



Revista

da ORDEM DOS MÉDICOS

A Importância da Telemedicina
no Contexto da Saúde Global:
das Políticas à Re-organização
dos Serviços de Saúde em
Cabo Verde

Pág. 8

Análise de Registos Clínicos dos
Doentes Diabéticos Seguidos
nas Instituições Prestadoras de
Cuidados de Saúde da
Cidade da Praia

Pág. 18

Sarcoma de
Kaposi e Diabetes:
Relato de um Caso

Pág. 22

Angiologia e
Cirurgia Vascular

Pág. 26

Depressão e a Clínica Psicológica

Pág. 31

Especial OMC

Pág. 36





emprofac

medicamentos de cabo verde

a confiança na saúde



Quem garante medicamentos seguros e de qualidade às Farmácias e Hospitais de Cabo Verde?

Saiba em www.emprofac.cv

Emprofac - Empresa Nacional de Produtos Farmacêuticos
Praia/ Mindelo; Tel.: + 238 260 15 10/ 232 33 63;
Fax: + 238 260 15 47
geral@emprofac.cv



Caros Profissionais de Saúde

O recente estudo sobre o índice de estigma e de discriminação, levado a cabo pelo CCS-SIDA, pela Rede das Associações de Seropositivos em Cabo Verde, com o apoio das Nações Unidas e em parceria com várias outras instituições nacionais, profissionais de saúde e outros, demonstrou que a maioria das pessoas seropositivas reconhecem grande confiança nos profissionais de saúde, em geral, e nos médicos, em particular. Este indicador é muito encorajador e desafia-nos para a consolidação e a sustentabilidade de cuidados de saúde mais humanizados a todas as pessoas que vivem com VIH.

Colaboremos todos na promoção de um ambiente ético, cada vez, mais favorável, para as pessoas que vivem com o VIH-SIDA!

SUMÁRIO



Pesquisas

pág. 08

- A importância da Telemedicina no Contexto da Saúde Global: das Políticas à Re-organização dos Serviços de Saúde em Cabo Verde
Dr. Artur Correia,
- Análise de Registos Clínicos dos Doentes Diabéticos Seguidos nas Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde da Cidade da Praia
Dra. Maria da Luz Lima Mendonça



Casos Clínicos

pág. 22

- Sarcoma de Kaposi e Diabetes: Relato de um Caso
Dr. Jorge Barreto
Dra. Híronidina Spencer
Dra. Raquel Fernandes
- Angiologia e Cirurgia Vascular
Dr. José Prates Raposo



Artigos Originais

pág. 31

- Depressão e a Clínica Psicológica
Dra. Belmira Miranda



Especial OMC

pág. 36

- Bastonário recebe Organização Não Governamental África Avanza
- Bastonário Reúne-se com o Coordenador Geral do Curso de Medicina da Uni-Cv
- Conselho Diretivo Nacional da Ordem dos Médicos faz Diligência para Comissão Especializada para o Sector Privado
- Investidores Cabo-verdianos e Canarinos Perspectivam Cooperação na Área da Saúde

FICHA TÉCNICA

Propriedade

Ordem dos Médicos Cabo-verdianos
Achada Santo António,
Av. OUA, C.P. 421, Praia,
Tel. 262 25 03 - Fax 262 30 99
Email: omecab@cvtelecom.cv
Site: www.ordemdosmedicos.cv

Direcção da Revista

Dr. Daniel Silves Ferreira

Edição

EME - Marketing e Eventos, Lda.
Av. Santiago, Palmarejo
C.P. 835, Praia
Tel. 261 49 39 / 49 15
Fax 261 15 64
Email: eme@cvtelecom.cv

Colaboram neste nº

Dr. Artur Correia
Dra. Maria da Luz Lima Mendonça
Dr. Jorge Barreto
Dra. Híronidina Spencer
Dra. Raquel Fernandes
Dr. José Prates Raposo
Dra. Belmira Miranda

Tiragem
1000 exemplares

Caros (as) colegas

A decisão da transformação da Revista dos Médicos Cabo-verdianos está a ganhar corpo. Constatamos, facilmente, que os esforços do Conselho Diretivo Nacional têm dado resultado. Esta é mais uma edição que damos à estampa e na qual é manifesta a linha que definimos previamente, por acreditarmos ser uma necessidade da classe.

É certo - e já foi dito, mas não temos pejo em repeti-lo - que não é ainda a Revista que ansiamos e acreditamos estar ao alcance da classe médica cabo-verdiana. Contudo, são claros os sinais deixados em cada número que para lá caminhamos com determinação.

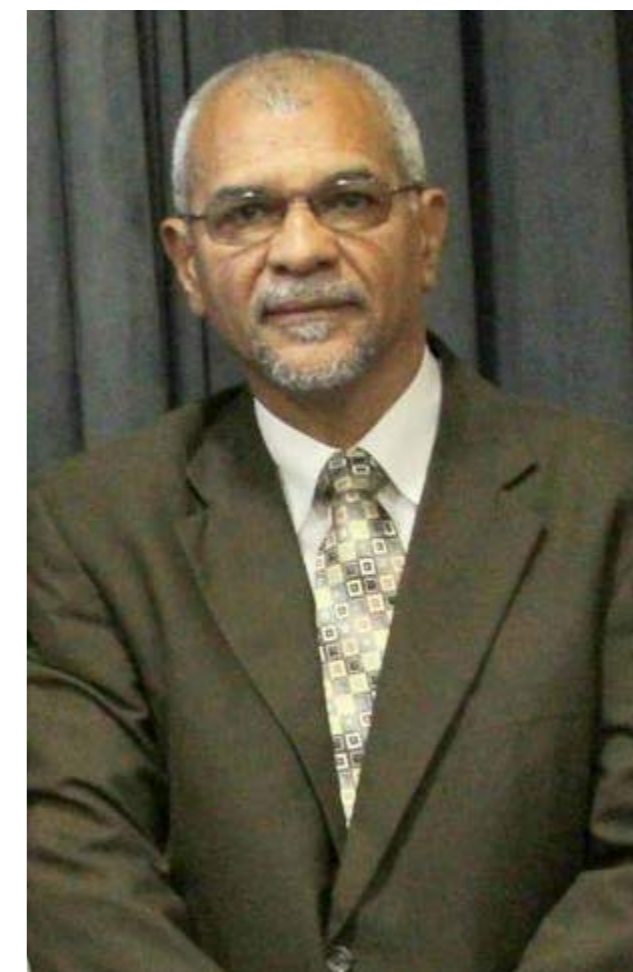
Alegramo-nos com a participação de colegas com artigos originais, pesquisas e casos clínicos, mas também de outros profissionais de saúde, o que só demonstra nossa abertura abrangente que queremos que esta nossa publicação tenha. À semelhança dos números anteriores, nesta edição publicamos algumas notícias das mais relevantes da nossa Ordem, como forma de intensificar a comunicação com os médicos e fazer com que a nossa organização seja cada vez mais acarinhada por todos.

Apesar dos ganhos e avanços, a Revista não é ainda aquela que todos nós almejamos. Ainda temos muito caminho a percorrer. Alguns questionamentos devem ser feitos. Um deles é seguramente: O que pode ser feito para que a Revista continue a ter cada vez mais qualidade?

Não haverá uma resposta única nem pode ser dada unilateralmente. A Revista deve ser uma construção da classe e será sempre o que cada um de nós quiser fazer dela.

Diligências estão em curso para dotar este meio de comunicação de um Conselho Editorial, que será constituído, em boa parte, por representantes dos recém-criados Colégios de Especialidade e também de um Diretor que vão assumir os destinos da nossa publicação científica.

Outro passo importante e urgente é torná-la mais conhecida, mais nossa. Deve ser um espaço privilegiado onde os interessados podem publicar os seus trabalhos. É preciso que a Revista chegue a todos os médicos, estejam onde estiverem e a distribuição terá que ser célere.



Para atingirmos os nossos propósitos, a participação dos médicos terá que ser maior. Aliás, sem a sua participação, nada feito. É por isso que nós temos, tanto quanto possível, estimulado a participação para a qual temos apelado incessantemente.

Não há dúvidas que uma Revista equilibrada e bem concebida, com colaboração ampla dos médicos e artigos de boa qualidade, é um indicador (entre outros, é claro) de uma classe que caminha para a merecida dignidade e o almejado prestígio.

Dir-se-á que não fazemos mais que o nosso dever. Com toda a razão pois é pura verdade. Mas, é também por convicção que o fazemos. A classe precisa de uma boa Revista.

Tenham uma boa leitura!

Daniel Silves Ferreira
Bastonário



CAMPANHA INCLUSÃO DO
AMPUTADO
CABO VERDE

**Eu ainda
posso desfrutar
de muitas coisas
boas da vida**

Apadrinhe um Amputado

**Contribua para a criação do
Fundo para a Inclusão do Amputado**

**Conta bancária: 1258715101 (BCA)
NIB 0003 0000 12528715101 76**

SEMICO

Sociedade de Empreitadas, Imobiliária e Construção

SEMICO, foi constituída em 2000, detentora de alvarás de 4ª classe, de Obras Públicas e Particulares, procurando apresentar-se no mercado com uma imagem sólida, moderna, transmitindo fiabilidade aos seus colaboradores. Uma equipa com larga experiência na atividade, e consequentemente garantindo qualidade nos serviços prestados, apresenta-se como uma empresa de destaque, no panorama empresarial, do sector de construção.

O negócio da empresa, baseia-se na construção civil e imobiliária, em toda a sua generalidade, no entanto encontra-se especializada na área de estruturas de betão armado e todos os trabalhos a ela inerentes. Pretende assim ser reconhecida com uma empresa com serviços de qualidade, eficiência, rapidez, com experiência e fiável.



Edifício Habitação e Serviços - Palmarejo



Pólo Desportivo de Nhagar - Assomada



Edifício Habitação - Cidadela

Parceiros:

Patrocínios:

Apoios:



Avenida Santiago, Edifício Santiago Cave Direito - Palmarejo - Praia • Telefones 618242 • Fax 618240 • C. P. 159 - C
E-MAIL : semico@cvtelecom.cv | semico06@yahoo.com.br • NIF 200111302 • Capital Social 19.500.000\$00

A Importância da Telemedicina no Contexto da Saúde Global: das Políticas à Re-organização dos Serviços de Saúde em Cabo Verde

The Telemedicine Importance in the Context of Global Health: Policy to Re-Organization of Health Services in Cape Verde

Autores:

**Artur Correia (1);
Vanda Azevedo Correia (2);
Luís Velez Lapão (3).**

(1) Pós-graduado em Epidemiologia e Saúde Pública; Mestre em Saúde Pública; Doutorando em Saúde Internacional, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa. Secretário Executivo do Comité de Coordenação do Combate à SIDA, CP 855, Praia - Cabo Verde. Ministério da Saúde de Cabo Verde. artur.correia@ccssida.gov.cv; arturcorreia51@hotmail.com

(2) Médica, Especialista em Cardiologia e Coordenadora Nacional de Telemedicina – Ministério da Saúde de Cabo Verde; Presidente do Colégio de Cardiologia, da Ordem dos Médicos de Cabo-verdianos.

(3) Professor de Saúde Pública Internacional. Global health and Tropical Medicine. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa.



RESUMO

Introdução

A Telemedicina é reconhecida como ferramenta importante no contexto da saúde global. Cabo Verde utiliza esta ferramenta, para aumentar o acesso das populações a cuidados especializados.

Este artigo objectiva fazer o ponto de situação da implementação da telemedicina no país.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo que utiliza a pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e grupos focais, como método de recolha de dados.

Resultados

Os eixos estratégicos, objectivos, normas e procedimentos do Programa Nacional de Telemedicina (PNT) encontram-se definidos. Os serviços de telemedicina encontram-se operacionais em todas as ilhas. Foram identificadas as principais fraquezas, forças, ameaças e oportunidades do PNT.

Discussão

A telemedicina é uma realidade em Cabo Verde. Todavia, a adoção completa de uma nova tecnologia depende de várias condicionantes e, no país, vários fatores de sucesso da telemedicina, identificados na literatura, ainda não são observados, condicionando o desenvolvimento integral do PNT. Por outro lado, várias fraquezas constatadas têm afetado os avanços do PNT, mas são igualmente oportunidades para agir.

Conclusão

Cabo Verde é um bom exemplo do uso da telemedicina em contextos arquipelágicos. Além da gestão permanente dos sistemas e tecnologias de informação, deve existir uma estratégia de comunicação para informar, comunicar e conhecer as expectativas dos utentes e profissionais. Aspectos de legislação, regulamentares e de

segurança, assim como certos factores de sucesso para a implantação da telemedicina devem merecer especial atenção dos responsáveis do PNT. Contudo, os pontos fortes e as oportunidades dessa intervenção permitem encarar o futuro da telemedicina no país com optimismo.

Palavras-chave: Telemedicina – teleconsultas – teleformação - processos – sistemas.

SUMMARY

Introduction

Telemedicine is recognized as an important tool in the context of global health.

Cape Verde uses this tool to increase people's access to skilled care. The purpose of this article is to make the status of the implementation of telemedicine in the country.

Material and Methods

This is a descriptive study using documentary research, semi-structured interviews and focus groups, as data collection method.

Results

The strategic priorities, objectives, rules and procedures of the National Telemedicine Program are set. Telemedicine services are operational in all the islands. The main weaknesses, strengths, threats and opportunities of the NTP have been identified.

