ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

Revista da ORDEM DOS MÉDICOS

www.ordemdosmedicos.cv

III Série Nº 33 - Janeiro de 2026

Inpharma

CONFIANÇA QUE ACOMPANHA O EXERCÍCIO CLÍNICO

PARACETAMOL INPHARMA

Uma solução eficaz, segura e acessível para o alívio da dor ligeira a moderada e da febre.

- **DCI:** Paracetamol
- **Dosagem:** 1 g
- **Apresentação:** 18 comprimidos

DOLACEN EMULGEL PLUS

Ação localizada com absorção rápida.

- **DCI:** Diclofenac Sódio
- **Dosagem:** 20 mg/ g
- **Apresentação:** 100 g

INALGIN GEL

Alívio eficaz para febre e dor.

- **DCI:** Etofenamato
- **Dosagem:** 50 mg/ g
- **Apresentação:** 100 g

Zona Industrial Tira Chapéu, Praia, Cabo Verde | +238 436 60 15 | www.inpharma.cv | geral@inpharma.cv

Fórmula de equilíbrio

Trindade com Gás é para quem valoriza qualidade em cada detalhe. Uma água mineral com gás, equilibrada e de qualidade comprovada graças aos certificados internacionais que atestam a sua segurança e confiabilidade.

Uma escolha que reflete respeito e cuidado com a saúde.

GESTÃO DA QUALIDADE — CERTIFICADO ISO 9001

GESTÃO AMBIENTAL — CERTIFICADO ISO 14001

SEGURANÇA ALIMENTAR — CERTIFICADO ISO 22000

SEGURANÇA NO TRABALHO — CERTIFICADO ISO 45001

OLIVER RODÉS — Control sistemático

TÜVRheinland CERTIFIED

SUMÁRIO

Editorial pág. 6

Respostas clínicas e políticas públicas eficazes: a combinação certa para combater o cancro

Dra. Maria da Luz Lima
Dra. Carla Amado Barbosa

Artigo de Revisão pág. 8

Angio - Tomografia Computorizada Cardíaco, sua aplicação em Cabo Verde

Dr. José Gabriel Lima

Casos Clínicos pág.15

"Violência familiar, toxicodependência e queimaduras químicas graves: um desafio para a medicina familiar: relato de caso clínico"

Dr. Carla Guiomar

Página do Estudante pág. 18

10 anos de Formação Médica em Cabo Verde: Análise Retrospetiva, Balanço e Perspetivas

Daniel Santos
Nélida Sanches

Pesquisas pág. 22

Avaliação do Risco de Sequelas Cardiorrespiratórias da COVID-19: Estudo Comparativo

João Paulo Brito
Iuri Barbosa

Qualidade de vida e fatores associados em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2, num centro de saúde da ilha de São Vicente

Carla Marisa dos Santos Roque Guiomar Rocha

Adenda ao artigo "Escala de Rastreio da Depressão Perinatal: Estudo Psicométrico e Descritivo numa Amostra de Mulheres Cabo-verdianas"

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
Dra. Flávia Semedo

Editora-chefe
Dra. Maria do Céu Teixeira

Editores-convidados
José Raposo
Jorge Barreto

Equipa Redatorial
Dra. Valéria Semedo
Dra. Luisa Santiago
Dr. Murtala Keita
Dr. Helder Tavares
Dra. Neusa Semedo
Dr. Paulo Almeida
Dra. Antonieta Martins

Conselho Editorial
Dra. Luísa Santiago
Dr. Murtala Keita
Dra. Valéria Semedo

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@eme.cv

Colaboram neste nº
Dr. Danielson Veiga
Dra. Débora Silves Ferreira
Dr. Gustavo França
Dra. Marta Queirós
Dra. Celina da Rosa
Dra. Isabel Coutinho
Dra. Patrícia Silva
Dr. Hugo Ribeiro
Dr. Júlio Teixeira

Tiragem
1000 exemplares

Informação geral para os autores

NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS CABO-VERDIANOS

A Revista da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos (ROMC) é uma revista científica, propriedade da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, que visa a promoção e atualização do conhecimento médico.

Tem periodicidade bianual (no primeiro e segundo trimestres).

A ROMC inclui uma parte destinada a notícias relevantes da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos e outra parte sobre artigos científicos.

A publicação de artigos na revista implica que sejam originais ou, caso já tenham sido publicados em outras revistas, que detenham autorização explícita para a sua publicação na ROMC, da parte da revista onde foram originalmente publicados.

Ao submeter os seus trabalhos, os autores deverão indicar que tipo de artigo se trata (Pesquisa, Casos Clínicos, Artigos de Revisão, Imagens em Medicina, História da Medicina em Cabo Verde, Página do Estudante e Carta à Redação).

Os artigos publicados ficarão sob propriedade da ROMC, não devendo ser reproduzidos em outras revistas sem o conhecimento e o consentimento do Corpo Redatorial da mesma.

Os trabalhos deverão ser submetidos por via eletrónica para o e-mail revistaomc@gmail.com, devendo o texto ser enviado no formato word (PDF, facultativo) e as imagens em JPEG.

O conteúdo dos trabalhos é da inteira responsabilidade dos autores, implicando a submissão do artigo para publicação que tenham sido verificados e cumpridos todos os aspetos legais e éticos inerentes, assim como o consentimento informado do paciente/familiar e da instituição, e anexada a carta de submissão do mesmo.

A submissão do artigo deverá ser feita até 3 meses antes da data da sua publicação (1º Trimestre e 4º Trimestre).

Após análise do artigo será contactado o primeiro autor do artigo, até 3 semanas após a respetiva receção.

De forma geral, os artigos devem ser escritos em português, letra *Candara* , tamanho 11, identificação dos autores (nomes, destacando o primeiro autor, formação, local de trabalho, Instituição e e-mail).

O artigo não deve conter abreviaturas, se antes não forem mencionados previamente os termos a que se referem (exceto aquelas internacionalmente aceites). Devem ser utilizadas medidas internacionais e o nome dos medicamentos deverá ser escrito de acordo com o princípio ativo. A posologia deve ser referida de acordo com as regras internacionais de prescrição.

Os artigos de Pesquisa devem incluir um resumo estruturado (Introdução, Material e Métodos, Resultados e Conclusão). Os outros trabalhos também devem conter um resumo, contudo não necessariamente estruturado.

O resumo pode ser traduzido para a língua inglesa *(Abstract)* e deve conter, no máximo, 250 caracteres.

A seguir ao resumo, antes da descrição pormenorizada do trabalho, devem ser apontadas as palavras-chave.

As tabelas e os gráficos do trabalho devem ser enviados em separado, enumerados de acordo com a citação no texto, com respetiva legenda e fonte. As imagens também devem ser acompanhadas de legenda.

Todos os artigos (facultativo no Editorial), devem incluir referências bibliográficas, cujas citações devem ser feitas no estilo Vancouver (http://www.icmje.org/recommendations).

Os agradecimentos, quando se justificam, devem ser referidos após a conclusão do artigo, e de forma breve.

Nota: O regulamento das normas de publicação, será disponibilizado no site da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos.

Pedido de Credenciais Online

Mais eficiência na gestão,

mais qualidade no atendimento.

INPS
INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

Tem uma clínica de estomatologia, fisioterapia ou uma ótica credenciada pelo INPS?
Este serviço é para si!

- Simplifique a gestão dos pedidos de credenciais com o serviço credencial online do INPS, pensado para apoiar o trabalho diário das clínicas e óticas convencionadas.
- Através do Portal do INPS, pode solicitar a credencial do paciente diretamente online, acompanhar o processo em tempo real e reduzir os tempos de espera, garantindo um atendimento mais eficiente e de maior qualidade.
- Um serviço digital que otimiza os processos clínicos e melhora a experiência dos seus pacientes.

www.inps.cv

RESPOSTAS CLÍNICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS EFICAZES: A COMBINAÇÃO CERTA PARA COMBATER O CANCRO

Dra. Maria da Luz Lima
Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública

Dra. Carla Amado Barbosa
Coordenadora do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas

O O cancro representa hoje uma das maiores ameaças à saúde pública global, e Cabo Verde não é exceção. À medida que o nosso país avança em termos de desenvolvimento, urbanização e envelhecimento da população, observamos uma crescente incidência de doenças não transmissíveis, entre elas o cancro, que se afirma como uma prioridade emergente no panorama da saúde nacional.

O Registo Oncológico de Cabo Verde (ROCV), criado em 2022, constitui um marco na consolidação da vigilância epidemiológica do cancro no país e na região africana de língua portuguesa. O Relatório ROCV 2022–2024, que reúne 1.476 casos registados, apresenta o cancro da próstata como o mais frequente nos homens e os cancros da mama e do colo do útero nas mulheres, refletindo padrões semelhantes aos observados noutros países africanos, bem como a necessidade instituir e reforçar programas de rastreio e diagnóstico precoce.

A elevada taxa de confirmação morfológica (94,2%) evidencia o rigor técnico do registo, sustentado pela utilização do sistema CanReg5 e pela recente integração de Cabo Verde na African Cancer Registry Network (AFCRN), reforçando a comparabilidade internacional dos dados e a capacidade nacional de vigilância oncológica.

A iniciativa nacional "2025 –Ano do Cancro", lançada pelo Ministério da Saúde, visa colocar esta problemática no centro das atenções médicas, sociais e políticas. É fulcral delinear as estratégias e promover ações concretas que contribuam para melhorar a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento e o acompanhamento dos doentes oncológicos.

A Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos reconhece que, para além das respostas clínicas, é fundamental investir em políticas públicas eficazes, na formação contínua dos profissionais de saúde, no acesso equitativo a cuidados especializados e na sensibilização da população, incluindo o impacto emocional da doença, e em recursos para o nosso sistema de saúde.

