopsiquiatra lhe disse que a criança “estava um pouco depressiva, com baixa autoestima e algumas inseguranças sobre o que as pessoas acham dela – e sobre o que eu achava dela! Pela forma como brincava, via-se que estava muito zangada com o mundo”.

Hoje, tanto Catarina como o marido notam grandes diferenças no comportamento da filha mais velha. “A Helena ainda chora por algumas coisas mas notamos melhorias, no-

“Por vezes, na passagem para a adolescência há pré-adolescentes e adolescentes que não conseguem lidar com os conflitos internos e começam a sentir-se em falha.”

Paula Medeiros, *Pedopsiquiatra no Hospital CUF Descobertas*

meadamente ao nível da criatividade quando brinca. Também tem uma maior compreensão para com os outros.” Na escola é boa aluna e em casa tem um relacionamento típico com os irmãos: tanto brincam uma tarde inteira como têm grandes discussões. Com uma *nuance*: nestes momentos, Helena ainda manifesta a vontade de não ter irmãos. “Mas quando está bem reconhece que só o diz porque está chateada e gostava que eu tivesse mais tempo só para ela”, explica Catarina.

Psiquiatria e neurologia: um trabalho de equipa

Elsa Lara tem uma frase a que recorre com frequência: “Se as doenças psiquiátricas se tratassesem com velas de cheiro e música ambiente seria bom, mas não é a realidade; estas doenças tratam-se com psicofármacos e outras terapêuticas não farmacológicas.” A psiquiatra do Hospital CUF Infante Santo assume que, em algumas depressões, a psicoterapia desempenha um papel fulcral e sublinha a importância do trabalho conjunto com outras especialidades. “Muitos episódios depressivos de intensidade ligeira a moderada são tratados pelos médicos de medicina geral e familiar. E são eles mesmos que referenciam o doente para o psiquiatra caso seja necessário.”

A neurologia é outra das especialidades com a qual, na opinião de Elsa Lara, haverá cada vez maior articulação: “Antigamente a especialidade chamava-se neuropsiquiatria. Acho que não estamos longe de voltar a ter essa especialidade, já que tanto a neurologia como a psiquiatria tratam doenças do cérebro, embora com olhares diferentes.” Uma opinião partilhada por Miguel Viana Baptista, neurologista no Hospital CUF Infante Santo: “Entendemos que o que diz respeito à esfera cognitiva é mais do âmbito da neurologia enquanto que o que diz respeito à esfera afetiva é habitual-



PROMOVER A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES

Há cada vez mais jovens universitários a procurarem apoio psicológico, uma necessidade a que a parceria entre a CUF e a Nova SBE procura dar resposta com palestras sobre temas que vão da psicologia à nutrição e apoio médico no terreno.



O número de jovens universitários com sintomas de ansiedade e depressão não para de aumentar. Um estudo realizado em 2012 pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro mostrava que 17% dos universitários tinha “sintomatologia depressiva clinicamente significativa”. E, nos últimos três anos, as universidades de Aveiro e Coimbra registaram um aumento da procura pelos serviços de apoio psicológico.

De facto, a entrada no ensino superior coloca desafios nem sempre fáceis de superar. “É o fim da adolescência, dos tempos do liceu, do grupo de amigos e, por vezes, a primeira saída da casa dos pais”, explica Ana Carina Marques, psicóloga na Clínica CUF Nova SBE. As diferentes formas de avaliação, métodos de estudo e dinâmicas académicas e cognitivas, bem como a gestão entre as expectativas criadas e o que é oferecido pelas universidades, são obstáculos a ultrapassar.

É um universo que pode inclusive ser comparado com o do desporto de alto

rendimento. “Como nos atletas de alta competição, um fator determinante para um bom aluno é a sua capacidade de autossuperação. Cada exame pode ser um jogo e cada ano uma época”, assume a psicóloga, para quem este ambiente não está isento de riscos. “Em determinadas situações estas exigências podem resultar em problemas e dificuldades que contribuem negativamente para o bem-estar do jovem.”

Foi para prevenir o desenvolvimento de stresse, ansiedade, desequilíbrio emocional, falta de confiança, sentimentos de incompetência ou alteração da autoimagem entre os estudantes que surgiu a parceria entre a CUF e a Nova SBE. “O objetivo principal é a promoção da saúde mental, a prevenção, a preparação, o planeamento da ‘pré-época’. Como nas equipas de alto rendimento”, explica Ana Carina Marques. Além da presença diária de uma equipa médica e técnica no campus, a iniciativa compreende tertúlias com um painel de técnicos da CUF – de áreas tão diversas como medicina, nutrição, enfermagem, psiquiatria e psicologia – e disponibilização de informação em diversos suportes (*newsletter* da Nova SBE, redes sociais, ecrãs, panfletos e cartazes). Informação essa que passa por divulgar algumas das condições que ajudam a ultrapassar da melhor maneira esta fase de transição, entre as quais se contam bons hábitos de sono, maturidade psicológica, resiliência, relações afetivas estáveis, a existência de suporte social e familiar e a recusa do consumo de fármacos potenciadores do rendimento. “Igualmente importante é a capacidade de saber quando se precisa de ajuda e conhecer as estruturas de apoio e aconselhamento oferecidas pela própria instituição em tempo útil”, acrescenta Ana Carina Marques.

BURNOUT: O QUE É E COMO PODE SER TRATADO?

O burnout pode ser altamente incapacitante. Para prevenir situações graves, deve manter um estilo de vida saudável e ter atenção aos sinais. Telma Falcão de Almeida, médica psiquiatra no Hospital CUF Porto, revela o que necessita de saber sobre esta condição.

O QUE É?

É um estado de exaustão física e psicológica relacionada com o trabalho. Muitas vezes associado a um período de grande sobrecarga laboral com intervalos muito pequenos (ou insuficientes) para descanso e recuperação.

QUEM É MAIS SUSCETÍVEL?

- ▶ Profissionais dedicados e a trabalhar diariamente sob grande pressão, com trabalhos de grande responsabilidade (ex.: profissionais de saúde, professores, polícias, jornalistas)
- ▶ Indivíduos com mais dificuldade em lidar com uma determinada situação geradora de estresse
- ▶ Pessoas com uma fraca rede social de suporte

POTENCIAIS SINTOMAS

FÍSICOS

- ▶ Alteração do apetite
- ▶ Alterações gastrointestinais
- ▶ Cefaleias
- ▶ Perturbações do sono
- ▶ Fadiga física
- ▶ Dores musculares
- ▶ Hipertensão

COGNITIVOS

- ▶ Baixa autoestima
- ▶ Sentimentos de desesperança
- ▶ Alterações de humor
- ▶ Irritabilidade
- ▶ Dificuldades de concentração

COMPORTAMENTAIS

- ▶ Absentismo laboral
- ▶ Conflituosidade
- ▶ Comportamentos de risco (ex.: condução perigosa ou consumo de substâncias tóxicas)
- ▶ Isolamento social

COMO EVITAR E ULTRAPASSAR

PARA PREVENIR

- ▶ Bons hábitos de sono
- ▶ Exercício físico
- ▶ Alimentação saudável
- ▶ Forte rede social de apoio
- ▶ Objetivos realistas e bem definidos para vida pessoal e profissional

PARA TRATAR

No caso do *burnout*, o tratamento passa sempre pela psicoterapia. Telma Falcão de Almeida destaca a terapia cognitivo-comportamental como a mais indicada, podendo também ser aplicado o Programa de Redução de Stress Baseado no Mindfulness (MBSR), disponibilizado recentemente nos Hospitais CUF. Em casos mais graves ou de coexistência com depressão, pode haver tratamento farmacológico com ansiolíticos ou antidepressivos.

SINAIS DE ALERTA

“Nem sempre é fácil reconhecer os sintomas de *burnout*, até porque esta síndrome tem uma série de estadios”, diz Telma Falcão de Almeida. De acordo com a médica, é caso para alarme quando:

- | | | |
|---|--|---|
| ▶ O trabalho começa a ser colocado à frente de tudo | ▶ Passa a haver menos cuidado com a alimentação | ▶ Surgem conflitos no trabalho |
| ▶ O autocuidado é descurado | ▶ A opinião de terceiros deixa de ser valorizada | ▶ Sentimento de exaustão física e psicológica |

COMO MUDAR PARA MELHOR

Lembre-se que para ultrapassar o *burnout* é essencial alterar rotinas e adquirir hábitos de vida saudáveis:

- ▶ Diversifique os seus interesses e encontre um novo *hobby*, por exemplo
- ▶ Inicie atividades relaxantes como o ioga ou meditação
- ▶ Afaste-se temporariamente do local de trabalho (dependerá de cada caso, mas ajuda a uma recuperação mais célere)
- ▶ Procure reorientar-se profissionalmente, por exemplo com uma mudança temporária de funções





RAQUEL WISE/4SEE

COMO PREVENIR A DEMÊNCIA

**Miguel Viana
Baptista,
neurologista no
Hospital CUF
Infante Santo
acredita que a
melhor forma
de prevenir
a demência
vascular é através
do controlo
de fatores de
risco como a
hipertensão.**

mente mais da psiquiatria, mas não é obrigatório haver essa cisão.” Para este médico existem, ainda assim, áreas específicas para cada especialidade. É o caso da demência, que está sob a alcada da neurologia, embora conte com outras especialidades quando está em causa a prevenção. “A prevenção dos quadros degenerativos faz-se ao longo da vida e não quando eles surgem. E, quando o papel da prevenção é tão importante, penso que não faz sentido separar a neurologia e a psiquiatria”, explica Miguel Viana Baptista.

Por seu turno, Elsa Lara destaca a colaboração entre as duas especialidades ao nível do tratamento: “A chamada estimulação por elétrodos cerebrais profundos já é usada, com resultados excelentes, no tratamento da doença de Parkinson e, num futuro muito próximo, viremos a usar essa mesma técnica para tratar depressões resistentes à terapêutica com psicofármacos.” Esta abordagem também já é usada na doença obsessivo-compulsiva.

Quando a doença mental surge na idade geriátrica

O avançar dos anos traz consigo alguma deterioração física e mental, o que faz com que a depressão se possa manifestar também em idades mais tardias. “Se estamos perante um indivíduo que ao longo da vida não teve episódios depressivos e que aos 70 anos começa a isolar-se, a entrar em depressão e que aos 80 anos comece a perder peso, a perder a capacidade de se alimentar, tem uma perda de peso acentuada, eventualmente poderá estar a ter o primeiro episódio depressivo da sua vida”, explica Elsa Lara, alertando contudo que também se pode estar perante um processo de deterioração cognitiva em fase de instalação.

“Depressão e demência são quadros difíceis de desbravar. A demência demora meses ou anos a instalar-se, enquanto a depressão evolui com maior rapidez, mas sob o ponto de vista sintomático são semelhantes”, afirma

“A prevenção dos quadros degenerativos faz-se ao longo da vida e não quando eles surgem.”