Discussion

Telemedicine is a reality in Cape Verde. However, the full adoption of a new technology depends on several conditions and in the country, several success factors of telemedicine, identified in the literature are not observed, affecting the full development of the NTP. On the other hand, a number of weaknesses identified have affected the progress of the NTP, but are also opportunities to act.

Conclusion

Cape Verde is a good example of the use of telemedicine in archipelagos contexts.

In addition to the ongoing management of systems and information technology, communication strategy is needed to inform, communicate and meet the expectations of users and professionals. Law aspects, regulatory and safety, and certain success factors for the deployment of telemedicine should deserve special attention from NTP leaders. However, the strengths and opportunities of this intervention point to a positive future of telemedicine in the country.

Keywords: Telemedicine – teleconsultation - teletraining - processes - systems

1. Introdução

A telemedicina, além de potenciar um uso mais efetivo de recursos, permite aproximar os cuidados de saúde ao cidadão e promover a modernização dos processos e métodos de trabalho e a mudança organizacional nas unidades de saúde (Álvares, 2004). Todavia, esta ferramenta ainda não atingiu as suas potencialidades para ser utilizada em larga-escala, sobretudo porque a abordagem tem seguido uma perspetiva essencialmente tecnológica (Armstrong et al., 2007; Bergmo, 2009).

A condição arquipelágica de Cabo Verde, sempre impôs desigualdades no acesso à saúde. Contudo, numa perspetiva de saúde global, as evacuações médicas internas e a deslocação de especialistas representaram uma valiosa contribuição para a minimização dessas desigualdades. De facto, foram registadas perto de duas mil solicitações para evacuações internas, em Cabo Verde, só em 2012 (Correia, 2013).

Porém o país não dispõe de médicos especialistas suficientes para garantir a equidade necessária no acesso (6 médicos/10.000 habitantes em Cabo Verde, segundo o Relatório Estatístico do MS, de 2013, havendo, no entanto, grandes variações nessa razão médico/habitante, ao nível dos concelhos e ilhas). Neste contexto, em 2012, o governo, através do Ministério da Saúde, decidiu implementar uma nova intervenção no sistema de saúde, a telemedicina,

interligando as estruturas de saúde dos níveis primário, secundário e terciário (Relatório anual do Programa Nacional de Telemedicina de 2014).

De salientar que Cabo Verde também envia doentes para outros países utilizando a plataforma de telemedicina (Lapão e Correia, 2015).

Assim, este artigo tem como objetivo fazer o ponto de situação da implementação da telemedicina em Cabo Verde, até 2014, dando ênfase às medidas de política, às infraestruturas, aos processos e sistemas implementados e aos resultados conseguidos.

Convém salientar que o caso de Cabo Verde, pelo seu carácter arquipelágico e com uma população relativamente pequena é muito relevante em termos de saúde global.

2. Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo que utiliza a pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e grupos focais, para a recolha de dados. Analisou-se diversos relatórios produzidos ao nível dos Departamentos Centrais do Ministério da Saúde, dos Hospitais Centrais e do Programa Nacional de Telemedicina (PNT), documentação diversa, despachos, normas e procedimentos relativos à implementação da telemedicina no país, assim como literatura internacional relativa ao processo de implementação de projetos de telemedicina.

Realizou-se 10 entrevistas semiestruturadas e dois grupos focais (um de 6 e outro de 8 elementos). As entrevistas tiveram como público-alvo os atores e responsáveis do Programa Nacional de Telemedicina, dirigentes do Ministério da Saúde e Delegados de Saúde. Para os grupos focais, participaram atores de diversos sectores relacionados ao funcionamento da telemedicina, além dos da saúde.

3. Resultados

A implementação de serviços de telemedicina exige a abordagem de várias dimensões. Além da aquisição e instalação dos equipamentos, foi necessário formar uma equipa para os diferentes “Núcleos de Telemedicina” criados, nas várias

ilhas, sobre a operacionalização dos equipamentos e sobre a temática “Telemedicina”. Foi, ainda, necessário criar uma equipa dinamizadora do Programa de Telemedicina.

Em 2013, aprovou-se a proposta de membros dos Núcleos de Telemedicina e foi criada uma página no facebook® (“Programa Nacional de Telemedicina”), para a partilha de informações e documentação e motivação de profissionais de saúde.

Em 2014, oficializou-se o Programa Nacional de Telemedicina (PNT) pelo Ministério da Saúde e definiram-se os eixos prioritários do Programa. Nomeou-se, ainda, o Coordenador do PNT e aprovou-se um conjunto de normas organizativas e funcionais (Despachos nº 2 e 3 de 17 e 31 de Janeiro de 2014, respetivamente).

Contudo, as teleconsultas se iniciaram em 2013, com envolvimento de alguns Núcleos de Telemedicina e de algumas especialidades, e tiveram um incremento substancial em 2014, chegando a todos os Núcleos e envolvendo, praticamente, todas as especialidades médicas existentes nos dois Hospitais Centrais do país.

A análise das entrevistas e dos grupos focais realizados permite fazer uma abordagem SWOT, com destaque para as fraquezas, forças, ameaças e oportunidades do PNT:

Fraquezas

- Pouco envolvimento de alguns médicos especialistas nos hospitais e clínicos gerais nas delegacias de saúde.
- Poucas atividades de informação, educação e comunicação, junto da população e profissionais sobre a Telemedicina.
- Deficiências de articulação entre os serviços, no processo de marcação das teleconsultas.
- Insuficiências no funcionamento dos serviços de marcação de teleconsultas.
- Insuficiente formação dos novos técnicos integrados nos serviços, para a utilização dos equipamentos.
- Resistência à mudança, na introdução da telemedicina, por parte de alguns profissionais (médicos, enfermeiros), a diversos níveis.
- Desmotivação de alguns profissionais devido à carga de trabalho.

- Perceção de limitações que levam à quebra de confidencialidade nas teleconsultas.

Forças

- Existência de nova infraestrutura técnica (equipamentos e rede) de telemedicina.
- Melhorias na abordagem aos doentes submetidos a teleconsultas, com possibilidades de um diagnóstico mais precoce.
- Melhorias na Comunicação entre os profissionais dos hospitais centrais e regionais.
- Realização de teleformações, assistência a sessões clínicas e congressos, de cariz nacional e internacional.
- O potencial de diminuição de custos (evacuações, deslocação de especialistas, formação, etc.).

Ameaças

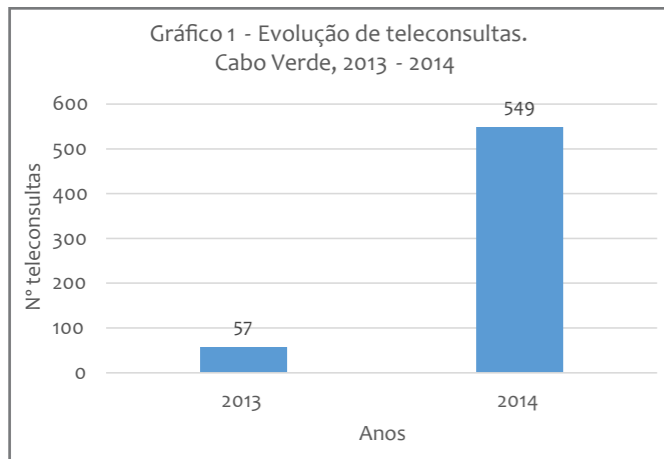
- Avarias nos sistemas de comunicação.
- Problemas ligados à sustentabilidade financeira para manter atualizados os equipamentos.
- Deficiências na articulação com o Núcleo Operacional para a Sociedade de Informação (NOSI).

Oportunidades

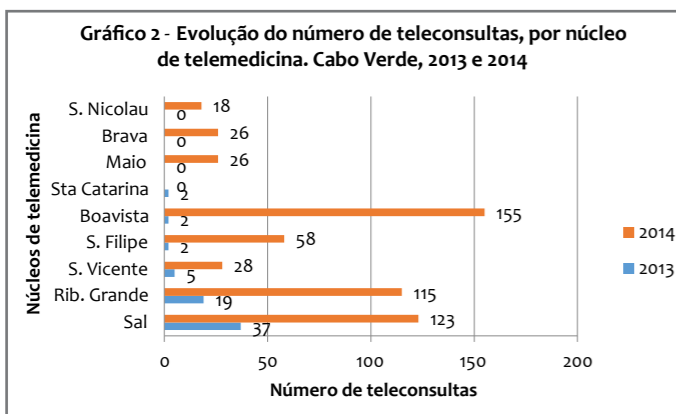
- Inovação nos processos e na forma de trabalhar dos serviços.
- Abertura da Telemedicina ao privado, ligando instituições fora da rede pública.
- Possibilidade de desenvolvimento de Telemedicina entre Cabo Verde e países amigos.
- Acesso a melhores práticas na abordagem ao doente.
- A melhor satisfação do utente pode ajudar a otimizar o acesso aos serviços de saúde.
- Potencialidades para a internacionalização (assistência a teleformação, sessões clínicas, congressos, etc.), através de videoconferência.
- Potencialidades para fornecimento de teleconsultas a países amigos e para apoiar as nossas comunidades emigradas, nomeadamente em São Tomé.

Evolução das teleconsultas

De 2013 a 2014, as teleconsultas passaram de 67 para 549, representando um aumento de 13,1 para 107,2 teleconsultas/100.000 habitantes.



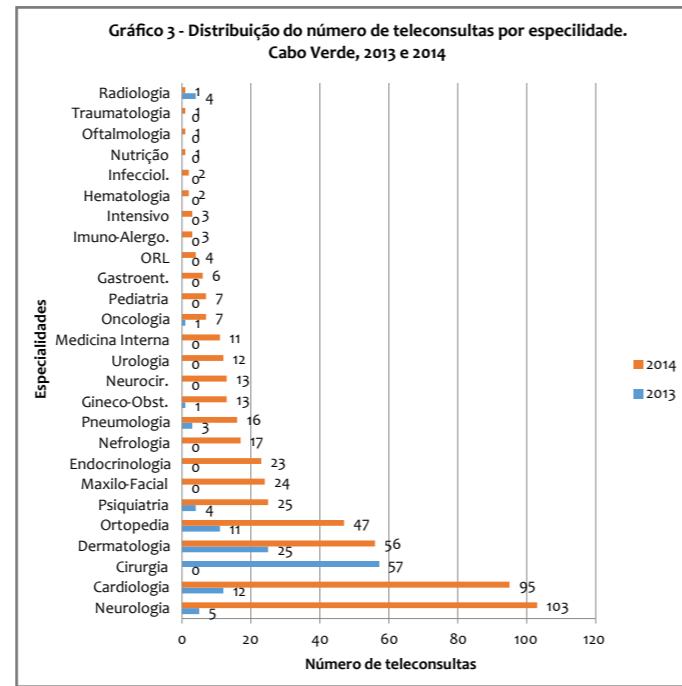
Fonte: Programa Nacional de Telemedicina



Fonte: Programa Nacional de Telemedicina

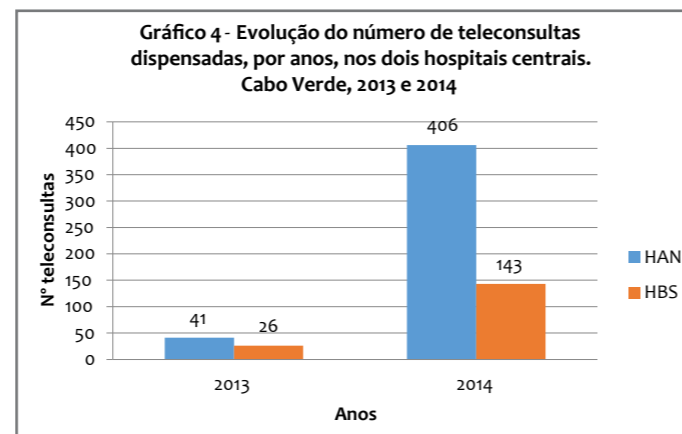
Em 2013, seis dos nove Núcleos de Telemedicina e nove especialidades médicas iniciaram teleconsultas, representando uma média de 9 teleconsultas/Núcleo e de 7,4 teleconsultas/especialidade. Em 2014, todos os Núcleos participaram nas sessões de telemedicina, representando uma subida da média de teleconsultas de 7,4 para 61 por Núcleo, com envolvimento de, praticamente, todas as especialidades existentes nos dois hospitais centrais (gráficos 2 e 3). O número médio de teleconsultas por especialidade, aumentou de 7,4 para 21,1, em 2014. As especialidades mais solicitadas foram, por ordem decrescente a neurologia e a cardiologia,

seguidas de cirurgia, dermatologia e ortopedia, representando, conjuntamente, cerca de 65% das teleconsultas.



Fonte: Programa Nacional de Telemedicina

Quanto à distribuição das teleconsultas nos dois centros de referência, o Hospital Dr. Agostinho Neto representou 74% e H. Baptista de Sousa 26% em 2014.



Fonte: Programa Nacional de Telemedicina

Em 2013, 85% das teleconsultas foram em “tempo real” (tabela 1), enquanto, em 2014, esta percentagem subiu para 98% (PNT, 2015).

Tabela 1 – Modalidades de teleconsultas. Cabo Verde, 2013 e 2014

	Tempo real	%	Store and forward	%	Total
2013	48	85	9	15	57
2014	539	98	11	2	549

Fonte: Programa Nacional de Telemedicina

Relativamente à evacuação de doentes para os dois Hospitais Centrais, em 2012, houve 1.102 (Correia, 2013). Com a implementação de teleconsultas, em 2014, o número de doentes evacuados reduziu consideravelmente. Assim, nesse ano, somente 18% de doentes sujeitos a uma teleconsulta foi evacuada (tabela 2).