Assim, uma menção ao cancro em Cabo Verde no editorial desta edição da ROMC permite ampliar a consciencialização sobre esta problemática e servir também como meio de mobilização entre os profissionais de saúde, os decisores políticos e a sociedade em geral, para que possamos construir uma resposta nacional mais eficaz, humana e sustentável no combate ao cancro.

Inpharma

NOVIDADES INPHARMA

Chegou a nova dosagem da Hidroclorotiazida Inpharma!

- **DCI:** Hidroclorotiazida
- **Dosagem:** 12,5 mg
- **Apresentação:** Embalagem com 60 comprimidos

Zona Industrial Tira Chapéu, Praia, Cabo Verde | +238 436 60 15 | www.inpharma.cv | geral@inpharma.cv

Angio - Tomografia Computorizada Cardíaco, sua aplicação em Cabo Verde

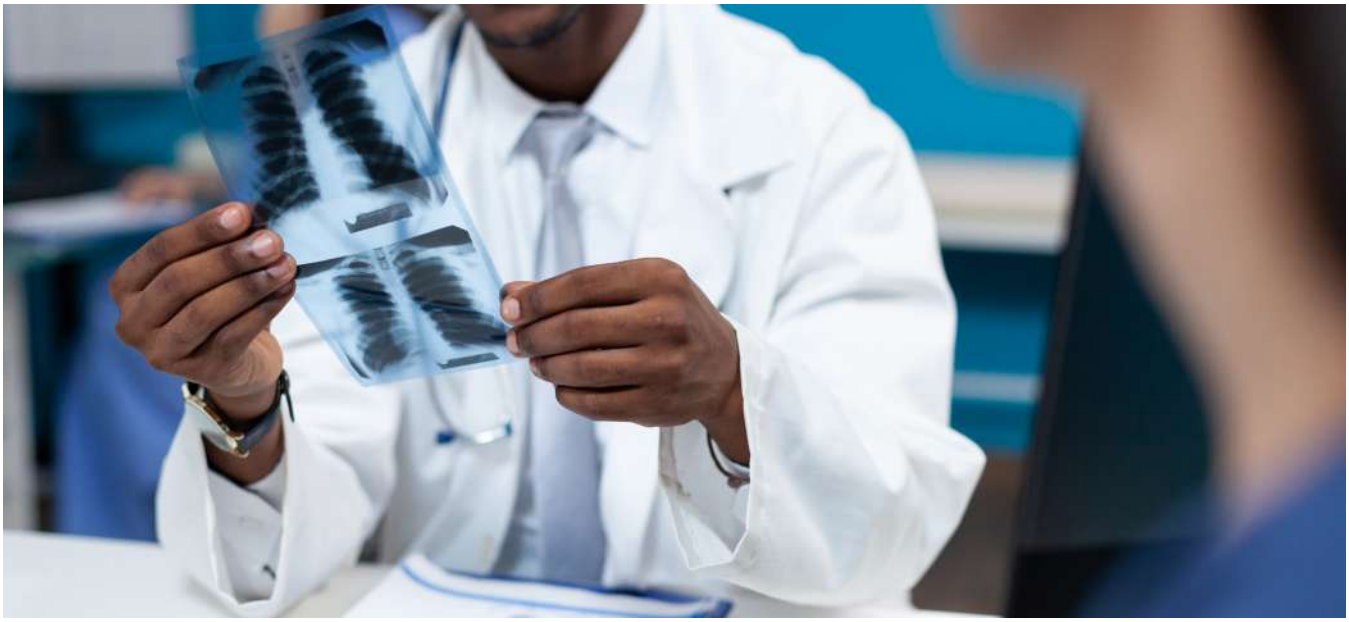
Autor:

José Gabriel Lima[1]

(1) Médico, Cardiologista;

Emeritus Fellow da SEC;

Master em Tomografia Computorizada Cardíaco e Ecocardiografia Clínica



RESUMO

A evolução tecnológica, as potencialidades, o rápido e impressionante crescimento da coronariografia por tomografia computadorizada e sua grande utilidade na prática clínica constituem um ambiente apelativo para a melhoria da qualidade de imagens obtidas por meios não invasivos, diminuindo os riscos e os custos de exames invasivos. A revisão de alguns artigos, entre os quais o intitulado "Efficacy and safety of coronary computed tomography and angiography in patients with high clinical likelihood of obstructive coronary artery disease", na sequência do ensaio randomizado CAT-CAD, em 2018, colocou em evidência que a Angio Tomografia Coronária/ATC constitui uma alternativa segura e eficaz quando comparada com a Angiografia Coronária Invasiva/ACI com doentes com elevada probabilidade de doença coronária obstrutiva. Estas investigações criaram expectativas e abriram muitos campos de atuação para a coronariografia não invasiva no diagnóstico de doentes com suspeita de alto risco pré ou pós-intervenção coronária percutânea ou cirúrgica, podendo substituir os métodos mais invasivos. A evolução epidemiológica em Cabo Verde mostra uma prevalência em crescendo das doenças cardiovasculares em ambientes de risco, pelo que nos parece que a aplicação desta ferramenta em Cabo Verde, ainda inexistente, poderá constituir uma mais valia indispensável no diagnóstico e na orientação terapêutica dos doentes com doença aterosclerótica coronária, com impacto na qualidade de vida da população cabo-verdiana e na redução das evacuações para o exterior.

Palavras-Chave: síndrome coronário crónica, doença da artéria coronária, angio-TC coronária, angiografia coronária invasiva, intervenção coronária percutânea.

ABREVIATURA:

ACI	Angiografia Coronária Invasiva
DC	Doença Coronária
TC	Tomografia Computorizada
FFR	Reserva de Fluxo Coronário
SEC	Sociedade Europeia de Cardiologia
ACC	*American College of Cardiology*
AHA	*American Heart Association*
CAD-RADS	Coronary Artery Disease-Reporting and Data System

Até há anos recentes, a única forma de estudar as artérias coronárias era submeter os doentes à realização de cateterismo invasivo. O aparecimento da tomografia computorizada veio marcar uma nova era na medicina nos meios diagnósticos não invasivos e tratamento. Foi introduzida brilhantemente na clínica pelo engenheiro G.N. Hounsfield, em 1972, que, na sequência, recebeu o prémio Nobel de Medicina (1979), juntamente com o físico A.M. Cormack.

A grande evolução da tecnologia de TC nos últimos 30 anos, com inovações técnicas, melhoria qualitativa das imagens e importante redução da dose de radiação, veio permitir o estudo de forma não invasiva, simples e fiável da anatomia das artérias coronárias com angio-TC, constituindo um dos grandes avanços na atualidade cardiológica, que, recentemente, colocou este exame na primeira linha da avaliação da doença coronária [1,2].

Atualmente, são lugar comum as manifestações preocupantes da comunidade e das organizações científicas cardiológicas internacionais relativamente à mortalidade mundial por doença coronária, particularmente a morte prematura, que engrossa de forma robusta o caudal das doenças cardiovasculares e aumenta os custos médicos associados ao diagnóstico, tratamento e à morbilidade.

Embora nos últimos anos se tenha verificado uma diminuição progressiva da mortalidade, com evolução de novas armas na luta contra as terríveis manifestações da Síndrome Coronário Agudo e Morte Súbita, o envelhecimento da população mundial em geral e o aumento absoluto do número de idosos com doença coronária crónica associado a importantes fatores de risco, nomeadamente Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia, mantêm elevados os custos dos sistemas de saúde e a mortalidade, contribuindo para as previsões de que, em 2030, as doenças cardiovasculares continuarão a ser a principal causa de morte a nível mundial.

Este artigo resulta de uma revisão narrativa a partir da consulta de vários trabalhos produzidos sobre a tomografia computorizada coronária, os quais nos mostram que, num contexto de rápida e grande evolução tecnológica dos métodos de imagem, com aperfeiçoamento constante nos últimos anos da tecnologia da coronariografia por tomografia computadorizada (Angio TC coronária) e uso crescente na prática clínica, há uma melhoria progressiva da qualidade da imagem com elevada acuidade diagnóstica e impacto dos novos equipamentos e programas informáticos, contribuindo para que ocupe um lugar de destaque como ferramenta importante na avaliação e definição da estratégia de tratamento da doença coronária. A alta sensibilidade da Angio TC Coronária e o seu valor preditivo negativo alto (perto de 100%) consagram-na como procedimento na exclusão de doença aterosclerótica coronária em doentes com probabilidade intermédia-baixa, de acordo com os últimos guias da Sociedade Europeia de Cardiologia /SEC.[3,4]

A Angio TC Coronária, ao permitir a avaliação das lesões coronárias com elevada acuidade e reprodutibilidade, tem vindo a afirmar-se de forma sólida como instrumento chave na prática clínica, o que é demonstrada em vários estudos consultados, nomeadamente o SCOT-HEART (Scottish Computed Tomography of the Heart) [5] e o DISCHARGE (Diagnostic Imaging Strategies for Patients With Stable Chest Pain and intermediate Risk of Coronary Artery Disease)[6], que basicamente são sobreponíveis ao estudo CONSERVE (Coronary Computed Tomographic Angiography for Selective Cardiac Catheterization)[7] , demonstrando que em doentes com dor torácica e probabilidade intermédia de doença coronária obstrutiva a estratégia de realizar o estudo com Angio TC Coronária permite reduzir ACI , evitar eventuais riscos de complicações decorrentes de estudo invasivo e ainda eleger para a realização de coronariografia invasiva os doentes com probabilidade elevada de ter doença coronária obstrutiva com eventual necessidade de revascularização. Vários ensaios clínicos aleatorizados, entre os quais o CT-COMPARE ou CT-STAT[8], vieram contribuir de forma sólida para a afirmação da Angio TC Coronária como ferramenta

imprescindível e de incontornável utilidade na prática clínica diária.

