



Revista

da ORDEM DOS MÉDICOS

**Consumo de álcool entre
pacientes com tuberculose na
cidade da Praia no ano de 2012**

Pág. 8

**A Saúde e os Seus
Determinantes: A Situação em
Cabo Verde**

Pág. 18

**Angiologia e
Cirurgia Vascular**

Pág. 24

**Vivência do Pânico:
Uma realidade que ameaça**

Pág. 29

Especial OMC

Pág. 33



Sabia que pode consultar online a disponibilidade de stock dos Medicamentos que prescreve?



Se é Médico, solicite o seu acesso à Área Reservada do nosso site através do email geral@emprofac.cv e tenha acesso a:

- Disponibilidade de stock dos produtos que prescreve diariamente aos seus pacientes nos nossos Armazéns da Praia e São Vicente
 - DCI dos Medicamentos
- Características técnicas dos produtos: forma farmacêutica, dosagem, apresentação, etc.
- Comparticipação dos medicamentos

empresa nacional de produtos farmacêuticos
Tel: (+238) 260 15 10 / (+238) 232 33 63
www.emprofac.cv

FARMÁCIA

SANTA ISABEL



HORÁRIO

Segunda à Sexta
08 às 20Horas

Sábado
09 às 13horas

Achada Santo António - Praia - Cabo Verde

Tel: 00238 262 37 47 E-mail: santaisabel@cvtelecom.cv

SUMÁRIO



Pesquisas

pág. 07

- Consumo de álcool entrepacientes com tuberculose na cidade da Praia no ano de 2012

Dr. Jorge Noel Barreto

- A Saúde e os seus determinantes: A situação em Cabo Verde

Dr. José Luís Lima Spencer



Casos Clínicos

pág. 33

- Angiologia e Cirurgia Vascular: Doença Carotídea

Dr. José Prates Raposo
Dr. Felisberto Borges
Dr. Henrique Vera-Cruz
Dr. Victor Costa



Artigos Originais

pág. 29

- Vivência do Pânico: Uma realidade que ameaça

Dra. Belmira Miranda



Especial OMC

pág. 33

- Arlindo do Rosário eleito um dos vice-presidentes da 70ª Assembleia Mundial da Saúde
- Daniel Silves Ferreira, Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos
- Medicamentos e intervenções psicológicas: as duas faces do tratamento de doenças mentais
- Lista de medicamentos essenciais

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. José Prates Raposo
Dr. Adilson De Pina
Dra. Belmira Miranda
Dr. Jorge Noel Barreto

Tiragem
1000 exemplares

Um Legado, Novas Oportunidades.

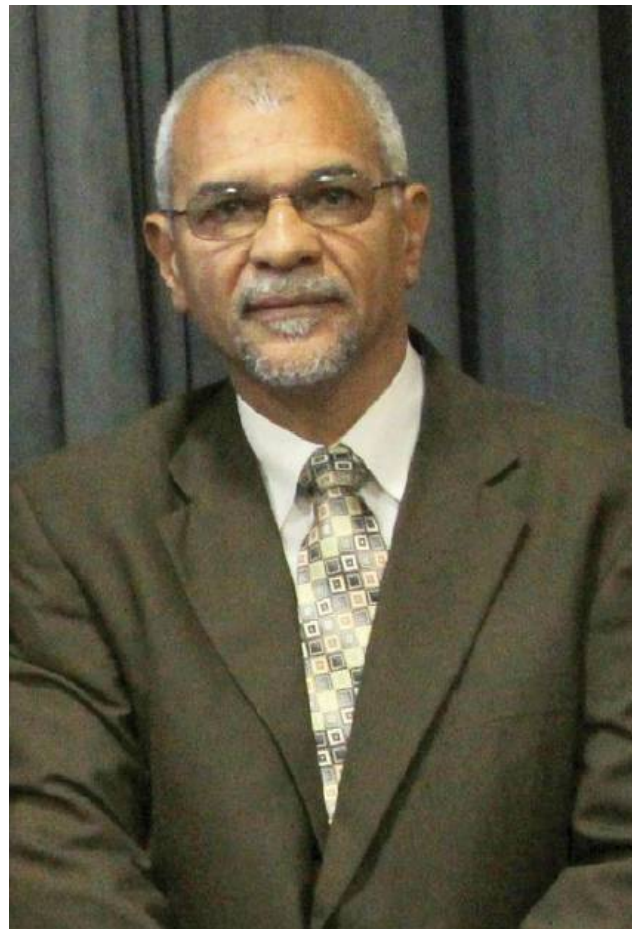
Mais um número da Revista quando nos aproximamos dos 20 anos da Ordem dos Médicos. Pretendemos assinalar a efeméride de forma condigna, com realce para o nosso percurso como classe, mas também sem qualquer omissão dos desafios de hoje e do futuro. O lema escolhido é: Um Legado, Novas Oportunidades.

Da programação que se vai estender por alguns meses constam atividades descentralizadas de cariz científico, social, cultural e institucional, que vão culminar com o Congresso da Ordem. Neste âmbito, prevê-se um número especial da Revista que tanto temos acarinhado pelo que tem sido e, sobretudo, pelo potencial que encerra como meio de divulgação de produção científica no nosso meio. Pode parecer uma proposta de somenos importância, mas não é.

Não há que querer esconder o que todos sabem. As dificuldades de publicação de cada número são ainda enormes. A participação tem sido escassa e limitada. E as oportunidades têm sido perdidas.

O XX Aniversário da Ordem pode constituir um ponto de viragem nesta e noutras matérias. Independentemente daquilo que cada um pensa, cremos que é consensual entre nós que há necessidade de um espaço de publicação daquilo que vai sendo feito em matéria de produção científica em Cabo Verde.

Neste número pontuam alguns autores com trabalhos interessantes: o Dr. Jorge Barreto com “Consumo de Álcool em Pacientes com Tuberculose na Cidade da Praia, no ano de 2012”, o Dr. Adilson de Pina com “A Saúde e seus Determinantes: A Situação em Cabo Verde”, o Dr. José Prates Raposo com “Doença Carotídea: A Propósito de 2 Casos Operados” e a Dra. Belmira Miranda com “Vivência do Pânico: Uma Realidade que Ameaça”.



O número fica completo com um Especial da Ordem dos Médicos. A Revista tem estado a melhorar. Temos um número aceitável, mas há lugar para mais trabalhos. Uma oportunidade que deve ser aproveitada para o bem da nossa classe, da Medicina e da Saúde em Cabo Verde.

Esta é uma tarefa que incumbe a cada um de nós. Devemos assumi-la, se é verdade que queremos ultrapassar questiúnculas, que só nos atrapalham, e manter o foco naquilo que nos confere dignidade e prestígio.

Foi a pensar nisso que nós sufragámos o lema para as Comemorações do XX Aniversário da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos.

Uma boa leitura.

Daniel Silves Ferreira
Bastonário da Ordem dos Médicos



**Não troque a sua vida inteira
por um momento!**

Evite comportamentos de risco!





A partir de 2013, com a melhoria das condições de diagnóstico principalmente na cidade da Praia, houve uma diminuição do número de casos de TB diagnosticados clinicamente, o que levou à diminuição da prevalência e da incidência para 52 e 47 casos por 100.000 habitantes em 2015.³

O risco de desenvolver TB pode ser condicionado por vários fatores já descritos na literatura científica como a pobreza, a desnutrição, a infecção por VIH, condições insalubres de habitação e o consumo abusivo de álcool.^{2, 4-6}

Em relação ao consumo abusivo de álcool, vários estudos mostram que o risco de desenvolver TB é substancialmente elevado em pessoas que bebem mais de 40 g de álcool por dia e/ou têm um transtorno por consumo de álcool.^{4, 7-9}

Isto pode ser devido ao aumento do risco de infecção relacionado a padrões específicos de consumo de álcool, bem como à influência que tem sobre o sistema imunitário.^{6, 10-13}

Uma vez que as pessoas desenvolvem a TB, o consumo abusivo de álcool coloca-as em maior risco de má evolução e morte.¹⁴⁻¹⁷

Apesar de todos os estudos já realizados sobre o consumo de álcool e as suas consequências a nível mundial e acerca da prevalência do consumo de álcool em Cabo Verde, obtida no Inquérito sobre os Fatores de Risco para as Doenças Não Transmissíveis (IDNT)¹⁸ realizado em 2007, que foi de 53,8%, de forma geral, os prestadores de cuidados de saúde não fazem a triagem dos transtornos relacionados com o consumo de álcool de forma sistemática, bem como o seu impacto no prognóstico de várias situações clínicas, inclusive em pessoas com TB.

Na literatura médica internacional existem várias publicações que analisam a associação entre a TB e o consumo de álcool nas mais diversas vertentes^{4,}

^{7-9, 19-21}, mas em Cabo Verde existe uma lacuna nesta matéria. Há a percepção entre os profissionais de saúde do país de que o consumo de álcool é muito frequente e abusivo na maioria dos doentes com TB, mas nunca antes fora feito um estudo científico que quantificasse esse problema.

O estudo inédito que agora passo a apresentar-vos tinha como objetivos determinar a prevalência do consumo de álcool entre os pacientes com TB atendidos nos centros de saúde da Praia no ano de 2012 e caracterizar a população do estudo por meio de variáveis demográficas, socioeconómicas e clínicas em relação ao consumo de álcool, como forma de fornecer informações que poderiam subsidiar o desenvolvimento e a adoção de medidas de prevenção e controlo destes dois problemas de saúde pública.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado a partir do atendimento de doentes com idade igual ou superior a 18 anos de idade, que iniciaram tratamento para TB, mediante prescrição médica, em cinco centros de saúde da cidade da Praia onde habitualmente são atendidos (Achada Santo António, Achadinha, Tira Chapéu, Ponta d'Água e Achada Grande Trás).

Os dados do estudo foram recolhidos através da consulta das fichas de atendimento dos doentes em tratamento para TB e da aplicação do questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)²², que é um questionário de 10 perguntas com um total de 40 pontos, que foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como instrumento de rastreio para identificar as pessoas com consumo nocivo de álcool, como também aquelas que têm dependência de álcool, o que justifica a escolha do mesmo para o presente estudo. Este questionário apresenta as “zonas de risco”, de acordo com os intervalos de pontuação, conforme o quadro abaixo.

Quadro 1 – Questionário AUDIT: Zonas de risco, significado, tipos de intervenção e pontuação

Zonas de Risco	Significado	Tipo de Intervenção	Pontuação
Zona I	Consumo de baixo risco	Educação para o álcool	0 – 07
Zona II	Consumo perigoso	Orientações básicas	08 – 15
Zona III	Consumo nocivo	Orientações básicas Aconselhamento breve Monitoramento contínuo	16 – 19
Zona IV	Dependência alcoólica	Encaminhamento para avaliação e tratamento	20 - 40



O consumo de álcool de baixo risco corresponde à Zona I e o consumo abusivo de álcool corresponde às Zonas II, III e IV do AUDIT.

A aplicação do AUDIT foi realizada pelos médicos que fizeram o atendimento destes doentes nos referidos centros de saúde da Praia, durante o ano de 2012.

Os critérios de inclusão foram pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que fizeram tratamento para TB em 2012 nos centros de saúde da cidade da Praia e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em conformidade com os critérios de exclusão, não foram incluídas pessoas com idade inferior a 18 anos, que não foram atendidas nos centros de saúde da Praia e/ou que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

CONCEITOS

Foi considerado doente com TB aquele que tomou os medicamentos preconizados em Cabo Verde

para tratar a TB, por mais de um mês, mediante prescrição médica. Para a definição de consumo de álcool, considerou-se o consumo de qualquer bebida alcoólica, independentemente da quantidade ingerida, da frequência e da duração do mesmo.

Para a caracterização demográfica foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil e zona de residência. Em relação à caracterização socioeconómica considerou-se a escolaridade, a situação laboral atual e o rendimento total mensal, ao passo que para a caracterização clínica considerou-se a classificação anatómica e a definição inicial de cada caso de TB.

Para a análise dos dados em relação à zona de residência dos participantes do estudo, foi considerada a divisão administrativa que consta na deliberação da Assembleia Municipal da Praia nº 9/08 de 28 de Novembro de 2008 publicada no Boletim Oficial da República de Cabo Verde, II Série – nº 5, de 18 de Fevereiro de 2009.²³



Os dados dos questionários foram inseridos em planilha Excel e verificados no que concerne a duplicação, inconsistência e valores perdidos. Para apresentar os resultados e descrever a população estudada, foram calculadas frequências, médias e proporções.

Este estudo foi submetido à avaliação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS), tendo sido aprovado, de acordo com a deliberação nº 20/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2012, 166 doentes foram tratados para TB nos cinco centros de saúde da cidade da Praia (Achada de Santo António, Achadinha, Tira Chapéu, Ponta de Água e Achada Grande Trás) e

representavam 40% do total nacional de doentes com TB (n=418) no mesmo ano. Os casos de TB pulmonar (TP) compunham um total de 141 (85%) e 25 (15%) eram de TB extrapulmonar. Os doentes com idade igual ou superior a 18 anos constituíam um total de 145 (87%).

Dos 145 adultos com TB, 67 (46%) referiram ter consumido álcool pelo menos nos últimos doze meses. Por ordem decrescente, a prevalência do consumo de álcool por centro de saúde foi de 70% em Achada Grande Trás (Zona Este), 57% em Achadinha (Zona Oeste), 44% em Achada de Santo António (Zona Sul), 36% em Ponta de Água (Zona Norte) e 28% em Tira Chapéu (Zona Sul).