Tabela 2 – Destino dos doentes sujeitos a teleconsultas. Cabo Verde, 2014

	Evacuados	Não evacuados	Sem Inform.	Total
Nº doentes	99	318	132	549
%	18	58	24	100

Fonte: Programa Nacional de Telemedicina

Teleformação

Em 2014 realizaram-se 21 sessões clínicas sobre várias especialidades médicas e cirúrgicas de interesse para Cabo Verde. Algumas dessas sessões foram feitas a partir do exterior (USA, Itália, Eslovénia, Albânia, Portugal). O ponto alto foi o curso de atendimento ao “doente crítico” que decorreu em 16 sessões de cerca de 1 a 1,5 horas cada.

De cariz nacional, foram realizadas sessões relativas ao Ébola, que juntou no mesmo espaço virtual 150 formandos, em duas ocasiões. Foram ainda realizadas outras 22 videoconferências sobre temáticas relativas ao Ébola, cuidados de enfermagem, entre outras, que, igualmente, contribuíram para minimizar custos e tempo nos processos decisórios.

5. Discussão

A utilização da telemedicina está progredindo rapidamente e pode representar uma alternativa

para complementar muitos programas de saúde (Cáceres-Méndez et al., 2011). A adoção de uma nova tecnologia ou serviço depende de vários factores e etapas (Zanaboni e Wootton, 2012). Na primeira etapa, impõe-se a familiarização dos indivíduos, ou do organismo, com a tecnologia, na segunda é necessária a formação de uma opinião favorável ou desfavorável sobre a nova tecnologia seguindo-se a etapa de adoção ou de rejeição da tecnologia.

Menon et al. (2007) já tinham identificado cinco atributos que influenciam a adoção de tecnologias: 1) vantagem da tecnologia; 2) compatibilidade da tecnologia; 3) validação da tecnologia; 4) observabilidade da tecnologia e 5) complexidade da tecnologia. Mas a vantagem da tecnologia surge como fator mais importante para a sua adoção (Madden et al., 2005; CORDIS, 2008). Segundo Kodukula e Nazvia (2011), os factores críticos de sucesso, para a implementação da telemedicina são:

- Estar apoiado nos Regulamentos e Políticas Governamentais;
- Adotar um projeto de gestão padronizado;
- Ter a aceitabilidade de público;
- Ter apoio político;
- Ter a disponibilidade de infraestrutura tecnológica, incluindo hardware, software e adequada largura de banda;
- Ter a disponibilidade de fundos de forma sustentável;
- Ter a legislação concernente claramente definida;
- Ter claramente definidos os mecanismos de referência e os protocolos de telemedicina;
- Ter recursos humanos adequados e capacitados;
- Garantir comunicação e articulação entre as partes interessadas.

Em Cabo Verde, quatro desses dez factores apresentam algumas dificuldades na sua observância, nomeadamente os relativos a “ter disponibilidade de fundos de forma sustentável”, “ter legislação concernente claramente definida”, “ter recursos humanos adequados e capacitados” e “garantir comunicação e articulação entre as partes interessadas”. Com feito, a implementação da telemedicina dependeu de fundos da cooperação

internacional; não existe legislação específica relativa a esta prática no país; a mobilidade dos recursos humanos dificulta o processo de implementação desta intervenção, uma vez que obriga a repetição das formações relativas ao uso dos equipamentos e aos procedimentos e condutas a ter no processo das teleconsultas e, por último, ainda existem lacunas na comunicação a articulação entre as partes interessadas.

Por outro lado, Lange (2014) dá conta dos resultados de estudos levados a cabo, nos diferentes países europeus, pelo Projeto MOMENTUM, sobre os fatores críticos de sucesso a serem levados em conta, na implementação da telemedicina. Esses estudos permitiram destacar 18 factores críticos de sucesso, ligados à estratégia de implantação, à mudança organizacional, aos processos legais, regulamentares e de segurança, e às decisões sobre tecnologia e compras:

Fatores ligados à estratégia e gestão

1. Ambiente cultural para serviços de telemedicina.
2. Existência de liderança através de um “campeão”, responsável pelo serviço.
3. Existência de consenso sobre a vantagem da telemedicina no enfrentamento do “problema” identificado.
4. Mobilização de recursos necessários para a implantação.

Fatores ligados à organização e gestão

5. Atender às necessidades do cliente primário.
6. Envolver os profissionais de saúde e decisores.
7. Elaborar e implementar um plano de negócios.
8. Elaborar e implementar um plano de gestão de mudanças.
9. Colocar o paciente no centro do serviço.

Fatores ligados aos processos legais, regulamentares e de segurança

10. Avaliar as condições de legalidade do serviço.
11. Identificar e aplicar as directrizes legais e de segurança relevantes.
12. Envolver especialistas de leis e de segurança.

13. Assegurar que os prestadores de telemedicina e os utentes são “conscientes de privacidade”.

Fatores ligados às decisões sobre tecnologia e aquisições

14. Garantir que as infraestruturas de TI e de saúde em linha necessários estão disponíveis.
15. Certifique-se de que a tecnologia é user-friendly.
16. Instale a tecnologia e os processos necessários para monitorizar o serviço.
17. Mantenha um bom processo de aquisição.
18. Assegure-se de que a tecnologia tem o potencial para aumento de escala.

De destacar os seguintes pontos em comum entre os fatores críticos de sucesso mencionados por Kodukula e Nazvia (2011) e por Lange (2014):

- A mobilização de recursos necessários para a implantação da telemedicina;
- O envolvimento de profissionais de saúde e decisores no processo de implantação;
- Os fatores ligados aos processos legais;
- A garantia da disponibilidade de infraestruturas necessárias.

Dos fatores críticos de sucesso apontados por Lange (2014) no Projecto MOMENTUM, praticamente, todos são observados em Cabo Verde, com a exceção dos ligados à implementação de um plano de gestão de mudanças e aos processos legais, regulamentares e de segurança, que apresentam deficiências ou, ainda, não foram tratados.

Por outro lado, a análise das entrevistas e do conteúdo dos grupos focais organizados, permite destacar as seguintes fraquezas no desenvolvimento dos serviços de telemedicina:

- Uma certa resistência à mudança, por falta de conhecimento sobre a telemedicina ou por “medo” de exposição técnica aos colegas, por parte de certos profissionais de saúde.
- Uma deficiente comunicação entre os atores que dificulta uma maior aceitabilidade da telemedicina.
- Deficiências de articulação entre os serviços,

no processo de marcação de teleconsultas, entre os núcleos solicitadores de teleconsultas e os centros de referência, o que dificulta o processo de desenvolvimento da telemedicina.

- Uma insuficiente formação dos novos técnicos integrados nos serviços, para a utilização dos equipamentos, originada pela frequente mobilidade de profissionais já formados, para outras estruturas de saúde.

Efetivamente, o sucesso de qualquer intervenção exige uma planificação participativa de todas as partes envolvidas. Lipson e Henderson (1996) mencionam várias medidas de política para apoiar o desenvolvimento da telemedicina nos USA, que incluem o planeamento e a coordenação, o desenvolvimento de redes, o desenvolvimento de programas específicos, o financiamento, a construção de uma infraestrutura de telecomunicações e o suporte regulatório e esclarecimentos. Porém, com frequência se ignoram as interdependências entre tecnologia, características humanas e ambiente socioeconómico, resultando em intervenções com um baixo impacto nas práticas de saúde (van Gemert-Pijnen et al., 2011).

Como nos lembram Mair et al. (2012), além das questões organizacionais, as questões sociais devem ser consideradas, no processo de implantação da telemedicina. Igualmente, as percepções dos profissionais de saúde, as estruturas organizacionais e culturais afectando a saúde, as questões jurídicas, dificuldades técnicas, tempo, conveniência, custo, formação e familiaridade com o equipamento são elementos facilitadores para a adoção da telemedicina (Walker e Whetton, 2002). Podem ainda ser utilizadas ferramentas de *process mining* para acompanhar estes processos e intervir para corrigir a implementação (Cruz-Correia et al., 2013).

Zanaboni e Lettieri (2011) chamam a atenção para o fato dos profissionais de saúde, serem, frequentemente, avessos ou indiferentes para aplicações de telemedicina. Pois, se a relação custo-eficácia pode ser considerada uma vantagem para a sociedade, para o utilizador individual esta pode não acontecer (Zanaboni e Wootton, 2012).

Quanto a resultados das acções de telemedicina, o aumento do número de teleconsultas verificado, em 2014, deve-se, principalmente, à criação formal do PNT, à nomeação oficial da equipa coordenadora (aos níveis nacional e dos núcleos de telemedicina), à instalação plena dos equipamentos, à formação dos técnicos, à finalização das normas de procedimentos e à sensibilização e divulgação do Programa Nacional de Telemedicina.

No entanto, convém lembrar que, em 2013, as atividades de telemedicina começaram somente a partir do mês de Maio e daí o baixo número de teleconsultas verificado. As especialidades mais solicitadas foram, por ordem decrescente a neurologia e a cardiologia, seguidas da cirurgia, dermatologia e ortopedia, representando, conjuntamente, cerca de 65% das teleconsultas. Essas especialidades tinham uma maior lista de espera nos Hospitais Centrais e, por isso, houve uma maior mobilização dos respectivos especialistas e uma maior interação entre os núcleos de telemedicina e os centros de telemedicina.

Contudo, a oftalmologia e a otorrinolaringologia são duas especialidades com um grande potencial de desenvolvimento, faltando, ainda, alguns equipamentos específicos a essas especialidades, para a operacionalização das teleconsultas nessas áreas.

Relativamente à distribuição das teleconsultas por núcleo e por centro de telemedicina, todos os núcleos iniciaram teleconsultas, em 2014, graças à instalação dos equipamentos e a consequente formação de pessoal técnico sobre o manuseamento dos equipamentos e sobre os procedimentos das teleconsultas.

O Hospital Central da Praia representou 74% das teleconsultas produzidas, em 2014. As razões que estiveram na base da grande diferença verificada em relação ao Hospital Central de S. Vicente, têm a ver com a existência de um maior número de especialistas - 90 especialistas no Hospital Central da Praia e 58 no Hospital Central de S. Vicente (MS: Relatório Estatístico de 2013). Outra razão dessa diferença está relacionada com a instalação de uma administração no Centro Nacional de Telemedicina no Hospital da Praia, que dá cobertura às actividades de teleconsultoria do próprio hospital.

Quanto à modalidade das teleconsultas, a grande maioria das teleconsultas foi dada em “tempo real”, o que permite uma resposta mais adequada aos utentes e um apoio mais efectivo aos médicos solicitadores que se sentem ancorados por especialistas do “outro lado da linha”.

Com a implementação de teleconsultas em 2014, o número de evacuações médicas internas reduziu-se consideravelmente, uma vez que se tornou norma a realização prévia de uma teleconsulta, para se avaliar a necessidade ou não de uma evacuação. Em consequência somente 18% de doentes sujeitos a uma teleconsulta foi evacuada, o que significa uma alta taxa de diagnósticos feitos directamente através de teleconsultas.

Quanto à teleformação, as sessões clínicas realizadas, quer a nível interno, quer a partir do estrangeiro, a par das teleconsultas em “tempo real” e em “store-and-forward” (gravação e resposta posterior) contribuíram para a capacitação permanente dos profissionais, em todos os núcleos de telemedicina, e para a minimização dos efeitos de isolamento profissional.

Conclusão

Apesar dos avanços verificados na implantação da telemedicina em Cabo Verde, é necessária, ainda, uma comunicação permanente entre os serviços de telemedicina e os utentes, e entre os próprios profissionais praticantes da telemedicina (Kodukula e Nazvia, 2011). Neste contexto, são importantes os cartazes, programas de TV, assinatura no facebook® para comunicação entre os profissionais de saúde (150 membros, em 2014) e a utilização de diversos canais de divulgação do Ministério da Saúde de Cabo Verde, já iniciados em 2014.

Além da gestão permanente dos sistemas e tecnologias de informação disponíveis, com o apoio do NOSI (organismo responsável pela governação electrónica do estado), deve existir uma estratégia de comunicação para informar, comunicar e conhecer as expectativas dos utentes e profissionais e melhorar a disponibilização dos serviços, para a consolidação e o desenvolvimento da telemedicina no país. Os aspectos ligados a processos legais, regulamentares e de segurança devem merecer especial atenção dos responsáveis nacionais uma

vez que, potencialmente, podem constituir uma ameaça à credibilidade do Programa.

Com efeito, em Cabo Verde, alguns factores de sucesso para a implantação da telemedicina, apontados pela literatura ainda não se observam, apesar dos avanços verificados, o que tem condicionado o desenvolvimento desta intervenção. Por outro lado, as várias fraquezas constatadas têm afectado os avanços do PNT, como tem acontecido em outros casos. Contudo, os pontos fortes e as oportunidades dessa intervenção permitem encarar o futuro da telemedicina no país com otimismo.

O caso de Cabo Verde, com o seu carácter arquipelágico, é um exemplo concreto do papel que as tecnologias de informação têm hoje na saúde, mormente numa perspectiva de saúde global de interligação e partilha de recursos por várias unidades de saúde.