Miguel Viana Baptista, Neurologista no Hospital CUF Infante Santo

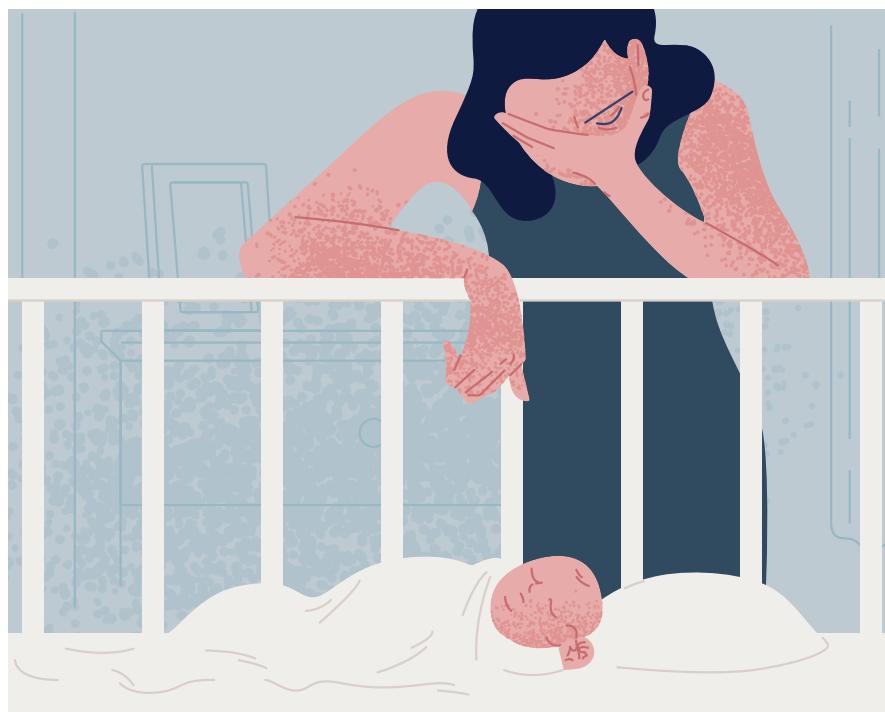
João Gorjão Clara, médico internista e cardiologista, com competência em geriatria, responsável pela Consulta Multidisciplinar de Geriatria no Hospital CUF Descobertas. Acrescenta, a propósito da demência, que se trata de uma doença “muito prevalente” na idade geriátrica e que, após os 60 anos, “duplica a prevalência por cada década”, ao ponto de a prevalência desta doença mental em Portugal rondar os 6%, segundo dados de 2013.

Para Miguel Viana Baptista, este é um quadro que tende a agravar-se: “Com o envelhecimento da população, seguramente as doenças neurológicas vão aumentar. Por outro lado, as doenças ditas degenerativas – Alzheimer e demências em geral, mas também doença de Parkinson e outras – são doenças que surgem tardiamente na vida e, à medida que se vai envelhecendo, vamos também ter seguramente mais doentes com estas patologias.”

Existem diferentes tipos de demência, sendo a doença de Alzheimer a mais frequente. Seguem-se a demência vascular (a mais prevalente em Portugal, de acordo com um estudo do Instituto de Medicina Preventiva da Universidade do Porto apresentado no final do ano passado) e outras doenças degenerativas como a demência frontotemporal ou a demência de Corpos de Lewy, menos frequentes. A demência vascular pode acontecer depois de um ou mais acidentes vasculares cerebrais ou associada à presença de micro-AVC. “Estes vão-se somando, muitas vezes sem tradução evidente, desorganizando e destruindo as capacidades cognitivas”, explica João Gorjão Clara. É um tipo de demência muito associado a um conjunto de doenças evitáveis como a obesidade, o sedentarismo ou a hipertensão arterial. “São fatores que se podem controlar ou prevenir para que a demência vascular não ocorra”, sublinha o médico, para quem esta é uma grande diferença face à doença de Alzheimer. “Por vezes, demência vascular e doença de Alzheimer existem em simultâneo e a destrinça não é fácil. A importância deste facto é que a doença de Alzheimer é difícil de prevenir; a demência vascular é mais fácil.”



O CASO CONCRETO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO



A depressão pós-parto é um quadro clínico grave, com os primeiros sintomas a surgirem duas a quatro semanas após o nascimento da criança. Para Elsa Lara, a gravidade da situação prende-se não só com quadro em si como também com o período em que ocorre.

“Existe uma criança que não vai poder ser cuidada pela mãe no imediato até que se intervenha e haja uma melhoria de um quadro clínico”, lembra a especialista. Este é, aliás, um tipo de depressão em que pode haver sintomas psicóticos.

Embora não seja possível “adivinhar” se uma mulher poderá vir a ter uma depressão pós-parto, o seu aparecimento é muitas vezes um prenúncio de que poderá vir a instalar-se uma depressão recorrente. A depressão pós-parto tem, contudo, a particularidade de ter geralmente uma boa resposta ao tratamento.

Miguel Viana Baptista sublinha, no entanto, que existem estudos que mostram que o tratamento da hipertensão na meia idade previne a ocorrência de demência numa idade mais avançada e que isto é verdade tanto para a demência vascular quanto para a doença de Alzheimer. “É comum encontrarem-se indivíduos com demência que foram hipertensos aos 40, aos 50, aos 60 anos. E é o controlo dos fatores de risco nesta altura da vida que é provavelmente a melhor estratégia em termos de prevenção da demência”, explica este médico.



RAQUEL WISE/4SEE

**PLASTICIDADE
NEURONAL**

**João Gorjão
Clara, médico
especializado
em geriatria no
Hospital CUF
Descobertas,
explica que
a grande
capacidade que
o nosso cérebro
tem para se
adaptar pode
ajudar a camuflar
algumas doenças
mentais.**

Como prevenir as doenças mentais

O processo de envelhecimento normal implica a diminuição de algumas capacidades cognitivas, mas só passa a haver motivo para alarme quando esta diminuição passa a interferir com o dia a dia. “Todos os compromissos cognitivos que interferem com a nossa qualidade de vida, rentabilidade e eficácia devem alertar-nos imediatamente para o facto de podemos estar perante uma demência”, alerta João Gorjão Clara. Os primeiros sinais de demência podem ser as perdas de memória de acontecimentos recentes. Nesta fase, além do acompanhamento médico especializado, é importante “treinar” o cérebro. “O que devemos fazer nessa altura – e ao longo de toda a vida! – é usar a cabeça”, explica o médico. Isto porque “o cérebro, a memória e o raciocínio lógico treinam-se como um músculo”. Acrescenta que, para atrasar o envelhecimento fisiológico, também é importante que “os idosos se deem com

outros idosos ou com pessoas de outros grupos etários, organizem excursões, almoços, jantares em casa uns dos outros, vão em grupo a museus ou ao cinema”. Devemos ter também em conta o papel importante do exercício físico: “Por razões que não são ainda muito claras, quem não faz exercício físico envelhece mais depressa intelectualmente. Não é preciso ir para o ginásio; pode-se andar, subir escadas, fazer jardinagem, natação... Desde que se treine a atividade motora, estamos também a contribuir para treinar a atividade intelectual.” É este “treino” que permite manter a capacidade adaptativa do cérebro.

“É muito frequente vermos uma pessoa que tem um discurso coerente, uma participação ativa na vida familiar e social mas que, por algum motivo, faz uma ressonância magnética e esta surpreende-nos, mostrando extensas zonas brancas onde não existe tecido cerebral. O que levanta a questão: havendo tantas lesões cerebrais, como é que a pessoa não tem, aparentemente, uma tradução desse compromisso? Isso acontece porque o nosso cérebro tem uma grande capa-

“Depressão e demência são quadros difíceis de destrinçar. A demência demora meses ou anos a instalar-se e a depressão evolui com maior rapidez, mas sob o ponto de vista sintomático são semelhantes.”

João Gorjão Clara, médico internista e cardiologista, com competência em geriatria, responsável pela Consulta Multidisciplinar de Geriatria no Hospital CUF Descobertas

cidade de adaptação, replicando células novas que conseguem estabelecer relações entre elas. É a chamada plasticidade neuronal. Nos casos em que existem essas lesões, através da estimulação e do reequilíbrio entre as células a parte do cérebro que está intacta consegue suprir parte dos compromissos que poderiam ter existido e não se manifestam”, explica o médico. A doença de Alzheimer e a demência vascular têm origens e processos evolutivos distintos, com a primeira a apresentar uma componente hereditária: à partida, quem tem um familiar direto com doença de Alzheimer tem maior predisposição genética para desenvolver a doença, embora não seja obrigatório que tal aconteça. Contudo, na fase final as duas doenças são indistinguíveis. “Há uma grande perda de relação com o exterior, a pessoa deixa até de ser capaz de prover as suas necessidades básicas, de se alimentar, vestir ou lavar. Fica sem saber onde está, sem reconhecer os familiares. Todas as demências terminam assim”, assume Gorjão Clara.

Para Miguel Viana Baptista, nesta fase é tão importante o acompanhamento ao doente como a atenção ao cuidador: “As estratégias de apoio ao cuidador são estratégias particularmente rentáveis e que o médico não se pode demitir de abordar. Sobretudo quando sabemos que quanto maior for o compromisso cognitivo, maior é o risco de o cuidador desenvolver quadros de depressão.” Como não existem atualmente tratamentos para curar a demência, é essencial apostar na prevenção. “As estratégias passam pelo controlo dos fatores de risco vasculares, por uma escolaridade mais avançada – que é um fator protetor – e por combater o isolamento social”, afirma o neurologista para quem, mesmo em estados mais avançados, é importante manter o doente inserido na comunidade. +



Marta Gonçalves
Diretora do Centro de Medicina
do Sono no Hospital CUF Porto

1.

Um padrão de sono irregular ou insuficiente pode contribuir para potenciar uma depressão ou ser um alerta de que alguma doença mental se instalou?

As duas coisas são possíveis. Dormir pouco, com má qualidade ou insónias aumenta o risco de ansiedade e depressão. Por outro lado, a insónia é um sintoma muito frequente e por vezes o primeiro sintoma de um estado depressivo. Embora a insónia seja a perturbação de sono mais frequente da depressão, há depressões que cursam com hipersónia – sono a mais –, nomeadamente as depressões atípicas.

2.

Como podemos reconhecer se os problemas de sono estão associados a uma doença mental?

Se, além da insónia, uma pessoa tiver outros sintomas depressivos, mesmo que mascarados, podemos suspeitar que estejam associados a uma depressão. Cabe ao clínico diagnosticar se por trás dessa insónia está uma depressão ou não.

3.

De que forma é que o Centro de Medicina do Sono está preparado para identificar os problemas de sono e ajudar os pacientes?

Todos os médicos do Centro de Medicina do Sono têm

a Competência em Medicina do Sono pela Ordem dos Médicos – ou o Título Europeu em Medicina do Sono – atribuído pela Sociedade Europeia do Sono ou ambas. Duas das técnicas do serviço têm também a certificação pela Sociedade Europeia de Sono. No Centro fazem-se cinco exames por dia: três em regime de ambulatório e dois em regime de internamento, em que o paciente dorme no laboratório, com monitorização contínua dos vários parâmetros fisiológicos, vídeo e vigilância técnica durante toda a noite. Também fazemos outros exames, que se realizam durante o dia: uns como o teste de latências múltiplas de sono e o teste de manutenção de vigília, que permitem avaliar diferentes aspectos da sonolência excessiva; outros como a actigrafia, que permitem avaliar o ritmo sono-vigília e a qualidade de sono durante vários dias. Está a ser programado para breve o doseamento sérico da hipocretina, que pode ser necessário para fazer o diagnóstico de narcolepsia. Fazemos, assim, todos os exames complementares necessários a um diagnóstico criterioso em Medicina do Sono. Em termos de tratamentos, além dos habituais dos centros de medicina de sono temos algo mais específico para alguns tipos de insónias, como a terapia cognitiva comportamental individual ou em grupo e a fototerapia.