Tabela 1 - Prevalência do consumo de álcool nos doentes adultos com tuberculose atendidos nos centros de saúde da cidade da Praia, Cabo Verde, ano de 2012.

Centro de Saúde	Total	Consumo de álcool		Prevalência (%)
		Sim	Não	
Achadinha	46	26	20	57
Achada Grande Trás	20	14	6	70
Achada de Santo António	16	7	9	44
Ponta de Água	31	11	20	36
Tira Chapéu	32	9	23	28
Total	145	67	78	46

A prevalência do consumo de álcool na população estudada ficou próxima daquela encontrada para Cabo Verde no IDNT de 2007 e dentro do intervalo de variação da prevalência do consumo de álcool encontrado em estudos realizados em outros

países, que foi de 10% a 50%.^{18, 24-26}

O resultado da desagregação dos dados de acordo com as variáveis estudadas encontra-se nas tabelas 2, 3 e 4.

**Tabela 2 – Caracterização Demográfica dos doentes do estudo**

Variável	Tipo de consumo de álcool		Total N e (%)
	Consumo de baixo risco N e (%)	Consumo abusivo N e (%)	
Sexo			
Masculino	9 (13,5%)	49 (73%)	58 (86,5%)
Feminino	5 (7,5%)	4 (6%)	9 (13,5%)
Idade (anos)			
18 - 44	10 (14,9%)	38 (56,7%)	48 (71,6%)
45 - 64	4 (6%)	13 (19,4%)	17 (25,4%)
≥ 65	-	2 (3%)	2 (3%)
Estado civil			
Solteiro	11 (16,4%)	44 (65,7%)	55 (82,1%)
Casado	2 (2,9%)	5 (7,5%)	7 (10,4%)
Viúvo	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (3%)
União de fato	-	3 (4,5%)	3 (4,5%)
Zona de residência			
Zona Centro	4 (6%)	4 (6%)	8 (12%)
Zona Sul	6 (9%)	10 (14,9%)	16 (23,9%)
Zona Oeste	-	15 (22,3%)	15 (22,3%)
Zona Norte	3 (4,5%)	13 (19,4%)	16 (23,9%)
Zona Este	1 (1,5%)	11 (16,4%)	12 (17,9%)

Dos 67 doentes que referiram ter consumido álcool, 58 (86,5%) eram do sexo masculino e nove (13,5%) do sexo feminino. O consumo abusivo de álcool foi referido por 49 (73%) dos doentes do sexo masculino em contraste com as quatro (6%) doentes do sexo feminino.

Estes resultados indicam claramente que a maioria dos doentes TB consumidores de álcool eram do sexo masculino, como foi verificado em relação a outros estudos já publicados sobre esta relação álcool-TB.^{17, 27-32}

Em relação à idade, 48 (71,6%) doentes que referiram ter consumido álcool no último ano eram adultos jovens com idade entre 18 e 44 anos. É também nesta faixa etária que se encontra a maioria dos doentes (56,7%) que referiram um consumo abusivo de álcool no mesmo período.

Estes resultados são semelhantes aos que foram encontrados em outras pesquisas realizadas em diferentes países.^{28, 30, 33,34}

A média de idade foi de 37 anos, tendo o doente mais novo 18 anos, e o mais velho 79 anos.

Verificou-se em relação ao estado civil que 55 (82,1%) eram solteiros. Os casados eram sete (10,4%), dois (3%) eram viúvos e três (4,5%) viviam em regime de união de fato. Neste ponto, os resultados são parecidos aos do estudo de Barros et al. (2007), de Ribeiro (2010) e de Varela (2013). Resultados diferentes foram encontrados por outros estudos, como o de Suhadev et al. (2013), que mostrou que os doentes com TB que eram separados ou divorciados tinham maior relação com o consumo de álcool, enquanto Pengpid et al. (2011) constataram que as pessoas casadas eram mais propensas a consumir álcool. Desta forma, podemos deduzir que não há um padrão uniforme de consumo de álcool em relação ao estado civil e que isto pode depender de vários fatores, de acordo com Clausen et al (2009) e Cornah (2006).

Várias teorias têm sido utilizadas para explicar a relação entre viver em bairros precários ou com características específicas e o padrão de consumo de álcool.^{38,39} Por exemplo, existem teorias que sugerem que a alta concentração de lojas que vendem bebidas alcoólicas aumenta a sua disponibilidade, bem como sua propaganda excessiva contribui para que o consumo abusivo de álcool seja mais aceitável socialmente e, assim, incentiva este padrão, principalmente em bairros mais precários.⁴⁰ Entretanto, outros estudos obtiveram resultados diferentes.^{41,42}

Em relação à zona de residência, o que se destaca nos resultados é que todos os doentes que moravam na zona oeste da Praia apresentavam um padrão de consumo abusivo de álcool. Além disso, o estudo não nos permite tirar conclusões em relação à influência que o ambiente dos bairros teria no padrão de consumo de álcool, pois não se teve acesso a informações que permitissem classificar as zonas em relação às suas condições e a metodologia do trabalho não permitia esta análise.



No domínio socioeconómico, constatou-se que o consumo abusivo de álcool era mais frequente nos doentes que tinham baixo nível de escolaridade e com baixo rendimento total mensal, correspondendo a 56,7% e a 52,3% do total, respetivamente. Estes resultados vão ao encontro daqueles referidos por Schuckit (1991) e por Senger et al. (2011).

Em relação à situação laboral, houve ligeira diferença em relação à percentagem dos que estavam desempregados (35,8%) e os que tinham um emprego (43,3%), mas a metodologia deste estudo não permite fazer outras análises, como a que foi feita na pesquisa de O’Connell et al. (2013), que aponta que os desempregados têm maior probabilidade de serem diagnosticados com dependência de álcool.²⁸

Tabela 2 – Caracterização socioeconómica dos doentes do estudo

Variável	Tipo de consumo de álcool		Total N e (%)
	Consumo de baixo risco N e (%)	Consumo abusivo N e (%)	
Escolaridade (Anos)			
o (zero)	1 (1,5%)	6 (8,9%)	7 (10,4%)
1 - 6	9 (13,4%)	32 (47,8%)	41 (61,2%)
7 - 12	2 (3%)	13 (19,4%)	15 (22,4%)
> 12	2 (3%)	2 (3%)	4 (6%)
Rendimento total mensal (ECV)			
Sem renda	7 (10,4%)	23 (34,4%)	30 (44,8%)
1 - 10.000	3 (4,5%)	12 (17,9%)	15 (22,4%)
> 10.000	4 (6%)	18 (26,9%)	22 (32,8%)
Situação laboral			
Desempregado	8 (12%)	24 (35,8%)	32 (47,8%)
Empregado	6 (8,9%)	29 (43,3%)	35 (52,2%)

Legenda: ECV = escudos cabo-verdianos

No domínio clínico, verificou-se que a percentagem de doentes com TB pulmonar com baciloscopia positiva e que apresentaram um padrão de consumo abusivo de álcool foi muito superior (55,2%) em relação àqueles que tinham TB pulmonar com baciloscopia negativa (20,9%) e àqueles com TB extrapulmonar (3%). Estes resultados condizem com os do estudo de Fiske et al. (2009), que demonstrou que os doentes com TB e que referiram consumo abusivo de álcool tinham maior probabilidade de

apresentarem alterações clínicas que predispunham a uma maior propagação da doença, tais como lesão cavitária pulmonar e baciloscopia positiva.⁴⁵

Considerando a definição inicial de caso de TB, verificou-se que era maior a percentagem de doentes classificados como casos novos que consumiam álcool de forma abusiva (65,7%), resultado muito superior ao encontrado no estudo de Suhadev et al (2011).

Tabela 4 – Caracterização clínica dos doentes do estudo

Variável	Tipo de consumo de álcool		Total N e (%)
	Consumo de baixo risco N e (%)	Consumo abusivo N e (%)	
Classificação anatómica			
TB pulmonar BK+	6 (9%)	37 (55,2%)	43 (64,2%)
TB pulmonar BK-	7 (10,4%)	14 (20,9%)	21 (31,3%)
TB extrapulmonar	1 (1,5%)	2 (3%)	3 (4,5%)
Definição inicial			
Caso Novo	13 (19,4%)	44 (65,7%)	57 (85,1%)
Abandono	1 (1,5%)	9 (13,4%)	10 (14,9%)

Legenda: TB = tuberculose; BK+ = baciloscopia positiva; BK- = baciloscopia negativa

Os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando certas limitações. Ao avaliar a evidência para a relação entre o consumo de álcool e a TB, a comparação entre os estudos é complicada pela heterogeneidade dos instrumentos de recolha de dados utilizados por pesquisas realizadas em outros lugares.

Além disso, trabalhou-se com dados de autorrelato, o que pode fazer com que a prevalência do consumo de álcool e os resultados obtidos para cada pergunta do AUDIT estejam sujeitos a vieses, tais como problemas relacionados com o uso de álcool e a aceitabilidade social das respostas, por causa do estigma que existe em relação a esse tema.

Apesar disso, o questionário AUDIT tem sido considerado confiável e aceitável a nível internacional para a investigação dos distúrbios relacionados com o consumo de álcool, permitindo também ter validade semelhante a outros instrumentos de autorrelato já estabelecidos.

Os dados encontrados permitem-nos fazer uma avaliação da frequência e do padrão do consumo de álcool na população alvo da pesquisa, mas o instrumento de recolha de dados não permitiu explorar os tipos ou as quantidades exatas de bebida alcoólica consumidos, impedindo uma compreensão mais detalhada do consumo de álcool por estes doentes e dos fatores de risco associados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu quantificar a prevalência do consumo de álcool, bem como o padrão de consumo, nos doentes adultos com TB na cidade da Praia no ano de 2012. Esta era a primeira vez que se realizava uma investigação com este objetivo e os resultados poderão servir de referência para estudos semelhantes no futuro.

Os resultados da aplicação do AUDIT vieram confirmar a suspeição de que o consumo abusivo de álcool é um problema grave em pacientes com TB e que deve merecer uma maior atenção nas atividades de prevenção e controlo do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e parceiros na cidade da Praia.

Assim, entende-se que seja recomendável que haja formação de todos os profissionais de saúde na utilização do AUDIT ou de outros instrumentos de rastreio de consumo de álcool e nos procedimentos que se seguem à aplicação destes, bem como em mecanismos de monitorização da sua implementação.

Recomenda-se também a intervenção breve, por meio da técnica de aconselhamento, como forma de atendimento simultâneo ao tratamento da TB com o objetivo de reduzir possíveis danos provocados pelo consumo abusivo de álcool neste contexto.



Recomenda-se ainda ampliar a consciencialização da população em geral em relação ao consumo abusivo de álcool, pois as atividades necessárias e duradouras devem assentar numa sólida base de tomada de consciência e empenho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. van Soolingen, D., Hoogenboezem T., de Haas, P. E., Hermans, P. W., Koedam, M. A., Teppema, K. S. ... van Embden, J. D. (1997). A Novel Pathogenic Taxon of the Mycobacterium tuberculosis Complex, Canetti: Characterization of an Exceptional Isolate from Africa. *International Journal of Systematic Bacteriology*, 47, 4, 1236-1245.
2. World Health Organization (2015). *Global tuberculosis report 2015*. Geneva: WHO. 130 pp.
3. República de Cabo Verde. Ministério da Saúde. *Relatório Estatístico*, 2015.
4. Leite, W.L., Puel E., et al. (1985). Prevalência de alcoolismo entre pacientes internados em um hospital para tratamento de tuberculose pulmonar. *Arq Cat Med*, 14, 2, 97-100.
5. Santha, T., et al. (2002). Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South India. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 6(9):780-8.
6. Diel, R., S. Schneider, K. Meywald-Walter, C. M. Ruf, S. Rüsck-Gerdes, & S. Niemann. (2002). Epidemiology of tuberculosis in Hamburg, Germany: Long-term population-based analysis applying classical and molecular epidemiological techniques. *Journal of Clinical Microbiology*, 40, 2, 532 - 539.
7. Andrade, R.L.P., Pillon, S., & Villa-Scatena, T.C. (2005) A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. *SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 1(1): 1-9.
8. Lönnroth, K., et al. (2008). Alcohol use as a risk factor for tuberculosis; a systematic review. *BMC Public Health*, 8, 289.
9. Rehm, J., et al. (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health*, 9, 450.
10. Zhang, P., Bagby, G. J., Happel, K. I., Raasch, C. E. & Nelson, S. (2008). Alcohol Abuse, immunosuppression, and pulmonary infection. *Current Drug Abuse Reviews*. 1:56-67.
11. Zhang, P., Bagby, G. J., Happel, K. I., et al. (2002). Pulmonary host defenses and alcohol. *Frontiers in Bioscience* 7:7:d1314-d1330.
12. Mason, C. M., Dobard, E., Zhang, P. & Nelson, S. (2004). Alcohol exacerbates murine pulmonary tuberculosis. *Infection and Immunity*, 72, 2556-2563.
13. von Dossow, V., Schilling, C., Beller, S., et al. (2004). Altered immune parameters in chronic alcoholic patients at the onset of infection and of septic shock. *Critical Care* 8, 8, R312-R321.
14. Ot wombe, K. N., Variava, E., Holmes, C. B., Chaisson, R. E. & Martinson, N. (2013). Predictors of delay in the diagnosis and treatment of suspected tuberculosis in HIV co-infected patients in South Africa. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 17, 8, 1199-205.
15. Diel, R & Niemann, S. (2003). Outcome of tuberculosis treatment in Hamburg: a survey, 1997-2001. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7, 2, 124-131.
16. Chennaveerappa, P.K., Siddharam, S.M., Halesha, B. R., Vittal, B. G. & Jayashree, N. (2011). Treatment outcome of tuberculosis patients registered at dots centre in a teaching hospital, south India. *International Journal of Biological & Medical Research*, 2, 2, 487-489.
17. Suhadey, M., et al. (2011). Alcohol use disorders (AUD) among tuberculosis patients: a study from Chennai, South India. *PLoS One*, 6, 5, e19485.
18. Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde de Cabo Verde (2007), *Inquérito sobre os principais factores de risco das doenças não transmissíveis (IDNT)*. Julho, 2007.
19. Angell, M. & Kassirer, J. P. (1994) Alcohol and other drugs—toward a more rational and consistent policy. *New England Journal of Medicine*, 331, 537-539.
20. Caron-Ruffino, M. & Ruffino-Netto, A. (1979). Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. *Rev. Saúde Pública*, 13(3): 183-94.
21. Heiyani, F., Sutomo, A. H. & Saleh, Y. D. (2013). Risk factors and incidence of pulmonary tuberculosis in Banjarmasin city, Kalimantan, Indonesia. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 2, 1, 1-6.
22. Babor, T. F., et al. (2001) *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care*, WHO/MSD/MSB 01.6a, 2nd Ed, World Health Organization, Geneva.
23. República de Cabo Verde. *Imprensa Nacional de Cabo Verde. Boletim Oficial da República de Cabo Verde. Aprova o Regulamento Municipal de Divisão Administrativa e de Administração Desconcentrada da Praia. Deliberação da Assembleia Municipal da Praia nº 9/08 de 28 de Novembro de 2008 publicada no Boletim Oficial da República de Cabo Verde, II Série - nº 5, de 18 de Fevereiro de 2009, p. 107 a 114.*
24. Haddad, M. B., Wilson, T. W., Ijaz, K., Marks, S. M. & Moore, M. (2005). Tuberculosis and homelessness in the United States, 1994-2003. *JAMA*, 293, 22, 2762-2766.