Bibliografia

1. Armstrong AW, Dorer DJ, Lugn NE, Kvedar JC. Economic evaluation of interactive teledermatology compared with conventional care. *Telemed J E Health*. 2007; 13 (2): 91-9.
2. Bergmo TS. Can economic evaluation in telemedicine be trusted? A systematic review of the literature. *Cost Eff Resour Alloc*. 2009; 24: 7-18.
3. Correia A. As Evacuações Médicas Internas em Cabo Verde. Ministério da Saúde. 2013.
4. Ministério da Saúde. Relatório Anual do Programa Nacional de Telemedicina de 2014. Praia: PNT, 2015.
5. Lapão LV, Correia A. Improving Access to Pediatric Cardiology in Cape Verde via a Collaborative International Telemedicine Service. *Stud Health Technol Inform*. 2015; 51-7.
6. Ministério da Saúde. Despacho nº2, de 17 de Janeiro de 2014.
7. Ministério da Saúde. Despacho nº3, de 31 de Janeiro de 2014.
8. Cáceres-Méndez EA, Castro-Díaz SM, Gómez-Restrepo C, Puyana JC. Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. *Univ. Méd. Bogotá (Colombia)*. 2011; 52 (1): 11-35.
9. Zanaboni P, Wootton R.). Adoption of telemedicine: from pilot stage to routine delivery. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012; 12: 1.
10. Menon D, Stafinski T, Martin D. Priority-setting for healthcare: who, how, and is it fair? *Health Policy*. 2007; 84(2-3): 220-33. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.05.009. S0168-8510(07)00124-8.
11. Madden S, Martin DK, Downey S, Singer PA. Hospital

- priority setting with an appeals process: a qualitative case study and evaluation. *Health Policy*. 2005; 73(1):10-20. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.11.002.S0168-8510(04)00239-8.
12. CORDIS. Rules for Submission of Proposals, and the Related Evaluation, Selection and Award Procedures. Version 3, 2008. Luxembourg: European Commission: COM (2008) 4617; 2011. webcite ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/docs/fp7-evrules_en.pdf
13. Kodukula S, Nazvia M. Evaluation of Critical Success Factors for Telemedicine Implementation. *International Journal of Computer Applications* (0975 – 8887). 2011; Volume 12– No.10.
14. Lange M. The Secret of Telehealth. EHTEL, MOMENTUM. 2014.
15. Lipson LR, Henderson TM. State Initiatives to Promote Telemedicine. *Telemedicine Journal*. 1996; 2(2): 109-121. doi:10.1089/tmj.1.1996.2.109.
16. Van Gemert-Pijnen JE, Nijland N, van Limburg M, et al.. A

- holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *J Med Internet Res*. 2011; 13(4): e111.
17. Mair FS, May C, O'Donnell C, et al.. Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012; 90(5): 357-64.
18. Walker J, Whetton S. The diffusion of innovation: factors influencing the uptake of telehealth. *J Telemed Telecare*. 2002; 8 (Suppl 3):73-5.
19. Zanaboni P, Lettieri E. Institutionalizing telemedicine applications: the challenge of legitimizing decision-making. *J Med Internet Res*. 2011; 13(3): e72.
20. Ministério da Saúde. Relatório Estatístico de 2013. Praia: Ministério da Saúde; 2014.
21. Cruz-Correia R, Boldt I, Lapão L, Santos-Pereira C, Rodrigues PP, Ferreira AM, et al.). Analysis of the quality of hospital information systems audit trails. *BMC medical informatics and decision making*. 2013; 13 (1): 1.

Desde 1989



www.labojovem.cv
atendimento@labojovem.cv

LABO JOVEM

Laboratório de Análises Clínicas e Hormonais

A sua melhor escolha



Colheita ao Domicílio - Free Tax

Avaliação Externa de Qualidade (PNAEQ - INSA)

Posto Centro	Posto Monte Sossego	Posto Ilha de S.Nicolau
<p style="color: white; font-weight: bold;">CLÍNICA URGIMED</p> <p style="color: white; font-size: 0.8em;">Telefone: 230 01 70 Horário Funcionamento: 2ª à 6ª feira : 08h - 19h Horário de Colheita: 2ª, 4ª e 6ª feira : 08h - 09h30</p>	<p style="color: white; font-weight: bold;">CLÍNICA MÚTUA</p> <p style="color: white; font-size: 0.8em;">Av. de Holanda - Monte Sossego Telefone: 231 83 70 Horário de Marcações: 2ª à 6ª feira: 15h-19h Horário de Colheita: 3ª à 5ª feira: 08h-09h30</p>	<p style="color: white; font-weight: bold;">CLÍNICA SORRIDENTE</p> <p style="color: white; font-size: 0.8em;">Zona de Teja, Tarrafal Ilha de São Nicolau Telefone: 236 13 00 Horário de Marcações: 2ª à 6ª feira: 09h-12h30 / 14h-17h</p>

Av. 12 de Setembro - CP 791 - Mindelo - São Vicente - Cabo Verde
Horário Funcionamento: 2ª às 6ª feira _ 08h -12h30 / 15h -18h30

Tel: + (238) 231 0827 / 232 4464
Sabado: 09h - 11h30

Análise de Registos Clínicos dos Doentes Diabéticos Seguidos nas Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde da Cidade da Praia⁽¹⁾

Autora:

Lima Mendonça, Maria da Luz (2)

- (1) Apresentado no 2º Congresso de Medicina Tropical, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, 20 a 23 de Abril de 2013 e no 6º Congresso Médico Nacional, Mindelo – Cabo Verde, 29 a 31 de Maio de 2014. Entregue para publicação na revista da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos a 25 de Abril de 2016.
- (2) Médica, Especialista em Medicina do Trabalho pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; Especialista em Saúde Pública pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa; Mestre em Saúde e Desenvolvimento pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.



Resumo:

Introdução: O registo clínico permite ao médico recolher dados úteis e essenciais dos doentes, que irão apoiá-lo nas diversas decisões que é obrigado a tomar e constitui um instrumento fundamental de decisão.

Objetivos: Determinar a qualidade dos registos das fichas clínicas das consultas dos doentes diabéticos seguidos nas instituições prestadoras de cuidados de saúde da cidade da Praia.

Métodos: Foi feito um estudo descritivo, utilizando como método de colheita de dados os processos clínicos. Foram utilizadas as fichas clínicas dos doentes da consulta programada de diabetes de duas das instituições prestadoras de

cuidados de saúde da Cidade da Praia em Cabo Verde: O Centro de Saúde de Achada de Santo António e a Cruz Vermelha de Cabo Verde. Para suporte de informação foi constituída uma matriz. Relativamente à avaliação da qualidade dos processos clínicos, foram analisadas todas as fichas clínicas utilizadas na recolha de dados e calculada a percentagem das respostas das variáveis de estudo.

Resultados e Discussão: Ao todo foram analisados 327 processos clínicos e colhidos dados de 20 variáveis incluindo dados sócio-demográficos e clínicos. O grau de preenchimento das fichas clínicas foi avaliado tendo em conta a presença de informação para cada uma das variáveis de estudo. Após a obtenção de todos os dados aplicou-se uma escala de avaliação proposta pela investigadora.

As informações sobre as variáveis sexo, idade, concelho de residência, estado civil, tipo de diabetes, glicémia em jejum, hipertensão arterial, neuropatia, amputação e tipo de tratamento foram classificadas como muito bom por terem sido encontradas em pelo menos 95% dos processos clínicos. Por outro lado, as classificadas como muito mau (menos de 50%), foram as informações relacionadas com a variável estado civil.

Conclusões

Verifica-se que no geral a qualidade de preenchimento das fichas pode ser melhorada tendo em conta que a qualidade dos registos clínicos pode ser um contributo para a melhoria da qualidade da assistência.

Palavras-chave: Cabo Verde, registo clínico

Introdução

A prática clínica teve desde sempre como uma das principais ferramentas o registo clínico que permite ao médico recolher dados úteis e essenciais dos doentes que irão apoiá-lo nas diversas decisões que é obrigado a tomar e constitui portanto um instrumento fundamental de decisão. Sabe-se que o registo clínico é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, ou seja, a qualidade dos registos efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto-chave para informar acerca do processo de trabalho. (1)

Um bom registo é fundamental para uma boa abordagem do utente (2).

A utilidade do registo clínico vem assumindo uma importância cada vez maior e a era da informática tem possibilitado em vários países o registo eletrónico, com claras vantagens sobre o “registo em papel”. A definição de registo clínico de acordo com o Conselho Federal de Medicina do Brasil em 2002, na resolução nº 1638, de 2002, no Artigo 1º, é “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registadas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que

possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (itálicos nossos) (3).

O registo clínico é portanto um instrumento de trabalho que permite a comunicação entre os serviços, avaliar a qualidade de serviços, pode até certo ponto decidir as políticas de saúde e, se necessário, servir de instrumento de defesa legal. Por outro lado, é um documento que favorece as atividades de pesquisa, cuidado prestado ou a prestar, ensino e administração (2).

As duas características fundamentais de um registo clínico são a simplicidade e a acessibilidade. As vantagens de ter bons registos clínicos são numerosas e indiscutíveis e constituem uma memória preciosa para o médico (4).

Os registos ou anotações clínicas devem ser completos e regularmente organizados.

Em muitas instituições prestadoras de cuidados de saúde não se fazem, por hábito, registos clínicos (fichas clínicas) de doentes. A ausência de informações pode não ser a causa dos problemas de saúde mas é de salientar que a existência de informações anotadas, credíveis pode facilitar o conhecimento e a análise da situação, podendo ser um contributo importante para aprimorar a qualidade da assistência.

Este estudo foi realizado na cidade da Praia em Cabo Verde nos consultórios médicos da Cruz Vermelha de Cabo Verde (que se localiza no Centro de idosos) e no Centro de Saúde da Achada de Santo António (um dos bairros da Capital), **no âmbito do estudo** sobre “Qualidade de cuidados aos doentes diabéticos seguidos nas consultas de diabetes da cidade da Praia – Cabo Verde”.

Objetivos do estudo

Avaliar a qualidade dos registos clínicos das consultas programadas de diabetes nas instituições prestadoras de cuidados de saúde da cidade da Praia.

Tipo de estudo

- Foi realizado um estudo descritivo de tipo transversal;

- Avaliação da qualidade dos registos clínicos;

A unidade de estudo utilizada foi o processo clínico que contem informações sobre os doentes. O seu preenchimento é manual. Foram utilizados todos os processos clínicos selecionados para o estudo do controlo da diabetes, ao todo 327 fichas clínicas, que foram retiradas dos ficheiros das consultas programadas de diabetes nas duas instituições prestadoras de cuidados selecionadas.

O preenchimento da ficha elaborada para o efeito foi feito através da observação direta dos processos clínicos. As variáveis em estudo foram definidas de acordo com o interesse do estudo sobre a diabetes.

O plano de análise utilizado foi a “avaliação” do grau de preenchimento dos processos clínicos e sua classificação numa escala de qualidade pré-estabelecida.

Foram ainda consideradas as respostas **sim** quando havia dados do processo que respondiam à variável e **não** quando não havia nenhuma evidência no processo clínico da existência das resposta ou outra característica relacionada com a resposta.

Após a obtenção de todos os valores aplicou-se uma escala de avaliação.

Atendendo a que não foi encontrada nenhuma escala de medida que se aplicasse diretamente ao objetivo do estudo, foi elaborada pela investigadora esta escala com base em estudos semelhantes realizados em alguns países (Brasil e Portugal).

Em relação à qualidade do registo foi considerada a completude da informação necessária para o estudo (considerando todos os aspetos do estudo relevantes para o controlo dos doentes diabéticos) que foi medida pela proporção de **informação ignorada** ou seja pela proporção de **não** resposta.

Baseado nos critérios de Romero & Cunha (5) a escala utilizada no estudo abrangeu os seguintes graus de avaliação: excelente (menor de 5% de **não** preenchimento), bom (5%-10%), regular (11%-20%), mau (21%-50%) e muito mau (mais de 50%).

Após o preenchimento de todas as fichas com recolha de todos os dados disponíveis, esses foram introduzidos numa base de dados SPSS versão 13.

Considerações éticas

O presente estudo foi submetido para apreciação ao Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde do Ministério da Saúde, em 16/03/2012, nos termos do artigo 5º de Decreto-Lei nº 26/2007, tendo tido o parecer favorável dessa Comissão conforme deliberação nº9/2012.

Apresentação dos resultados

Escala	% Não	Variáveis
Muito bom	<5 %	Sexo, idade, concelho de residência, tipo de diabetes, glicémia em jejum, hipertensão arterial, neuropatia, tipo de tratamento
Bom	5-10 %	Nacionalidade, data da descoberta da doença, peso, nefropatia
Razoável	11-20 %	Situação económica, história familiar, hemoglobina glicosilada, colesterolémia, trigliceridémia, altura
Mau	21 a 50 %	Segurança social, escolaridade, retinopatia, pé diabético, cardiopatia isquémica
Muito mau	> 50 %	Estado civil

Quadro 1. Resultados

4. Discussão e Conclusão

Um dos constrangimentos observados na realização deste estudo teve a ver com a ilegibilidade de alguns processos.

Grande parte dos escassos estudos feitos internacionalmente sobre essa matéria, têm evidenciado a baixa qualidade do registo em saúde. Estudos feitos no Brasil, nos anos 1980 (6),

constataram elevada frequência de diagnósticos ilegíveis, incoerências de registos e ausência de diagnóstico nos processos clínicos. A qualidade dos processos clínicos foi também estudado por Scochi (7) em serviços ambulatoriais no Paraná, nos anos 1990 o que demonstrou a fraca utilização dos mesmos como fonte de informação, tanto para acompanhamento dos pacientes como para avaliação dos serviços.