**7 DICAS
PARA
DORMIR
MELHOR**



1. Evite bebidas estimulantes como café, refrigerantes com cafeína e chá preto, particularmente à tarde e à noite

2. Não use o computador, tablet ou telemóvel pelo menos duas horas antes de ir dormir

3. Deite-se apenas quando tiver sono. De nada adianta ir para a cama mais cedo se não estiver com sono

4. Se não conseguir adormecer em 30 minutos, não continue na cama a forçar o sono – é preferível levantar-se e ir para a sala ler, ver televisão ou fazer qualquer outra atividade até que sinta sono

5. Evite os relógios (especialmente os luminosos) na mesa de cabeceira, caso contrário poderá sentir mais ansiedade cada vez que olhar para as horas durante a noite

6. Sempre que possível mantenha a hora de despertar, mesmo que a hora de deitar possa variar

7. Mantenha o quarto silencioso, fresco e escuro

“O país tem uma dívida em relação às pessoas com doenças mentais”

Há décadas que Portugal discrimina a saúde mental. O diagnóstico é de Miguel Xavier, Coordenador do Plano Nacional para a Saúde Mental, que fala na necessidade de reforçar os serviços de psiquiatria na infância e na adolescência e de criar programas de saúde mental no trabalho. Também é urgente encontrar quem dê a cara pela doença mental para acabar com o estigma.

Que diagnóstico faz da saúde mental dos portugueses?

Em 2008 houve um estudo – que resultou de um consórcio chefiado pela Universidade de Harvard e pela Organização Mundial da Saúde –, de que Portugal fez parte, que mostrava que temos uma prevalência de doenças muito alta. Usámos metodologias comparadas e Portugal estava em quarto lugar, atrás dos Estados Unidos, Brasil e Irlanda do Norte. Em relação às doenças mentais ditas graves – doenças psicóticas, doença bipolar – a prevalência é parecida com os outros países porque a parte genética também é importante, mas nas doenças ligadas à interação com o ambiente a depressão e ansiedade são as mais importantes. Portugal tem problemas complicados.

Porquê?

É uma pergunta de um milhão de dólares. Acho que tem a ver com os determinantes sociais. Vários dos determinantes sociais que existem para a doença mental estão muito presentes em Portugal.

Por exemplo?

A pobreza e as desigualdades são das questões com mais impacto, principalmente

a desigualdade. Por isso não espanta que seja exatamente nos Estados Unidos, Brasil e nos países da Europa mais desiguais, como Portugal e o Reino Unido, que existem mais problemas. Os grandes números são a depressão e a ansiedade, porque as outras, volto a dizer, são parecidas. Temos mais ou menos a mesma taxa de doença bipolar e a esquizofrenia não andará muito longe.

Que obstáculos enfrenta a saúde mental?

Falta colocar a saúde mental na agenda política e garantir-lhe sustentabilidade temporal. O Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) tem duas vertentes: uma ligada à promoção, prevenção e literacia, e uma outra ligada à reconfiguração dos serviços. O que se passa é que a Direção-Geral de Saúde (DGS), onde o programa está inserido, não tem poder sobre os hospitais. O PNSM só pode ser implementado com uma ligação frutuosa entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças. O problema é que não existe uma relação orgânica entre DGS, administrações regionais de saúde (ARS) e tutela. Eu digo que é preciso haver psiquiatria infantil no Algarve, está lá meio milhão de pessoas, haverá miúdos com problemas graves, mas a DGS não tem capacidade legislativa para resolver o problema.



“Vários dos determinantes sociais que existem para a doença mental estão muito presentes em Portugal.”



“Precisamos de criar um programa que comece a pôr psicólogos nos centros de saúde.”

Miguel Xavier

Subdiretor,
Presidente do Conselho
Científico e Professor
Catedrático de Saúde
Mental na Nova Medical
School | Faculdade de
Ciências Médicas

Assistente Graduado
Sénior de Psiquiatria
no Centro Hospitalar
de Lisboa Ocidental

Coordenador do
Plano Nacional para
a Saúde Mental

Como é que isso se faz?

O meu objetivo é criar um modelo que permita [implementar as medidas] com um número mínimo de decisores com capacidade real de decisão, numa instância que junte o Ministério da Saúde, as duas entidades que têm a saúde mental (PNSM/DGS e Conselho Nacional de Saúde Mental), além dos presidentes e coordenadores regionais de saúde mental das ARS. Este grupo, que tem 12 ou 13 pessoas, pode fazer a diferença. Conseguem monitorizar, em conjunto, porque é que as medidas não são postas no terreno. Pergunta: então não fazem nada? Fazemos. A parte de promoção e prevenção é connosco e está a ser feita.

O país trabalha mais na prevenção do que no tratamento?

Dentro daquilo que são as atribuições da DGS somos totalmente autónomos. Lançámos no ano passado seis concursos: um na saúde mental no trabalho, outro relacionado com estigma e quatro na saúde mental na infância e adolescência, porque está muito carente de investimento.

“A depressão na terceira idade é uma coisa devastadora.”

O que se passa com a saúde mental infantil?

Essa é uma questão difícil e preocupante. Os problemas que existem nos adultos aumentam na saúde mental infantil porque os recursos humanos ainda são mais escassos. Em saúde mental trabalhamos com equipas multidisciplinares e uma equipa de saúde mental infantil tem de ter pedopsiquiatras, pedopsicólogos e enfermeiros, mas também psicomotricista, terapeuta da fala, etc.

Existe algum local em Portugal com uma dessas equipas completas?

Nos centros regionais de Lisboa, Porto e Coimbra. Algumas equipas têm mais gente, mas a maior parte do país não está coberto. Há áreas que estão numa situação muito difícil, como o Algarve e o Alentejo. Tanto quanto sei, o Alentejo tem um pedopsiquiatra e o Algarve dois avençados.

Que tipo de problemas prevalecem na infância e adolescência?

Há problemas de depressão e ansiedade, e problemas que são mais externalizados, ligados ao comportamento, problemas de oposição ou hiperatividade. Depois, ali pelos 13 ou 14 anos, começam os problemas com consumos. E há problemas de neurodesenvolvimento, como toda a patologia do espectro do autismo, que necessita de intervenções complexas. Se pergunta se os serviços têm todos capacidade para dar resposta a situações de autismo ou síndrome de Asperger, entre outras... não têm. Não têm gente treinada nem suficiente para isso. É preciso um investimento suplementar muito grande na psiquiatria infantil.

As necessidades estão definidas?

Já concluímos a rede de referenciação da psiquiatria da infância e da adolescência. Tem tudo o que os serviços têm e o que precisam para as necessidades calculadas.

Esse documento foi entregue à tutela?
Há muito tempo.

Tiveram resposta?

É disso que falava há pouco, de criar uma instância que comece a tomar decisões. O documento está feito e exige intervenções a vários níveis. Não estou a inventar nada, as reformas de saúde mental dos outros países basearam-se numa decisão política. Mas há uma questão que subjaz a todas as outras: a questão financeira. Tem havido uma discriminação da saúde mental, que tem muito menos investimento do que as outras áreas. É como se o país tivesse uma dívida em relação às pessoas que têm doenças mentais.

Até que ponto é que isso está ligado ao estigma?

Tem a ver com o estigma, claro. E é um estigma que também existe ao nível dos profissionais de saúde.

Como?

O estigma que existe nos alunos de Medicina, nos médicos, é enorme. Os alunos, quando aqui chegam, têm um estigma semelhante aos das outras pessoas com a mesma idade. E ao fim de alguns anos vê-se que cresceu. [Há] estudos americanos [que] atribuem isso ao que os alunos ouvem de outros médicos: “Vais para psiquiatria? Isso é tudo malucos, são todos doidos!” Isto tem um impacto brutal na taxa de mortalidade na saúde mental porque há um atraso enorme nos diagnósticos e no acesso aos cuidados. Ter um diagnóstico registado de perturbação mental faz com que frequentemente se desvalorize a queixa somática.

Como se combate o estigma?

Tem de ser um trabalho de longo curso. Começa-se nas escolas, falando aos miúdos da importância do bem-estar psicológico. Os miúdos têm de perceber desde cedo que coisas como o *bullying* são complicadas, que é normal as pessoas às vezes estarem tristes, que isso não é uma vergonha, não têm de se sentir falhados. A segunda questão da literacia tem a ver com o trabalho. Porque se é aí que uma pessoa passa a maior parte do tempo, é aí que vai ter a maior parte dos determinantes que a vão pôr triste. Os empresários portugueses, à semelhança de muitos outros, não percebem o impacto devastador que os problemas

de psiquiatria têm na produtividade e absentismo. Não perceberam que têm de se preocupar com a saúde mental como fazem com a medicina no trabalho.

A medicina no trabalho não deveria olhar para esse problema?

As pessoas não têm formação. Têm de ser programas de saúde mental. Mas há outras coisas que permitem diminuir o estigma: acabar com o modelo tradicional dos hospitais psiquiátricos, passando para um modelo descentralizado na comunidade; ou uma coisa que Portugal não tem, os chamados *champions*, pessoas que deem a cara, como existe à séria no cancro da mama. Pessoas como a Fernanda Serrano ou a Bárbara Guimarães chegaram-se à frente, as pessoas estabeleceram relações empáticas e perceberam que não têm de ter vergonha. Quem é que já fez isso em relação à doença mental? Uma pessoa que mora em Inglaterra, o Presidente do Lloyds, António Horta Osório. Está num país que leva isso muito a sério. A Inglaterra é campeã da saúde mental. Têm 14% do orçamento da saúde só para a saúde mental. Nós temos à volta de 4,5%.

“Tem havido uma discriminação da saúde mental, que tem muito menos investimento do que as outras áreas.”

Voltando ao diagnóstico dos portugueses, Portugal lidera os rankings de consumos de fármacos. Porquê?

Isso é fácil de explicar mas difícil de resolver. Normalmente os fármacos a que se refere são as benzodiazepinas e os antidepressivos, receitados nos cuidados de saúde primários.

Porquê?

São receitados pelos médicos de família, que conhecem os riscos mas não têm outra resposta. Se tivessem podiam encaminhar as situações ligeiras e moderadas para uma abordagem não farmacológica, mas não há. Esse é um dos investimentos que Portugal tem de decidir se faz ou não. Em Inglaterra,

por exemplo, um dos maiores investimentos foi a criação de um serviço chamado IAPT [*Improving Access to Psychological Therapies*], que consiste em equipas de psicólogos que recebem casos ligeiros ou moderados nos cuidados primários. A maior parte das pessoas fica ali e não precisa de medicamentos. Só Londres, que tem uma população de 10 milhões de habitantes, tanto quanto Portugal, tem cinco mil terapeutas.

E Portugal?

Temos psicólogos nos centros de saúde mas são pouquíssimos.

E tendem a estar concentrados nos grandes centros urbanos?

Sim. Precisávamos de ter um investimento muito grande. Precisamos de criar um programa que comece lentamente a pôr psicólogos nos centros de saúde.

O envelhecimento da população vai levar a que os problemas de demência se coloquem de forma mais premente?

Já se estão a colocar. Neste momento existe uma grande preocupação do Ministério da Saúde com isso e estamos na fase de construção e elaboração dos planos regionais de demência. [Já existe] a Estratégia Nacional das Demências e este ano foi pedido às cinco ARS que apresentem os seus planos regionais.

O que se pode fazer no terreno? Voltamos à questão dos recursos?