25. Buskin, S. E.; Gale, J. L.; Weiss, N. S. & Nolan, C. M. (1994). Tuberculosis risk factors in adults in King County, Washington, 1988 through 1990. *American Journal of Public Health*, 84:1750-1756.
26. World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health 2011*. Geneva: WHO. 85 pp.
27. Kolappan, C., Gopi, P. G., Subramani, R., & Narayanan, P. R. (2007). Selected biological and behavioural risk factors associated with pulmonary tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 11, 9, 999–1003.
28. O’Connell, R.; Chishinga, N.; Kinyanda, E.; Patel, V.; Ayles, H.; Weiss, H. A.; & Seedat, S. (2013). Prevalence and Correlates of Alcohol Dependence Disorder among TB and HIV Infected Patients in Zâmbia. *PLOS One*, 8, 9, e74406.
29. Pengpid, S., Peltzer, K. & Van der Heever, H. (2011). Prevalence of Alcohol Use and Associated Factors in Urban Hospital Outpatients in South Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8, 2629-2639.
30. Lo, T. Q., Oeltmann, J. E., Odhiambo, F. O., C. Beynon, C., Pevzner, E., Cain, K. P., Laserson, K. F., & Phillips-Howard, P. A. (2013). Alcohol use, drunkenness and tobacco smoking in rural western Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 18, 4, 506–515.
31. Varela, M. F. T. A. (2013). Prevalência do consumo do álcool em dois centros de saúde da Praia e num centro numa zona rural, Picos – ilha de Santiago. (tese de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
32. Djibuti, M., Mirvelashvili, E., Nutsa Makharashvili, N. & J Magee, M. J. (2014). Household income and poor treatment outcome. *BMC Public Health*, 14, 88.
33. Barros, M. B. A., Botega, N. J., Dalgalarrrondo, P., Marín-León, L. & de Oliveira, H. B. (2007). Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 502-509.
34. Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 981-1010.
35. Ribeiro, A. V. L. (2010). Alcoolismo no contexto laboral: estudo de caso (Guarda Fiscal). (Monografia de Licenciatura). Universidade Jean Piaget, Cabo Verde.
36. Clausen, T., Rossow, I., Naidoo, N. & Kowal, P. (2009). Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries, *Addiction*, 104, 1147-1154.
37. Cornah, D. (2006). *Cheers? Understanding the relationship between alcohol and mental health*. Mental Health Foundation, London, 42 pp.
38. Hill, T. D. & Angel, R. J. (2005). Neighborhood disorder, psychological distress, and heavy drinking. *Social Science & Medicine*, 61, 965–975.
39. Jones-Webb, R., Snowden, L., Herd, D., Short, B. & Hannan, P. (1997). Alcohol-related problems among Black, Hispanic, and White men: The contribution of neighborhood poverty. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 539–545.
40. Cerdá, M., Diez-Roux, A.V., Tchetgen, E.T., Gordon-Larsen, P. & Kiefe, C. (2010). The relationship between neighborhood poverty and alcohol use: estimation by marginal structural models. *Epidemiology*, 21(4):482-9.
41. Ecob, R. & Macintyre, S. (2000). Small area variations in health related behaviours; do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics?. *Health Place*, 6, 4, 261-74
42. Malta, D. C., Berna, R. I. T., Almeida, M. C. M., Ishitani, L. H., Girodo, A. M., Paixão, L. M. M. ... Silva Jr, J. B. (2014). Desigualdades intraurbanas na distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, Belo Horizonte, 2010. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 629-641.
43. Schuckit MA (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101: 576-88.
44. Senger, A. E. V., Ely, L. S., Gandolfi, T., Schneider, R. H., Gomes, I. & de Carli, G. A. (2011). Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 14, 4, 713-719.
45. Fiske, C. T., Hamilton, C. D. & Stout, J. E. (2009). Alcohol use and clinical manifestations of tuberculosis. *Journal of Infection*, 58, 5, 395 – 401.



FARMÁCIA
UNIVERSAL

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



LABO JOVEM

Laboratório de Análises Clínicas e Hormonais

Dir. Técnica: DR.ª ISaura GOMES



POSTOS DE COLHEITA

- CLÍNICA URGIMED - Tel:2300170
- CLÍNICA GINOMÉDICA - Tel:2322679
- CLÍNICA MÚTUA - Tel: 2328508
- CLÍNICA SORRIDENTE - Tel: 2360013 (Posto São Nicolau)
- COLHEITA DOMICÍLIO
- COLHEITA EMPRESARIAL
- ENVIO DE RESULTADOS VIA EMAIL
- URGÊNCIAS 24H
- HORÁRIO DE COLHEITA: A PARTIR DAS 7H30

www.labojuvem.cv

Av. 12 de Setembro - Mindelo | S. Vicente - Cabo Verde | Tel.: 231 08 27 / 232 44 64 | Email: atendimento@labojuvem.cv

CONTROLE DE QUALIDADE EXTERNO

MARCA DE CONFIANÇA



LABQUALITY



Farmácia Jovem

Direção Técnica
Dra. Vanina Gertrudes



Av.12 de Setembro
Mindelo, São Vicente - CP 791
Tel: 2324530

Horário:
2ª a 6ª das 08h às 19h
Sábado das 9h às 12h30





INTRODUÇÃO

Os fatores que influenciam, afetam ou determinam a saúde dos cidadãos e dos povos são designados por Determinantes da Saúde (DS). Estima-se que 70% destes determinantes estejam fora do setor da saúde, o que implica a sua inclusão nos planos e programas de saúde. Frequentemente, são agrupados em: fixos ou biológicos, sociais e económicos, ambientais, estilos de vida e acesso aos serviços.¹

Todos os determinantes influenciam, em um ou noutro sentido, o estado de saúde individual, familiar ou comunitário. Se é certo que o sentido dessa influência é compreensível, tem sido contudo difícil ponderar o peso específico de cada um desses determinantes. Os estilos de vida saudáveis ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade com que trazem ganhos para a saúde.

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde² propôs uma estratégia global para a alimentação, o exercício físico e a saúde, reconhecendo que as doenças crónicas não transmissíveis representavam 60% das causas de morte e geradoras de 47% dos encargos gerais com a saúde. Situação que, no entanto, exhibe uma preocupante tendência para se acentuar, na medida em que no ano 2020 estima-se que tais percentagens subirão para 73% e 60%, respetivamente.

No âmbito da disciplina Saúde Comunitária do Mestrado em Saúde Pública e Comunitária da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, realizou-se este trabalho, que faz uma análise sobre os DS para uma melhor compreensão destes e uma reflexão sobre os DS no contexto de Cabo Verde.

SOBRE OS DETERMINANTES DA SAÚDE

O debate acerca dos Determinantes da Saúde (DS), nos últimos anos, destacou-se entre os estudiosos e profissionais que atuam ou pesquisam a interface Ciências Sociais e Saúde. A Comissão dos Determinantes de Saúde (CDSS)³, aprovada na Assembleia da OMS em 2004, e instituída

em 2005, retomou e impulsionou a produção de conhecimento sobre o tema, instigando e favorecendo a multiplicação de pesquisas e relatórios, mobilizando profissionais, gestores e autoridades do campo sanitário. O relatório da Comissão expôs as evidências dos DS na melhoria e garantia de saúde das populações, as disparidades entre os países e no seu interior, sinalizando fortemente a gravidade do problema sanitário a nível global e alertando para a responsabilidade do sistema económico face ao ocorrido. Seu conteúdo provocou a convocação de uma Conferência Mundial a respeito do tema, visando sensibilizar a opinião pública internacional, os dirigentes de sistemas de saúde em todos os níveis, bem como autoridades governamentais dos países vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU) acerca das condições de iniquidades em saúde e da gravidade dos índices de morbimortalidade em certas áreas do planeta.

Desde os anos 90, vem-se realizando Cúpulas Mundiais⁴ no âmbito das Nações Unidas, com grande participação dos países, onde se refina e se amplia o marco conceitual, se recolhe experiências exitosas e se produz recomendações de políticas de enfrentamento dos DS, sobretudo com vista a diminuir as iniquidades sociais e em saúde.

Nem todos os determinantes são igualmente importantes. Os mais destacados são aqueles que geram estratificação social — os determinantes estruturais que refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o género, a etnia ou as deficiências e estruturas políticas e de governança que, ao invés de reduzir, alimentam iniquidades relativas ao poder económico. O conceito abrangente de determinantes sociais da saúde foi adotado pela OMS⁵ em 2011.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS

Segundo Whitehead⁶, a articulação de aspetos éticos e sociais com a centralidade no indivíduo

estabelece níveis de influência entre os fatores que determinam as desigualdades, incluindo os comportamentais, sociais e institucionais. Almeida Filho (2004)⁷, por sua vez, propõe um novo enfoque para a determinação social das doenças crônicas não transmissíveis.

Os processos saúde-doença são determinados pelas formas de produção, consumo e distribuição dos bens e serviços de uma dada sociedade. Nas formações capitalistas partem da premissa de que os processos de reprodução social expressam a contradição entre propriedade privada, produção coletiva e apropriação de riqueza, o que torna as relações de poder assimétricas e opressivas, repercutindo diretamente no padrão de saúde.

Destacam que a perspectiva da determinação social da saúde sustenta-se nas categorias trabalho e reprodução social da vida. As condições naturais, ambientais e biológicas aparecem subordinadas ou “filtradas” por essas categorias que fundam e estruturam as necessidades em saúde. O pressuposto filosófico implícito é que as dimensões biológicas e ambientais da vida humana estão “subsumidas” às características de cada sociedade em seu desenvolvimento histórico.

A partir deste pensamento, afirmam que as condições sociais viabilizadoras de saúde ou de doença devem ser interpretadas, incorporando uma multiplicidade de determinações – a síntese de múltiplas determinações, ou seja, “de atribuições conceituais que, combinadas adequadamente, permitem transformar a ideia abstrata da saúde em algo que expressa, antes de tudo, as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social”⁸.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Durante a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde⁴, realizada no Rio de Janeiro, em Outubro de 2011, convocada pela Organização Mundial de Saúde, o tema dos

Determinantes Sociais da Saúde foi o centro das atenções de autoridades sanitárias de todo o mundo, além de mobilizar organizações da sociedade civil e o sistema das Nações Unidas.

Sanchez (2011)⁹ ressalta o grande ganho da Conferência, colocar em cena as iniquidades em saúde. Contrariamente ao que é usual em eventos desta natureza, onde se costuma concluir com uma declaração a partir de consensos construídos ao longo do seu desenvolvimento, foram apresentadas duas declarações, a primeira numa linha mais normativa e com posições mais conservadoras, e outra formulada pelas organizações da sociedade civil e movimentos sociais.

A primeira declaração traz um apelo dos chefes de Governo, ministros e representantes dos governos para se implementar a Resolução WHA62.14 da OMS², aprovada na 62ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Maio de 2009, visando reduzir as iniquidades em saúde através da ação sobre os determinantes sociais. Em uma posição mais contundente, a Declaração das Organizações e Movimentos de Interesse Público da Sociedade Civil¹⁰ repõe o cenário de crise do desenvolvimento sustentável decorrente do neoliberalismo, do individualismo e do consumismo, levando à exacerbação da violência e de conflitos, ao desemprego estrutural, às desigualdades na distribuição das riquezas, que levam ao declínio da proteção dos direitos sociais.