A introdução e a progressiva utilização do registo eletrónico em saúde poderão colmatar alguns destes constrangimentos sobretudo se forem introduzidos os campos obrigatórios e outros parâmetros que permitirão fazer estudos mais completos.

Os profissionais de saúde não têm dado a devida importância à existência e preenchimento correto e completo dos processos clínicos.

Admite-se que a análise dos processos clínicos poderá contribuir para a melhoria das informações em saúde e conseqüentemente para a melhoria não só da relação médico doente como da saúde da população em geral.

Bibliografia

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA [edição online] 1988, September [acedido a 01/03/2012] 260:1743-8. Disponível na World Wide: <http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/>

[The_Quality_of_Care_How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf](#)

2. Vasconcellos MM et al.2, Caeiro Rui Trabucho – Registos clínicos em medicina familiar: Lisboa: Instituto de clínica geral da Zona Sul. 1991. 1ª edição– 4. Portugal Ministério da Saúde – Direcção Geral dos Cuidados Primários.
3. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União [edição online] 2002, Agosto [acedido a 01/05/2012] Seção I, p.184-5. Disponível na World Wide: http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm
4. Ramos Víctor: A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VGBM Comunicação Lda., 2008. - 1261ª Edição Setembro 2008
5. Romero DE, Cunha, CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). Cadernos de Saúde Pública [edição online] 2006, Março [acedido a 01/05/2012] 22 (3): 673-684. Disponível na World Wide: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300022
6. Lotufo M, Duarte EC. Avaliação dos serviços de saúde do Município de Cáceres, MT (Brasil): contribuições à programação local. Revista de Saúde Pública [edição online] 1987, [acedido a 01/05/2012] 21: (5): 427-438. Disponível na World Wide: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n5/08.pdf>
7. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registos e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. Cadernos de Saúde Pública [edição online] 1994, jul./set. [acedido a 01/05/2012] 10 (3): 356-67. Disponível na World Wide: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10n3/v10n3a15.pdf>



Av. Santiago, Palmarejo
 Cidade da Praia - Cabo Verde
 Tel.: +238 2629398 - Fax: + 238 2629377
 Email: farmacianuniversal@sapo.cv

Sarcoma de Kaposi e Diabetes: Relato de um Caso

Autores:

Jorge Barreto(1)

Hirondina Spencer(2)

Raquel Fernandes(3)

(1) Infeciologia, Hospital Dr. Agostinho Neto;

(2) Oncologia, Hospital Dr. Agostinho Neto;

(3) Dermoclin, Clínica de Medicina e Dermatologia, Cidade da Praia, Cabo Verde.



Introdução

O sarcoma de Kaposi (SK), descrito originalmente por Moritz Kaposi em 1872 como “sarcoma pigmentado múltiplo idiopático da pele”, é uma neoplasia angioproliferativa maligna resultante da infecção por Herpes Vírus 8 (HHV-8).¹ Existem quatro variantes clínico-epidemiológicas conhecidas que possuem as mesmas características histológicas, segundo classificação descrita por Stebbing et al. em 2003,² que classificam as manifestações clínicas de acordo com sua apresentação:

1. Clássico ou esporádico (mais prevalente na América do Norte, em descendentes de judeus do leste europeu e de povos do Mediterrâneo): tipicamente uma ou mais lesões nas pernas, nos tornozelos, ou nas plantas, sendo mais frequente em homens idosos;
2. Africano/endêmico (principalmente regiões ao Sul do Saara): mais frequente em crianças e adultos jovens negros.

3. Latrogénico/imunossupressão: mais frequente em doentes transplantados ou em uso de medicamentos imunossupressores.
4. Epidémico/associado à infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH): mais frequente em homens adultos, jovens homossexuais e bissexuais.

Entretanto, também pode ocorrer em indivíduos imunocompetentes, embora seja raro (incidência anual de 0,002%), que apresentam habitualmente a forma clássica.³ O SK clássico apresenta-se com lesões cutâneas maculopapulares/nodulares de colorações vermelha ou violácea, de predomínio nos membros inferiores, associadas a linfedema secundário à obstrução das vias linfáticas pela pressão exercida pelas lesões.¹⁻⁶ O envolvimento extracutâneo é raro (<10%) e atinge sobretudo o trato gastrointestinal. Tem uma evolução indolente e raramente origina metástases, sem interferir na sobrevida dos doentes.¹⁻⁶ Os objetivos do

tratamento são a palição sintomática, a diminuição das dimensões das lesões e retardar a progressão da doença.

Um estudo realizado pela *Food and Drug Administration* (FDA), dos Estados Unidos da América, revelou que a prevalência de SK em 84.910 doentes com diabetes mellitus foi de 0,01%.¹²

Caso Clínico

Os autores apresentam o caso clínico de um homem melanodérmico de 79 anos de idade, que foi atendido nas consultas de Infeciologia, Dermatologia e Oncologia entre os meses de Março e Maio de 2013 por causa de lesões cutâneas violáceas e edema de membros inferiores de evolução prolongada. Tem antecedentes de hipertensão arterial em tratamento com furosemide e atenolol e diabetes mellitus de diagnóstico recente (< 6 meses) medicado com metformina. Nega alcoolismo, tabagismo, hemotransfusões, uso de drogas injetáveis e outras doenças graves. Também nega emagrecimento. Ao exame objetivo, apresentava-se com bom estado geral, eutrófico, lícido, autónomo, corado, anictérico, com lesões cutâneas maculopapulares violáceas e indolores nos membros e na região periumbilical, de dimensões e distribuição variáveis, com edema moderado dos membros inferiores. Sem adenopatias palpáveis.



Figura 1

Nódulos violáceos indolores, com descamação superficial, sugestivos de sarcoma de Kaposi na mão esquerda do doente.



Figura 2

Lesões violáceas ligeiramente elevadas, indolores nos pés e tornozelos, associado a edema, sugestivos de sarcoma de Kaposi.



Figura 3

lesões maculopapulares violáceas em placa, indolores na região infra e paraumbilical

Confirmou-se posteriormente que as lesões originaram-se nos membros inferiores, tendo atingido os superiores e abdómen, ao longo de 4 anos de evolução. Foi realizada biópsia cutânea das lesões em França, cujo resultado foi compatível com SK. Dos outros exames complementares destacam-se: serologias para VIH 1 e 2, AgHBs e hepatite C negativas, anti-HBc IgG e HHV-8 positivas, glicemia de jejum = 116mg/dl. Diagnosticou-se por critérios clínicos, analíticos e histológicos, um SK clássico.



O doente mantém bom estado geral e encontrava-se em seguimento pelo Serviço de Oncologia do Hospital Dr. Agostinho Neto (HAN), que propôs terapêutica quimioterápica sistémica.

Discussão

O SK é uma neoplasia angioproliferativa maligna resultante da infeção por Herpes Vírus 8 (HHV-8) e está frequentemente associada a estados de imunodepressão, particularmente por VIH. Neste caso trata-se de SK num doente imunocompetente, que é uma situação bastante rara.

O SK apresentado pelo doente encaixa-se na definição de SK clássico, apesar de ser mais prevalente na América do Norte, em descendentes de judeus do leste europeu e em povos do Mediterrâneo.

A relação do SK com a diabetes não é bem explicada pelo fato de ser rara, mas acredita-se que possa haver um mecanismo imunitário relacionado com o sistema antigénio leucocitário humano (HLA), mas também não se pode descartar a hipótese de baixa imunidade relacionada com extremos etários.¹³

Os principais diagnósticos diferenciais são angiomatose bacilar, granuloma piogénico, verruga peruana, linfoma cutâneo de células T, linfoma de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin e infeção por micobactérias atípicas.

Vários tratamentos têm sido utilizados no SK clássico, embora não haja cura definitiva até o momento. Depende da extensão e localização das lesões, tipo clínico da doença e do estado geral do doente, podendo variar desde a excisão simples, criocirurgia e laserterapia, até à utilização de quimio e/ou radioterapia. Recentemente tem havido relatos de terapias hormonal e imunomoduladora bem-sucedidas, como a utilização de interleucina-2, gonadotrofina coriónica e interferão.

Neste caso, o Serviço de Oncologia do Hospital Dr. Agostinho Neto optou pelo tratamento sistémico e propôs três opções de quimioterapia a cada 21 dias: 1- cisplatina associado a etoposide; 2- Paclitaxel; 3- Adriamicina lipossomal.

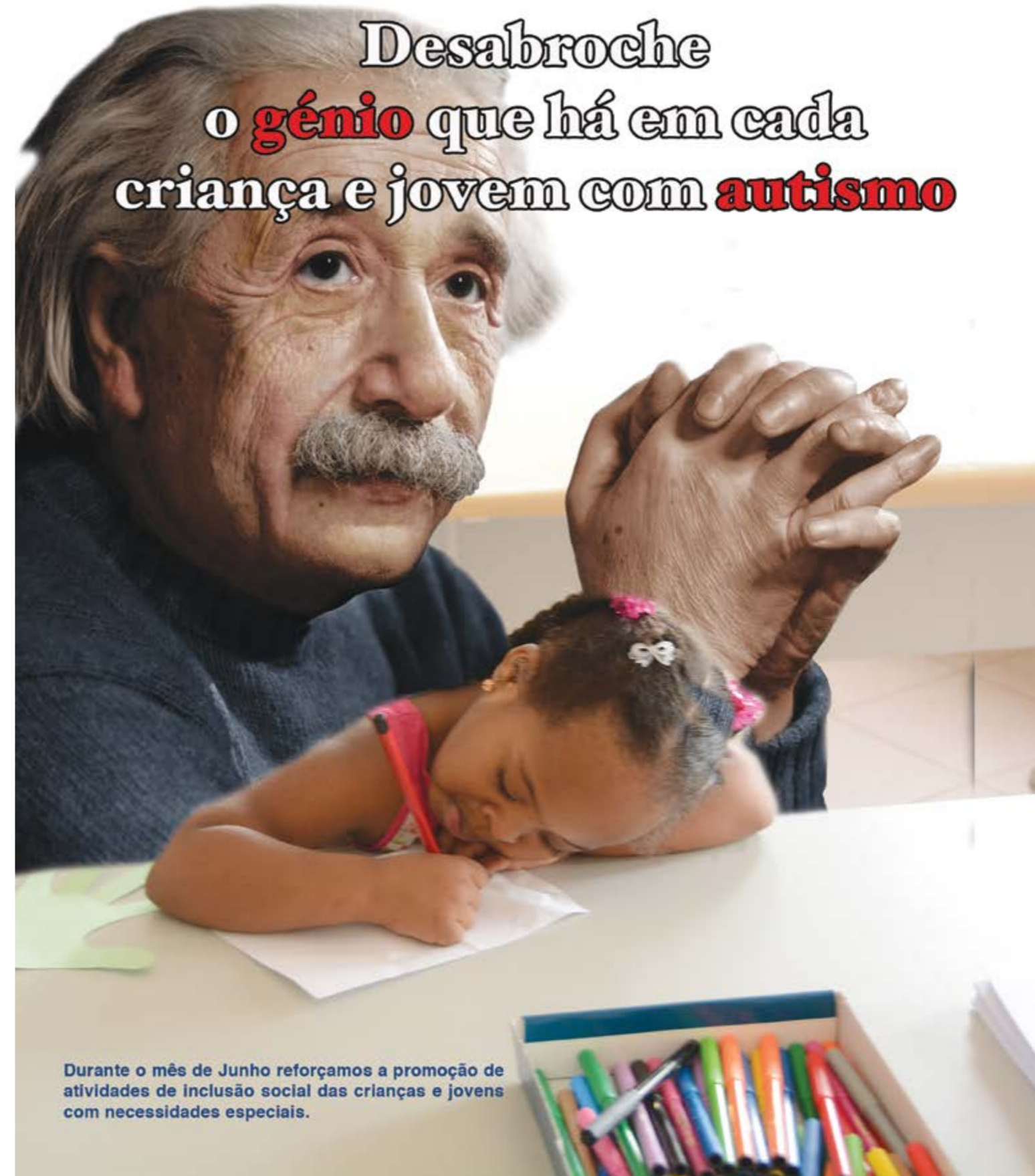
Conclusão

O sarcoma de Kaposi pode apresentar-se em variantes clínicas raras não associadas a deficiência imunitária por VIH ou a neoplasias, o que pode dificultar o diagnóstico. Neste doente, a evolução foi indolente, sem comprometer o seu estado geral e houve confirmação das lesões por biopsia. Nestes casos, há a possibilidade de fazer quimioterapia sistémica no país, o que poderá melhorar as lesões e o edema.