Não só, porque a demência não é apenas um problema de saúde mental, envolve neurologistas, internistas, médicos de família, etc. Tem de se encontrar uma forma integrada de os cuidados primários, psiquiatria e neurologia trabalharem em conjunto. Depois falta outro pilar – e esse é o grande desafio – da segurança social e residencial: saber onde poderão ficar todas estas pessoas. Cada vez mais pessoas não terão família.

Qual é a prevalência de doenças relacionadas com a demência?

A depressão na terceira idade é uma coisa devastadora. Temos de perceber quem comete suicídio em Portugal. Não são apenas os jovens. São maioritariamente os homens velhos, sós, desempregados ou já reformados. A depressão está quase sempre na base da ideação suicida.+

Reeducação para a redução do consumo de sal



Jorge Polónia

Médico especialista em Medicina Interna e Hipertensão Arterial no Hospital CUF Porto, professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, professor catedrático convidado na Universidade de Aveiro, investigador no CINTESIS e membro da Direção da Sociedade Europeia da Hipertensão

AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

são a principal causa de mortalidade a nível mundial, sendo a hipertensão arterial um reconhecido fator de risco major para o seu desenvolvimento. O consumo excessivo de sal tem sido relacionado com o aumento da pressão arterial, com o risco de acidente vascular cerebral, de insuficiência cardíaca, de cancro de estômago, de osteoporose, de obesidade; por outro lado, a redução do consumo de sal associa-se à melhoria significativa destas condições. Por exemplo, uma das estratégias mais eficientes para a diminuição da hipertensão arterial é a redução do consumo de sal na alimentação, tendo sido consagrada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das medidas prioritárias no combate às doenças crónicas não transmissíveis. A OMS recomenda o consumo máximo diário de cinco gramas de sal para um adulto e de três gramas diárias para as crianças. No entanto, e de acordo com o estudo PHYSA (Polónia *et al.*, 2014), o consumo diário de sal na população portuguesa é de 10,7 gramas, o que corresponde ao dobro do consumo máximo recomendado.

As principais fontes alimentares de sal são a adição de sal na confeção dos alimentos e na mesa, bem como alimentos com alto teor salino, como pão, queijos, produtos de charcutaria, enlatados, molhos, etc. Alguns





“Uma das estratégias mais eficientes para a diminuição da hipertensão arterial é a redução do consumo de sal na alimentação.”

estudos têm mostrado que a substituição do sal adicionado por ervas aromáticas, sem sacrificar o sabor dos alimentos, permite reduzir a pressão arterial em seres humanos. Conscientes de que o excesso do consumo de sal é um gravíssimo problema de saúde pública, conseguiu-se uma sinergia entre a CUF, o Pingo Doce e investigadores, professores universitários, médicos na CUF e especialistas na área que irá permitir a realização de um estudo pioneiro de intervenção populacional. Este visa modificar hábitos alimentares que permitem reduzir o consumo de sal e aumentar o de potássio na população portuguesa, avaliando também a sua eficácia ao nível da pressão arterial e de outros parâmetros clínicos e laboratoriais. Concretamente, pretende-se avaliar a eficácia de um programa dirigido à população portuguesa adulta da Área Metropolitana de Lisboa que pretende implementar hábitos alimentares saudáveis reduzindo o consumo de sal na alimentação e, assim, impactando diretamente a saúde, em particular nos valores da pressão arterial. +



Saiba mais sobre o programa Menos Sal Portugal em www.menosalportugal.pt.



Menos Sal Portugal

A CUF e o Pingo Doce criaram o programa Menos Sal Portugal, que pretende captar a atenção, alertar e consciencializar os portugueses para a gravidade dos problemas de saúde provocados pelo consumo excessivo de sal, unindo esforços para sensibilizar a população a cortar o consumo de sal para metade.

Este trabalho conjunto é uma consolidação prática do conhecimento especializado das duas marcas – a CUF enquanto especialista na prestação de cuidados de saúde e o Pingo Doce no consumo e na alimentação das famílias portuguesas.

O programa tem início com a promoção de um estudo científico inédito em Portugal que visa avaliar o impacto do sal na saúde dos portugueses e demonstrar como pode ser fácil reduzir para metade o consumo do sal sem perder pitada do sabor e do prazer de comer.

EM QUE CONSISTE O MENOS SAL PORTUGAL?



1. Estudo aleatorizado com a duração de 12 semanas, dirigido à população adulta, envolvendo grupos paralelos de intervenção e controlo

2.

Contempla um componente educacional nutricional baseado em...



Sessões presenciais e não presenciais de educação nutricional genérica para uma alimentação saudável, tendo como mote a consciencialização dos riscos da ingestão excessiva de sal aprendendo a ler e interpretar os rótulos dos alimentos e optando por alimentos com menor quantidade de sal (NaCl) ou sódio (Na)



Medição do consumo de sal através do doseamento de sódio em amostras de urina de 24 horas, no início e no final do estudo



Redução e/ou substituição do sal adicionado durante a confeção das refeições, nomeadamente por ervas aromáticas e similares disponibilizadas num pacote alimentar saudável

+saúde

♂ HOMENS

Infeção urinária



As três infecções que levam o homem ao urologista

As infecções nos homens não são muito frequentes mas não devem ser negligenciadas.

Embora as mulheres sejam muito mais propensas a infecções do aparelho genitourinário – é a própria anatomia que o determina –, a verdade é que também os homens as desenvolvem. Devido ao tipo e intensidade de sintomas que apresentam, estas infecções devem ser diagnosticadas e corretamente tratadas o mais cedo possível para evitar a progressão para situações mais complexas e potencialmente perigosas.

Prostatite

A infecção urinária mais comum do homem

Entre as infecções mais comuns tratadas no âmbito da urologia destaca-se a prostatite. “Ainda que os homens também possam ter cistites [infecções urinárias] banais como as mulheres, é muito pouco frequente”, explica Paulo Corceiro, Coordenador de Urologia no Hospital CUF Santarém. “A prostatite acaba por ser considerada a infecção urinária do homem. E também muito mais complicada e tem implicações clínicas mais graves do que na mulher.”

Quem pode ter?

Estima-se que apenas 10% dos homens tenham uma prostatite ao longo da vida, podendo esta surgir no jovem adulto, entre os 20 e os 40 anos ou a partir dos 60 anos. É entre os séniores que surge com mais frequência, sobretudo associada a problemas da próstata já existentes, como a hiperplasia benigna da próstata.

“Quando os indivíduos esvaziam mal a bexiga, por exemplo, as infecções podem ser causadas por esse resíduo que vai ficando”, explica o médico. Além disso, nesta idade é comum os homens apresentarem outros fatores de risco para o desenvolvimento de prostatites, como a diabetes, alterações da imunidade, insuficiência cardíaca, algiação contínua ou realização de intervenções urológicas com endoscopia. Já no grupo etário mais jovem, a prostatite tende a surgir sobretudo (mas não só) por contágio sexual.

Potenciais complicações

Se não for detetada a tempo e tratada de forma adequada, a prostatite pode conduzir a situações graves. Uma delas verifica-se quando há retenção urinária devido à inflamação da próstata e consequente obstrução da uretra. Neste caso a pessoa tem de ser aliviada, “uma situação extrema e potencialmente grave porque a algiação pode disseminar a infecção pelo organismo”. Em casos raros (menos de 5% do total de prostatites) a infecção dá origem a um abcesso



Estima-se que 10% dos homens tenham uma prostatite ao longo da vida. Poderá ser grave se não for detetada a tempo.

prostático, o qual implica intervenção cirúrgica. No limite, caso a infecção evolua sem tratamento ou se o homem tiver outros fatores de risco associados, “as complicações podem ser graves ao ponto de conduzirem a uma septicemia”.

Paulo Corceiro chama a atenção para o facto de “a penetração de antibióticos na próstata ser muito baixa”, o que “implica que os tratamentos antibióticos para as prostatites têm de ser prolongados”. O objetivo é garantir a erradicação da infecção e impedir recorrências. Quando se consegue isolar o agente numa análise de urina faz-se a adaptação do antibiótico. Porém, “isso só se consegue em 15 a 20% dos casos”, refere o urologista, pelo que “a maior parte das pessoas é tratada com antibióticos da classe das fluoroquinolonas, que são fármacos habitualmente guardados para infecções multirresistentes”.

Orquites e epididimite

Menos frequentes e menos graves

Duas outras infecções a que os homens também precisam de estar atentos são as orquites e as epididimites, que afetam respetivamente o testículo e o epidídimo, um pequeno canal unido ao testículo. Pode ainda ser diagnosticada uma orquiepididimite – as duas infecções em simultâneo – “porque o epidídimo e o testículo são estruturas contíguas: quando um infeta, o outro pode infetar também”, esclarece Paulo Corceiro. Nas suas palavras, estas infecções “são menos frequentes e não tão graves como as prostatites”, mas “o tratamento, as características da infecção, os agentes e os fatores de risco são exatamente os mesmos”. +



QUAIS SÃO OS SINTOMAS?

Prostatite

- Febre (39-40º C)
- Calafrios
- Mal-estar geral
- Dores no corpo
- Dor/ardor a urinar
- Sangue na urina (nem sempre)
- Retenção urinária (em situações graves)

Orquite e epididimite

- Dor intensa no testículo afetado
- Aumento do volume testicular
- Pele do escroto vermelha, dura e dorida
- Febre

COMO TRATAR?

Prostatite

- Antibiótico: duas a quatro semanas, podendo ir até às seis semanas em casos graves ou de recorrência
- Anti-inflamatórios não esteroides

Orquite e epididimite

- Antibiótico: uma a duas semanas
- Anti-inflamatórios não esteroides
- Tratamento local com gelo

COMO PREVENIR?

A prevenção de qualquer uma das três infecções que aqui indicamos assenta sobretudo em cuidados de higiene, sexo protegido e muita hidratação. A visita ao urologista pode e deve acontecer na presença dos sintomas descritos ou de fatores de risco conhecidos. “Qualquer pessoa com uma vida dita comum está sempre exposta a bactérias, mas apenas algumas desenvolvem a infecção”, reforça o Coordenador de Urologia no Hospital CUF Santarém.

Existe mesmo uma fase das birras?

As birras das crianças podem acontecer com maior frequência por incentivo (inconsciente) dos pais. Saiba como as evitar.



Todas as crianças são diferentes mas, na opinião de muitos pais, todas têm algo em comum: a fase das birras. A verdade é que esta não é uma verdade universal, desde logo porque há crianças com uma maior propensão para birras do que outras. Não obstante, parece de facto existir um período em que estas mais se fazem sentir. “As birras começam a ser mais frequentes entre os 18 meses e os 2 anos, altura em que as crianças

começam a desenvolver a sua autonomia e a testar os seus limites mas ainda não têm maturidade emocional para lidar com a frustração de não conseguirem completar as tarefas sem ajuda ou não verem os seus desejos satisfeitos no imediato – ou de todo”, explica Patrícia Gonçalves, pediatra no Hospital CUF Cascais e na Clínica CUF São Domingos de Rana. “A birra é, portanto, uma manifestação exagerada, exuberante e desproporcionada da vontade própria da

criança na aprendizagem da socialização e no desenvolvimento da resiliência numa fase da sua vida em que percebe muito mais do que consegue explicar.”