Enfatiza que por trás dos determinantes imediatos da saúde encontram-se os determinantes estruturais mais profundos, incluindo as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão. A ampliação das iniquidades e a discriminação institucionalizada através de eixos de classe, raça, género, etnicidade, casta, antigenicidade, idade e capacidade/incapacidade contribuem para a impossibilidade de atingir boa saúde. A ação sobre estes determinantes estruturais da saúde é essencial para superar as crises económica, ambiental, do desenvolvimento e alimentar.



A contribuição do discurso atual acerca dos DSS pode ser visualizada a partir da sua relação com as três dimensões do Serviço Social – a teórico-metodológica, a ético-política e a técnico-operativa. No plano teórico-metodológico, as indicações da CMDSS sinalizam a relevância de estudos a respeito das situações sociais ao apontar a necessidade de “medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções” e ainda a importância dos governos, favorecendo o apoio a “programas abrangentes de pesquisa e levantamentos que forneçam informações para a formulação de políticas e implementação de ações” (DPCDSS, 2011) 11.

No plano ético-político devem ser consideradas as críticas apontadas por Birn (2011)¹² quanto à pouca ousadia da Declaração Política, exigindo uma outra declaração com uma posição mais radical dos participantes vinculados a organizações da sociedade civil. Paim (2011)¹³ destaca a não abordagem das condições estruturais internacionais que levam às iniquidades em saúde, e de Labonté (2011)¹⁴, lamentando a falta de uma definição clara do que será feito, observando que “não há metas, não há estratégias específicas e não se comprometem a informar se os compromissos assumidos serão honrados”. Mesmo assim, as indicações normativas podem ser utilizadas como fundamentos do discurso ético e político junto a gestores, policy makers e profissionais de saúde e mostrar pistas para o desempenho profissional.

ESTILO DE VIDA COMO DETERMINANTE DE SAÚDE EM CABO VERDE

O estilo de vida relaciona as formas social e culturalmente determinantes de vida, que se expressam no padrão alimentar, no dispêndio energético cotidiano no trabalho e no desporto e nos hábitos como fumo, álcool e lazer. É a forma como cada pessoa gere o seu próprio ser, sua saúde, através de hábitos, de opções individuais.

Consumo de álcool e tabaco, má alimentação, obesidade, sedentarismo, não saber conciliar o estresse do dia-a-dia, entre outras coisas, são alguns

dos principais fatores que causam doenças ligadas ao estilo de vida. No que se refere à saúde e ao estilo de vida fatores como educação, paz, habitação, renda, alimentação, meio ambiente, entre outros, são de extrema importância.

Para ter qualidade de vida é preciso adotar ou ter um estilo de vida adequado. A longevidade está totalmente ligada a esse estilo de vida, ao bem-estar físico, mental, psicológico, emocional, saúde, educação. O ser humano mede a sua condição de vida pela qualidade dentro dos estados mencionados acima.

No caso de Cabo Verde, país em fase de transição epidemiológica, com fatores determinantes e condicionantes conhecidos¹⁵, as doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crônica, diabetes mellitus, doenças osteoarticulares e perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem a principal causa de morbidade e mortalidade.

São também estas doenças as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e de perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento. Essas doenças têm como etiologia comum um conjunto de fatores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais.

O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física e a má gestão do stress estão hoje claramente identificados como os principais fatores implicados na origem dessas doenças. Nesta medida, intervir sobre o estilo de vida surge como uma estratégia de saúde fundamental, que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crônicas e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados, como, aliás, a experiência de outros países já comprovou.

No contexto de Cabo Verde, deve-se apostar em programas com diferentes abordagens, designadamente medidas legislativas e técnico-normativas, processos de informação, com recurso às novas tecnologias, e de capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis, formação de profissionais, em especial nos domínios da saúde e da educação, cooperação com outros setores para se criar ambientes físicos, organizacionais e sociais mais saudáveis e envolvimento dos meios de comunicação, ONGs e dos próprios cidadãos na prevenção da doença e na promoção da saúde.

AGENDA DE DESENVOLVIMENTO PÓS-2015

A saúde é uma questão social, económica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental. Desigualdades, pobreza, exploração, violência e injustiça encontram-se entre as causas das doenças e morte dos pobres e marginalizados. Proporcionar condições de saúde para todos implica desafiar interesses poderosos, resistir à globalização e mudar drasticamente as prioridades políticas e económicas. No Diálogo de Alto Nível sobre Saúde na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015¹⁷, realizado no Botswana, em 2013, seguido do Rio+20, consagrou-se a saúde como centro do desenvolvimento sustentável. Considerou-se a saúde como beneficiária e componente do desenvolvimento e ainda como um indicador-chave de um desenvolvimento baseado em direitos, centrado na população e equitativo. A nova agenda de desenvolvimento deve articular claramente e potencializar sinergias entre a saúde e os demais objetivos. Estes objetivos devem ser estabelecidos de modo a haver coerência política e soluções compartilhadas entre os múltiplos setores, isto é, exigem um manejo de governo como um todo na gestão das ações intersectoriais.

CONCLUSÕES

Saúde é importante como um fim em si mesmo e como parte integrante do bem-estar humano, que inclui também as dimensões material, psicológica, social, educacional, laboral, ambiental, política e de segurança. São dimensões interrelacionadas e interdependentes, em que as questões sociais interferem no processo da saúde no que diz respeito

à forma do ser humano viver e às condições de sobrevivência.

Os DS são, em última análise, as condições em que as pessoas vivem e trabalham, ou seja, é o dia-a-dia da população. Os DS apontam quer para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, quer para a maneira como estas condições sociais têm impacto sobre a saúde.

O processo saúde/doença incumbe aos Estados o compromisso ético e político na sua intervenção, na integração da política de saúde às demais políticas sociais e económicas e com o investimento na garantia de direitos sociais universais, cujo exercício é indissociável da participação popular na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde. Sempre reconhecendo que a saúde é produto de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes.

No caso de Cabo Verde, o compromisso do setor sanitário com a democracia e a equidade, a busca da garantia dos cuidados universal, o direito a atuar com autonomia e de modo saudável, é assegurado aos utentes dos serviços da Saúde. Para combater as iniquidades de saúde deve-se conhecer melhor as condições de vida e trabalho da população. Deve-se também definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendem interferir na saúde. Isto para que a sociedade se conscientize da gravidade das desigualdades sociais e do seu reflexo na saúde, e das iniquidades de saúde, pois atingem não só os mais desfavorecidos como também a sociedade no seu conjunto, a fim de conseguir o apoio político necessário para a implementação de intervenções.

Cada indivíduo tem a sua história, cultura e vivência e entender como os determinantes podem interferir no processo saúde é dever de todos. Daí a importância de aumentar o conhecimento dos profissionais da saúde, cada um com sua especificidade, sobre os aspetos que nela interferem. Por fim, é importante reforçar que atualmente existe uma oportunidade sem precedentes de se melhorar a saúde nas comunidades mais pobres e mais vulneráveis, agindo para isso sobre as



causas das desigualdades de saúde e doença. Pois, reconhecer a interdependência entre as condições sociais e as condições de saúde apresenta uma oportunidade de intervenção que pode atacar as raízes sociais do sofrimento humano, através de ações de promoção de saúde, educação em saúde e uma ação efetiva da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nogueira VMR, 2011 - Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais – um Debate Necessário; Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12;
2. OMS. WHA62.14 -Reducing health inequities through action on the social determinants of health. Disponível em internet em; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf Consultado em Junho de 2016;
3. CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde;
4. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WCSDH) - Documento técnico, disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/Primeira_versao_documento_tecnico_CMDSS.pdf. Acessado em Junho de 2016;
5. OMS, 2011 - Diminuindo Diferenças: A Prática das Políticas Sobre Determinantes Sociais da Saúde – Documento de Discussão. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde; Rio de Janeiro, 2011;
6. WHITEHEAD, M. 2000 - The concepts and principles of equity and health. EUR/ ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000;
7. ALMEIDA FILHO, N. et al; 2003 - Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). Am J Public Health, n. 93, p. 2.037-2.043;
8. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), 2009 - Participação, Democracia e Saúde; / Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro;
9. SANCHEZ, D. Impresiones sobre la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales en Salud [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: DSS Brasil; 2011 Nov 08. Entrevista concedida a Alberto Pellegrini Filho [acesso em]. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=entrevistas&p=6456&preview=tru;
10. Felix Rosenberg F.; 2011 - Protegendo o Direito à Saúde mediante ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde; Uma Declaração das Organizações e Movimentos de Interesse Público da Sociedade Civil; Rio de Janeiro, Brasil;
11. DECLARAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES E MOVIMENTOS DE INTERESSE PÚBLICO DA SOCIEDADE CIVIL. Disponível em internet em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/DeclaracaoSociedadeCivilversao-Port-20111201.pdf>. Acessado em Julho de 2016;
12. BIRN AE. A CMDSS foi uma oportunidade perdida e a Declaração do Rio pouco política [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: DSS Brasil; 2011 Dez 18. Entrevista concedida a Alberto Pellegrini Filho [acesso em]. Disponível em:<http://cmdss2011.org/site/entrevistas/a-cmdss-foi-uma-oportunidade-perdida-e-a-declaracao-do-rio-pouco-politica/> Acessado em Julho de 2016.
13. Pain PAIM, J. S. Com retórica ambígua sobre o bem-estar dos cidadãos a Declaração do Rio não avança estratégias para mudanças políticas e econômicas [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: DSS Brasil; 2011; IN Nogueira, VMR, 2001 - Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais – Um Debate Necessário; Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12;
14. LABONTÉ, R. Até que ponto o caráter normativo da Declaração do Rio se traduzirá em mudanças de comportamentos dos governos? [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: DSS Brasil; 2011; IN Nogueira, VMR, 2001 - Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais – Um Debate Necessário; Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12;
15. RODRIGUES, Júlio Monteiro. Transição epidemiológica em Cabo Verde e seus determinantes. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
16. Buss PM, Magalhães DP, Setti AFF, Gallo E, Netto FAF, Machado JMH, Buss DF, 2014 - Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(12):2555-2570.



Presidência da República

INICIATIVA PRESIDENCIAL



PREVENÇÃO DO USO ABUSIVO DO ÁLCOOL

Menos Álcool, Mais Vida!

Um problema de Saúde Pública

A produção e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um problema que cada vez mais preocupa as autoridades competentes e os cidadãos de Cabo Verde.

www.menosalcoolmaisvida.cv

 [mentosalcoolmaisvida](https://www.facebook.com/mentosalcoolmaisvida)

 [@mentosalcoolcv](https://twitter.com/mentosalcoolcv)

 [mentosalcoolmaisvida](https://www.instagram.com/mentosalcoolmaisvida)

Angiologia e Cirurgia Vascular

Doença Carotídea A propósito de 2 casos operados

Autores:

José Prates Raposo ⁽¹⁾, *HAN* ⁽²⁾,

Felisberto Borges ⁽³⁾,

Henrique Vera-Cruz ⁽⁴⁾,

Victor Costa ⁽⁵⁾.

- (1) Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pelos Hosp. Civis de Lisboa e pela Ord. dos Méd. de Portugal. Ex-estagiário nos Hospitais Universitários de Montpellier, Tours, Paris e Lausanne.
- (2) HAN – Hospital Central Dr. Agostinho Neto . Cidade da Praia . Cabo Verde.
- (3) Especialista em Otorrinolaringologia do Quadro do HAN.
- (4) Especialista em Cirurgia Geral . Cooperante no HAN.
- (5) Director do Serviço de Cirurgia Geral do HAN.

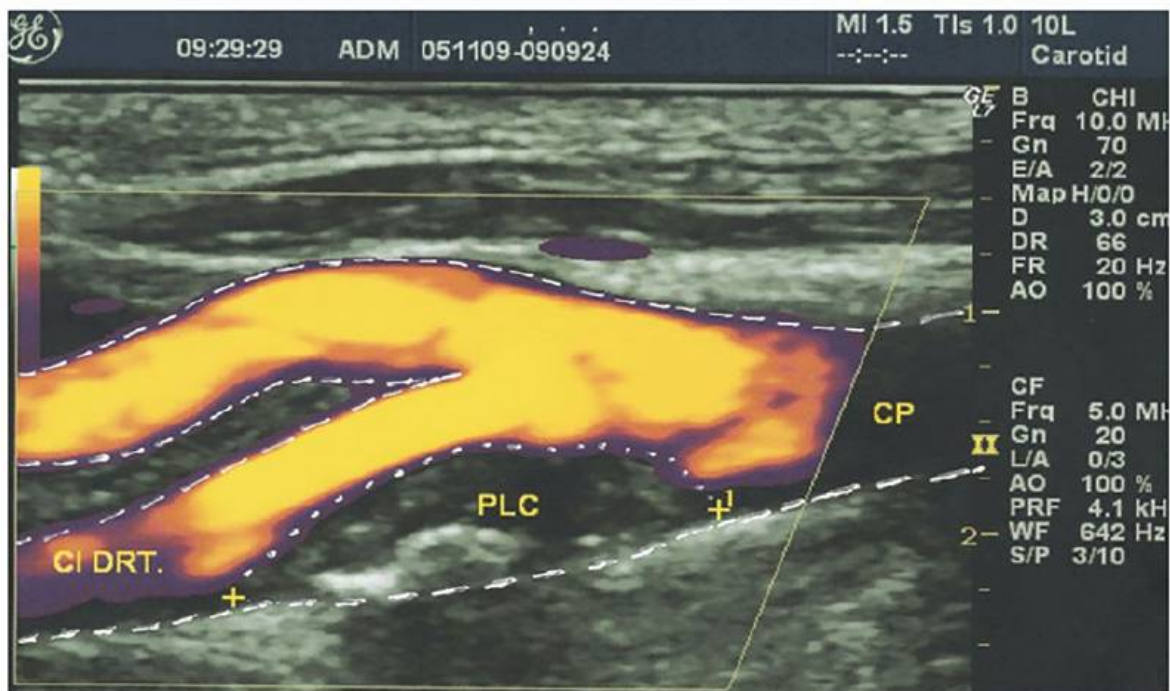


FIG. 1 – ECO-DOPPLER COR. Eixo Carotídeo com placa ateromatosa estenosante, heterogénea de contornos nítidos e regulares

RESUMO

A doença cerebro-vascular (DCV) é a principal causa de mortalidade, de morbilidade e de incapacidade física e intelectual no hemisfério ocidental, onde vivemos.