Bibliografia

1. Leão J.C., Hinrichsen S.L., Freitas B.L. de, Porter S.R. Herpes vírus humano-8 e Sarcoma de Kaposi. Rev. Assoc. Med. Bras. 1999. 45(1): 55-62.
2. Stebbing J, Portsmouth S, Bower M. Insights into the molecular biology and sero-epidemiology of Kaposi's sarcoma. Curr Opin Infect Dis. 2003;16:25-31.
3. Patrikidou A, Vahtsevanos K, Charalambidou M, Valeri RM, Xirou P, Antoniadis K. Non-AIDS Kaposi's sarcoma in the head and neck area. Head Neck. 2009;31:260-8.
4. Potthoff A, Brockmeyer NH. HIV-associated Kaposi sarcoma: pathogenesis and therapy. J Dtsch Dermatol Ges. 2007 Dec;5(12):1091-4. Epub 2007 Oct 18.
5. Fonseca BAL, Bollela, VR, da Justa P Neto. Sarcoma de Kaposi e síndrome da imunodeficiência adquirida: características desta associação, incluindo novos conceitos sobre patogênese e tratamento. Medicina, Ribeirão Preto. 1999;32:26-39.
6. Friedman-Kien AE, Saltzman BR. Clinical manifestations of classical, endemic African, and epidemic AIDS-associated Kaposi's sarcoma. J Am Acad Dermatol. 1990;22:1237-50.
7. Marchell N, Alster TS. Successful treatment of cutaneous Kaposi's sarcoma by the 585-nm pulsed dye Laser. Dermatol Surg 1997;28(10):973-5.
8. Gottlieb JJ, Washenik K, Chachua A, Kien AF. Treatment of classic Kaposi' sarcoma with liposomal encapsulated doxorubicin. Lancet 1997;350(8):1363-4.
9. Albin A. The B-core fragment of human chorionic gonadotrophin inhibits growth of Kaposi's sarcoma derived cells and a new immortalized Kaposi's sarcoma cell line. Aids 1997;11(6):713-21.
10. Harris PJ. Intralesional human chorionic gonadotropin for Kaposi's sarcoma. NEJM 1997;336(36):187-8. Shibagaki R, Kishimoto S, Takenaka H, Yasuno H. Recombinant interleukin 2 monotherapy for classic Kaposi sarcoma. Arch Dermatol 1998;134(10):1193-6.
11. Hauschild A, Dunsche PC. Intralesional treatment of classical Kaposi sarcoma with interferon-alpha. Hautarzt 1992;43(12):789-91.
12. eHealthMe - Real World Drug Outcomes. <http://www.ehealthme.com/>. Acedido a 23/04/13.
13. Ronchese F, Kern AB. Kaposi's sarcoma and diabetes mellitus. AMA Arch Derm Syphilol. 1953;67(1):95-96.

Desabroche o génio que há em cada criança e jovem com autismo



Durante o mês de Junho reforçamos a promoção de atividades de inclusão social das crianças e jovens com necessidades especiais.

Angiologia e Cirurgia Vascular

Doença aorto-iliaca A Propósito de 16 casos Clínicos

Autor:

José Prates Raposo (1)

Serviço de Cirurgia Geral do HAN . Director Dr. Victor Costa
Serviço de cardiologia do HAN. Directora Dr^a. Irenita soares
Serviço de imagiologia do HAN. Director Dr. Luiz Gonzalez

(1) Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pelos Hospitais Cívicos de Lisboa e pela Ordem dos Médicos de Portugal.

Ex-estagiário nos Hospitais Universitários de Montpellier, Tours, Paris e Lausanne.

Cooperante no HAN – Hospital Agostinho Neto, cidade da Praia, Cabo Verde.

Resumo

A DAOP – Doença Arterial Obstrutiva Periférica dos membros inferiores nos seus diversos estádios e padrões tem certamente uma elevada incidência em Cabo Verde. Devido aos fatores de risco clássicos e bem conhecidos mas também a fatores de ordem regional.

O diagnóstico desta doença, sendo por vezes muito fácil e evidente, só depois do recurso ao Eco-Doppler foi possível um melhor rastreio e caracterização desta patologia.

Mais recentemente, a disponibilização do Angio-TAC no HAN, foi um avanço notável para a orientação terapêutica e eventual seleção para evacuação para serviço de especialidade.

O autor apresenta um estudo prévio e inédito assente na revisão de 16 casos de doença aorto-iliaca - DAI detetados no HAN nos últimos 24 meses.

Pretende-se assim chamar a atenção dos profissionais de saúde para uma doença relativamente frequente, assintomática nos estádios iniciais, de evolução silenciosa e traiçoeira, podendo evoluir para situações altamente incapacitantes nomeadamente amputações dos membros.

Introdução

A DAOP – Doença Arterial Obstrutiva Periférica é uma doença de elevada prevalência no mundo ocidental e nos países em vias de desenvolvimento sobretudo a partir de meados do Séc. XX com o envelhecimento da população e com o aumento acentuado da diabetes, da aterosclerose e do tabagismo.



Angio-TAC aorto-ilio-femoral
Lesões vasculares extensas e graves

De início insidiosa e assintomática a DAOP evolui para claudicação intermitente dos membros e posteriormente para situações de dor em repouso, ulcerações e / ou gangrena das extremidades. Situações estas caracterizadas clinicamente com uma classificação em quatro estádios depois de Leriche e Fontaine.

As principais causas de DAOP são a aterosclerose e a diabetes, funcionando o tabagismo como um importantíssimo fator predisponente e agravante. 90 % dos casos é causado por aterosclerose.

Além da aterosclerose, outras causas de DAI podem ocorrer embora muito menos frequentes. Nomeadamente coartação da aorta ou arterites específicas; Doença de Takayasu, Doença da Marfan, etc.

A maioria dos doentes não chega no entanto a desenvolver sintomas atribuíveis à DAOP. Em relação à clínica os doentes são tipicamente divididos em 2 grupos:

- **Doentes com claudicação intermitente.**
- **Doentes com isquémia crítica dos membros inferiores.**

A evolução desta doença é no entanto imprevisível, podendo ser rápida (inferior a 36 meses) ou lenta (> 10 anos), o que depende de múltiplos fatores, nomeadamente da precocidade do diagnóstico e do tratamento correcto e eficaz.

Felizmente a grande maioria destes doentes são apenas do foro médico, não evoluindo para os estádios mais avançados (estádios III e IV de Leriche e Fontaine) e não necessitando de terapêutica cirúrgica.

Em termos e na perspectiva cirúrgica e de acordo com a localização predominante das lesões, o cirurgião vascular sistematiza os doentes com DAOP em três padrões distintos:

- A - Doença aorto-iliaca – DAI.**
- B - Doença femoro-popliteia.**
- C - Doença das artérias distais tíbio-peroneais.**

Os padrões mais frequentes são sem dúvida os padrões de **doença femoro-popliteia e doença distal** e relacionadas com o aparecimento e a evolução da diabetes.

Não sendo certamente a mais frequente, a **doença aorto-iliaca**, quase sempre associada ao tabagismo é particularmente mais fácil de diagnosticar e mais importante do ponto de vista terapêutico, pois condiciona toda a irrigação dos membros, das artérias viscerais e é mais passível de terapêutica cirúrgica especializada.

O diagnóstico da doença aorto-iliaca DAI é por vezes muito fácil e evidente e assenta na palpação dos pulsos femorais e no estudo Eco-Doppler que apresenta um padrão muito característico – figura anexa.

A Angio-TAC faz-se apenas nos estádios avançados da doença e na perspectiva cirúrgica. Pois trata-se de um exame invasivo, cruento e não isento de riscos. Este exame permite pois uma boa caracterização anatómica, topográfica, funcional e etiológica da doença, bem como a melhor opção cirúrgica.

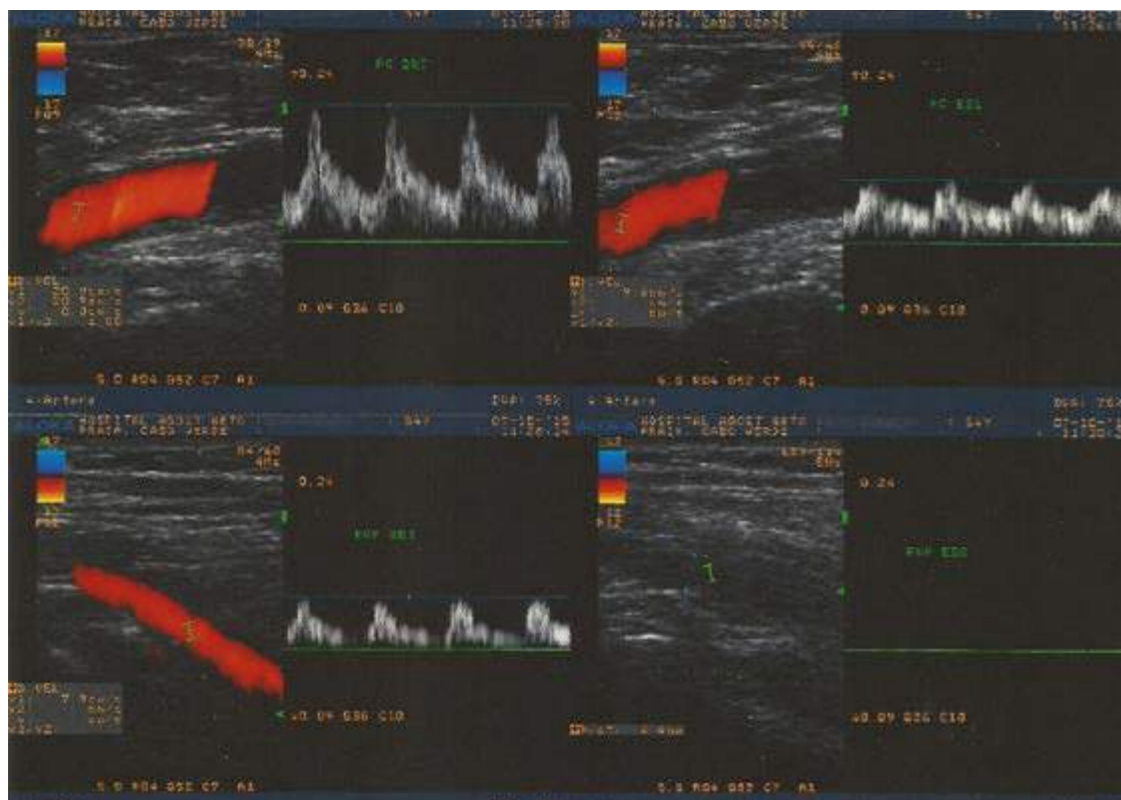
Pelo seu carácter difuso, a presença de doença aterosclerótica num determinado território arterial correlaciona-se fortemente com a presença de doença aterosclerótica em outros territórios arteriais:

- **40 a 60 % dos doentes com DAOP têm doença coronária.**
- **20 a 50 % dos doentes com DAOP têm doença cerebro-vascular.**

A Cirurgia Vascular é uma especialidade que evoluiu extraordinariamente nas últimas décadas e oferece hoje neste setor muitas variedades de intervenção, entre elas endarterectomia, pontagens aorto-iliacas, enxertos de interposição e mais recentemente angioplastias e endoprotéses cada vez mais diferenciadas – Stentes.

A complexidade desta cirurgia exige no entanto adequados e específicos meios técnicos, materiais e humanos que a tornam indicada para centros devidamente equipados e experientes em cada setor, sendo a indicação de cada ato cirúrgico motivo de discussão e ponderação de equipas multidisciplinares, incluindo não só o cirurgião vascular, mas também anestesista, cardiologista e radiologista de intervenção com experiência de angiografia diagnóstica e terapêutica.

Apresentamos em seguida uma análise sumária dos 16 doentes diagnosticados num período de 24 meses no HAN com DAI – Doença Aorto-Ilíaca e no âmbito de uma consulta regular de Angiologia e Cirurgia Vascular.



Eco-Doppler Cor . Lesões extensas ilíaco-femoro-popliteias

Análise Sumária

Numa consulta regular recente de cirurgia vascular, e num período de 24 meses, em doentes com DAOP foram diagnosticados com padrão de doença aorto-ilíaca – DAI, 16 casos. Um de coarctação da aórtica torácica, dois de oclusão da bifurcação aórtica, e os restantes doença aórtica ou aorto-ilíaca de causas diversas.

13 do sexo masculino (81,3 %) e 3 do sexo feminino (18,7 %).

Com idades compreendidas entre os 3 e os 88 anos e assim distribuídos:

- Sexo masculino: 13 entre os 3 e os 81 anos.
- Sexo feminino: 3 entre os 26 e os 88 anos.

A principal causa de doença foi certamente a aterosclerose, mas também e em menor número

Comenta-se a análise possível da presente série, bem como das propostas ou terapêuticas efetuadas, e apresentamos ainda exames Eco-Doppler e Angio-TAC de alguns casos bem típicos e esclarecedores com objetivo puramente didático.

as arterites inespecíficas (Doenças de Marfan e de Takayasu) e outras.

Detetámos apenas dois casos de aneurisma da aorta abdominal e não encontramos doentes suspeitos de síndromes aórticas agudas (SAA) nomeadamente dissecção aórtica ou hematoma intramural.

Apresentavam história de tabagismo acentuado 10 doentes, 62,5 % do total. No entanto, se nos reportarmos apenas ao sexo masculino e se excluirmos 3 jovens; 2 por traumatismo com arma de fogo e 1 pela menor idade (3 anos), o factor tabagismo representa 100 % do total da mesma série (10 em 10). Mais de 10 anos e mais de 20 cigarros dia.

- 12 doentes apresentavam hipertensão arterial e apenas 2 história de diabetes.

- 10 doentes apresentavam claudicação intermitente e 4 isquémia crítica.
- 3 doentes foram amputados pelo 1/3 inferior da coxa, sendo 1 deles de 33 anos.
- 3 doentes encontram-se em terapêutica médica e avaliação periódica.
- 10 doentes foram propostos para evacuação no estrangeiro após realização de Eco-Doppler e / ou Angio-TAC com a indicação para eventual cirurgia de revascularização arterial em serviço da especialidade (Portugal, Holanda, Estados Unidos).