As birras tendem a diminuir gradualmente até desaparecerem (quase) por inteiro por volta dos 4 ou 5 anos, mas enquanto isso não acontece os pais têm um papel importante no incentivo do bom comportamento dos filhos. “Regras simples, limites bem definidos e horários preestabelecidos dão à criança uma



Patrícia Gonçalves

Pediatra no Hospital CUF
Cascais e na Clínica CUF
São Domingos de Rana

As birras tendem a ser mais frequentes entre os 18 meses e os 2 anos, e começam a desaparecer por volta dos 4 ou 5 anos.

sensação de segurança e previsibilidade, o que pode tornar o dia a dia mais simples”, refere a médica, acrescentando que, se as birras devem ter uma consequência, também o comportamento correto da criança deve ser premiado com uma recompensa. Esta não deve ser “financeira, alimentar ou associada a tempo de ecrã”, mas “um beijinho ou um passeio mais prolongado no parque”. O reforço positivo aumenta a probabilidade de repetição do bom comportamento e ajuda a autoestima da criança. +

COMO LIDAR COM UMA BIRRA...



À HORA DA REFEIÇÃO

São frequentes as birras durante as refeições. Patrícia Gonçalves afirma que isto acontece “seja por recusa da criança em experimentar um novo alimento, por ter de comer alimentos que não são tão do seu agrado, por estar cansada e com sono ou porque simplesmente não tem fome”. Mas, nas palavras da pediatra, há alguns comportamentos que os pais podem adotar para as evitar.



Estabeleça uma rotina

“As refeições devem acontecer sempre no mesmo horário, com toda a família sentada à mesa e todos os ecrãs desligados. Desta forma a criança sabe que aquela hora é destinada à refeição, durante a qual aprende por imitação dos outros familiares, sem distrações.”



Seja criativo

“Os pais podem ser criativos com a confeção e apresentação da comida e devem ser persistentes na sua introdução, já que as crianças precisam de experimentar o mesmo alimento pelo menos dez vezes para aprender a gostar do sabor. Dependendo da idade, a criança pode ajudar na preparação do momento da refeição.”



Não faça pressão nem chantagem

“Forçar a ingestão de alimentos pode ser um fator gerador de ansiedade para a refeição atual e para as futuras, pelo que não é uma boa opção. Se a criança pouco ou nada comeu da refeição planeada, também não deve ser dada alternativa nem feita chantagem com alimentos que sejam mais do seu agrado – isto levará à perpetuação do comportamento.”



Evite os snacks entre as refeições principais

“Muitas vezes a criança não come porque já comeu. E há crianças que comem efetivamente pouco.”

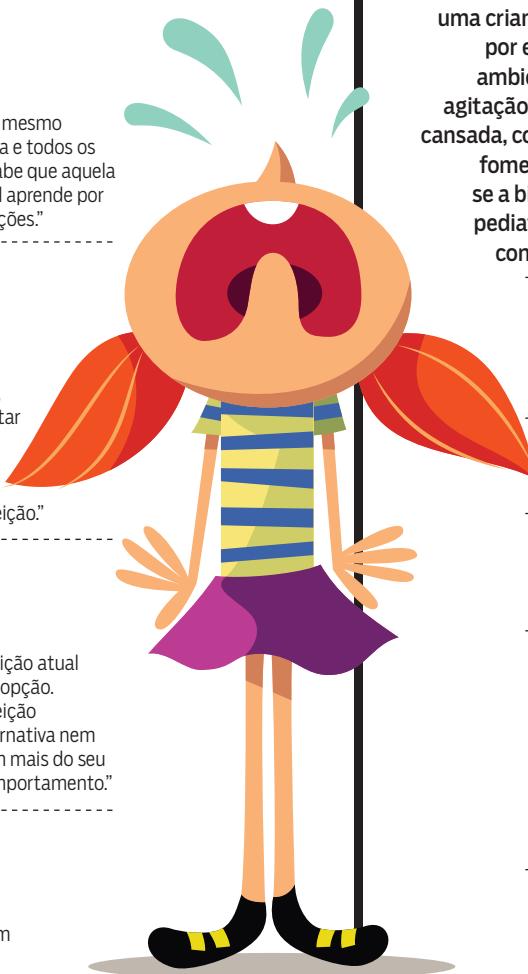
DEPOIS DA BIRRA...

Quando a criança se acalmar, os pais devem retomar a comunicação com ela. Mas, de acordo com Patrícia Gonçalves, há uma forma correta para o fazer: “Devem explicar à criança, com um discurso adequado à sua capacidade de entendimento, com a preocupação de falar à altura da criança, olhando-a nos olhos, com um tom calmo e assertivo, não autoritário, que aquele comportamento não foi adequado e qual era o comportamento esperado, sempre com a preocupação de criticar o comportamento e não a criança, nunca humilhando ou colocando em causa a sua autoimagem.”



NUM LUGAR PÚBLICO

De acordo com Patrícia Gonçalves, os pais devem fazer os possíveis para assumir uma atitude preventiva para com eventuais birras de uma criança, o que passa por evitar expô-la “a ambientes de grande agitação se se encontrar cansada, com sono ou com fome”. Não obstante, se a birra acontecer, a pediatra deixa alguns conselhos aos pais.



Retire-se com a criança para um local menos exposto

Evite o contacto ocular

Evite falar ou negociar com a criança

Dê tempo para que a criança se acalme. Se necessário, contenha-a fisicamente (mas sem agressividade)

Não ceda às exigências da criança

O seu filho precisa de terapia da fala?

O acompanhamento precoce de uma criança na terapia da fala pode ser decisivo para garantir que cresce a comunicar sem problemas.

Temos assistido, nos últimos anos, a um aumento no número de crianças acompanhadas em terapia da fala. Este facto, por si só, não constitui necessariamente uma má notícia: não se depreende daqui que existam hoje mais crianças com perturbações da fala do que no passado, mas que porventura as famílias e as escolas estão cada vez mais atentas a este problema. E é precisamente isto que se recomenda. A preocupação é justificada especialmente se considerarmos que as dificuldades na linguagem e na produção de sons podem ter um grande impacto no desenvolvimento de qualquer criança, refletindo-se na

sua aprendizagem escolar mas também nos relacionamentos que mantém com terceiros. O terapeuta da fala assume, por isso, uma importância acrescida na identificação de potenciais perturbações de comunicação – que nem tem de ser apenas verbal.

“Quando falamos em ‘fala’ estamos a referir unicamente uma das áreas de intervenção do terapeuta”, explica Maria Jaqueta, terapeuta da fala no Hospital CUF Coimbra, dando o exemplo do trabalho regular que é desenvolvido em proximidade com o serviço de Otorrinolaringologia. Salienta igualmente que a terapia da fala não se destina apenas aos mais novos:

“O terapeuta da fala intervém em todas as idades, desde os recém-nascidos aos idosos, dependendo dos sinais de alerta da faixa etária em questão.”

Os sinais de alerta

Quando nos referimos aos mais novos – e desengane-se quem pensa que este tipo de terapia só deve ser iniciado com crianças que já falam – o primeiro passo para qualquer pai é estar atento à incorreta produção (ou omissão) de sons por parte da criança. Mas não basta. “É importante referir que o acompanhamento nesta valência pode surgir por outros fatores que não estejam diretamente relacionados com





3 P E R G U N T A S A ...



Maria Jaqueta

*Terapeuta da fala no
Hospital CUF Coimbra*

2.

Existe uma idade preferível para se fazer terapia da fala?

Não existe uma idade específica para a intervenção em terapia da fala. Dependendo do motivo, o acompanhamento nesta valência poderá acontecer em qualquer idade. No entanto, independentemente da situação, é esperável que quanto mais cedo se iniciar a intervenção melhores sejam os resultados obtidos.

1.

Quais são as potenciais causas de problemas de fala nas crianças?

As alterações de fala nas crianças podem ter por base alterações nos órgãos fonoarticulatórios envolvidos na articulação dos sons – por exemplo, língua, lábios... –, a discriminação de sons ou a imaturidade da criança no que respeita à variabilidade de sons no seu discurso.

3.

Em que consiste o serviço de terapia da fala na CUF?

O serviço de terapia da fala tem a responsabilidade de fazer a avaliação e intervenção das perturbações da comunicação, englobando as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, bem como de outras formas de comunicação não verbal. Atualmente o trabalho está a ser desenvolvido de forma mais próxima com o serviço de Otorrinolaringologia, tanto no encaminhamento como na divulgação dos serviços junto da comunidade, através da realização de rastreios.

Não existe uma idade mínima para a intervenção em terapia da fala.

a articulação, nomeadamente atrasos de linguagem – a criança começa a falar mais tarde do que o esperado ou fá-lo de forma muito imatura para a idade –, dificuldades na aprendizagem da leitura e escrita, alterações na motricidade orofacial, na voz, na deglutição e/ou na comunicação”, esclarece Maria Jaqueta.

O acompanhamento pelo terapeuta da fala servirá posteriormente para orientar a criança e a própria família no processo de reabilitação, através da partilha de “estratégias e exercícios adequados à patologia que, se os pais praticarem em casa, complementarmente ao trabalho realizado em consulta com o terapeuta, potenciarão o sucesso da terapia”. +



A IMPORTÂNCIA DA DETEÇÃO PRECOCE

O Hospital CUF Coimbra organizou, em 2018, avaliações de caráter gratuito e sem a necessidade de marcação prévia que contaram com a participação de um profissional da terapia da fala e de um profissional especializado para avaliar a audição. Estas avaliações permitem identificar atempadamente eventuais problemas de modo a evitar que estes evoluam para estados mais graves e potencialmente irreversíveis.

Mantenha-se atento a...

- ▶ Alterações na fala
- ▶ Alterações na linguagem (oral e/ou escrita)
- ▶ Perdas auditivas
- ▶ Problemas associados a respiração, sucção, mastigação e deglutição

Operar ou não: eis a questão

Devem ou não as crianças ser operadas quando sofrem uma fratura?

Os médicos adaptam os tratamentos consoante a idade, localização e gravidade de cada caso, mas os pais têm sempre dúvidas e receios que convém desmitificar.



Descubra mais
sobre as fraturas
em crianças
e adolescentes.



Quem nunca apanhou um susto com a queda de uma criança? A inevitável energia dos mais novos leva a frequentes quedas de alto impacto. Por outro lado, as brincadeiras infantis são hoje mais agressivas devido à tendência das crianças praticarem desportos mais radicais e terem acesso a atrativos como trampolins ou os famosos *overboards*, só para dar alguns exemplos. E se antes, de um ponto de vista estatístico, as raparigas pareciam ser menos ativas do que os rapazes, em termos de fraturas os dois géneros estão cada vez mais equiparados.

Depois do susto, há que tratar convenientemente. Surgem então os maiores receios dos pais: operar ou não? Manuel Cassiano Neves, médico ortopedista na

CUF Infante Santo e responsável da Unidade de Ortopedia da Criança e do Adolescente no Hospital CUF Descobertas, afirma que “as crianças não são adultos em ponto pequeno”. E acrescenta:

“Como estão em crescimento, o objetivo passa por tratá-las da forma menos agressiva, sempre que possível, aproveitando o potencial de remodelação que as crianças têm.” A Unidade de Ortopedia da Criança e do Adolescente integra médicos exclusivamente dedicados à ortopedia pediátrica, acabando por ser procurada como uma referência ao nível privado.

Uma vez que as crianças usam frequentemente os membros superiores como uma espécie de “para-choques”, 45% das patologias que surgem no Hospital CUF Descobertas localizam-se entre o cotovelo e os dedos. “As fraturas ao nível do antebraço, da mão e dos dedos são as mais frequentes”, explica o médico ortopedista.

Como tratar?

O tratamento de fraturas infantis depende essencialmente da idade da criança e da localização afetada.