Em Portugal morrem anualmente cerca de 22.000 pessoas por ano devido à DCV. Uma incidência duas vezes maior do que em Espanha e cinco vezes maior

do que em França. Em Cabo Verde, não existem estudos epidemiológicos que caracterizem a incidência e a prevalência desta patologia.

Em um terço destes doentes a causa predisponente é a **hipertensão arterial** e a causa determinante é a deterioração progressiva das artérias carótidas por **ateromatose obliterante** ao nível dos bulbos e origens das carótidas internas.



Menos frequentes têm sido os tumores, aneurismas e falsos aneurismas nomeadamente das carótidas.

Na nossa clínica no HAN diagnosticámos uma dúzia de doentes com doença carotídea aterosclerótica obliterante, que foram submetidos à terapêutica médica indicada, bem como um falso aneurisma carotídeo.

Dois casos no entanto foram evacuados com indicação cirúrgica devidamente documentada e operados com sucesso em Lisboa e em Boston.

Apresentamos de seguida e sumariamente estes dois casos no sentido de sensibilizar a classe médica para esta patologia certamente frequente e fácil de diagnosticar.

CASO CLÍNICO 1

M.F.F. 77 anos.

Sexo masculino.

Natural da Ilha de Santiago.

Cabo Verde

Paciente que surge nas consultas de cirurgia geral e otorrino com queixas de cefaleias ligeiras e tonturas, com alguns meses de evolução. Refere história de hipertensão arterial de cerca de 12 anos.

Negava antecedentes de diabetes, dislipidémias ou tabagismo. Negava outras queixas dignas de interesse nomeadamente cardíacas ou vasculares periféricas.

Observado em consulta de cirurgia vascular em Novembro de 2015 comprovou-se a existência de pulsos carotídeos mantidos assimétricos e sem frémitos à palpação. Observaram-se ainda sopros moderados nas regiões cervicais antero-laterais direita e esquerda e solicitou-se um Eco-Doppler Cor das Carótidas e Vertebrais que revelou:

- Lesões obstrutivas hemodinamicamente muito

significativas, (placas ateromatosas) de aspeto fibrocálcico e heterogéneo, com notável expressão intraluminal, de contornos nítidos e regulares, e compatíveis com:

- Estenose de 80 % em superfície na origem da carótida interna direita.
- Estenose de 60 % em superfície na origem da carótida interna esquerda.

Face a este diagnóstico e na impossibilidade momentânea de obter um Angio-TC dos troncos supra-aórticos, bem como de efetuar a cirurgia carotídea no HAN, propusemos a evacuação deste doente, tendo seguido para Boston (Estados Unidos da América), onde foi operado no Beth Israel Hospital, após serem confirmados o diagnóstico e a nossa proposta cirúrgica.

- Em Janeiro de 2016. Endarterectomia da carótida interna direita.
- Em Julho de 2016. Endarterectomia da carótida interna esquerda.

Passado um ano o doente está consciente, colaborante, orientado, assintomático e sem suspeita de quaisquer complicações cirúrgicas, efetuando no entanto a terapêutica médica indicada e vigilância semestral na cidade da Praia em consulta de especialidade.

CASO CLÍNICO 2

J.M.R. 21 anos.

Sexo masculino.

Natural da Ilha de Santiago.

Cabo Verde

Paciente com cefaleias, tonturas e episódios de AITs de repetição e recentes.

Negava antecedentes de hipertensão, diabetes, dislipidémias ou tabagismo.

Negava outras queixas nomeadamente cardíacas ou vasculares periféricas.



O doente apresentava uma formação anómala de forma e tamanho de um ovo de pomba na região antero-lateral direita do pescoço, e pós traumatismo por arma branca naquela região provocado cerca de três meses antes da nossa primeira observação.

Esta formação era pulsátil e expansível e acompanhada de frémito ligeiro. Detetava-se ainda sopro intermitente sistólico de pequena intensidade no mesmo território.

O diagnóstico clínico foi obviamente de falso aneurisma da carótida primitiva direita e foi solicitado um Eco-Doppler Cor para melhor caracterização da lesão arterial cervical (Figura 2), o qual se concretizou em Novembro de 2014, tendo revelado o seguinte:

- Notável falso aneurisma sacular da extremidade proximal da carótida primitiva direita com 43,7 mm de diâmetro máximo e com trombo intra-sacular.
- Os fluxos sanguíneos apresentavam baixas velocidades sistodiastólicas na carótida interna distal, muita turbulência e baixas velocidades no

interior do falso aneurisma, como é evidente na figura anexa.

Com o diagnóstico de falso aneurisma da carótida sintomático, e na impossibilidade de realizar exame que permitisse melhor caracterização anatómica e topográfica da lesão (Angio-TC), bem como a respetiva correção cirúrgica no HAN, foi proposta a evacuação externa do doente para Portugal, o que aconteceu em Janeiro de 2015.

No Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, foram confirmados o nosso diagnóstico e a nossa indicação cirúrgica e o paciente foi submetido a uma cirurgia de ressecção do falso aneurisma carotídeo com implantação de um enxerto de inter-posição carotídeo com prótese de PTFE em 4 de Março de 2015.

O pós-operatório decorreu sem complicações e passados dois anos o paciente encontra-se assintomático, com a terapêutica indicada e avaliações periódicas anuais.

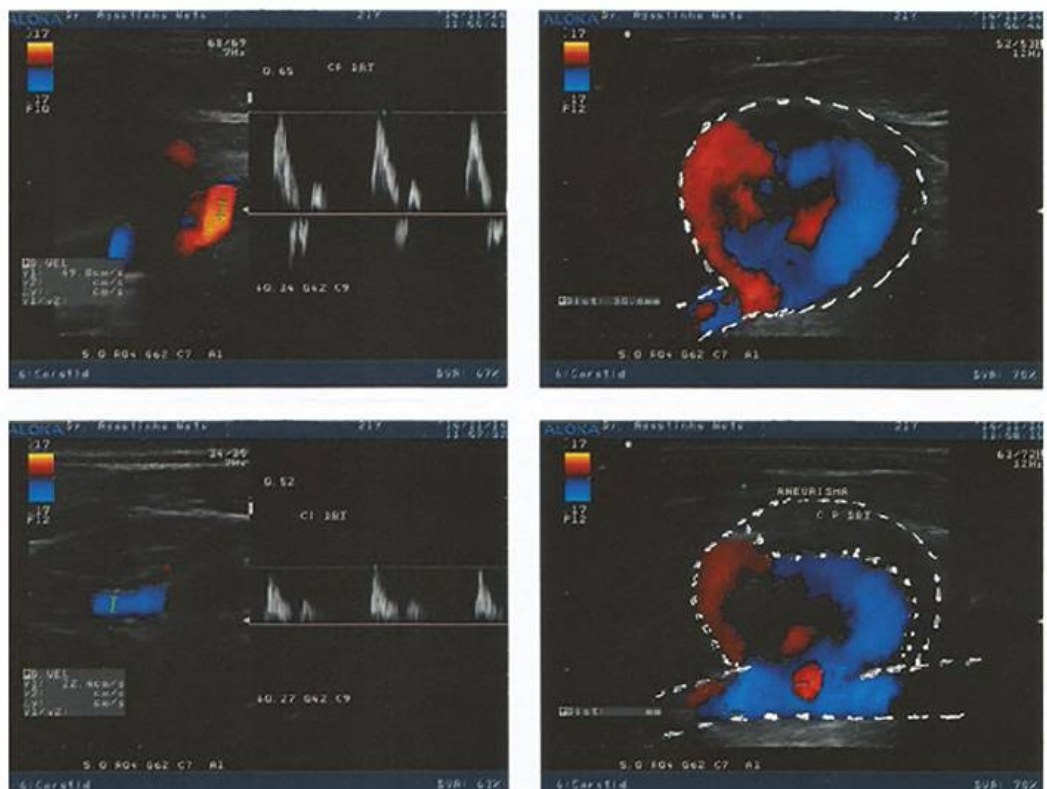


FIG. 2 ECO-DOPPLER Cor . Falso Aneurisma da Carótida Primitiva Direita com trombo intra-sacular



DISCUSSÃO

A doença cerebro-vascular (DCV) é um grande problema de saúde pública a nível mundial e principalmente no mundo em que vivemos.

Tanto mais que se trata de uma doença na maior parte dos casos de evolução silenciosa e de consequências muitas vezes catastróficas e/ou fatais.

Em grande parte destes pacientes a origem desta doença reside nos troncos supra-aórticos e principalmente nas bifurcações carotídeas.

A principal causa é a aterosclerose obliterante, e os grandes fatores de risco são a hipertensão arterial, a diabetes, as dislipidémias e o tabagismo. Outras causas, embora muito menos frequentes, são:

- Oclusões arteriais, tortuosidades, arterites, reestenoses, tumores, dissecções, fibrodismplasias, aneurismas e falsos aneurismas.

O diagnóstico é no entanto e com frequência relativamente fácil, atendendo à história e à observação do doente e ao recurso a um meio de diagnóstico não invasivo, incruento, de fácil e rápida execução em mãos experientes – Eco-Doppler Cor.

O Angio-TC está indicado em casos de dúvida ou como exame pré-cirúrgico. A arteriografia introduzida por Egas Moniz em 1927 caiu em desuso.

Pelo contrário, a terapêutica por vezes é cirúrgica e particularmente complexa, exigindo uma multiplicidade de requisitos materiais e humanos.

É hoje e desde há muito consenso universal que a cirurgia carotídea deve de ser feita apenas em serviços de cirurgia vascular com elevada experiência neste tipo de cirurgia e com mortalidade operatória global inferior a 3%.

Classicamente, estes doentes eram submetidos sobretudo a endarterectomia da placa e menos frequentemente a enxertos de inter-posição.

Modernamente, nos centros cirúrgicos avançados é possível dispor de novas soluções de mais fácil resolução e menos invasivas, nomeadamente por via da cateterização percutânea, e segundo a técnica de Seldinger.

De qualquer modo a discussão sobre estes doentes e a respectiva terapêutica é hoje multidisciplinar e estandardizada, tendo em conta a patologia, a idade do doente, os fatores de risco e eventuais co-morbilidades.

Baseados na nossa experiência, e tendo em conta a elevada prevalência de hipertensos e diabéticos em Cabo Verde, podemos afirmar que a doença carotídea e a aterosclerose afetem uma elevada percentagem da população, com grandes custos sociais, familiares e individuais.

Felizmente, a grande maioria dos doentes são do foro médico e só uma pequena parte têm indicação cirúrgica. Estes podem ser diagnosticados e caracterizados em Cabo Verde e encaminhados para evacuação externa devidamente documentados.

Pensamos no entanto que os hospitais centrais da Praia e do Mindelo devem evoluir no sentido de proporcionar a estes doentes a terapêutica adequada (médica ou cirúrgica), nas melhores condições e em um ambiente de oportunidades igual ao de todas as outras patologias.

COMENTÁRIO

A doença carotídea, flagelo silencioso, é certamente muito frequente, fácil de diagnosticar e por vezes difícil de tratar sobretudo nos estádios mais avançados.



As causas são múltiplas e já referidas neste trabalho, sendo a principal a aterosclerose obliterante e tendo como maior fator de risco a hipertensão arterial.

A grande maioria dos doentes é tratada apenas medicamente e a cirurgia, quando indicada, deve ser encaminhada para centros especializados de referência.

A nossa experiência nesta patologia é particularmente extensa e solidamente alicerçada porquanto:

- Trabalhámos em equipa durante mais de vinte anos com os pioneiros da cirurgia carotídea em Portugal e no Hospital de Santa Marta – Drs Mendes Fagundes, Rangel Mesquita e Rosa Dias, tendo tido também oportunidade de, coadjuvados por eles, realizar diversas endarterectomias carotídeas.

- Em 1985 estagiámos durante três meses em Montpellier com o Prof. André Thevenet que na altura já contabilizava 2.000 cirurgias carotídeas com o % “zero por cento” de morbilidade e de mortalidade nas últimas 200 intervenções – sic. Neste período em França pudemos observar 50 intervenções cirúrgicas sobre carótidas e vertebrais, tendo sido 1º e 2º ajudante em algumas delas.

Gostaríamos com este trabalho de sensibilizar os médicos cabo-verdianos para a importância de

se fazer o diagnóstico precoce desta patologia, bem como para a necessidade da sua resolução atempadamente, quer recorrendo à evacuação externa, quer implementando a cirurgia especializada em Cabo Verde num prazo não muito longínquo. A bem dos doentes, dos serviços de saúde e do País.

O futuro aqui já começou.