É neste enquadramento de grande interesse atual que o presente artigo se insere, indo ao encontro da utilização de exames complementares de diagnóstico sem recurso necessário a estratégias invasivas com riscos acrescidos de complicações, maior exposição a radiações ionizantes, muitas vezes desnecessárias e geralmente mais onerosas.

A revisão do artigo de investigação original "Efficacy and safety of coronary computed tomography and angiography in patients with high clinical likelihood of obstructive coronary artery disease [9] vem na sequência da publicação do ensaio randomizado CAT-CAD[10], em 2018, e em que, pela primeira vez, em doentes estáveis com elevada probabilidade clínica de DC obstrutiva foi utilizada a avaliação não invasiva Angio-TC Coronária em vez da invasiva (ACI) como teste de imagem de primeira linha. Os benefícios desta estratégia foram evidentes, podendo funcionar como gatekeeper pelo alto valor preditivo negativo da Angio-TC Coronária [11] com enorme impacto na redução significativa do número de doentes com necessidade de serem submetidos a coronariografia invasiva[12].

As conclusões deste ensaio abriram portas para a avaliação dos resultados a longo prazo de uma estratégia não invasiva e ambulatória com recurso à Angio-TC coronária como exame de primeira linha em doentes com história prévia de DC e/ou intervenções, tendo resultado na publicação inaugural do referido artigo. Os resultados demonstraram a inexistência de diferenças significativas entre os grupos avaliados por métodos não invasivos (Angio-TC Coronária) e dos invasivos (ACI) e evidenciaram de forma robusta a validade da aplicação da estratégia não invasiva e inovadora tanto no que se refere à eficácia à segurança na abordagem e seguimento a curto e a longo prazo dos doentes com dor torácica e alta probabilidade de doença coronária obstrutiva.

A viabilidade e utilidade da Angio TC Coronária é inegável, em comparação com outros testes clássicos não invasivos no diagnóstico de doentes com suspeita de doença coronária, tendo sido já evidenciada em diversos estudos, com ênfase para SCOT HEART [13,14], PROMISE [15,16] ou PLATAFORM [17]. O impacto manifestamente positivo veio a ser enriquecido com a evidência, a curto prazo, de que a estratégia ambulatória com Angio TC Coronária reduziu o número de exames invasivos e a necessidade de internamentos com consequente redução dos custos de diagnóstico e orientação terapêutica e diminuição dos riscos de potencias complicações associadas aos procedimentos invasivos. Contudo, é de salientar a evolução do estudo sem aumento do recurso à angiografia invasiva ou internamentos urgentes à posteriori ou outros eventos major adversos num cenário de seguimento a longo prazo, durante 36 meses.

Dada a relevância destes resultados, importa discutir a sua aplicação na prática clínica para evitar a utilização desnecessária da angiografia invasiva, seja de indicação duvidosa para estudos invasivos, ou na sequência de respostas isquêmicas equivocas ou ainda na preparação e no planeamento de doentes com vista a revascularização, o que vai ao encontro das mais recentes diretrizes publicadas sobre síndromes coronárias crónicas.

A utilização de Angio-TC Cardíaca tem o potencial de detectar doentes com placas coronárias não obstrutivas, eventualmente com múltiplas roturas ou fissuras[18,19,20] que, embora não careçam de estudos invasivos, deverão ser analisadas no contexto do impacto prognóstico, com o risco de eventos adversos major, em particular identificação de placas ateroscleróticas potencialmente precursoras de síndrome coronária aguda, impondo consequentemente o recurso à estratégia terapêutica preventiva e/ou farmacológica.

Por outro lado, e dado que virtualmente poderão ser encontrados mais doentes com lesões não obstrutivas, com alta probabilidade de doença coronária obstrutiva, a informação funcional revela-se de grande importância, sobretudo nos casos de estenose de grau intermédio 50 a 70%, dado que os benefícios da revascularização são mais difíceis de serem analisados só com informação anatómica e são particularmente duvidosos nas lesões que não induzem isquemia.

A investigação e a evolução tecnológica vieram abrir novas perspectivas nos últimos anos, entre os quais se destacam o desenvolvimento de protocolos de perfusão por tomografia computorizada (TC) e a avaliação de reserva de fluxo coronário (FFR) [21], com grande impacto na análise prognóstica, na valorização da repercussão funcional das lesões e

estratégia terapêutica, principalmente nas lesões duvidosas e na redução de exames invasivos desnecessários. Como exemplo, referimos aos cálculos de FFR , técnica muito promissora nos estudos iniciais [22,23,24], que são baseadas nas imagens de coronariografia por tomografia computorizada, pelo que podemos ter numa única prova não invasiva informação anatómica e funcional da gravidade das lesões, com melhoria da capacidade e precisão diagnóstica, redução de radiações ionizantes e diminuição significativa de custos financeiros[25,26].

Neste contexto, é de salientar as mais recentes recomendações dos guias do American College of Cardiology/American Heart Association e da Sociedade Europeia de Cardiologia, de 2019, de incluir na classificação CAD-RADS 2.0 (Coronary Artery Disease-Reporting and Data System) [27] não só a carga da placa, mas, também, o significado funcional de uma estenose coronária obtida por TC, refletindo a informação da realização de um teste de detecção de isquemia por FFR ou perfusão miocárdica por TC. Esta classificação veio contribuir para uma melhor utilização da técnica, para uma melhor interpretação dos resultados e para ultrapassar ou minorar as dificuldades de orientação clínica e tratamento pós-teste.

Focando o olhar em Cabo Verde, pequeno país insular, com aproximadamente meio milhão de população residente, a evolução epidemiológica mostra uma prevalência em crescendo das doenças cardiovasculares, em ambientes de risco, que fazem com que o conjunto mórbido esteja na linha da frente, na liderança das causas de mortalidade e de morbilidade.

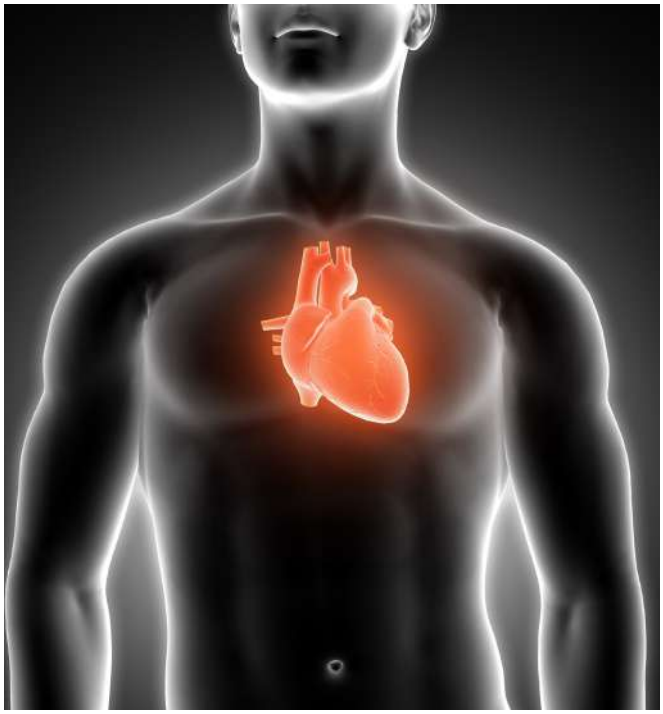
Existem em Cabo Verde importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares. A alta prevalência da hipertensão arterial na população adulta, a prevalência significativa da diabetes mellitus e os níveis elevados de colesterolemia, associados a fatores comportamentais como o tabagismo, o abuso de álcool e o estilo de vida sedentário, bem como a baixa situação socioeconómica, e ainda fatores não convencionais dos quais salientamos os associados à patologia oncológica em crescimento em todas as idades e o seu tratamento, contribuem para que as doenças cardiovasculares estejam na linha da frente como uma das principais causas da mortalidade e morbilidade em Cabo Verde[28,29,30,31,32]

Neste cenário preocupante, torna-se imperativa a adoção de uma sólida estratégia preventiva de doenças cardiovasculares no país e, concomitantemente, o fortalecimento dos meios humanos, traduzidos numa força de trabalho em equipa, educada com competências especializadas e remuneradas, na aquisição de materiais de diagnóstico e tratamento, e, sobretudo, uma organização funcional.

Neste contexto, recomendamos a aplicação da Angio TC Cardíaca em Cabo Verde, ferramenta ainda inexistente entre nós, que poderá constituir uma mais valia indispensável no diagnóstico e na orientação terapêutica dos doentes com doença aterosclerótica coronária, com impacto na qualidade de vida da população cabo-verdiana e na redução das evacuações para o exterior.

No estado da arte em que se encontra a evolução tecnológica e a velocidade imparável do alargamento das indicações da Angio-TC Coronária, abriram-se novas oportunidades e vantagens para uma abordagem robusta não invasiva da doença coronária, com maior precisão diagnóstica, menos custos e opções terapêuticas mais consistentes.

Além disso, devido à maior resolução espacial dos atuais equipamentos, é natural que haja achados incidentais extra cardíaco. Em 13 a 16% dos casos observa-se achados clinicamente relevantes,



entre estes, nódulos pulmonares que requerem seguimento, em particular os nódulos com tamanho >1cm, para os quais é mandatório um diagnóstico anatomopatológico. Neste contexto, é necessário aplicar os guias atuais para o seguimento dos nódulos pulmonares detectados de forma incidental, com destaque para o guia Fleischner[33].