Os médicos ortopedistas têm de jogar com as várias possibilidades de crescimento para saber como atuar. “A natureza tem alguma capacidade para remodelar algumas deformidades [como no caso das fraturas do punho, do ombro e à volta do joelho], o que acaba por deixar os pais confusos e ansiosos. No entanto, isto não se aplica a todas as fraturas, a todos os grupos etários ou a todas as localizações”, explica o médico. “Nas zonas de maior crescimento, o movimento e a contração muscular vão guiar a forma como o osso cresce. Se o miúdo tiver uma idade relativamente jovem, ao longo do tempo tem uma capacidade de remodelação grande e, ao fim de um a dois anos, um osso que estava torto passa a estar direito sem quaisquer

transtornos e permitindo ter uma vida completamente normal”, acrescenta.

Habitualmente, as fraturas mais simples necessitam de imobilizações externas, que podem ser talas universais que se adaptam a cada doente, talas de gesso ou pequenas suspensões. Se as crianças se adaptam relativamente bem à sugestão de

tratamento, com os pais os desafios são outros. “Acabam por ser mais limitativos e ter mais receios”, refere Manuel Cassiano Neves, que defende a adequada educação dos pais para evitar a proteção excessiva. “Os médicos devem discutir as melhores opções com os pais, ajudando a desmistificar mitos e evitando que o pânico destes influencie negativamente os filhos.”

Quando operar?

Apesar de os traumas ao nível dos braços não surgirem com tanta frequência quanto se possa pensar, a fratura supercondiliana do úmero é típica e atinge a parte distal do braço, uma zona anatómica específica, trazendo mais exigências aos médicos. “É daquelas que deve ser tratada como se estivéssemos a tratar um adulto e,

muitas vezes, precisa de uma cirurgia. Neste caso não temos outra alternativa a não ser avançar para a cirurgia, porque pode trazer sequelas sob o ponto de vista de deformidade”, explica Manuel Cassiano Neves. O médico clarifica, contudo, que “a cirurgia nas fraturas das crianças acontece em situações mais raras, de exceção, e em fraturas muito particulares”.

Quando a cartilagem de crescimento é afetada, a opção cirúrgica é tida em consideração para evitar distúrbios futuros, como a alteração do crescimento. “Nestes casos, a lesão estabelece-se no momento em que se dá o acidente e há uma maior dificuldade em reverter esse processo. Essas fraturas tornam-se um desafio porque vamos ter de seguir a criança desde o momento em que se estabelece uma cicatriz até ao final do crescimento para a ajudar a crescer da forma mais saudável possível”, explica o médico, descansando os pais com o facto de serem situações que acabam por evoluir bem. +



Nestas imagens é possível observar uma fratura do úmero totalmente desalinizada, tratada apenas com “braço ao peito”, que nove meses depois apresenta uma remodelação praticamente completa devido ao crescimento – algo somente possível numa criança.



BRINCAR FAZ PARTE DO TRATAMENTO



Manuel Cassiano Neves salienta a importância de adequar as brincadeiras diárias das crianças ao tratamento das fraturas – uma espécie de fisioterapia que é do agrado dos mais novos. “Isto não significa que não existam situações em que seja necessário o apoio de fisioterapia profissional, mas há brincadeiras que ajudam a resolver o problema como, por exemplo, os jogos da Wii. Os comandos da Wii são uma excelente forma de terapia ocupacional.”

Uma vez que as crianças têm algum receio de se movimentarem por sentirem dor e os próprios pais têm tendência a limitar algumas das suas brincadeiras, a sugestão do ortopedista acaba por ser entusiasmante. “A criança muda, distrai-se do problema e as suas brincadeiras acabam por ser essenciais na sua recuperação.”

Três momentos-chave na psico-oncologia

Os benefícios da psico-oncologia na gestão da doença oncológica estão comprovados em vários estudos científicos. Quanto mais cedo for feita esta intervenção, melhor gerida será a experiência do doente com cancro.

Na notícia do diagnóstico

De acordo com Isabel Nabais, especialista em psicologia clínica no Hospital CUF Infante Santo, o diagnóstico de cancro “é uma notícia perturbadora e desestruturante, sendo percebido pelas pessoas como algo catastrófico na sua vida, pois existe todo um simbolismo negativo associado à doença”. Neste contexto, “o papel inicial do psicólogo é avaliar a reação emocional e o impacto que a doença tem na vida da pessoa”. Esta abordagem, acrescenta, “deve ser o mais precoce possível”.

O conhecimento do diagnóstico traduz-se num choque emocional e numa perturbação psicológica intensa. “É normal as pessoas sentirem-se perdidas. Os sentimentos de ameaça, vulnerabilidade, desorganização, perda de controlo, imprevisibilidade e dificuldade de tomar decisões que a maioria das pessoas sente requerem um suporte emocional imediato, que auxilie na escolha de estratégias adequadas”, explica.



Isabel Nabais, psicóloga no Hospital CUF Infante Santo, explica que, embora a experiência do cancro possa desencadear sofrimento emocional, também tem o potencial para levar a uma transformação positiva.

Idealmente deve existir um seguimento psicológico que “acompanhe a pessoa desde a fase de pré-diagnóstico até à deteção da doença, de modo a tornar a reação ao diagnóstico menos dramática e perturbadora, fornecendo suporte, segurança e contenção do *distress emocional*”.

Atualmente, a medicina e a investigação consideram os cuidados psico-oncológicos “imprescindíveis como parte integrante do tratamento”. E está demonstrado que têm um profundo impacto na melhoria da qualidade de vida das pessoas, na sobrevida e no estigma associado à própria doença.

O grande desafio da intervenção terapêutica é a gestão do ajustamento emocional às múltiplas etapas da doença oncológica. “Somos um todo e, se o estado emocional estiver fragilizado, entra-se em défice em tudo.” O apoio psicosocial tem mostrado múltiplos benefícios ao nível da qualidade de vida e do bem-estar, mas também na adesão ao tratamento, no curso da doença e na própria sobrevivência das pessoas com cancro.

Se o cancro regressar

“Quando a pessoa está a reorganizar a sua vida e o cancro regressa (recidiva), a sensação de desânimo pode ser dominante ao perceber que, afinal, os tratamentos não acabaram e vai voltar a passar por todo o processo a eles associado”, explica Isabel Nabais. “Guardamos sobretudo as partes más que vivemos e é com isso que nos confrontamos nos momentos de repetição.” Embora as respostas à recorrência da doença variem de pessoa para pessoa, há geralmente um sentimento de perda de controlo sobre si próprio, de nova insegurança perante a ameaça, de descrença no sucesso do tratamento. É comum que a pessoa se sinta “desmoralizada, derrotada, apática, ou mesmo com um sentimento de desespero existencial”. A psico-oncologia é, por isso, “muito relevante também nesta etapa, ao ajudar o doente a lidar e a desconstruir estes sentimentos”.

Embora, ao longo do tempo, a sintomatologia ansiosa e depressiva tenda a diminuir, existem pessoas que no decurso dos tratamentos – e mesmo na fase de recuperação – experienciam uma maior dificuldade de ajustamento e até mesmo stress pós-traumático. Podem sentir dificuldades de readaptação à rotina



deixada anteriormente, como a gestão do quotidiano, o regresso à atividade profissional, o funcionamento interpessoal ou até dificuldades relacionadas com a gestão da sua imagem corporal, por exemplo nos casos de reconstrução mamária. “A intervenção psicoterapêutica com enfoque na reorganização das estratégias psicoemocionais é crucial em todos estes aspectos”, reitera a psicóloga.

Ao retomar a vida

Na intervenção psicológica procura-se reformular crenças e pensamentos desajustados das pessoas, sobretudo os de “catástrofe”. Procuram-se novos equilíbrios, reformula-se o foco de investimento emocional, trabalha-se o controlo da dor, ensinam-se técnicas de treino de relaxamento e dessensibilização progressiva e envolve-se o doente no processo de tratamento, promovendo a confiança na sua capacidade de lidar com a situação e de se reorganizar apesar da adversidade.

Depois de terminados os tratamentos as pessoas entram no período de acompanhamento, com realização frequente de exames de imagem e de patologia para controlo da doença. As idas ao hospital podem traduzir-se numa grande ansiedade. Nesta fase a ênfase é colocada nos recursos e potencialidades individuais e na perseverança para retomar a vida ativa e lidar com “uma nova vivência” numa sociedade que valoriza muito a imagem e impõe pressão para um bom desempenho laboral.

“O papel inicial do psicólogo é avaliar a reação emocional e o impacto que a doença oncológica tem na vida da pessoa.”

Isabel Nabais,

Psicóloga no Hospital CUF Infante Santo

“É importante que as pessoas invistam na restauração da imagem que têm de si, no seu corpo, sexualidade e relacionamento interpessoal, projetando o futuro. E, acima de tudo, é importante que retomen a vida quotidiana com qualidade e dignidade.”

Ultrapassada a situação de doença, muitas pessoas conseguem uma normalização das suas vidas. “São mesmo notórios casos de transformações positivas de vida. Por exemplo, existem pessoas que, depois de passarem por esta adversidade, mudam o estilo e circunstâncias de vida, priorizam aspetos adiados, passam a valorizar por menores realmente determinantes tantas vezes deixados ao acaso no turbilhão do dia a dia... Ou seja, embora a experiência do cancro condione sofrimento emocional, também pode trazer capacidades de adaptação e resistência”, frisa a especialista. “A pessoa pode ficar presa à situação traumática ou, pelo contrário, transformá-la num percurso de crescimento pessoal, integrando essa vivência como uma aprendizagem de vida.” +

A inteligência artificial a revolucionar a medicina

Está disponível na CUF um método de quantificação de imagem através de inteligência artificial que permite antecipar a necessidade de ajustar a terapêutica da esclerose múltipla e apoiar o diagnóstico de pessoas com demência.

Sempre em busca de soluções que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e para a evolução da medicina em Portugal, a CUF tem investido numa das tendências do futuro: a inteligência artificial. Muito recentemente, a CUF passou a disponibilizar um método absolutamente inovador que não só vem revolucionar a radiologia como é um exemplo claro do que a inteligência artificial pode fazer pela medicina.