Nos doentes propostos para evacuação foram efectuadas as seguintes cirurgias:

- 1 Bypass longo aorto-bi-femoral e renal esquerda – aorta torácica.
- 1 Bypass longo aorto-bi-femoral – aorta torácica e múltiplas artérias digestivas.
- 2 Bypass aorto-bi-femorais – aorta abdominal.
- 1 Cross-Over femoro-femoral direito esquerdo.
- 1 Amputação pelo terço inferior da coxa.
- 2 doentes continuam a aguardar a oportunidade de evacuação e outros 2 desconhece-se o seu paradeiro.

Conclusão

Existe uma elevada incidência de doenças vasculares em Cabo Verde nomeadamente de Doença Arterial Obstrutiva periférica – DAOP, incluindo o padrão DAI.

Esta doença afeta preferencialmente o sexo masculino e a terceira idade, sendo o principal fator de risco o tabagismo.

Em relação ao padrão de doença aorto-iliaca – DAI numa série de 16 casos diagnosticados 3 foram amputados localmente, 10 foram propostos para evacuação, tendo 5 deles beneficiado de cirurgia de revascularização e 1 sofrido de amputação pelo terço inferior da coxa.

Alguns doentes são condicionados por um processo de evacuação muito complexo e moroso perdendo-se o timing de uma intervenção atempada e adequada em serviço de especialidade.

O HAN – Hospital Dr. Agostinho Neto dispendo atualmente de Eco-Doppler Cor e de Angio-TAC,

tem condições para a identificação e caracterização anatómica e hemodinâmica destes doentes, essencial para a orientação terapêutica.

No entanto os dados dos testes anatómicos de imagem devem ser sempre analisados em conjunto com os testes hemodinâmicos.

A terapêutica cirúrgica deverá ser ponderada caso a caso por uma equipa multidisciplinar e com a rapidez que a situação exige. A evacuação é por vezes necessária.



Angio-TAC . Oclusão extensa da íliaca direita

Dedicatória

A todos os que entendem que as cirurgias especializadas, vascular, pediátrica, plástica e reconstrutiva, bem como urológica e neurocirúrgica são absolutamente necessárias e imprescindíveis num Hospital Central.

Longe vão os tempos do (Mestre de tudo ...) e dos colégios de cirurgiões e barbeiros.

Bibliografia

1. Pratique de Eco-Doppler Couleur | M.C. Plainfosse . Masson . Paris . 1993
2. Exame Arterial . Eco-Doppler Cor . J. Prates Raposo . Lisboa 2005.
3. Noninvasive Evaluation of the Aorto Iliac Segment A.V. Persson, G. Gibleons e outros . Boston USA . Jrn. Cardio. Surg. 1991.
4. Techniques de Chirurgie Vasculaire | B. Andreassian, A. Carpentier e outros . Masson Paris . 1984
5. Rutherford's Vascular Surgery . 7ª Edição . Philadelphia . Els. Saunders 2010
6. Manual de Angiologia e Cirurgia Vascolar Edição Serv. Angiologia e Cirurgia Vascolar . Hosp. Santa Marta . 2013
7. Recomendações sobre o diagnóstico e tratamento da doença arterial periférica Edição Sociedade Europeia de Cardiologia . 2013



Cuide da sua Saúde,
pratique Desporto

Depressão e a Clínica Psicológica

Autora:

Belmira Miranda

Mestre em Saúde Pública | Psicóloga Clínica



Introdução

Normalmente se ouve falar da Depressão por altura do Dia Mundial da Saúde Mental que se comemora a 10 de Outubro, mas precisamos falar sobre este tema durante o ano inteiro pelo enorme sofrimento que causa às pessoas e pelos riscos que acarreta.

O conceito de saúde da OMS, que se refere ao bem-estar geral da pessoa, precisa ser constantemente lembrado e debatido para que a população possa se apropriar do seu verdadeiro sentido.

A palavra em si é de uso comum e em Cabo Verde já é muito usada mas muitas vezes para se referir à tristeza. Também a palavra *depressiva* é de uso corrente para se falar de percepções sobre as pessoas.

É necessária a abordagem do tema em vários setores da sociedade para que os indivíduos que sofrem possam receber o devido tratamento e se possa fazer a sua prevenção, aliada à prevenção do suicídio.

A procura de ajuda vem aumentando com o tempo, desde encaminhamentos feitos pelos técnicos da saúde até familiares que solicitam orientação e apoio para seus membros que apresentem sintomas de Depressão.

Mas é preciso que se desmistifique o tema, que as pessoas possam ter acesso a informações claras, e que sejam sensibilizadas para o fenómeno da Depressão nas suas diferentes formas.

A Doença Depressiva

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, a depressão afeta mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que a tendência é para o aumento e já existe um número significativo de pessoas que usam antidepressivos. Estima-se que em 2020 a depressão será das doenças com maior prevalência na população geral e com maior impacto social.

A depressão é considerada a primeira causa de incapacidade a nível do planeta e não atinge unicamente a população adulta, tem aumentado na população infantil e adolescente com início cada vez mais cedo. Dados apontam que 20% a 30% da população pode sofrer de sintomas depressivos no intervalo de um ano.

Estudos referem que ao longo da vida cerca de 21% das mulheres e 13% dos homens irão sofrer de depressão. As mulheres aparentam ser mais atingidas por esta patologia, sendo que as que possuem história prévia de depressão, rendimentos baixos e que fazem uso de benzodiazepínicos, são mais afetadas pela perturbação. Autores apontam que tanto fatores biológicos como sociais encontram-se na origem desta maior incidência nas mulheres.

Enfatiza-se que no caso do género feminino, a prevalência e a incidência da depressão variam consoante a idade, havendo uma taxa mais alta entre os 35-45 anos. Por outro lado, no que tange ao género masculino, as taxas mais altas de depressão são verificadas com o avançar da idade.

Ultimamente com maiores conhecimentos sobre desenvolvimento e estudos sobre psicopatologia na criança, chegou-se à evidência científica de que é possível diagnosticar perturbações depressivas tanto na criança como no adolescente.

A doença depressiva já é considerada uma perturbação familiar originada pela interação de vulnerabilidades biológicas e influências ambientais onde se destacam as relações familiares, os acontecimentos familiares e as redes de suporte.

Segundo Wilkinson, Moore & Moore (2005), a perturbação depressiva é um aumento elevado das sensações diárias que acompanham a tristeza. Refere-se a uma perturbação do humor com gravidade e duração variáveis, constantemente recorrente e que se apresenta com uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.

Mas é importante fazer uma distinção entre a doença depressiva e a tristeza, no sentido da população ficar mais informada e sensibilizada, pois, como foi referido acima, há um uso corrente da palavra depressão atualmente.

Lucas e Ferreira (2014), consideram que a tristeza pode ser classificada como uma emoção negativa, que sabe-se que vai passar e é causada por uma contingência externa. A depressão, por sua vez, é uma perturbação do foro psicológico e é mais que um estado de humor temporário. Mesmo que as contingências externas sejam semelhantes, o sentimento de dor da depressão parece se prolongar para além das mesmas.

A tristeza aparece como uma reação à perda e o funcionamento comportamental se mantém, e não existe o risco de suicídio. Enquanto que a depressão implica na diminuição da autoestima, autovalorização e, em alguns casos, há ideação ou risco de suicídio.

A tristeza é um sentimento global originada por situações de desapontamento, perda e contrariedades. A depressão é uma perturbação do humor que afeta o funcionamento da pessoa em diversas esferas, inclusive a capacidade de pensar, de se relacionar com as pessoas e de trabalhar. Quando o indivíduo apresenta uma alteração do humor que dura mais do que duas semanas, considera-se que possui uma perturbação do humor e nota-se a presença de uma variedade de sintomas.

Para Wilkinson, Moore & Moore (2005), pode-se reconhecer a perturbação depressiva quando se evidenciam alguns dos seguintes sintomas: humor triste persistente, perturbações do sono, perda do interesse ou do prazer por atividades habituais, diminuição da energia e fadiga, perda de apetite, autorrecriminação e culpa, incapacidade de concentração e tomada de decisões, postura e gestos característicos e diminuição do desejo e da função sexual.

Os autores acima defendem que o diagnóstico de depressão deve ser feito com base no tipo, duração persistência e número dos sintomas característicos presentes. Nos quadros mais graves, a tristeza e o sofrimento são incapacitantes e desproporcionados em relação a qualquer fator de stress que a pessoa tenha passado.

A doença depressiva pode manifestar sintomas somáticos e os mais frequentemente relatados são: cefaleias, lombalgias, outras dores localizadas, palpitações, dispneia e náuseas.

De forma geral, considera-se que os sintomas da depressão podem dividir-se em sintomas afetivos (choro e falta de autoestima), de motivação (perda de interesse por atividades) cognitivos (sentimento de culpa), fisiológicos (falta de apetite e insónia) e comportamentais (passividade, isolamento).

Entre as formas clínicas da depressão, existe a depressão maior que é uma forma mais grave e que prejudica a tomada de decisões, a concentração e as relações interpessoais. Estima-se que está a aumentar a sua incidência em indivíduos com menos de 20 anos podendo ter início na infância.

A perturbação distímica é uma forma menos grave e menos incapacitante mas porém é crónica e afeta significativamente o bem-estar da pessoa. Há também a depressão recorrente que muitas pessoas apresentarão apenas uma vez na vida, mas cerca de 50% poderão ter vários episódios.

Importa realçar também o transtorno bipolar, que, para além de períodos de depressão, o indivíduo apresenta períodos de euforia intensa, designados de mania. Nas fases de mania, o pensamento se apresenta acelerado, há muita excitação, a pessoa está logorréica, agindo de forma inconveniente, com a libido aumentada, sensação de muita energia e menor necessidade de dormir.

Considera-se que a doença depressiva é comum nas consultas de clínica geral mas que é muito pouco diagnosticada e tratada. Existem muitos casos ligeiros mas estima-se que uma pessoa em cada vinte poderá vir a ter um episódio moderado ou grave.

Wilkinson, Moore & Moore (2005), postulam que os doentes, cuja perturbação mental não é detectada, apresentam-se muitas vezes com doença física, seja devido ao aparecimento de um novo sintoma físico grave que levou à depressão, ou porque um sintoma físico crónico persiste e a depressão subjacente não é identificada.

Os autores acima alertam que os doentes com depressão não reconhecida podem ser mais difíceis de identificar, visto que têm menos probabilidade de admitirem ou de se queixarem dela, sendo que se comportam de maneira menos depressiva.

Segundo Rangé (2001), a gravidade da depressão pode ser caracterizada por três sintomas: ideação

suicida, delírios e alucinações e incapacidade social e ocupacional. Considera ser crucial estar atento ao fato de que a presença de delírios e alucinações aumenta o risco de suicídio.

Defende o mesmo autor que todo paciente com depressão deve ser questionado sobre se tem pensado em morrer e indica os seguintes sinais de risco para suicídio: presença de depressão, falar sobre suicídio, comportamento de despedida, mudança brusca de comportamento e tentativa anterior.

Breve referência à depressão pós-parto e ao luto

A depressão pós-parto e a depressão por luto são síndromes depressivas que têm aparecido com alguma frequência na clínica de psicologia nos cuidados primários, atingindo mulheres que se apresentam com grande sofrimento psicológico.

Ocorrem num número considerável de mulheres perturbações de humor no pós-parto que são distinguidas como “blues” pós-parto e depressão pós-parto.

O “blues” pós-parto é definido como uma forma breve de perturbação de humor que atinge muitas mulheres, resultando das alterações hormonais que seguem o nascimento e aleitamento do bebé. É caracterizado por labilidade de humor e choro, irritabilidade, ansiedade, insónia e perda de apetite. Considera-se que aparece na primeira semana após o nascimento do bebé, que dura poucos dias e que é transitório.

A depressão pós-parto, segundo Canavarro (2001), pode ser definida como uma perturbação do humor que se desenvolve na sequência do parto e que afeta um número significativo de mulheres. Pode ser detetada pela presença de um episódio depressivo maior.

Refere-se que a depressão pós-parto pode apresentar um considerável número de queixas físicas como: dores de cabeça, fadiga, falta de apetite. Ao mesmo tempo é caracterizada por sintomas como: insónia, elevada ansiedade e preocupação, alta culpabilidade e baixa autoestima centradas no bem-estar do bebé. Considera-se que tem início entre o 2º e o 3º mês do pós-parto.

Estudos dão conta que em algumas mulheres a depressão pós-parto pode verificar longa duração e características de cronicidade. Apontam também que a depressão **maior** é mais frequente que a depressão **menor** e que o quadro é grave quando há coexistência de situações psicossociais desfavoráveis.

Macedo e Pereira (2014), explicam que a investigação tem dado conta que as mulheres que sofrem com a depressão pós-parto possuem um risco aumentado de desenvolver episódios depressivos até um intervalo de pelo menos cinco anos.

A depressão pós-parto é considerada como de maior gravidade ainda visto que a maior parte das mães não pede ajuda especializada e pelo fato da situação não ser identificada na maior parte das vezes pelos técnicos de saúde primária que entram em contacto com a mulher.

Outra síndrome depressiva é a depressão no luto, resultante de perda por separação ou por morte, que surge também como uma situação que merece atenção e afeta um significativo número de mulheres. O luto é caracterizado como um evento natural comum que pode precipitar a doença depressiva e que surge com diminuição do apetite, dificuldades de memória, concentração e irritabilidade e depressão.