BIBLIOGRAFIA

1. Techniques de Chirurgie Vasculaire, - B. Andreassian, A. Carpentier e outros . Masson Paris . 1984
2. Ecotomografia das artérias Cervicais . J. Prates Raposo . O Médico nº 1895 . Lx. 1988
3. Nouvelles Explorations Atraumatiques em Phatologie Vasculaire Cérébrale . J. Cambier e col. PIL. Paris . 1987
4. Ultrasonographie Vasculaire Diagnostique . Michel Dauzat e col. Vigot 1991
5. Pratique de Eco-Doppler Couleur . M.C. Plainfosse . Masson . Paris . 1993
6. Plaques carotides. Diagnostic, Evaluation Prognostic . - J.M. de Bray e col. Sauramps. Montpellier . 1997
7. Noções Fundamentais de Imagiologia . Martins Pisco e Ayres de Sousa . Lx. 1999
8. Carótidas e Vertebrais . Eco-Doppler Cor . J. Prates Raposo . Lisboa 2004.
9. Rutherford's Vascular Surgery . 7ª Edição . Philadélphia . Els. Saunders 2001
10. Manual de Angiologia e Cirurgia Vascular Edição Serv. Angiologia e Cirurgia Vascular . Hosp. Santa Marta . 2013.



FARMÁCIA
Moderna

Avenida Amílcar Cabral
Plateau- Praia
Santiago

T. 261 27 19
F. 261 29 51
E. fmoderna@sapo.cv

HORÁRIO

2º a 6º Das 8h às 20h
Sábado Das 9h às 13h

Vivência do Pânico: Uma realidade que ameaça

Autora:

Belmira Miranda

Mestre em Saúde Pública/Psicóloga Clínica



INTRODUÇÃO

O trabalho com um caso clínico em particular, que depois se tornou um “caso familiar”, me inspirou particularmente para a escrita sobre o pânico. A ideia de discorrer sobre o tema já vinha se desenhando faz tempo com o aparecimento de vários casos de adultos com quadros de Transtorno de pânico.

O caso em referência aconteceu com um indivíduo na fase da adolescência e chamou a minha atenção devido à sua relação com fatores ambientais. Ou seja, acontecimentos violentos de determinado bairro e a vivência em um ambiente de insegurança que tiveram impacto no estado emocional de uma pessoa. Foi assim que, associados elementos de vulnerabilidade, eventos de vida produtores de stress e crenças culturais, apareceram os sintomas de um quadro agudo.

Tudo levou à reflexão e análise sobre o ambiente em que se vive atualmente em algumas cidades de Cabo Verde, os vários acontecimentos que permanentemente são trazidos pela comunicação social e o seu impacto na nossa saúde mental.

Ao longo dos tempos, vários estudiosos têm-se dedicado à busca de compreensão dos elos entre os fatores do ambiente social e a origem e o desenvolvimento de distúrbios psicológicos. Estudos apontam para uma relação entre os transtornos mentais comuns e os eventos da vida produtores de stress.

A ansiedade, além de ser considerada uma emoção universal, é acima de tudo algo que caracteriza o ser humano, segundo Beck. Alguns autores que escreveram sobre a ansiedade na vida contemporânea chegam a falar da “Era da Ansiedade”. Os diversos quadros associados à ansiedade estão muitas vezes relacionados a acontecimentos da vida das pessoas.

Neste ano, a OMS colocou em foco a questão da saúde mental ao escolher como lema para o Dia Mundial da Saúde “Conversar sobre a Depressão”. Além de falar sobre a Depressão é preciso que se fale também da Ansiedade e dos vários quadros que compreende, e que muito sofrimento trazem à vida das pessoas.

TRANSTORNO DE PÂNICO

Segundo Rangé et al: “A experiência de quem tem um ataque de pânico é simplesmente aterrorizadora”, e defendem que o transtorno de pânico e a agorafobia são dois dos problemas que mais frequentemente causam incapacidades no campo dos transtornos de ansiedade.

Os mesmos estudiosos enfatizam que o “terror” advém de grande ansiedade perante a expectativa de que a crise possa acontecer de novo e que da próxima vez não haja salvamento. Alguns pacientes relatam ter muito medo de passar para o sono com receio de voltar a ter um ataque de pânico.

Os pacientes afetados com o referido quadro chegam na consulta de psicologia após terem passado por vários consultórios de cardiologia e por várias urgências de hospitais. E por vezes passam por vários meses de intensa angústia e apresentam sintomas depressivos.

Na realidade, consideram Bernard et al, existe continuamente uma “peregrinação por hospitais e médicos” até que chegue o dia em que estes pacientes são encaminhados para consultas de psicologia e psiquiatria. Ou seja, pode levar tempo até que o paciente tenha acesso à informação que identifica o distúrbio que pode ser tratado e é conhecido por transtorno de pânico.

A citada perturbação inclui reações simpáticas súbitas, crescentes e intensas como: taquicardia, falta de ar, náuseas, tremores, sudorese, tonturas, vertigens, formigamentos, etc. Acontecem também ideias de morte por falta de ar ou problema cardíaco, desmaios e episódios de falta de controlo, que causam enorme mal-estar à pessoa que passa pela situação.

Rangé et al postulam que a vida pessoal, profissional e afetiva destes pacientes é gravemente afetada visto que não conseguem mais sair sozinhos e, por vezes, nem acompanhados. Alegam que muitas vezes podem existir comportamentos de fuga ou evitação permanentes que afetam

enormemente a mobilidade e a autonomia dos pacientes.

Os mesmos autores alertam que os pacientes podem recorrer ao consumo do álcool e medicamentos para conseguir desempenhar várias atividades, o que provavelmente leva à dependência química secundária.

No histórico do conceito considera-se que o transtorno de pânico já tinha sido contemplado nos escritos de Freud sobre neuroses de ansiedade. Freud (1895/1969) escreveu: “ataques de ansiedade espontâneos que tomam a forma de vertigem, palpitações, dispneia, tremor, sudorese”.

Por outro lado, no campo da psicofarmacoterapia os estudos inicialmente realçavam a evitação fóbica como a perturbação fundamental e não deram muita atenção às crises. Nos seus estudos o psiquiatra americano Klein identificou uma droga que parecia ser efetiva para os ataques de pânico, que ocorriam de forma súbita, sem no entanto a indicar para a ansiedade crónica. Através dos estudos com imipramina Klein fez a distinção entre pânico e ansiedade crónica e concluiu que a agorafobia era uma consequência do pânico.

Para Rangé et al, Klein e a sua equipa da Universidade de Colúmbia apresentaram um modelo para explicar a evolução dos sintomas dos ataques de pânico isolados, para a ansiedade antecipatória e para a agorafobia em pacientes com ataques de pânico. Foram assim explicadas as consequências de longo prazo do transtorno de pânico, sendo a agorafobia a principal.

Klein considera três padrões de ocorrência para ataques de pânico:

- Ataque de pânico espontâneo, que se caracteriza por uma mudança repentina e espontânea de terror crescente e vários sintomas autónomos, principalmente cardiorrespiratórios. Conforme os relatos dos

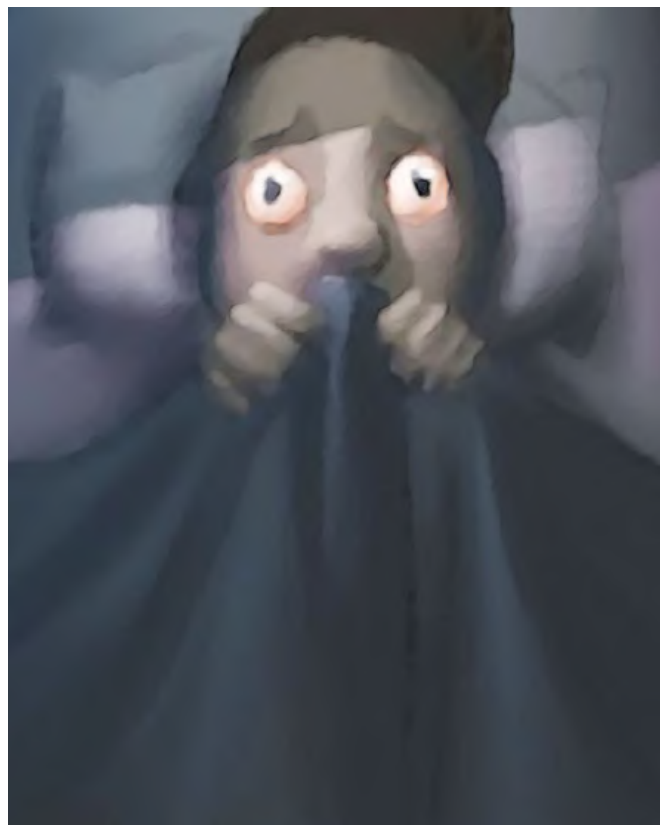
pacientes, são os ataques que surgem sem nenhuma razão;

- Ataque de pânico provocado por estímulo, que é uma situação de medo súbito desencadeado por exposição a estímulo fóbico ou pela antecipação de tal exposição. São os ataques típicos das fobias específicas;
- Ataques de pânico predispostos, que normalmente acontecem em determinadas ocasiões mais do que em outras. As situações fazem aumentar a probabilidade de um ataque, mas não o provocam.

No que tange à sintomatologia o DSM IV considera que há um período de medo ou desconforto intenso quando quatro, ou mais, dos seguintes sintomas se desenvolvem repentinamente e atingem o pico em 10 minutos: (1) palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado; (2) suores; (3) estremecimentos ou tremores; (4) dificuldades em respirar; (5) sensação de sufoco; (6) desconforto ou dor no peito; (7) náuseas ou mal-estar abdominal; (8) sensação de tontura, falta de equilíbrio, de cabeça oca ou de desmaio; (9) desrealização ou despersonalização; (10) medo de perder o controle ou de enlouquecer; (11) medo de morrer; (12) parestesias (formigueiros); (13) sensação de frio ou de calor.

Rangé et al consideram que a história típica do paciente com transtorno de pânico é a de um normal funcionamento até a ocorrência do primeiro ataque. Esclarecem que se o ataque tiver suficiente intensidade o paciente, via da regra, vai procurar o serviço de urgência de um hospital geral ou uma clínica de cardiologia. Com o surgimento de outros ataques, desponta a ansiedade antecipatória e a ideação sobre novos ataques, o que conduz ao desenvolvimento de respostas de evitação que vão caracterizar o quadro de agorafobia.

Os mesmos autores enfatizam que os sintomas de pânico podem ser confundidos com doenças físicas como hipertireoidismo, hipoglicemias e labirintites. Consideram que em vários casos um ataque de pânico pode ser desencadeado durante



o uso de alguma substância como maconha, cocaína ou anfetaminas. Síndromes de abstinência de substâncias como álcool, benzodiazepínicos e outros hipnóticos também podem levar a ataques de pânico.

Quanto ao curso clínico e fatores de risco, a literatura acima consultada dá conta de que as características demográficas dos pacientes indicam a idade de início dos sintomas entre o final da adolescência e o princípio da idade adulta, sendo a idade média dos indivíduos afetados participantes dos estudos à volta dos 28 anos.

A divisão por sexo do transtorno de pânico com agorafobia é de aproximadamente de 4,1 mulheres para cada homem, enquanto no transtorno de pânico sem agorafobia a razão é de 1,3/1. Considera-se que variáveis como ocupação e nível socioeconômico, raça, etnia não influenciam de forma significativa a taxa de prevalência, mas existe uma tendência de moradores de áreas rurais de apresentarem maior prevalência de quadros fóbicos. Acrescenta-se que algumas variáveis de

personalidade têm sido relacionadas ao quadro de agorafobia. Também a história familiar é indicada como fator de risco para o desenvolvimento do transtorno de pânico.

Quanto à co-morbidade, postula-se que a mais comum é aquela que acontece conjuntamente com outros quadros de ansiedade. Os transtornos afetivos também são apontados como frequentes em pacientes com pânico. Estudiosos defendem que existe uma correlação entre o grau de gravidade do transtorno de pânico/agorafobia e a prevalência da depressão. Considera-se também que existem evidências enormes de co-morbidade em casos de abuso de substâncias.

O tratamento do transtorno de pânico, como outros transtornos mentais comuns, pode ser feito com psicofármacos e psicoterapia. Nos tratamentos psicológicos, os tratamentos cognitivo-comportamentais evoluíram muito nas últimas décadas e vêm sendo considerados eficazes no tratamento do transtorno de pânico.

O transtorno de pânico é também relatado em crianças e adolescentes. Segundo Teiga (Monteiro et al), as perturbações de ansiedade surgem como uma das nosologias psiquiátricas mais frequentes, e uma em cada cinco crianças/adolescentes é afetada, embora muitas vezes não sejam identificadas nem tratadas.

A mesma autora considera que as perturbações de ansiedade são mais presentes no sexo feminino e que a prevalência aumenta no sexo feminino na adolescência em 2/1, sendo o desequilíbrio significativo na fobia específica, perturbação de ansiedade de separação, perturbação de pânico e agorafobia.

CONSIDERAÇÕES

Embora considere que alguns casos vêm sendo identificados e tratados, muitos casos de transtorno de pânico permanecem sem diagnóstico, afetando

enormemente a qualidade de vida das pessoas que sofrem do referido transtorno.

Atualmente existem variadas fontes de informação, mas muitas pessoas ainda têm dificuldades para aceder a informações de qualidade. Por outro lado, fortes crenças culturais impede-as muitas vezes de procurar ajuda nos serviços vocacionados para tratamento de transtornos mentais.

Como foi referido acima, os pacientes com transtorno de pânico fazem verdadeira “peregrinação” pelas urgências de hospitais e consultórios de cardiologia, passando por vezes por vários profissionais de saúde até conseguirem descobrir que é esse o seu quadro.