De acordo com Tiago Baptista, neuroradiologista e responsável pela implementação do método de quantificação de imagem através de inteligência artificial no Hospital CUF Infante Santo, “esta é



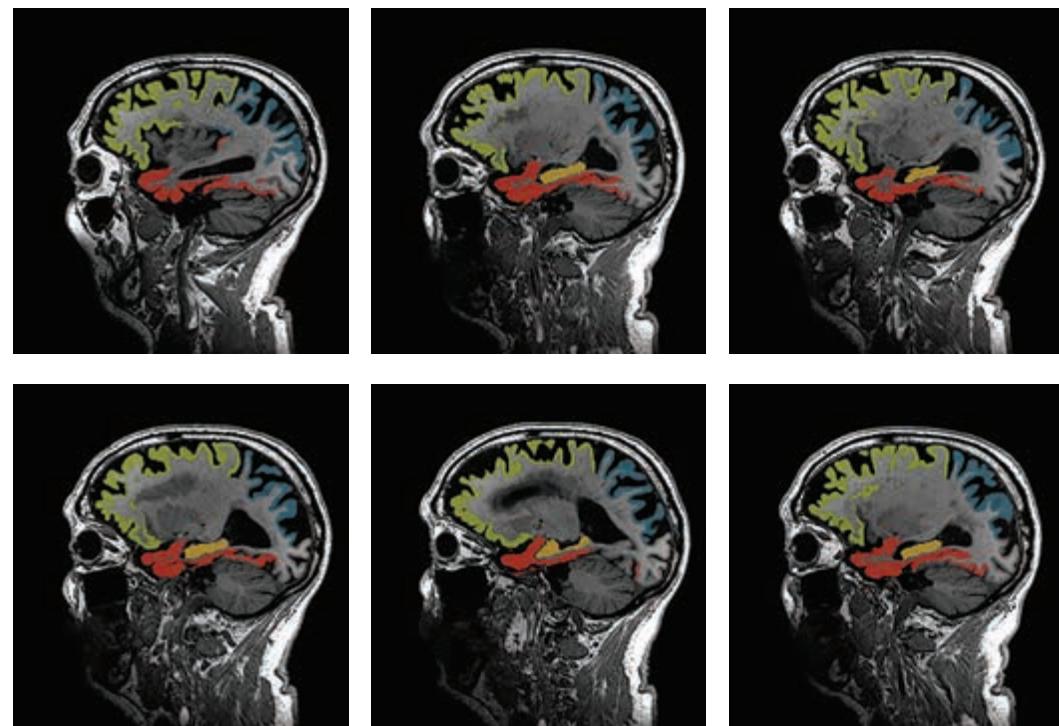
uma técnica extremamente recente que acaba de chegar a Portugal pela mão da CUF. Enche-nos de orgulho sermos os primeiros e – até ao momento – único grupo hospitalar português a disponibilizar o método”. E acrescenta: “Há muito que a CUF apostava nas novas tecnologias e, agora, na inteligência artificial em concreto, especialmente na área da radiologia, sempre com o objetivo de garantir as opções mais eficazes na prevenção, controlo e tratamento de doenças.”

Um passo gigante contra a esclerose múltipla

A esclerose múltipla é uma doença degenerativa que afeta o cérebro

e a medula, levando a que se percam de forma progressiva as capacidades e a autonomia. É uma patologia que costuma ter início entre os 20 e os 40 anos, afeta principalmente as mulheres caucasianas e a sua progressão pode ser mais ou menos rápida, não havendo uma forma de o predizer. O método de quantificação de imagem através de inteligência artificial que a CUF disponibiliza é essencial para fazer a análise das lesões desta doença, perceber a sua evolução e definir ou redefinir o tratamento de cada paciente.

Quem o diz é o especialista em neuroradiologia do Hospital CUF Infante Santo: “O método de quantificação da imagem ajudou-nos a dar um passo gigante. Antes



“Há muito que a CUF aposta nas novas tecnologias, sempre com o objetivo de garantir as opções mais eficazes na prevenção, controlo e tratamento de doenças.”

Tiago Baptista *Neurorradiologista no Hospital CUF Infante Santo*

observávamos as alterações a olho, contávamos as lesões e tentávamos perceber se tinham aumentado em número e volume. Essa observação podia ser insuficiente, uma vez que a nossa capacidade de avaliação de uma variação discreta de volume é limitada. Agora, graças a este *software* aplicado à ressonância magnética cerebral, conseguimos avaliar com maior precisão as variações e identificar se houve progressão ou não da esclerose múltipla. Obtemos um valor numérico do volume de cérebro afetado e, se tivermos exames anteriores, permite-nos ver não só o volume atual mas também a variação face ao volume prévio.” E continua: “Trata-se de um algoritmo que faz uma avaliação muitíssimo precisa da

evolução da doença, monitoriza-a de forma mais próxima e isso possibilita, acima de tudo, antecipar a alteração das terapêuticas quando a doença não reage à medicação. Isto é algo que, sem este mecanismo, só teríamos capacidade de perceber mais tarde, deixando que a patologia progredisse sem controlo e levando ao agravamento do estado de saúde do paciente. Com o método de quantificação da imagem, isso faz parte do passado.”

Importantes vantagens no diagnóstico da demência

Ao contrário do que acontece com a esclerose múltipla, o inovador programa de inteligência artificial da CUF pode revelar-se muito útil na altura de fazer o diagnóstico da demência. Apesar de estar muito limitada em termos de terapia medicamentosa, esta doença, especialmente comum entre os doentes

idosos, pode ser diagnosticada com o apoio do método de quantificação da imagem.

Tiago Baptista explica como funciona: “Quando há suspeita de demência ou sinais precoces de alterações da memória, podemos recorrer à quantificação cerebral. Com este *software* conseguimos fazer uma quantificação do volume cerebral global, ou segmentado, ou seja, de cada lobo cerebral. Estando comprovada a relação entre a demência e a atrofia do cérebro, o neurologista tem uma alternativa para estabelecer o diagnóstico de demência face ao já antigo *mini-mental state exam score*. Até este momento, a avaliação que fazíamos do volume cerebral era apenas semiquantitativa, comparando imagens de doentes com outras previamente classificadas. Este algoritmo facilita muito a avaliação dos volumes cerebrais, e dá uma resposta mais detalhada ao médico neurologista.” +



Saiba mais
sobre a esclerose múltipla e conheça os tratamentos disponíveis.



A CUIDAR DE SI no conforto da sua casa

Conheça as vantagens e histórias de sucesso dos Cuidados Domiciliários CUF. Um projeto ambicioso, em desenvolvimento no Porto e em Lisboa, e em claro crescimento.



Estamos em setembro de 2018. Uma senhora dirige-se ao Hospital CUF Infante Santo à procura de ajuda. O marido, uma pessoa completamente autónoma e com atividade profissional, sofreu recentemente um enfarte e entrou num quadro clínico neurológico complicado. Está internado há bastante tempo mas continua debilitado. A mulher decide, por isso, recorrer aos Cuidados Domiciliários CUF. E, para alívio do casal, a reabilitação passa a ser feita em casa.

“Fizemos um trabalho fantástico em termos de enfermagem de reabilitação e em janeiro o senhor já era autónomo, falava, saía à rua e tinha um discurso orientado”, recorda agora Glória Ribeiro, diretora técnica do projeto em Lisboa.

Em que consiste, então, este projeto? “É um serviço de prestação de cuidados de saúde no domicílio com um foco especialmente clínico, ou seja, com apoio de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e terapeutas da fala, entre outros”, esclarece a responsável. “Na verdade, este serviço já existe na CUF há dez anos, mas há cerca de dois passou a estar sediado nos hospitais CUF Infante Santo

As Unidades CUF estão na vanguarda dos cuidados ao domicílio, focando-se na componente clínica, na articulação com o médico assistente e proporcionando cuidados personalizados através de uma equipa multidisciplinar.



O SERVIÇO CUIDADOS DOMICILIÁRIOS CUF PASSO A PASSO

1

Sinalização de pacientes com necessidade de cuidados

Na maior parte dos casos, acontece através médicos ou enfermeiros das unidades CUF. Outros pacientes, não acompanhados pela CUF, entram em contacto direto com a direção do projeto.

2

Conversa com a família

Sobretudo em casos de pessoas idosas. A família, em consonância com o médico assistente, oferece informações relevantes sobre o paciente. O objetivo é que esteja presente em todos os momentos do processo.

3

Proposta de orçamento

As direções técnicas, em Lisboa e no Porto, dos Cuidados Domiciliários CUF levam em consideração todo o suporte clínico e material necessários.

4

Visita ao domicílio

Depois de ser aprovado o orçamento, a CUF visita a casa do paciente para perceber as condições e o que será necessário ajustar.

5

Elaboração do plano de cuidados

É estruturada uma equipa que pode incluir médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas da fala,

terapeutas ocupacionais e auxiliares de ação médica. São reunidos apoios técnicos como camas articuladas e cadeiras de rodas, entre outros. São também definidos os dias/horas dedicados ao paciente, que podem variar entre uma ou 24 horas ao longo dos sete dias da semana.

6

Acompanhamento

Um enfermeiro de referência assegura a passagem de informação entre a equipa CUF e a família/paciente, sendo responsável por ajustar o plano de cuidados ao longo do tempo. O objetivo é ajustar o plano de cuidados e as horas de apoio em função da condição do doente.

QUAIS SÃO AS VANTAGENS?

PARA O CLIENTE...

Acessibilidade às unidades CUF e continuidade do tratamento

Apoio clínico num ambiente familiar

Redução de deslocações desnecessárias

Os profissionais que prestam cuidados domiciliários são os mesmos que estão nas unidades hospitalares CUF

PARA A FAMÍLIA...

Segurança, conforto e apoio para familiares com necessidades específicas

Envolvimento no processo de definição do plano e na evolução dos familiares

Gestão do plano e recursos são responsabilidades da CUF



Os Cuidados Domiciliários CUF funcionam 24 horas por dia, 365 dias por ano, e abrangem os mais variados graus de complexidade.

Cuidados Domiciliários CUF em números

Números referentes aos Cuidados Domiciliários CUF em Lisboa e no Porto

160 profissionais de saúde envolvidos

112 pacientes acompanhados atualmente

80% dos clientes vêm das unidades CUF

4 a 6 meses tempo médio de acompanhamento de cada cliente
Espera-se que 2019 seja também um ano de expansão geográfica. “Atualmente asseguramos resposta nas zonas da Grande Lisboa (incluindo Sintra e Cascais) e do Grande Porto mas a intenção é a de irmos crescendo para outras áreas, como Viseu ou Coimbra, onde atualmente já existe uma oferta de unidades de saúde CUF.”



Glória Ribeiro

Diretora técnica dos Cuidados Domiciliários CUF em Lisboa

1.

Como avalia o crescimento deste projeto?

Os cuidados domiciliários existiam já há vários anos nas nossas residências, mas em fevereiro de 2018 deu-se a implementação de um conjunto de medidas no sentido de reestruturar e ir de encontro aos cuidados de que os nossos clientes precisam. O que mais nota que tem crescido é a complexidade dos nossos doentes e a nossa capacidade de dar resposta a essa complexidade. Além disso, há uma maior ligação com as unidades, tanto a norte como a sul, e com os médicos assistentes.

2.

Além do desenvolvimento dos cuidados paliativos, como já referiu, que reforços serão feitos nos Cuidados Domiciliários CUF num futuro próximo?

Os cuidados paliativos em si são um tema grande, por isso vão implicar muito do ponto de vista de organização. Mas a outra área que também gostaríamos de trabalhar é a da hospitalização domiciliária, ou seja, pessoas que necessitam de mais dois ou três dias de internamento. Havendo condições para isso, queremos que esses dias sejam feitos em casa, com a pessoa no conforto do seu lar.

3.

Que feedback têm recebido dos pacientes e familiares?

Tem sido muito bom e partilhamos sempre isso com a equipa para perceberem que este esforço, esta dedicação, esta permanência, esta acessibilidade, estão a ser reconhecidas. Os familiares ligam-nos e enviam e-mails ou mensagens. Temos recebido imensos elogios e agradecimentos que nos fazem pensar que estamos a fazer um ótimo trabalho, que estamos no bom caminho.



Contactos

Lisboa

domicilioscuf.lisboa@jmellosaude.pt
213 934 110

Porto

domicilioscuf.porto@jmellosaude.pt
220 039 222



Conheça aqui

alguns dos pacotes disponibilizados pelos Cuidados Domiciliários CUF.



No conforto da sua casa

Pode contar com a CUF para obter apoio e acompanhamento clínico em sua casa. Os serviços prestados cobrem vários tipos de necessidades.