Os sintomas acima podem dar lugar mais tarde a uma fase marcada por desorganização, desespero e desgosto. Os sintomas podem ser considerados como normais, mas são graves quando causam um deterioramento acentuado na capacidade de a pessoa se adaptar às atividades diárias.

Para Rebelo (2009), apesar de a morte ser considerada como a causa mais evidente do luto, outros acontecimentos de perdas com consequências emocionais profundas devem ser contempladas para merecerem a devida atenção e tratamento atempado.

Avaliação e clínica psicológica

Embora não tenhamos estudos sobre a depressão na população cabo-verdiana, tem-se a percepção que é um problema de saúde pública e necessita de maior atenção dos vários sectores da sociedade.

A prática da humanização dos cuidados de saúde propõe uma atenção centrada à pessoa nos serviços de saúde e permite uma abordagem do estado mental do utente. No caso da depressão, que estima-se tenha uma elevada prevalência na população global e pela alta frequência de depressão não detetada, é crucial a mudança de paradigma nas práticas em saúde.

É importante a adopção de medidas no cuidado à saúde que permitam a interdisciplinaridade e uma visão holística dos utentes que procuram a nossa rede de cuidados de saúde.

Neste âmbito, importa realçar o papel da psicologia nos cuidados primários e em todas as áreas do cuidado à saúde. Há muito que o trabalho do profissional da psicologia passou da posição tradicional de atuar unicamente nos setores de saúde mental dos hospitais.

Importa partilhar uma caracterização bastante esclarecedora de um autor sobre a avaliação psicológica:

A avaliação psicológica é assim um processo que envolve mais do que a simples combinação de resultados de testes, sendo que a sua finalidade engloba a compreensão de um fenómeno psicológico, seja individual ou grupal. É um método científico distinto do senso comum, teoricamente e metodologicamente fundamentado, que pretende descrever, explicar e antecipar a compreensão do comportamento humano (Avoglia, 2006)

Segundo Lucas e Ferreira (2014), a prática psicológica contém a avaliação psicológica que visa a despistagem, a descrição, a compreensão, a verificação de hipóteses, a explicação, o diagnóstico, o prognóstico do comportamento futuro, a investigação, a tomada de decisões informadas acerca da planificação, a execução e a medida da eficácia das intervenções.

As autoras defendem ser assim crucial o papel que a avaliação psicológica exerce na compreensão do curso da doença e prognóstico do paciente. Em contexto de saúde, a transdisciplinaridade é fundamental.

Neste âmbito, é importante enfatizar o papel da atuação da clínica psicológica na deteção, compreensão e tratamento das pessoas que sofrem

da doença depressiva. Do ponto de vista clássico, a psicoterapia é caracterizada como “a arte de cuidar pelo espírito”.

Moro e Lachal (2008), o terapeuta encontra-se na articulação entre o íntimo com o colectivo, do intrapsíquico com o intersubjetivo, do sujeito com a sociedade, onde preferências e projetos nem sempre coincidem.

O que importa frisar é que, para além do tratamento da doença depressiva com psicofármacos, o acompanhamento psicoterapêutico é de capital importância. A psicoterapia caracteriza-se por acontecer no quadro de uma relação inter-humana.

Segundo Yalom (2009), a empatia é o domínio mais importante no aqui-e-agora do encontro terapêutico, é poder “olhar através da janela do paciente”. A empatia significa colocar-se no lugar

do outro para melhor se poder compreender as dores emocionais do outro e ajudá-lo.

Concluo realçando que atribuir um enfoque multidisciplinar na atenção à doença depressiva vai contribuir para a prevenção, detecção precoce dos casos e melhoria da qualidade de vida da população cabo-verdiana.

Bibliografia

1. Wilkinson, Moore & Moore, Guia Prático do tratamento da Depressão
2. Canavarro, Psicologia da Gravidez e da Maternidade
3. Lucas e Ferreira, Depressão: muito para além da tristeza
4. Moro e Lachal, As psicoterapias: Modelos, métodos e indicações
5. Yalom, The Gift of Therapy



Bastonário recebe Organização Não Governamental África Avanza

O Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. Daniel Silves Ferreira recebeu, a seu pedido, no dia 9 Abril, na Sede Nacional, o Dr. Gonzalo Alvarez, da Organização Não-Governamental África Avanza, que há vários anos vem colaborando com o Hospital do Sal (e Cabo Verde) no domínio da Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia e Oftalmologia.

O Dr. Gonzalo Alvarez agradeceu a pronta autorização da Ordem às várias missões que a sua equipa vem efetuando a Cabo Verde e deixou entender as intenções futuras daquela Organização Não-Governamental humanitária em continuar a apoiar Cabo Verde no tratamentos dos seus doentes.

Por seu lado, Daniel Silves Ferreira enalteceu o desempenho da África Avanza e assinalou essencialmente os domínios da assistência com cuidados de alta qualidade, da formação a médicos cabo-verdianos, que, com entusiasmo, se envolveram no projeto, do equipamento e ainda da possibilidade de intercâmbio que tal cooperação proporciona.

No encontro participou também o Dr. João Carlos Pires Ferreira, médico-cirurgião que tem vindo a colaborar com as missões da África Avanza.

Bastonário reúne-se com o Coordenador Geral do Curso de Medicina da Uni-CV

O Dr. Daniel Silves Ferreira, Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, recebeu no dia 25 de Abril, na Sede Nacional, o Professor Doutor Fernando Regateiro, da Universidade de Coimbra (Portugal) e Coordenador-Geral do Curso de Medicina da Universidade de Cabo Verde, que está a decorrer com o apoio e colaboração daquela Universidade portuguesa.

Durante o encontro, Fernando Regateiro deu algumas informações sobre o funcionamento do primeiro Curso de Medicina, tendo aproveitado o

ensejo para relevar a importância do envolvimento da Ordem dos Médicos, nomeadamente na tutoria, no planeamento da investigação que se pretende dar início e na preparação do estágio do 6º ano.

Por seu turno, o Bastonário disse que o Conselho Directivo, no seu Plano de Ação, decidiu-se pelo apoio e acompanhamento do Curso de Medicina e informou que está em curso um processo de criação de uma Comissão de Acompanhamento do Curso, que vai dar subsídios para uma melhor adequação desse apoio.

Conselho Directivo Nacional da Ordem dos Médicos faz diligência para Comissão Especializada para o Setor Privado

Com vista à renovação da Comissão Especializada para o Setor Privado, uma exigência dos Estatutos da Ordem, o Bastonário, Daniel Silves Ferreira, esteve reunido em Março passado com um grupo de médicos com investimento no sector e com uma atuação exclusiva ou parcial no sector.

Para dar início à reunião, o Bastonário lembrou o que está definido nos Estatutos, o funcionamento da Comissão nos mandatos anteriores, a propalada e necessária complementaridade público-privado, com estabelecimento de protocolos previamente estabelecidos, a cada vez mais real possibilidade de,



no quadro de investimentos e parcerias com grupos estrangeiros que pretendem investir no setor, aqui em Cabo Verde e a, mais que premente, necessidade de um interlocutor.

No concernente à cooperação que se esboça, os promotores, desde a primeira hora, têm afirmado que é do seu interesse ter médicos cabo-verdianos tanto como parceiros (investidores), mas também como médicos nacionais para que, em caso de

necessidade de diferenciação profissional, ela possa ser feita no país de origem dos investimentos.

Para além de um simples cumprimento dos Estatutos, há necessidade de uma Comissão Especializada para o Sector Privado forte, dinâmica e capaz de estar à altura das responsabilidades crescentes.

Na reunião, foram indicados os Drs. José Maria Martins, Francisco Barbosa Amado e Albertina Lima para juntamente completarem a Comissão com dois membros de São Vicente, a serem escolhidos numa reunião similar a ser promovida pela Vice-Presidente da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, Dra. Conceição Pinto.

Segundo o Bastonário “vamos acelerar e fechar o ciclo das Comissões Especializadas, completar os Colégios de Especialidade, nomear o(a) Diretor(a), o Conselho Editorial e o Conselho Científico. Teremos então, o “aparelho” preparado para a missão que nos espera: DIGNIDADE E PRESTÍGIO”.

Investidores cabo-verdianos e canarinos perspetivam cooperação na área da saúde

Os investidores cabo-verdianos e canarinos na área da saúde perspetivam uma cooperação neste setor, o que pode resultar na melhoria da qualidade dos serviços e cuidados de saúde em Cabo Verde. Este é, pelo menos, o resultado da visita que um grupo de empresários da área da saúde, que actuam em Cabo Verde, realizou recentemente às Ilhas Canárias. Da delegação fizeram parte ainda o Bastonário da Ordem dos Médicos de Cabo Verde (OMC), Dr. Daniel Silves Ferreira, e o Presidente do Conselho Directivo Regional de Barlavento da OMC, Dr. José Manuel d’Aguar.

A missão, que decorreu de 17 a 20 de Maio, teve como objetivo visitar diversas estruturas e empreendimentos privados que prestam serviços e cuidados de saúde nas ilhas de Gran Canaria e Tenerife e conhecer a realidade e o estágio de desenvolvimento atingido nessa região.

Os visitantes ficaram satisfeitos com o que viram durante a missão e também a forma como foram recebidos pelos responsáveis das várias instituições que visitaram.

“Pode-se considerar que a missão foi oportuna e plena de êxitos”, lê-se no relatório da visita, onde se acrescenta que foi um “passo importante” para o estabelecimento de uma cooperação futura no domínio da saúde entre os investidores privados canarinos e cabo-verdianos.

Segundo o relatório, esta cooperação pode resultar na melhoria da qualidade da atenção à saúde em Cabo Verde, de uma maneira geral, e dos serviços e cuidados de saúde, em particular.

O documento conclui que as expectativas resultantes desta missão são elevadas, pelo que se perspetiva, para breve, a deslocação a Cabo Verde de uma delegação de alto nível das Canárias.

No aeroporto de Gran Canaria, a comitiva cabo-verdiana visitou as instalações da Serair, uma companhia do setor de ambulâncias aéreas das Canárias, que presta serviços de resgate, socorro e emergência. Esta companhia opera em situações geográficas muito similares às de Cabo Verde.



“Foi interessante conhecer um avião de pequeno porte utilizado em situações normais para transporte de cargas e passageiros e que apenas em uma hora é adaptado para o transporte de doentes em situações de emergência”, diz o relatório.

Durante a sua estada nas Canárias, os cabo-verdianos visitaram ainda as instalações da companhia aérea Binter, Grupo formado por 14 empresas que atua na área de transportes aéreos. Além de operar nas Ilhas Canárias, voa para onze destinos europeus e africanos, incluindo Cabo Verde.

O grupo conta com pouco mais de 1000 funcionários e dispõe de 14 aviões. A pontualidade, que ronda os 98%, é a bandeira desta transportadora aérea. Aliás, a missão cabo-verdiana pôde comprovar isso a quando da sua deslocação a Tenerife.

A delegação cabo-verdiana esteve ainda nas instalações da Cofarca, uma empresa de distribuição de produtos farmacêuticos, que abastece 360 farmácias distribuídas pelas ilhas da província de Las Palmas (Gran Canaria, Fuerteventura e Lanzarote). As encomendas são satisfeitas na central de distribuição da empresa que utiliza linhas automatizadas de recolha das embalagens de medicamentos, confere alta eficácia na resposta e reduz ao mínimo as margens de erro. As requisições

das farmácias de Las Palmas são aviadas duas vezes por dia (as entradas de manhã são aviadas no mesmo dia no início da tarde, enquanto as entradas à tarde, na manhã do dia seguinte). As requisições de outras ilhas são aviadas no dia seguinte.

Nas Canárias, os cabo-verdianos visitaram as instalações do Centro Médico Tres Ramblas, Hospital San Roque Maspalomas, Grupo Vithas e Hospital Perpetuo Socorro.

Todos os serviços visitados, conforme verificaram, são altamente especializados, funcionam em instalações modernas e estão dotados de equipamentos de alta tecnologia com intervenções nos mais diversos domínios de diagnóstico e manipulações terapêuticas em diversas especialidades médicas, com serviços de urgências 24 horas e unidades de cuidados intensivos.

Em Tenerife, visitaram as instalações da Hospiten Rambla de Santa Cruz de Tenerife, que é uma rede hospitalar privada de abrangência internacional, o Centro de Endocrinologia de la Reproduccion de Tenerife (CERT), que se ocupa de reprodução assistida com técnicas avançadas, o Hospital Quirón Salud Tenerife, centro essencialmente cirúrgico com 4 blocos cirúrgicos polivalentes com tecnologia avançada.

Pela sua saúde, beba Água Trindade



De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, uma água própria para consumo humano deve ser aquela cujo pH se situa entre os 6,5 e os 8,5 e ser, preferencialmente, alcalina ou ligeiramente alcalina. Uma água alcalina é considerada ideal para a saúde. De entre os seus vários benefícios destaca-se o seu poder antioxidante e a sua propriedade retardadora do envelhecimento precoce das células. Trindade tem um pH igual a 7,27.

Pela sua saúde, beba Água Trindade



Horário
2ª a 6ª das 8h - 20h
sáb. das 8h - 13h





CAETANO AUTO
GRUPO SALVADOR CAETANO



TOYOTA

LEAD THE WAY

NOVO

FORTUNER



Tel. 263 5106 - Mov. 991 5226 - comercial@caetanoauto.cv
Zona Industrial Achada Grande Trás - Praia - Cabo Verde