Ainda, para além da melhoria da imagem, os novos equipamentos têm evidenciado uma redução progressiva da dose de radiação, o que vai ao encontro do princípio de "Alara" (as low as reasonable achievable), que recomenda que o uso dos estudos de imagem com radiação deve ser minimizado ao máximo- [34,35].

A expansão das indicações de Angio-TC Cardíaca comtempla também atualmente, na maioria dos casos, a avaliação da permeabilidade dos stents coronários previamente implantados e avaliação dos bypass coronários. [36]

A aplicação da Angiotomografia Computorizada Cardíaca extravasa a avaliação da árvore coronária, sendo também indicada como instrumento fundamental na intervenção percutânea nos candidatos à substituição percutânea da válvula aórtica e nos procedimentos da válvula mitral em doentes que apresentam, nomeadamente, elevado risco cirúrgico, ou ainda no encerramento percutâneo do apêndice auricular esquerdo na prevenção de fenómenos tromboembólicos em doentes com contraindicação para hipercoagulação oral. É também inegável a sua importância na eletrofisiologia, com grande relevo na ablação percutânea da fibrilação auricular.

O autor declara não ter qualquer conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al, 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur Heart J 2013. Doi: 10.2143/AC.69.1.3011345.

2 Chest pain on recent onset: assessment and diagnosis. Clinical guideline [CG95]. Published date: March 2010 Last update: November 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/cg95.

3 Pontone et al. (1) Clinical applications of cardiac computed tomography: a consensus paper of the European Association of Cardiovascular Imaging - part I. European Heart Journal

4 Knuuti J, Wijns W, Sarast A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al; ESC Scientific Document Group.2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2020 Jan 14;41(3):407-477

5 SCOT-HEART Investigators. Newby. Adamson PD, Berry C., Boon NA, Dweck MR, Flather M.Forbes J. Hunter A., Lewis S., et al. Coronary CT Angiography and 5-year risk of myocardial infarction. N Engl j Med. 2018 doi: 10.1056/NEJMoa1805971.

6 Rocco Vergallo, Massimo Volpe, The DISCHARGE trial: imaging a new strategy for the clinical management of stable chest pain? European Heart Journal, Volume 43, Issue 21, 1 June 2022, Pages 2008–2009, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac193.

7 Chang HJ, Lin FY, Gebow D, An HY, Andreini D, Bathina R et al. Selective Referral Using CCTA Versus Direct Referral for Individuals Referred to Invasive Coronary Angiography for Suspected CAD A Randomized, Controlled, Open-Label Trial. JACC Cardiovascular Imaging 2019 Jul;12(7 Pt 2):1303-1312.

8 Triaging patients with acute chest pain in the emergency department: implications of the CT-STAT trial. Malpeso JM, Budoff MJ. Experr Ver Cardiovascular Ther. 2012 Feb; 10(2): 155-7. Doi: 10.1586/ erc. 11.184.

9 Rudzinski, Piotr N, Marisz Kruk, Marcin Demkow, Anna Oleksiak,Joseph U Schoepf,Markus Mach, Zofia Dzielinska, Jerzy Pregowski Adam Witkowski, Witold Ruzyllo, Cezary Kepka. "Efficacy and safety of coronary computed tomography and angiography in patients with high clinical likelihood of obstructive coronary artery disease "National Institute of Cardiology, Warszawa, Poland Dec 2021.

10 Rudziński, P. N., Kruk, M., Kępka, C., Schoepf, U. J., Otani, K., Leonard, T. J., ... & amp; Demkow,M. (2020). Assessing the value of coronary artery computed tomography as the first-line anatomical test for stable patients with indications for invasive angiography due to suspected coronary artery disease. Initial cost analysis in the CAT-CAD randomized trial. Journal of Cardiovascular Computed Tomo.

[11]Vanhoenacker PK, Majanka HHK, Van Heste R, et al. Diagnostic performance of multidetector CT angiography for assessment of coronary artery disease: meta-analysis. Radiology. 2007; 244:419-28.

[12]Rudzinski P.N, Kruk M, Kepka C, et al. The value of Coronary Artery computed Tomography as the first line anatomical test for stable patients with indications for invasive angiography due to suspected Coronary Artery Disease CAT-CAD randomized trial. J cardiovasc Comput Tomogr. 2018; 12(6); 472-479, doi: 10.1016/jcct.208.08.004, indexed in Pubmed.

[13]Newby D, Williams D, Pawade T, et al. CT coronary angiography in patients with suspected angina due to coronary heart disease (SCOT-HEART): an open-label, parallel-group, multicenter trial. Lancet. 2015; 385(9985): 2583-2391, doi:10.1016/50140-6736(15)60291- 4 indexed in Pubmed: 25788230.

[14]SCOT-HEART investigators Coronary CT Angiography and 5-Year Risk of Myocardial Infarction, N Engl J Med 2018 Sep 6; 379(10):924-933.

[15]Douglas PS, Huffman U, Patel MR, et al. Outcomes of anatomical versus functional testing for coronary artery disease. N Engl J Med. 2015;372(14): 1291-1300, doi: 10.1056/NEJMmoa1415516, indexed in Pubmed: 25773919.

[16]Hoffmann U, Ferencik M, Udelson JE, Picard MH, Troung QA, Patel MR, Huang M, Pencina M, Mark DB, Fordice CB, Pellika PA, Tardif JC, Budoff M, Nahhas G, Chow B, Kosinki AS, Lee KL, Douglas PS; PROMISE investigators Prognostic Value of Noninvasive Cardiovascular Testing in Patients with Stable Chest Pain: Insights from the PROMISE Trial (Prospective Multicenter Imaging Study for Evaluation of Chest Pain). Circulation; 2017 Jun 13, 135(24):

[17]Douglas PS, De Bruyne B, Pontone G, et al. 1 -Year Outcomes of FFRCT-Guided Care in Patiens with Suspected Coronary Disease: The PLATFORM Study. J Am Coll Cardiol. 2016; 68(5): 435-445, doi: 10.1016/J.jaac. 2016.05. 057.indexedin Pubmed: 274704492320-2332.

[18]G. Rioufol, G. Finet, X. Andre-Fouet, et al Multiple ruptures of atherosclerotic plaques in acute coronary syndrome. Endocoronary ultrasonography study of three arteries. Arch Mal Coeur Vaiss., 95 (2002), pp. 157-165.

[19]Sinclair, H., Veerasamy M. Bourantas, C. et al. The Role of Virtual Histology Intravascular Ultrasound in the Identification of coronary Artery Plaque Vulnerability in Acute Coronary Syndromes.

[20]Pontone et al (2). Clinical applications of cardiac computed tomography: a consensus paper of the European Association of Cardiovascular Imaging - part II. European Heart Journal - Cardiovascular Imaging (2022) 23, e136–e161 https://doi.org/10.1093/ehjci/jeab292.

[21]Araújo Gonçalves P, Rodriguez-Granillo GA, Spitzer E, et al, Functional Evaluation of Coronary Disease by CT Angiography. JACC Cardiovascular Imaging. 2015; 8(11): 1322-35.doi: 10.1016/j.jcmg.2015.09.003

[22]Koo BK, Erglis A, Doh JH, et al. Diagnosis of ischemia-causing coronary stenoses by non invasive fractional flow reserve computed from coronary computed tomographic angiograms: Results from the prospective multicenter DISCOVER-FLOW (Diagnosis of Ischemia-Causing Stenoses Obtained Via Noninvasive Fractional Flow Reserve) study. J Am Coll Cardiol. 2011, doi: 10.1016/j.acc.2011.06.066.

[23]Min JK, Leipsic J, Pencina MJ, et al. Diagnostic accuracy of fractional flow reserve fromanatomic CT angiography. JAMA – J AM Med Assoc 2012. Doi: 10.1001/2012.jama.11274.

[24]Nørgaard BL, Leipsic J, Gaur S, et al. Diagnostic performance of noninvasive fractional flow reserve derived from coronary computed tomography angiography in suspected coronary artery disease: The NTX trial (Analysis of Coronary Blood Flow Using CT Angiography: Next Steps), J AM Coll Cardiology. 2014, doi: 10.1016/j.jacc.2013.11.043.

[25]Chen J, Wetzel LH, Pope KL, Meek LJ Rosamond T, Walker CM, FFRCT: Status. American Journal of Roentgenology 2021 Mar 1;216(3):640-8 26

[26]Nick Curzen, Zoe Nicholas, on Behalf of the Forecast investigators. Fractional flow reserve derived from computed tomography coronary angiography in the assessment and management of stable chest pain: the FORECAST randomized trial. European Heart Journal.2021 Oct 1;42:3844-52

[27]Cury RC, Abbara S, Achenbach S, Agatston A, Berman DS, Budoff MJ, et al. CAD-RADS™ coronary artery disease – Reporting and Data System. An expert consensus document of the Society of Cardiovascular Computed Tomography (SCCT),

the American College of Radiology (ACR) and the North American Society for Cardiovascular Imaging (NASCI) Endorsed by The American College of Cardiology. J Cardiovasc Comput Tomogr. 2016; 10(4):267-81.

[28]Ministério da Saúde Plano Multissetorial de Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis de Cabo Verde, Junho de 2014

[29]Smith BD, Smith GL., Hurria A, et al. Future of câncer incidence in the Unites States: burdens upon in aging, changing nation. J Clin Oncol. 2009; 27 (17) 2758-65.

[30]Muhandiramge J, Zalcberg JR, van Londen GJ, et al Cardiovascular Disease in Adult Cancer Survavivors: a Review of Current Evidence, Strategies for Prevention and Management and Future Direction for Cardio-oncology. Curr Oncol. Rep. 2022; 24(11):1579-92.

[31]Mena AC, Pulido EG, Guillén-Ponce C. Understanding the molecular-based mechanism of action of the tyroxine kinase in:hibitor: sunitinib. Anticancer Drug. 2010; 21 Suppl 1: S3-11.