Esse quadro causa enorme sofrimento aos pacientes e alguns relataram que havia mais de um ano que ocorrera a primeira crise. Outro aspeto preocupante revelado é o fato de alguns pacientes já terem enorme receio de sair de casa por qualquer motivo.

É crucial que nos diferentes níveis de cuidados de saúde, os profissionais sejam formados para a detecção precoce e cuidado integral das pessoas que apresentam transtorno de pânico ou outra perturbação de ansiedade.

Dar atenção à Saúde Mental é cada vez mais importante se queremos a melhoria da qualidade de vida das nossas populações e a participação de todos no desenvolvimento do país.

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL:

1. Beck, Cognitive Therapy
2. American Psychiatric Association, mini DSM-IV-TR
3. Monteiro et al, Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência
4. Rangé et al, Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria



Arlindo do Rosário eleito um dos vice-presidentes da 70ª Assembleia Mundial da Saúde



O Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde, Arlindo do Rosário, foi eleito um dos vice-presidentes da 70ª Assembleia Mundial da Saúde, que decorreu na cidade de Genebra, Suíça, junto com os representantes das Ilhas Cook,

República Popular Democrática da Coreia, da Somália e do Suriname.

Até o dia 31 de maio, data em que encerrou a assembleia, no âmbito do exercício dessa sua nova função, Arlindo do Rosário presidiu às reuniões de coordenação diárias do Grupo dos Estados Membros da Região Africana. Entretanto, na abertura da primeira sessão (dia 23) a Assembleia da Saúde elegeu Verónica Skvortsova, Ministra da Saúde da Federação Russa, como presidente.

A assembleia é o órgão mais alto da Organização Mundial da Saúde e tem como funções definir as políticas, nomear o Diretor-geral, supervisionar as políticas financeiras e rever e aprovar o projeto de orçamento programa desta instituição internacional. Na reunião de Genebra participaram 3500 delegados dos 194 Estados membros da OMS.



Horário

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



A grande realização do ano passado foi a dotação de um quadro organizacional adequado para o cumprimento das atribuições da OMECAB

“É preciso que os médicos cabo-verdianos tenham também competências sociais e linguísticas”

Daniel Silves Ferreira é desde há um ano o novo Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos. Nesta entrevista à revista, além do balanço da atividade da Ordem dos Médicos de Cabo Verde em 2016, onde se destaca a dotação de um quadro organizacional adequado para o cumprimento das atribuições da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, Silves Ferreira fala sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Salários do pessoal médico, da necessidade de formação contínua da classe, nomeadamente nos domínios ético-deontológico e social, e ainda da transição epidemiológica por que passa Cabo Verde e do desafio que isso representa para os médicos e o país em geral, sem esquecer o recém-instalado curso de Medicina, que não é consensual.



Dr. Daniel Silves Ferreira, tomou posse como bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos a 15 de Janeiro do ano passado, depois de ser eleito a 28 de Novembro de 2015. Como avalia o seu primeiro ano de trabalho à frente da OM?

O primeiro ano de mandato foi bom. Nós, desde a tomada de posse, definimos muito claramente quais deveriam ser as nossas metas para o primeiro ano e creio que conseguimos atingi-las. Em primeiro lugar, entendemos que para cumprir aquilo que os Estatutos nos dizem devíamos pensar um pouco no formato organizacional da própria Ordem. Foi por isso que logo no início começamos a trabalhar na relegitimação das comissões especializadas de Formação e Qualificação Profissional, de Ética e Deontologia Médicas, de Consultório Privado, de Consulta Pública. Foi assim que também começamos a trabalhar arduamente nos Colégios de Especialidade e chegamos ao final do primeiro ano com esses colégios todos criados, com os membros das comissões executivas empossados e com esses colégios a funcionar plenamente. Também entendemos que devíamos dar alguma atenção ao curso de Medicina que começou a funcionar na

Universidade de Cabo Verde. E também, dentro deste quadro organizacional que idealizamos para o primeiro ano, criamos a Comissão de Apoio e Acompanhamento do Curso de Medicina, cujos membros já foram empossados, que está a funcionar de uma forma muito satisfatória. Este é o quadro organizacional que nós temos neste momento, com as estruturas organizacionais, regionais, as comissões especializadas e os colégios de especialidade e a comissão de acompanhamento e apoio ao curso de medicina. Portanto, neste aspeto eu creio que as coisas melhoraram bastante, e isso nos permite fazer aquilo que idealizamos e pretendemos.

Qual a função e qual a importância dos Colégios de Especialidade?

- Os Colégios de Especialidade têm várias funções e atribuições, e uma delas é a qualificação contínua dos próprios especialistas. Cada colégio deve fazer tudo para que os seus membros tenham uma formação contínua, um aspeto extremamente importante. Outro aspeto, o Colégio deve

contribuir para que os médicos em geral tenham competências e qualificações na área da sua especialidade. Os colégios de Especialidade devem também ter um papel fundamental, determinante, no reconhecimento dos títulos. Doravante, os especialistas serão reconhecidos pelos Colégios de Especialidade. Até há pouco tempo nós tínhamos a Comissão de Formação e Qualificação Profissional, que dava um parecer geralmente vinculativo à Direção Geral do Ensino Superior. Doravante será o próprio colégio de especialidade a debruçar-se sobre o processo e a pronunciar-se sobre isso.

Qual é a situação de Cabo Verde em termos de números de especialistas? Consta que existe um bom número de médicos de Clínica Geral, mas faltam especialistas, ou não há nenhum sequer em algumas áreas de especialidade. Qual a sua opinião?

- Temos tido um aumento constante do número de especialistas. Hoje, creio, mais de 50 por cento dos médicos cabo-verdianos já tem uma especialidade, sendo os restantes clínicos gerais, regra geral bastante mais jovens. A tendência, nota-se claramente, é para a especialização. Vamos ter cada vez mais especialistas, mas eu creio que devemos ter alguma atenção, algum cuidado na especialização dos nossos médicos porque se não formos muito atentos corremos o risco de estar a especializar médicos em áreas que podem não ser as áreas prioritárias para Cabo Verde neste momento, e ter vastas áreas extremamente importantes completamente descobertas, áreas essas que estão muitas vezes a ser cobertas pelos próprios clínicos gerais.

Quais são os grandes desafios para a classe médica neste momento?

- Nós temos vários desafios, e o desafio maior talvez seja poder acompanhar os avanços da Medicina. A Medicina tem conhecido nos últimos anos avanços incríveis, é preciso que os nossos médicos consigam acompanhá-los. Mas é preciso também, além de terem capacidade de acompanhar esses avanços, ou seja, de terem cada vez mais capacidades e competências, que tenham uma capacitação ética e deontológica cada vez mais aprofundada. Esta dimensão ética e deontológica

é fundamental para o médico cabo-verdiano de hoje. E é preciso também, e isto não deixa de ser um desafio muito grande, que os médicos cabo-verdianos tenham, além das competências técnico-científicas e éticas e deontológicas, competências em outras áreas: sociais, culturais, linguísticas, das ciências da comunicação. Ou seja, é preciso que seja também bem formado nesses aspetos porque é uma exigência dos nossos tempos.

Aliás, são comuns as queixas de pacientes de que foram maltratados por médicos por ocasião de consultas nos serviços de saúde, sobretudo públicos, ao não serem consideradas do ponto de vista humano. Concorda?

- Exato.

Acha que é normal?

- Não, não é normal que os médicos tenham essa atitude. Infelizmente isso acontece e é bom que as pessoas se queixem disso. Isso é importante para nós e devemos fazer tudo para que o médico tenha uma conduta adequada à sua condição.

O que pode a OM fazer para colmatar essa lacuna?

- São as tais competências éticas e deontológicas de que falei há pouco. Se o médico tiver mais competências no domínio da ética e da deontologia médicas ele saberá ter uma atitude, um comportamento, uma conduta mais digna e mais adequadas ao exercício da sua profissão.

Qual a posição da OM sobre a aprovação recente pelo Conselho de Ministros do Decreto-Lei que aprova o Plano de Cargos, Carreiras e Salários do pessoal médico?

- Nós definimos como objetivo do primeiro ano de mandato ter uma carreira médica aprovada. Porque para nós o regresso à normalidade era extremamente importante. É bom que os médicos tenham uma carreira que estimule o mérito, os estudos, o trabalho, que faça com que contribuam para o desenvolvimento da saúde em Cabo Verde.



Nós participamos desde o início na discussão da carreira, e dissemos que queríamos uma carreira que fosse digna para a classe médica nos dias de hoje. Tivemos algumas dificuldades na transição e nós, mais uma vez dissemos claramente o que pretendemos, que é ter uma carreira que seja justa e equilibrada, funcional, que permita o funcionamento futuro da carreira e que fosse coerente com os aspetos consensualizados anteriormente. Se nós definirmos as várias categorias, quais eram os perfis das várias categorias, nós entendíamos que na transição esses aspetos deviam ser também contemplados. Não deveríamos satisfazer apenas alguns requisitos, mas todos, pois isso valorizaria a carreira médica e a função de médico e estimularia o desenvolvimento profissional, para além de estimular o próprio médico. Ficamos a saber muito recentemente que a carreira teria sido aprovada em Conselho de Ministros. Infelizmente, ainda não conhecemos o texto final, que já pedimos para que possamos examiná-lo e ter uma opinião mais clara sobre o assunto.

Frisou há pouco a importância para a saúde no país de haver uma carreira médica digna. O que define como carreira médica digna?

- Uma carreira médica digna é uma carreira que reconhece o médico na função que ele exerce, uma função social útil, importante, necessária para o bem-estar e para o desenvolvimento deste país, e

preciso que isto seja reconhecido, mas é também uma carreira que recompensa o esforço e o mérito de cada médico. Ou seja, à medida que o médico vai evoluindo, e vai tendo novas competências nas diversas áreas de que falei há bocado, é preciso que essas qualificações e competências sejam reconhecidas e o médico tenha alguma promoção, alguma ascensão na carreira. Se isso não for reconhecido, os novos médicos quando chegarem não farão nenhum esforço porque, dirão, de nada adianta.

E como se sentem os novos médicos cabo-verdianos? Acha que se sentem enquadrados?

- A carreira deve ser também um elemento de motivação. Devemos dizer que durante praticamente quatro anos ficamos sem carreira e isso manifesta-se claramente, pois sem carreira não há, não pode haver motivação e eu acredito que a motivação não seja a melhor entre os jovens médicos que chegaram nos últimos anos.

No início da nossa conversa, elencou as metas do seu mandato como Bastonário da Ordem dos Médicos. Tendo em conta essas metas, que balanço faz da vossa atividade em 2016?

- Para o primeiro ano entendemos que, para podermos assumir as atribuições estatutárias, devíamos dar uma importância muito grande ao

aspecto organizacional. Conseguimos ter todos os órgãos nacionais a funcionar, assim como os órgãos regionais de Barlavento e Sotavento. Conseguimos compor essas comissões e colocá-las a funcionar, bem como os colégios de especialidade, e isso nos permite dar o passo seguinte: as formações, que pensamos realizar ainda este ano. Os colégios de especialidade terão a função de organizar essas formações para os respetivos especialistas, mas também para os outros médicos. Sem esse quadro organizacional seria extremamente difícil continuar a fazer as formações.

Que formações são aquelas que vão realizar?

- Precisamos que os especialistas sejam cada vez melhores, tenham cada vez mais formação, cada vez mais competências. Para isso é necessário formação contínua. O colégio de Pediatria, a título de exemplo, organiza formações regulares para os pediatras, para que eles estejam sempre atualizados e a acompanhar os avanços da Pediatria no mundo. Mas o Colégio de Pediatria também é chamado a organizar formações para os outros médicos, pois esses também têm alguma formação na área de Pediatria. E nós estamos a pedir isso para os colégios todos e pode-se perfeitamente imaginar qual é a dinâmica que vamos ter este ano precisamente por causa dos colégios de especialidade.

O que elegeria como a grande realização do ano passado?

- Seria isso, talvez, a dotação de um quadro organizacional adequado para o cumprimento das atribuições da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos.

Enquanto Bastonário da Ordem dos Médicos, o que entende serem as grandes necessidades da Saúde em Cabo Verde no atual momento?

- Cabo Verde está num período de transição epidemiológica, demográfica. E essa transição caracteriza-se pelo aumento considerável das doenças não transmissíveis: as doenças cardiovasculares, oncológicas, mentais e do comportamento e outras doenças crónicas. Isso não quer dizer que já não temos as doenças transmissíveis, e outras. Temos, mas há um aumento considerável das doenças não transmissíveis, que são doenças crónicas. Antes prevaleciam as doenças agudas, ou seja, tratamos o episódio e acabou. As doenças crónicas implicam lidar com a doença a vida inteira, por isso vamos ter que formatar o nosso sistema nacional de saúde de tal forma que consiga resolver essa questão, ou, pelo menos, lidar com ela. Se no passado tínhamos uma nítida prevalência das doenças transmissíveis, que podíamos controlar ou através da vacinação ou do controlo da água e do saneamento, e havendo um episódio podia ser tratado com desfecho favorável em relativamente pouco tempo, agora, com as doenças não transmissíveis já não se passa o mesmo.



Face ao retrato da saúde que acabou de fazer, o que pode a OM fazer para que haja uma política definida e consentânea com as necessidades de Cabo Verde?