Saiba mais em:
Lisboa

213 934 110

Porto
 220 039 222

+ conhecimento

COMO EVITAR ENJOAR NOS TRANSPORTES

Viajar de automóvel,
autocarro, barco,
comboio ou avião
deixa-o enjoado?
Saiba o que fazer.



Tem tendência para enjoar quando se desloca de transportes? Costuma sentir náuseas e vómitos, ou talvez suores frios, tonturas, dores de cabeça ou salivação excessiva quando viaja de automóvel, autocarro, barco, comboio ou avião? Saiba que esta é a forma que o seu cérebro arranjou para lhe comunicar a dificuldade que tem ao processar as informações contraditórias que lhe estão a passar. É que, por um lado, os seus olhos mostram-lhe que está parado; no entanto, o seu ouvido interno comunica-lhe que o corpo se está a movimentar. Não se sabe ao certo porque é que algumas pessoas têm uma maior tendência para enjoar quando viajam do que outras. Sabe-se, no entanto, que esta é uma condição que tende a afetar mais mulheres (em especial durante a menstruação, gravidez ou terapia hormonal), crianças e pessoas mais suscetíveis a sofrer enxaquecas.

A boa notícia é que não terá de viajar para sempre com este desconforto: existem algumas estratégias relativamente simples que pode aplicar para deixar de enjoar nos transportes.

6 DICAS PARA PREVENIR OS ENJOOS

1 CUIDADO COM A ALIMENTAÇÃO

Troque as bebidas alcoólicas e o café por água antes de iniciar a viagem. Evite igualmente as refeições pesadas e, se necessário, coma um snack mais leve (por exemplo, bolachas de água e sal).

2 EVITE MOVIMENTOS BRUSCOS

Recoste-se no seu lugar, feche os olhos e mantenha a cabeça imóvel e encostada ao apoio da cadeira.

3 DESCUBRA O LUGAR CERTO

Alguns lugares são mais propícios do que outros para evitar enjoar nos transportes. Sempre que for possível, procure os lugares menos "arriscados".

Automóvel: À frente

Autocarro, comboio ou barco:
Na direção do movimento

Avião: Junto à asa

4 ABRA A JANELA

Nem sempre é possível, é certo, mas respirar ar fresco ajuda a evitar as náuseas.

5 ENCONTRE UMA DISTRAÇÃO

Procure não pensar em demasia no eventual enjoo. Entretenha-se antes a ouvir música, a conversar ou simplesmente a olhar pela janela para um ponto distante.

6 CONSIDERE TOMAR UM MEDICAMENTO

Alguns anti-histamínicos (como a ciclizina ou o dimenidrinato), bem como a escopolamina, podem ser bastante eficazes na prevenção dos enjoos em movimento. Contudo, tenha em conta que podem provocar sonolência e boca seca, entre outros potenciais efeitos secundários, e que não devem ser tomados por crianças, grávidas ou outros grupos de risco. Informe-se com o seu médico para confirmar se estes medicamentos são indicados para si.



Descubra aqui dez conselhos essenciais se viajar enquanto estiver grávida.



Este tema foi preparado
com **Marta Barros**
Anestesiologista na
Clínica CUF Almada

*A entrada na sala de operações pode parecer assustadora.
Mas o paciente está sempre acompanhado durante todo o processo.*



Sala de operações

O QUE É?

É na sala de operações, um ambiente assético, bem iluminado e com temperatura e humidade controladas, que decorrem as cirurgias. No centro está uma mesa de operações, uma superfície almofadada, onde o paciente se deita e onde é operado.

O QUE ACONTECE DENTRO DA SALA DE OPERAÇÕES?

1

O paciente entra na sala de operações numa marquesa própria acompanhado pelo anestesiologista e pelo enfermeiro de anestesia.

2

Embora certos tipos de anestesia possam ser administrados fora da sala de operações, a maior parte das vezes o paciente é anestesiado já dentro da sala.

3

Existem dois tipos de anestesia: a anestesia geral, em que o paciente é "adormecido", e a anestesia regional, em que é apenas anestesiada uma parte do corpo.

4

Depois de o doente ser anestesiado é posicionado para a intervenção cirúrgica, tal como todos os dispositivos médicos que vão ser utilizados.

5

Decorre a cirurgia.

6

No caso da anestesia geral, o anestesiologista reverte os efeitos da anestesia.

7

O doente sai da sala de operações.

8

A sala é limpa e preparada para a próxima cirurgia.

QUEM ACOMPANHA O DOENTE?

A equipa médica é normalmente constituída pelo cirurgião, um ajudante, o anestesiologista e três enfermeiros.

Cirurgião

É quem referencia o doente para a operação, examina, diagnostica e opera.

Cirurgião ajudante

Assiste o cirurgião.

Anestesiologista

Anestesia ou seda o paciente antes da operação e mantém as suas funções vitais durante a cirurgia.

Enfermeiro de anestesia

Assiste o médico anestesista, verifica o stock dos fármacos de urgência e assegura-se de que o doente chega ao bloco operatório.

Enfermeiro circulante

Prepara a sala de operações, assiste à equipa médica durante a operação e, no caso de ser recolhida alguma amostra durante a cirurgia, envia-a para análise.

Enfermeiro instrumentista

Organiza os instrumentos cirúrgicos, fornece-os ao cirurgião durante a operação, coloca o penso cirúrgico e é responsável pela contagem das compressas e outros instrumentos no início e fim da intervenção.



QUE INSTRUMENTOS SÃO UTILIZADOS?

No decorrer da operação, o cirurgião pede ao enfermeiro instrumentista os instrumentos de que necessita. Estes podem incluir:

Instrumentos de diârese

Usados para dividir os tecidos.
Ex.: Bisturi

Instrumentos de preeensão

Usados para agarrar e isoliar um determinado tecido sem ferir os circundantes.
Ex.: Forcips

Instrumentos de fixação e oclusão

Usados para aplicar pressão ou tapar um tecido.
Ex.: Pinça

Instrumentos de exposição e retração

Usados para afastar os tecidos de modo a expor o local que vai ser alvo da cirurgia.
Ex.: Afastadores

Instrumentos de suturação

Usados para suturar o local da incisão no fim da operação.
Ex.: Porta-agulhas

Plástico

A toxicidade do plástico para o ambiente tem sido amplamente discutida. Mas que consequências pode trazer para a saúde humana?



O PLÁSTICO EM NÚMEROS

330 milhões

Toneladas de plástico produzidas por ano

12,7 milhões

Toneladas de plástico que vão parar ao mar por ano

450 anos

Tempo que uma garrafa de plástico demora a decompor-se no mar

80%

Plástico no mar que tem origem em terra

90%

Aves marinhas com plástico no estômago

Fonte: Viver Sem Plástico, Will McCallum



Aproveite
e aprenda a preparar uma marmita mais saudável.

A cadeia alimentar dos humanos está contaminada com microplásticos

Verdade

Vários estudos detetaram microplásticos no sistema digestivo de animais marinhos e terrestres. Apesar de o estômago e intestino dos animais serem retirados antes de os consumirmos, já foram descobertos microplásticos no fígado dos peixes e nas moelas de galinha. Estas partículas também já foram encontradas no sal marinho, mel, cerveja e água engarrafada.

Todos os alimentos têm a mesma probabilidade de serem contaminados pelo plástico

Mito

Alimentos com um elevado teor de gordura têm uma maior probabilidade de serem contaminados pelo plástico quando aquecidos. No entanto, tal só acontece quando o plástico é composto por bisfenol A. Assim, apesar de o ideal ser aquecer a comida em recipientes de vidro, caso seja necessário utilizar plástico para aquecer refeições procure que o plástico não contenha bisfenol A.

Aquecer comida em recipientes de plástico pode contaminar os alimentos

Verdade

Segundo a Direção-Geral da Saúde, os aditivos das embalagens ou recipientes (no caso das marmitas) de plástico podem migrar para a comida quando os alimentos são aquecidos. Os compostos presentes no plástico usado para embalar alimentos processados, por exemplo, podem até modificar padrões de funcionamento do organismo, principalmente até aos dois anos de vida, e contribuir para doenças como obesidade e diabetes. Assim, deve optar por aquecer os alimentos em recipientes de vidro e só utilizar plástico para armazenar as refeições já frias.

O plástico das garrafas é tóxico para a saúde

Mito

Nem todos os plásticos são compostos pelas mesmas substâncias. A preocupação com as garrafas de plástico surgiu a propósito do uso do bisfenol A, que já não costuma ser usado e pode ser prejudicial para a saúde. Normalmente o plástico das garrafas é agora produzido com base em polietileno tereftalato.

Há provas de que os microplásticos podem prejudicar a saúde humana

Mito

Embora já esteja provado que andamos a ingerir microplásticos, a verdade é que os efeitos da sua ingestão para a saúde humana ainda são desconhecidos. No entanto, em estudos com animais estas partículas causaram danos intestinais, entre outros problemas. +



Este tema foi preparado com **Paula Maio**, Dermatologista no Hospital CUF Torres Vedras, na Clínica CUF Mafra, na Clínica CUF Alvalade e na Clínica CUF Belém

CICATRIZES: a marca dos super-heróis



COMO SE FORMA?

No processo de cicatrização, que dura meses, há várias fases

1 Inflamação e limpeza (após a lesão, o organismo recruta células e substâncias especialistas em sarar feridas)

2 Reconstrução dos tecidos

3 Remodelação ou epitelização

O QUE É?

A cicatriz é uma marca permanente na pele, resultante de uma lesão provocada por um corte, uma queimadura, uma cirurgia ou uma doença (por exemplo, a varicela)



PARA QUÊ?

Quando te magoas, o teu corpo começa logo a consertar a tua pele para te proteger. Já pensaste que, se não fosse a tua cicatriz, a tua pele ficaria com um buraco por onde entraria toda a espécie de microrganismos?



COMO FICA?

O tecido da cicatriz é parecido com a pele normal mas não é igual



TIPOS DE CICATRIZ

As cicatrizes diferem na cor, no tamanho, na espessura e na profundidade. Cada uma conta uma história. Pode ser a história de um trambolhão de bicicleta, de um tapete que te pregou uma rasteira, de uma esquina marota que se meteu no caminho ou de uma operação que fizeste



Sou um super-herói?

Sem dúvida! A tua cicatriz conta uma aventura inesquecível. Também mostra que cresceste, que foste à luta e que venceste. Passaste por uma experiência diferente e tiveste coragem de a enfrentar. Depois disso, ficaste ainda mais forte



Porquê eu?

Achas que só tu tens cicatrizes? O mundo está cheio de pessoas com essas marquinhas de estimação. Vários atores até conseguiram papéis no cinema graças às suas cicatrizes



Tenho de esconder?

A cicatriz faz parte de ti. Orgulha-te dela e mostra-a sem complexos. Em certos casos, a cirurgia também pode ajudar

QUE CUIDADOS DEVO TER?



Se a tua cicatriz é recente, trata-a com cuidado, sobretudo no banho. Não esfregues nem tires as crostas. Mantém sempre essa zona limpa e hidratada



Quando saíres de casa, coloca sempre um protetor solar na tua cicatriz para evitar que fique mais escura



Faz uma boa alimentação, incluindo alimentos ricos em vitaminas



Podes usar produtos que ajudam a melhorar o aspeto da cicatriz. Pede conselhos ao teu médico



Mais do que um médico, é o seu médico

O Médico Assistente CUF conhece o seu histórico clínico e acompanha-o regularmente, para lhe prestar os melhores cuidados de saúde ao longo dos anos.

Saiba mais em:

App My CUF

saudecuf.pt /CUF





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

www.saudecuf.pt

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