[32]Darby SC, Ewertz M, McGalle P, et al. Risk of ischemic heart disease in women after radiotherapy for breast câncer. N Engl J Med 2013; 368(11): 987-98

[33]Rey Segovia P., Gea Martos D., Ato González M., Cuélliga González Angel, Sánchez Serrano, I., & Jiménez Sánchez, A.F. (2021) Actualización, caracterización y manejo del nódulo pulmonar incidental: Guía Sociedad Fleischner 2017. https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4132.

[34]H. Sinclair, M. Veerasamy, C. Bourantas, et al The Role of Virtual Histology IntravascularUltrasound in the Identification of coronary Artery Plaque Vulnerability in Acute Coronary Syndromes.

[35].J. Einstein. Radiation Dose Reduction in Coronary CT Angiography: Time to Buckle Down. JACC Cardiovasc Imaging.,8 (2015), pp. 897-899,

[36]Pontone et al. (3) Clinical applications of cardiac computed tomography: a consensus paper of the European Association of Cardiovascular Imaging - part I. European Heart of Journal - Cardiovascular Imaging (2022) 23, 299-314 https://doi.org/10.1093/ehjci/jeab293.

"Violência familiar, toxicodependência e queimaduras químicas graves: um desafio para a medicina familiar: relato de caso clínico"

Autora:

Carla Guiomar1 [1]

(1) Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde de Chã de Alecrim

RESUMO

As queimaduras químicas representam uma forma devastadora de trauma, com alto potencial de morbidade física, sequelas funcionais e impacto psicossocial significativo. O caso clínico apresentado neste artigo relata o caso de um paciente de 52 anos, vítima de tentativa de homicídio por queimadura química intencional, em contexto de violência intrafamiliar. A agressora, sua irmã, com histórico de toxicodependência, lançou decapante de barco sobre o paciente enquanto ele dormia, após confundi-lo com outro irmão com quem havia discutido. O caso reforça a necessidade de estratégias integradas em saúde pública, assistência social e psiquiatria, além de protocolos clínicos eficazes para o tratamento de queimaduras graves.

Palavras-chave: Queimadura química, violência familiar, saúde mental, trauma, dependência química, saúde pública.

INTRODUÇÃO

As queimaduras representam um grave problema de saúde pública, com alta morbimortalidade, sobretudo quando associadas a violência intencional as queimaduras químicas, embora menos frequentes que as térmicas, causam danos teciduais profundos, exigem cuidados hospitalares especializados e têm impacto físico, psicológico e social duradouro.

Neste relato, descreve-se um caso de queimadura química grave provocada por um ataque intencional com decapante de barco, em um contexto de violência intrafamiliar envolvendo uma agressora com histórico de toxicodependência. O caso ressalta a gravidade clínica dessas lesões, bem como os impactos sociais, psicológicos e os desafios impostos ao sistema de saúde.

Figura 1: Lesões de queimaduras de segundo e terceiro grau envolvendo o tronco e face anterior de ambas as coxas.

DESCRIÇÃO DO CASO

Trata-se de um paciente do sexo masculino, 52 anos de idade, residente na zona de Chã de Alecrim, na ilha de São Vicente, com ocupação de ajudante de pedreiro. O paciente vivia em um ambiente familiar disfuncional, compartilhando a residência com irmãos, incluindo uma parente com histórico de dependência de substâncias psicoativas.

Segundo relato dos familiares, esta parente apresentou um quadro de agitação psicomotora após um episódio de conflito interpessoal com outro membro da família. Durante esse estado, despejou sobre o paciente uma quantidade significativa de substância corrosiva (ácido sulfúrico), ocasionando queimaduras químicas extensas.

Figura 2: Lesões de queimaduras de segundo e terceiro grau envolvendo o tronco e face anterior de ambas as coxas.

Este foi socorrido por vizinhos e encaminhado ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Batista de Sousa. À entrada no SU, o paciente apresentava-se consciente, agitado, com fácies álgica, hemodinamicamente estável e queimaduras de segundo e terceiro graus, acometendo aproximadamente 40% da superfície corporal total (SCT), com envolvimento das regiões torácica anterior, abdominal, dorso, membros superiores e parte da face.

Dos exames complementares de diagnóstico realizados, destacam-se:

- **Hemograma completo:** Hg-10.75g/dl, HCT-31.2 g/dl; leucócitos - 12.35 000/ul, plaquetas – 505/ul;
- **Proteína C Reativa (PCR) - 51,53 mg/dl;**
- **Glicémia-131 mg/dl;**
- **Ureia - 9,0 mg/dl e creatinina 0,64- mg/dl;**
- **Ionograma sérico (Na^+ 129 mEg/L, K^+ 3,96 mEg/L;**
- **Gasometria arterial/venosa** sem alterações em termos de oxigenação e do equilíbrio ácido-base.

Procedeu-se de imediato à reposição volémica com ringer lactado, analgesia por via endovenosa com Tramadol e Paracetamol, antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido Calvulânico 1,2 gr 3/dia. Durante a permanência no SU, foi observado pelo serviço de cirurgia e transferido para o internamento, tendo sido realizados curativos cirúrgicos diários com sulfadiazina de prata, assim como várias sessões de desbridamento e colocação de enxertos. Foi iniciada abordagem psicoterapêutica ainda durante a hospitalização. Ao longo do internamento verificou-se melhoria progressiva, pelo que teve alta no 38º dia após o internamento e foi encaminhado para o centro de saúde da sua área de referência para continuar a receber cuidados de fisioterapia, acompanhamento ambulatorial prestado pelo serviço de cirurgia plástica e apoio psicológico contínuo.

No ambulatório a atuação do centro de saúde deu-se através de uma equipa multidisciplinar composta por médico de família, enfermeiros, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista.

A atuação junto da família do paciente foi no sentido orientar os membros da mesma sobre prevenção de novas situações de violência, sensibilização acerca da importância da notificação e da educação em saúde, que inclui cuidados diários, higiene das feridas e suporte nutricional, e ainda oferecer acolhimento psicossocial aos familiares, a fim de reduzir a sobrecarga do cuidador, fazer a avaliação das condições socioeconómicas da família e o encaminhamento para apoios sociais e jurídicos

DISCUSSÃO

As queimaduras químicas, principalmente aquelas causadas por solventes industriais, como decapantes, provocam danos extensos e profundos devido à ação

corrosiva direta e à alta inflamabilidade. Quando utilizadas em ataques intencionais, essas substâncias causam destruição tecidual grave, exigindo tratamento prolongado e especializado.

Do ponto de vista clínico, tais queimaduras demandam uma abordagem intensiva, atendendo ao alto risco de complicações infeciosas, sequelas funcionais e deformidades físicas permanentes. A reabilitação, tanto física quanto psicológica, é longa e complexa, envolvendo várias etapas e suporte multidisciplinar.

Socialmente, vítimas de queimaduras intencionais enfrentam dificuldades de reinserção social e profissional. A estigmatização, as limitações físicas e os traumas psicológicos comprometem a sua qualidade de vida. Muitas vezes, essas vítimas se tornam dependentes da assistência pública e enfrentam isolamento e abandono.

Este caso ainda reflete uma questão crítica de saúde pública: a interseção entre violência doméstica, uso de drogas e falta de suporte psicossocial em comunidades vulneráveis. A negligência das condições de saúde mental e o fácil acesso a produtos químicos perigosos aumentam o risco de eventos extremos como este.

A abordagem de casos semelhantes exige não apenas o tratamento médico adequado, mas, também, ações integradas entre os setores da saúde, assistência social, segurança e justiça para prevenir a reincidência e proteger potenciais vítimas.

A Medicina Familiar é essencial para o acompanhamento longitudinal, a prevenção da violência, a articulação com a proteção social e a reabilitação integral do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato evidencia a gravidade das queimaduras químicas intencionais no contexto de violência intrafamiliar, especialmente quando associadas à toxicodependência. A gestão eficaz de casos como este depende de um cuidado clínico rigoroso, reabilitação contínua e suporte psicossocial, além de políticas públicas voltadas para a prevenção da violência e o tratamento da dependência química.

Casos como este ressaltam a importância do médico de família e sua atuação para fortalecer redes de apoio social e comunitário, bem como promover estratégias de vigilância e intervenção precoce em famílias em situação de risco.

REFERÊNCIAS

1. Brusselaers N, Monstrey S, Vogelaers D, Hoste E, Blot S. Severe burn injury in Europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. Crit Care. 2010;14(5):R188.
2. Church D, Elsayed S, Reid O, Winston B, Lindsay R. Burn wound infections. Clin Microbiol Rev. 2006;19(2):403–34.
3. World Health Organization (WHO). Burns: Fact Sheet. Geneva; 2023.
4. Wallace AB. The exposure treatment of burns. Lancet. 1951;1(6653):501-4.
5. Spano S, Whitney J. Chemical burns: pathophysiology and treatment. J Burn Care Rehabil. 1991;12(3):252-7.
6. Cartotto R, Greenhalgh D. Chemical burns. In: Herndon DN, editor. Total Burn Care. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
7. Fauerbach JA, Heinberg LJ, Lawrence JW. Coping with body image changes following burn injury. J Burn Care Rehabil. 2000;21(1):53–6.
8. Brusselaers N, Hoste EA, Monstrey S, et al. Outcome and changes over time in survival following severe burns from 1985 to 2004. Intensive Care Med. 2005;31(12):1648–53.
9. Silva, M. et al. Violência doméstica e uso de drogas: inter-relações e desafios. Saúde Soc. 2014;23(3):1010-1023.