- Uma das funções da Ordem dos Médicos é dar pareceres em matéria de políticas de saúde aqui em Cabo Verde. Há pouco falei das comissões, e nós temos uma Comissão para a Saúde Pública, que tem precisamente a função de dar pareceres, a pedido ou por iniciativa própria, sobre as medidas de políticas necessárias para o desenvolvimento do setor em Cabo Verde.

Como disse, Cabo Verde passa por uma fase de transição relativamente às doenças prevalentes, e referiu que entre as novas doenças estão as doenças mentais e do comportamento. E os dados indicam que no país 24 mil pessoas sofrem de depressão. Estes números da depressão e a situação da saúde mental em geral preocupam a Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos?

- Sim, é verdade verifica-se um aumento das doenças mentais e do comportamento em Cabo Verde. E é preciso que o nosso sistema nacional de saúde esteja preparado para isso. Infelizmente, ainda não é o caso. A OM deve contribuir para que o sistema esteja preparado para isso. Como? Procurando, na medida do possível, capacitar os médicos nessa área. É preciso que os médicos, estejam onde estiverem, sejam minimamente capazes de identificar, diagnosticar e tratar correta e adequadamente, e atempadamente também, os casos de depressão. Não é uma coisa do outro mundo. Se os médicos forem minimamente capacitados, podemos ter os nossos clínicos gerais, os nossos médicos de família, e outros médicos, especialistas ou não, a diagnosticar e tratar corretamente os casos de depressão. Será seguramente uma contribuição importante que a OM pensa dar este ano. Ano em que o lema do Dia Mundial da Saúde, que nós vamos assinalar no próximo mês de Abril, é precisamente a Depressão.

Referiu-se quase logo no início da entrevista ao curso de Medicina que, pela primeira vez, é lecionado em Cabo Verde. Há quem seja contra, mas há também quem seja a favor. Qual a posição

da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos em relação a esta matéria?

- Temos o curso de Medicina em Cabo Verde desde o ano passado. Vamos no segundo ano, e temos duas turmas. O curso é organizado em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Eu também já ouvia várias opiniões sobre o curso. Mas na Ordem entendemos que devíamos ser um pouco mais rigorosos na nossa compreensão e na nossa atuação. Foi por isso que nós, depois de um debate interno, decidimos criar essa tal Comissão de Acompanhamento e de Apoio ao curso de Medicina, e essa comissão dará regularmente subsídios ao Conselho Diretivo Nacional e este pronunciar-se-á sempre que for necessário. A ideia é que o curso seja o melhor possível. Podemos ter dificuldades, e temos seguramente, eu mesmo tenho estado a conversar imensamente com o coordenador geral do curso, Dr Fernando Regateiro, sempre que vem a Cabo Verde, e tenho lhe dito claramente aquilo que tenho ouvido, mas também tenho lhe dito que nós na Ordem dos Médicos entendemos que devemos acompanhar a par e passo o desenvolvimento do curso e disponibilizar os apoios que podemos e fazer com que o curso seja um curso de qualidade. Não sabemos se vamos conseguir, ou não, mas esperamos que sim, e é o contributo que a OM pode dar e está a dar.

Gostaria que, de entre as atividades programadas para este ano, destaca-se algumas.

- É em Janeiro de 2018 que a Ordem dos Médicos completa 20 anos de existência, mas a celebração começa já no segundo semestre deste ano. Daí que, tudo o que pensamos fazer este ano será enquadrado no programa de comemoração dos 20 anos. Vamos dar bastante importância à ética este ano e estamos a organizar para o segundo mestre um curso de Ética para Médicos, sobretudo para os recém-formados, mas também aberto aos outros, para que esse aspeto esteja sempre presente em tudo o que nós fazemos como médicos. É extremamente importante que os médicos não percam de vista a ética e deontologia da profissão, e se isto estiver sempre presente talvez venhamos a ser melhores médicos.

Medicamentos e intervenções psicológicas: as duas faces do tratamento de doenças mentais



Os medicamentos não são o único meio de tratamento das doenças mentais, mas sem eles as terapêuticas não serão eficazes. Por outro lado, o emprego inadequado de medicamentos psicotrópicos acarreta custos elevados para os serviços de saúde, os indivíduos e suas famílias. Estas duas perspectivas, defendidas respetivamente por Shekhar Saxena, diretor do departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde, e por Arlindo do Rosário, ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde, marcaram a discussão no Seminário Internacional “Melhorar o Acesso e a Utilização Adequada de Medicamentos nas Doenças Mentais”, que teve lugar na cidade da Praia, nos dias 23 e 24 de Março.

Organizado pelo Lisbon Institute of Global Mental Health, em colaboração com a Fundação Calouste Gulbenkian e a Organização Mundial de Saúde (Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias), com a parceria local da Associação de Promoção da Saúde Mental “A Ponte”, do Programa Nacional de Saúde Mental e da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, o Seminário Internacional “Melhorar o Acesso e a Utilização

Adequada de Medicamentos nas Doenças Mentais” contou com a presença de Shekhar Saxena, diretor do departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, que pela primeira vez visitava Cabo Verde.

Com mais de 30 anos de experiência em investigação, este psiquiatra é perentório quando afirma que “a saúde mental é muitas vezes ignorada nos planos de saúde mental públicos”. Por isso, “estamos gratos por estarem interessados na nossa ajuda e estamos aqui para prestar-vos a assistência necessária”, declarou ao dirigir-se aos participantes do seminário”, ressaltando que, embora os medicamentos não sejam o único meio de tratamento das doenças mentais, sem recorrer a eles os cuidados de saúde mental serão ineficazes.

“As intervenções psicológicas são importantes. Mas, a não ser que tenhas acesso aos medicamentos e que saibas prescrever esses medicamentos de forma apropriada, não sub usando-os nem sobre usando-os, os serviços mentais não serão eficazes”, afirmou o Dr. Shekhar Saxena, para quem é importante identificar todas as pessoas que precisam de ajuda bem como aquelas que não estão a recebê-la.



Esta lacuna de tratamento das doenças mentais é transversal, ou seja, “até os países desenvolvidos, na Europa e na América do Norte, são afetados. Globalmente, 50% das pessoas que sofrem de doenças mentais não recebem tratamento”. Daí que “todos são países em desenvolvimento no que diz respeito à saúde mental. Não devem por isso se sentir isolados”, asseverou Shekhar Saxena.

Ora, a visão de ajuda pública que a Organização Mundial da Saúde defende para as doenças mentais é a seguinte: “os serviços básicos de saúde mental devem estar disponíveis para todos; e mais serviços avançados devem estar disponíveis para aqueles que precisam deles. É por isso que a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados primários, por médicos de clínica geral, enfermeiros e até auxiliares são essenciais”.

Por seu lado, Arlindo do Rosário, ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde, alertou para a tendência crescente em toda a parte, e Cabo Verde não foge à regra, para se adotar o medicamento como a única terapêutica possível em caso de doença mental. “Se por um lado, devemos trabalhar para ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais, por outro há que atuar para afirmar a consciência na sociedade de que o medicamento não poder ser tratado como mercadoria e que o seu uso deve ser pautado pela racionalidade e mediante orientação de um profissional”, declarou Arlindo do Rosário.

“O sucesso terapêutico depende de bases que permitam a escolha do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, a prescrição do medicamento de forma científica e racional, assegurando a sua efetividade, bem como a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a dispensação de condições adequadas à utilização”. Daí ser importante “trabalhar no sentido de promover as mudanças nos sistemas de saúde por forma a aproximar os serviços da comunidade e com uma estratégia baseada na descentralização e desconcentração dos serviços”.

Embora esta política que promove os primeiros socorros psicológicos de saúde mental para todos esteja há muito delineada, continua a enfrentar obstáculos na sua plena implementação, nomeadamente “a carência de recursos humanos nos cuidados primários de saúde, alguma falta de formação e uma deficiente supervisão e apoio dos serviços especializados para garantir a continuidade da formação”, reconheceu Arlindo do Rosário.

Daí que “o Ministério da Saúde congratula-se com a realização em Cabo Verde de tão importante seminário internacional sobre um tema também não menos importante, que é como melhorar o acesso e o uso adequado de medicamentos nas doenças mentais”, afirmou o titular da pasta, para quem se deve completar o uso de psicofármacos, importantes para a estabilização e recuperação do paciente, com intervenções psicológicas.

Lista de medicamentos essenciais

Um passo essencial para minorar o gap terapêutico

No ato de abertura do Seminário Internacional “Melhorar o Acesso e a Utilização Adequada de Medicamentos nas Doenças Mentais”, a que presidiu, Arlindo do Rosário, ministro da Saúde de Cabo Verde, desafiou os participantes a produzir recomendações que ajudariam a melhorar os cuidados que o país presta aos doentes mentais, pois o Ministério da Saúde estaria “muito atento”, garantiu o ministro. Ora, o resultado dos dois dias de trabalho é um conjunto de propostas que passam, entre outras ideias, pela criação de uma lista de medicamentos e pela redução do gap terapêutico.

“As doenças mentais constituem um fardo muito pesado para os sistemas nacionais de saúde e famílias”, afirmou Daniel Silves Ferreira, Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, no encerramento do seminário. No entanto, não há que ser fatalista, pois, “os medicamentos, sobretudo os que são eficazes, acessíveis e relativamente baratos, e cujos efeitos adversos são conhecidos, podem ser uma boa opção para os nossos países pobres e em desenvolvimento”.

No entanto, alertou o Dr. Silves Ferreira, “é grande a tentação de optar por fármacos recentes, caros, cujos efeitos adversos não são muito conhecidos ou estudados, o que dificulta de certa forma o tratamento das doenças mentais”. Ora, no campo da saúde mental a continuidade de tratamento é essencial, “o que pode ser possível se optarmos por uma lista de medicamentos essenciais”, diz o Bastonário da OMCV.

“Se optamos por isto talvez consigamos colmatar muito do gap terapêutico que ainda existe no nosso país e daremos um salto positivo na prestação de cuidados de saúde às nossas populações”, asseverou Daniel Silves Ferreira, que também desafiou os quadros das estruturas de saúde nacional e regional presentes do seminário a produzir “recomendações pertinentes”. Estes não se fizeram de rogados e produziram um documento com oito medidas que, se aplicadas, acreditam, produzirão uma melhoria constante do nosso sistema nacional de saúde:

Promover atividades de formação e informação para profissionais sobre o processo de seleção. A dispersão geográfica é uma barreira, pois dificulta a articulação. A estratégia para superá-la seria a descentralização das atividades de formação/informação e a disponibilização de meios de comunicação. Esta missão seria da Direção Geral da Farmácia.

Implementar um sistema de fornecimento viável de psicotrópicos, partindo da criação de uma base de dados e da previsão das necessidades a nível nacional a fim de garantir fidelidade no fornecimento dos medicamentos, o que seria conduzido pelo Diretor Geral da Farmácia, em articulação com o Programa Nacional de Saúde Mental.

Garantir a qualidade dos medicamentos psicotrópicos. A principal barreira ao cumprimento desta medida são as dificuldades financeiras, que obstam o transporte e o armazenamento desses medicamentos. Solução proposta: a criação de condições de armazenamento e de distribuição nas estruturas de saúde, pelo Ministério da Saúde, em articulação com a DG Farmácia e a DG Saúde.

Desenvolver um sistema de saúde mental nas comunidades. Para isso seria necessário criar protocolos e formar os cidadãos e quadros de saúde. Aqui o Programa Nacional de Saúde Mental seria fundamental no desenvolvimento de um Plano Estratégico de Intervenção, ficando a tarefa de o implementar a cargo da DG Saúde, em concertação com as delegacias de saúde.

Implementar estratégias para proporcionar cuidados de saúde mental nas regiões rurais e/ou remotas, assegurando a distribuição de medicamentos. As dificuldades de transporte e a falta de recursos humanos são barreiras, daí que a estratégia para por assegurar o transporte e recrutar recursos humanos suficientes para dar resposta a esta necessidade. O Ministério e a DG Saúde teriam aqui papel fundamental, junto com as delegacias.



Promover iniciativas sobre a aceitabilidade dos cuidados de saúde mental, incluindo os medicamentos, já que as crenças da nossa população e o estigma a que vota os doentes mentais dificultam a adesão ao tratamento. A solução estaria na educação para a saúde e formação dos profissionais sobre a comunicação terapêutica, o que facilitaria o trabalho, tarefa que seria executada pelos hospitais, centros de saúde e seus profissionais;

Adotar guidelines baseados em evidências, o que dificultado pelo facto de o acesso a literatura e estudos científicos realizados internacionalmente

ser raro. A estratégia seria disponibilizar o acesso a estas informações, o que seria feito pelo Ministério da Saúde, DG Saúde e DG Farmácia.

Cabo Verde não produz conhecimento científico nem evidências científicas, o que impede que se estabeleça uma comparação. A estratégia seria capacitar profissionais na área da saúde para a investigação científica com o objetivo de haver maior produção científica nacional para adequarmos à nossa realidade os guidelines, as atitudes e práticas em relação aos psicotrópicos. A DG Saúde, e a DG Farmácia e também as universidades teriam aqui um papel fundamental.



Cultive a sua Saúde,
Pratique Desporto

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





JUNTOS POR UM FUTURO SEGURO

A SUA SAÚDE NUM SÓ CARTÃO

Juntos pela sua saúde.



GARANTIA SAÚDE



garantia.cv

GARANTIA - Companhia de Seguros de Cabo Verde, S.A.
Sede Chã de Areia, C.P. 138 Praia, Cabo Verde, NIF: 200 110 322
Telefone: (238) 260 86 00 Fax: (238) 261 61 17
garantia@garantia.cv