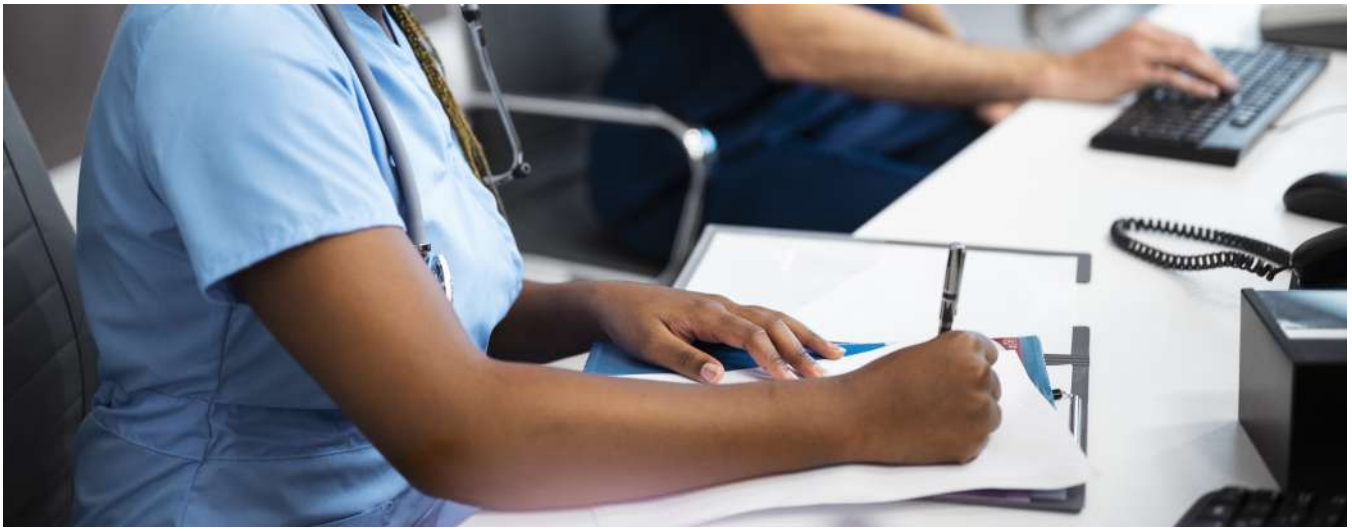
Figura 3: Lesões de queimaduras de segundo e terceiro grau envolvendo o tronco e face anterior de ambas as coxas.

10 anos de Formação Médica em Cabo Verde: Análise Retrospetiva, Balanço e Perspetivas

Autores:

Daniel Santos

Nélida Sanches



INTRODUÇÃO

Dez anos após o nascimento do curso de Medicina em Cabo Verde, somos convidados a revisitar um caminho que começou tímido, entre dúvidas e ousadias, e que hoje se impõe como um marco incontornável do desenvolvimento do país. Tudo era novo em 2015. Faltavam certezas, sobrava coragem... A decisão de criar um curso de Medicina num pequeno arquipélago foi, ao mesmo tempo, um ato de fé e um gesto político e institucional de emancipação intelectual, ainda que de modo parcial.

A Universidade de Cabo Verde, em parceria com a Universidade de Coimbra, lançou as fundações de um projeto que, mais do que formar médicos, ambicionava formar uma nova consciência sanitária nacional. A coragem foi o ingrediente principal, a resiliência o fermento que manteve o sonho de pé quando as dificuldades ameaçavam e ainda ameaçam torná-lo inviável.

Os primeiros vinte e cinco estudantes, rostos jovens e olhares inquietos, foram pioneiros e cobaias de uma experiência sem manual. Aprenderam a caminhar enquanto o caminho se fazia, sustentados pela promessa de um futuro em que o médico cabo-verdiano pudesse nascer, formar-se e servir no seu próprio território. Em 2021, os primeiros médicos formados em solo nacional já se preparavam para integrar o Sistema Nacional de Saúde, carregando não apenas diplomas, mas, também, o peso simbólico de uma conquista coletiva. Contudo, a euforia inicial deu lugar a um questionamento maduro. Formar médicos foi apenas o primeiro passo; integrá-los de forma efetiva, garantir-lhes continuidade formativa e reconhecimento profissional são agora os verdadeiros testes de sustentabilidade. A ausência de programas de especialização médica no país, a dificuldade de inserção plena dos recém-formados e a lenta validação internacional do diploma são feridas ainda abertas que desafiam a narrativa do sucesso.

A celebração dos dez anos de formação médica em Cabo Verde não é, portanto, um mero exercício de comemoração, mas um convite à introspeção crítica. Trata-se de revisitar as vitórias sem esquecer

as fragilidades, de reconhecer o impacto sem mascarar as carências, e de projetar o futuro com lucidez e ambição. Foi neste espírito que se realizou o III Fórum Nacional de Educação Médica, um espaço de convergência entre experiência e esperança, onde estudantes, docentes, médicos e decisores públicos se encontraram para discutir o que já foi feito e, sobretudo, o que ainda falta fazer. Este artigo insere-se nesse mesmo movimento: o de olhar para trás com gratidão, para o presente com rigor e para o futuro com responsabilidade.

METODOLOGIA

Esta análise resulta das reflexões e dos contributos reunidos no III Fórum Nacional de Educação Médica (22 e 23 de setembro de 2025, Uni-CV), que funcionou como um verdadeiro laboratório de ideias sobre o passado, presente e futuro da formação médica em Cabo Verde.

Adota uma abordagem qualitativa e interpretativa, baseada nas experiências de estudantes, docentes, profissionais de saúde e instituições públicas, complementada por fontes documentais e dados recolhidos pelo Núcleo de Estudantes de Medicina da UNICV (NEM/UNICV).

Procura, assim, conciliar o rigor académico com a perspetiva de quem viveu de dentro o processo histórico que se analisa.

FORMAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE: TRAJETÓRIA E IMPACTO

Dez anos após a criação do curso de Medicina da Universidade de Cabo Verde, o país formou 90 médicos, um marco histórico que redefine o panorama nacional dos recursos humanos em saúde. Esta conquista representa não apenas um avanço académico, mas, também um contributo concreto para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Entre 2015 e 2024, quatro turmas concluíram a formação, totalizando 74 médicos até 2024 e 90 com a turma de 2025. Contudo, a análise da situação atual destes profissionais revela uma distribuição desigual e uma preocupante tendência de migração para o exterior. Cerca de 55% dos médicos formados encontram-se atualmente fora do país, maioritariamente em Portugal e alguns no Brasil, onde prosseguem estudos de especialização (uma pequeníssima parcela) e buscam o reconhecimento do seu diploma. Exercem em Cabo Verde 43% dos mesmos, a maioria vinculada a instituições públicas, nomeadamente Hospital Universitário Agostinho Neto, Instituto Nacional de Saúde Pública e, ainda, delegacias e centros de Saúde.

Embora os que permanecem no país tenham contribuído para reforçar os serviços de saúde, sobretudo nas ilhas de Santiago, São Vicente, Fogo e Sal, o número ainda é insuficiente para responder às necessidades crescentes do SNS. As razões para esta dispersão geográfica estão associadas à ausência de um plano estruturado de integração profissional e à inexistência de programas de especialização médica em território nacional, o que leva muitos recém-formados a procurar oportunidades no exterior.

Os primeiros anos após a formação foram marcados por desemprego e vínculos laborais precários, situação que só começou a mudar em 2023 com a abertura de concursos públicos e contratações emergenciais durante a epidemia de dengue. Apesar destes avanços, persistem desafios significativos, entre os quais a falta de estabilidade contratual, a indefinição de carreiras médicas e a necessidade de maior articulação entre o ensino e os serviços de saúde.

O impacto do curso de Medicina é, portanto, ambivalente: por um lado, um sucesso notável na criação de capital humano qualificado, por outro, a urgência de se consolidar políticas que garantam retenção, valorização e progressão profissional. O futuro da formação médica em Cabo Verde dependerá, em larga medida, da capacidade de transformar o esforço pioneiro de uma década em um sistema sustentável, capaz de formar, integrar e especializar médicos no próprio país.

INTEGRAÇÃO E VALORIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DOS RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS

A integração efetiva dos médicos recém-formados constitui hoje um dos maiores desafios e, simultaneamente, uma das mais promissoras oportunidades para o fortalecimento do sistema de saúde cabo-verdiano.

Os testemunhos colhidos entre profissionais e gestores hospitalares evidenciam a competência técnica e o compromisso ético dos jovens médicos, que demonstram autonomia, capacidade de adaptação e forte sentido de responsabilidade social. O facto de terem sido formados no contexto cabo-verdiano revela-se uma vantagem: conhecem as dinâmicas do sistema de saúde, dominam os protocolos locais e compreendem as especificidades socioculturais dos utentes.

Contudo, a integração destes profissionais tem sido marcada por obstáculos estruturais. Neste contexto, reconhece-se que o Hospital Universitário Agostinho Neto (HUAN) assume um papel central e ainda insuficientemente explorado. Enquanto principal instituição de ensino clínico do país e única com estatuto de hospital universitário, o HUAN deve tornar-se o verdadeiro eixo de articulação entre ensino, investigação e assistência médica, assegurando a formação prática dos estudantes e a transição estruturada dos recém-formados para a carreira profissional. Fazer jus ao seu título implica ir além da designação formal: requer infraestruturas adequadas, docentes integrados no corpo clínico, programas de residência médica e uma política de supervisão contínua.

Para alcançar uma integração plena e sustentável, impõe-se a criação de um programa nacional de estágios probatórios formalmente instituído e devidamente remunerado, em articulação com o Ministério da Saúde e o HUAN, a fim de se garantit previsibilidade, qualidade e segurança no início da carreira médica. Paralelamente, urge implementar um Programa Nacional de Formação Médica Especializada, que permita aos jovens médicos prosseguir a sua qualificação no país, em áreas prioritárias para o sistema de saúde.

A valorização dos recursos humanos formados localmente passa, assim, por reconhecer que a educação médica não termina com o diploma, mas prolonga-se nos corredores dos hospitais, nas urgências, nas comunidades e nas decisões políticas que definem o futuro da profissão médica em Cabo Verde.

PLANEAMENTO ESTRATÉGICO PARA OS PRÓXIMOS ANOS DE EDUCAÇÃO MÉDICA: SUSTENTABILIDADE DA FORMAÇÃO, FINANCIAMENTO, PESQUISA E INFRAESTRUTURA

Após um percurso de 10 anos, urge consolidar as conquistas alcançadas e projetar novos horizontes. Se no início o caminho parecia difícil, hoje, uma década depois, é possível sonhar mais alto. O planeamento estratégico da educação médica em Cabo Verde apresenta desafios diversos, alguns sob nosso controle, outros menos, mas todos exigem visão e compromisso.

Um dos pontos centrais é o fortalecimento do corpo docente. Para alcançar a tão desejada independência formativa, é indispensável promover programas de doutoramento que permitam aos médicos-docentes assumir futuramente a regência das unidades curriculares. Nesse sentido, a criação do estatuto do médico-docente é urgente, de modo a reconhecer e regulamentar legalmente a dedicação simultânea à docência e à prática clínica.

Também é necessário enfrentar os desafios estruturais, como a distância física entre o hospital e a universidade, que compromete a integração entre ensino e prática. Uma maior proximidade entre essas instituições favoreceria não só a qualidade da formação, mas, também o desenvolvimento da pesquisa clínica, ainda incipiente no país, mas

essencial para gerar conhecimento aplicado à realidade cabo-verdiana.

Por fim, não há planeamento estratégico sem sustentabilidade financeira. Dada a relevância da educação médica para o desenvolvimento social e para a autonomia do sistema de saúde, defende-se que o Orçamento do Estado de Cabo Verde inclua uma rubrica específica destinada ao ensino médico. Esta medida, mais do que um custo, representaria um investimento estratégico no futuro do país.

CONCLUSÃO

E, como bem nos recorda um pequeno gigante, o velhinho e simpático "dragão" da medicina em Cabo Verde, "a sustentabilidade do Mestrado Integrado vai resultar, não temos dúvidas, da coexistência de uma clara vontade política conjugada com a gestão equilibrada dos cinco componentes mais acima referidos."

Que esta sabedoria nos inspire a continuar este caminho com coragem, visão e compromisso, para que o futuro da educação médica em Cabo Verde seja, acima de tudo, um futuro sustentável e nosso.

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

Avaliação do Risco de Sequelas Cardiorrespiratórias da COVID-19: Estudo Comparativo

Autores:

João Paulo Brito[1]

Iuri Barbosa[2]

(1) Médico clínico geral e Fisioterapeuta

(2) Médico Clínico Geral/Pós-graduado em Saúde Pública

INTRODUÇÃO

A COVID-19, originada em Wuhan, tornou-se a maior pandemia global. Os doentes recuperados, mesmo nos casos leves, podem enfrentar sequelas a longo prazo, especialmente no sistema cardiorrespiratório.

OBJETIVOS

Avaliar pacientes recuperados em Ribeira Grande de Santiago (RGS) e Achada Santo António (ASA), comparando os riscos de sequelas cardiorrespiratórias e identificando os fatores de risco em ambas as populações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, de caráter quantitativo e de base populacional, em que 83 pessoas de RGS e 95 de ASA foram avaliadas à base de um teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). Na avaliação colheu-se dados sociodemográficos e de saúde, dados da COVID-19, e dados de exame físico, como tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio e escala de Borg, antes, durante, no fim e 5 minutos após a realização do teste de caminhada de 6 minutos. Posteriormente, através de análise estatística descritiva e do coeficiente de Pearson do teste de Qui-Quadrado, fez-se a correlação entre as variáveis.

RESULTADOS

Antes da realização do teste de caminhada de 6 minutos, grande maioria dos pacientes avaliados apresentava valores estáveis de Saturação Periférica de Oxigênio (SpO2), Tensão Arterial (TA), e de Frequência Cardíaca (FC). Durante e no fim do teste, a média destas variáveis sofreu alterações pela negativa. Entretanto, 5 minutos após a realização do teste houve uma estabilização clínica, tendo a maioria dos pacientes atingido o valor basal da SpO2, TA, e da FC. Esta informação foi fundamental para que fosse possível perceber que as alterações foram causadas pelo esforço imposto pelo teste, confirmando, portanto, a redução da capacidade funcional, pois a ausência de diferenças no momento basal ressalta que o declínio no desempenho físico não pode ser atribuído ao comprometimento pulmonar ou cardíaco prévio.

CONCLUSÃO

Os inquiridos de ambas as regiões estudadas apresentaram risco moderado de ter sequelas cardiorrespiratórias da COVID-19, e este risco pode ser avaliado através de um teste de caminhada de 6 minutos. Um grande número destes pacientes apresenta descondicionamento físico, limitação funcional e baixa resistência do sistema cardiorrespiratório ao esforço físico, comprometendo, portanto, a realização das suas atividades de vida diária. Este risco tende a aumentar quando associados a fatores como sexo feminino, idade avançada, presença de comorbilidades, tais como obesidade, HTA, diabetes, internamento hospitalar por COVID-19, tratamento com oxigenioterapia, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.

INTRODUCTION

COVID-19, originating in Wuhan, has emerged as a global pandemic. Even individuals with mild cases may face long-term sequelae, particularly in the cardiorespiratory system.

OBJECTIVES

Evaluate recovered patients in RGS and ASA, comparing risks of cardiorespiratory sequelae and identifying risk factors in both populations.

METHODOLOGY

This is a cross-sectional observational study with a quantitative and population-based approach. Eighty-three individuals from Ribeira Grande de Santiago and 95 from Achada de Santo António underwent a 6-minute walk test. Sociodemographic, health, COVID-19, and physical examination data, including blood pressure, heart rate, peripheral oxygen saturation, and the Borg scale, were collected before, during, after, and 5 minutes post-test. Statistical analysis included descriptive analysis and Pearson's chi-square test for variable correlation.

RESULTS

Before the 6-minute walk test, the majority of patients had stable SpO2, BP, and HR values. During and after the test, there were negative changes in the mean of these variables. However, 5 minutes after the test, clinical stabilization occurred, with the majority reaching baseline values. This information highlighted that the changes were due to the test-induced effort, confirming a reduction in functional capacity. The absence of differences at baseline suggests that the decline in physical performance cannot be attributed to previous pulmonary or cardiac impairment.

CONCLUSION

Participants from both studied regions presented a moderate risk of COVID-19 cardiorespiratory sequelae, assessable through a 6-minute walk test. Many of these patients exhibited physical deconditioning, functional limitations, and low resistance in the cardiorespiratory system, affecting their daily activities. This risk increases when associated with factors such as female gender, advanced age, comorbidities (obesity, hypertension, diabetes), COVID-19 hospitalization, oxygen therapy, smoking, alcoholism, and sedentary lifestyle.

INTRODUÇÃO

A COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, emergiu em dezembro de 2019 em Wuhan, China, tornando-se uma pandemia global. Cerca de 80% dos casos foram infeções leves, mas 20% evoluiu para uma síndrome respiratória aguda grave, exigindo internamento hospitalar (Brito et al., 2020). Fatores de risco incluem idade avançada e comorbidades (Lima, 2020). As sequelas da infeção afetam diversos sistemas, com destaque para o respiratório e cardiovascular, comprometendo a funcionalidade e a qualidade de vida a longo prazo (Nalbandian et al., 2021).

O vírus usa o recetor ECA-2 para infeção, impactando órgãos como pulmões e coração (Khalil & Khalil, 2020). A inflamação resulta em fibrose pulmonar, levando a sintomas como dispneia e fadiga (Zhao et al., 2020). Dada a gravidade das sequelas, é crucial entender as alterações na funcionalidade dos recuperados da COVID-19.

Este estudo, realizado em RGS e ASA, avaliou pacientes recuperados há, pelo menos, 6 meses, visando identificar fatores de risco para sequelas cardiorrespiratórias. A análise detalhada desses casos busca contribuir para a atuação multiprofissional na resolução dessas complicações.

METODOLOGIA

Este estudo adota uma abordagem quantitativa exploratória de natureza descritiva, visando avaliar os efeitos residuais da COVID-19 em pacientes recuperados. A pesquisa se classifica como um estudo por amostragem, com uma amostra probabilística aleatória simples. As avaliações foram conduzidas em locais específicos, nomeadamente no pavilhão desportivo da Cidade Velha e na placa desportiva da escola Nova Assembleia, em Achada Santo António, proporcionando um espaço adequado para a realização do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M).

O projeto recebeu aprovação do Comité Nacional de Proteção de Dados e do Comité Nacional de Ética para a Pesquisa em Saúde, garantindo conformidade com os princípios éticos. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, procedimentos e relevância social, assinando um termo de consentimento informado de forma anónima.

A população em estudo consistiu em pacientes recuperados da COVID-19 há pelo menos a seis meses, residentes em RGS e ASA. A amostra, obtida por amostragem aleatória simples, foi determinada considerando o número de casos acumulados de COVID-19 em cada região e um erro tolerável de amostragem de 10% para um intervalo de confiança de 90%. A amostra final incluiu 167 pacientes após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma ficha de avaliação cardiorrespiratória, que abrangeu dados sociodemográficos, histórico de saúde e exame físico. Instrumentos como oxímetro de dedo, esfigmomanómetro, escala de Borg e protocolo do TC6M foram utilizados durante as avaliações. Os dados foram tratados e organizados em folha de cálculo Excel, sendo posteriormente analisados no software estatístico SPSS versão 21. A análise contemplou associações entre variáveis sociodemográficas, de saúde e de COVID-19, bem como correlações entre os dados do exame físico em repouso e os resultados do TC6M.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo abordou participantes de RGS e ASA, com média de idade entre 42 a 44 anos, predominantemente na faixa de 25 a 64 anos. Houve equilíbrio entre sexos, com diversidade educacional e maior proporção de solteiros em RGS (53%) e de casados em ASA (74%). A maioria não morava sozinha, e ambas as regiões apresentaram alta posse de meios de comunicação, indicando um acesso generalizado a informações valiosas sobre saúde. Esses dados demográficos fundamentam a análise do impacto da COVID-19 nas comunidades estudadas.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

O IMC é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, sendo crucial em estudos relacionados com esse sistema (Umeda, 2014). Utilizando a classificação do IMC da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1999, observou-se que em RGS, 43% dos avaliados tinham IMC normal, 35% estavam acima do peso, 21% estavam obesos, e 1% abaixo do peso. Em ASA, o grupo acima do peso representou 39%, seguido de IMC normal (38%), obesidade (20%), e baixo peso (3%). A média do IMC foi de 26,06 Kg/cm em RGS e 26,34 Kg/cm em ASA.

FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)

A avaliação da FC seguiu a classificação da OMS, considerando bradicardia (abaixo de 60 bpm), normal (60 a 100 bpm) e taquicardia (acima de 100 bpm) (Potter et al., 2018). Em ambos os grupos (RGS e ASA), 97% dos pacientes apresentaram FC em repouso dentro dos parâmetros normais, com médias de 77 bpm e 81 bpm, respetivamente.

Durante o teste de caminhada de 6 minutos (TC6M), a maioria em ambos os grupos alcançou taquicardia (53% em RGS e 47% em ASA). Notavelmente, os indivíduos com bradicardia eram jovens praticantes regulares de exercício (2 em RGS e 7 em ASA), indicando adaptação cardiovascular ao treinamento (Ferreira, 2010).

No final do TC6M, RGS mostrou melhor adaptação, com 53% atingindo FC normal e redução da taquicardia. Em ASA, 69% permaneceram com taquicardia. Cinco minutos após o teste, a maioria (90% em RGS e 86% em ASA) recuperou valores normais de FC.

A análise da FC durante o TC6M mostrou que nos primeiros minutos da caminhada (3mn) os grupos começaram a atingir valores elevados de FC, dado este que, segundo Vanderlei et al., (2009), é um sinal de boa adaptação ao esforço físico, e caracteriza uma pessoa com mecanismos autonómicos eficientes, uma vez que o paciente é instruído a andar à sua velocidade máxima sem correr, este tende a sobrecarregar de forma rápida e inesperada o sistema cardiorrespiratório. Entretanto, os autores Lindemberg, et al., (2014) afirmam que o esforço realizado no TC6M não deve desencadear respostas cardiorrespiratórias exageradas e, caso aconteça, a FC deve atingir valores mais estáveis com o evoluir do teste, devido à adaptação fisiológica do individuo ao esforço das AVD.

Vejamos então, em RGS a variação da FC seguiu as indicações da literatura, mas em ASA o cenário foi o oposto, pois, a percentagem de taquicardia aumentou exponencialmente entre os minutos 3 e 6 da caminhada. Observou-se também que ambos os grupos estudados mostraram valores mais estáveis 5 minutos após a caminhada.

Embora a média da FC tenha diminuído no descanso após o teste, ela ainda é estatisticamente superior à FC em repouso. Comparando a média da FC de repouso e da FC 5 minutos após o término do teste, observou-se que, mesmo após 5 minutos de descanso, este não tinha atingido a média da FC basal.

Lindenberg et al., (2014) observaram que o retorno da frequência cardíaca após o esforço denota informação prognóstica relevante, pois aqueles que apresentam recuperação mais lenta da FC no primeiro minuto pós esforço possuem risco de mortalidade aumentado comparativamente àqueles que apresentam uma rápida recuperação da FC para níveis próximos do basal. Na mesma linha de pensamento, os autores Kervio et al., (2004) afirmam que a obtenção de valores de FC estáveis precocemente reflete melhores condições clínicas e, portanto, condições menos graves.

Face ao apresentado, pode-se concluir que os pacientes avaliados se enquadram no grupo que apresenta uma certa limitação funcional, sobretudo os de ASA, o que está associado a um risco aumentado de morbilidade cardiorrespiratório.

SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO (SPO2)

A análise da SpO2 seguiu a classificação da OMS, considerando SpO2 baixa (< 95%) e SpO2 normal (95% a 100%) (OMS, 2020). Morante, Guell, & Mayos (2005) indicaram que uma queda de 4% em relação ao basal ou SpO2 abaixo de 86% deve ser considerada dessaturação.

Antes do TC6M, a maioria apresentou SpO2 normal (RGS - 92%, ASA - 83%). Durante o teste, observou-se um aumento da percentagem de SpO2 baixa, atingindo 46% em RGS e 37% em ASA, com médias de 91% e 94%, respetivamente.

No final do TC6M, a SpO2 começou a normalizar em ambas as populações, reduzindo a percentagem de SpO2 baixa (RGS - 35%, ASA - 20%). A média estabilizou em 94% em RGS e 95% em ASA.

Cinco minutos após o teste, a maioria atingiu valores normais (RGS - 79%, ASA - 85%), com médias de 95% e 96%, respetivamente. Embora nenhum tenha atingido valores abaixo de 86%, as oscilações indicam dificuldades nas trocas gasosas durante o esforço físico.

Estudos anteriores (Mancuzo et al., 2021; Wong et al., 2021) corroboram a importância da variação da SpO2 durante o TC6M na avaliação da capacidade funcional pós-COVID-19. Apesar de não terem atingido valores críticos, as oscilações sugerem impacto nos sistemas cardiopulmonares decorrente da infeção e do tratamento.

TENSÃO ARTERIAL (TA)

A hipertensão arterial é um problema global de saúde, e estudos recentes indicam sua associação à COVID- 19, amplificando complicações cardiovasculares (Lopes et al., 2021).

Antes do TC6M, a maioria em repouso apresentou TA normal (RGS - 77%, ASA - 65%). Após o teste, a percentagem de TA normal diminuiu (RGS - 67%, ASA - 57%). Em RGS, houve um aumento na hipertensão grau I (28%), enquanto em ASA, houve um aumento significativo na hipertensão grau II (15%) e grau III (1%).

Cinco minutos pós-TC6M, a TA estabilizou, com aumento significativo da taxa de TA normal (RGS - 75%, ASA - 73%). Houve um caso de hipertensão grau III após o TC6M, exigindo atenção médica imediata.

As alterações significativas na TA ao longo das fases do TC6M sugerem que o esforço imposto pelo teste influenciou essas mudanças. Esse impacto no sistema cardiorrespiratório durante uma atividade tão comum como caminhar levanta preocupações clínicas (Stavrou et al., 2021).

O aumento da TA pode ser explicado pela relação proporcional com a FC. Ambas aumentaram durante o teste devido ao esforço físico, sendo fenómeno esperado. A hipertensão arterial, destacada como comorbidade comum na COVID-19, intensifica a necessidade de compreender a correlação e seu impacto prognóstico.

Os valores mais elevados de TA em ASA, mesmo considerando a resposta esperada ao esforço físico, apontam para um risco cardiovascular mais elevado nessa população, comparada à de RGS.

SCORE DO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS (TC6M)

A classificação do TC6M foi realizada de acordo com a distância percorrida dos participantes, em comparação com os valores de referência previamente calculadas e propostos por Enright, (2003). Também, a avaliação do TC6M com base nos pontos de cortes que relacionam a distância percorrida do paciente com a morbimortalidade, tal como podemos observar na tabela 1.

De acordo com a classificação do TC6M de Enright (2003), os resultados entre os grupos e a sua interpretação ressaltam que a maioria dos participantes (RGS - 53% e ASA - 59%) percorreram uma distância superior a 450 metros, sendo classificados como pacientes com baixo risco de morbilidade. Os restantes participantes do

estudo foram enquadrados nas seguintes classificações: moderado risco de morbilidade (RGS- 28% e ASA - 21%), elevado risco de morbilidade (RGS- 15% e ASA - 11%), muito elevado risco de morbilidade (RGS - 4% e ASA - 6%) e elevadíssimo risco de mortalidade (RGS - 0% e ASA - 3%). A média da distância percorrida em RGS foi de 458,64 metros e em ASA foi de 473,66 metros, o que significa que, de uma forma geral, ambas as populações avaliadas foram classificadas como de baixo risco de morbilidade.

Nota-se que uma grande percentagem dos avaliados tanto em RGS quanto em ASA apresenta algum risco de morbilidade no TC6M. Este fato pode ser explicado com base nos dados da avaliação acima apresentados. Os mesmos reúnem um conjunto de fatores que, associados, interferem direta ou indiretamente na sua capacidade funcional, tais como IMC elevado, alterações na FC, SpO2, e na TA ao longo do TC6M, bem como a presença de comorbilidades como HTA, diabetes, dislipidemias, obesidade e sedentarismo.

A média da distância percorrida pela população avaliada no presente estudo foi muito idêntica ao apresentado por Strumiliene, et al., (2021) antes da aplicação do protocolo de reabilitação cardiopulmonar, que foi de 433,8 ± 102,2 metros.

Tabela 1 – Comparação do score e da distância percorrida no TC6M entre RGS e ASA

CLASSIFICAÇÃO	RGS		ASA		SCORE DO TC6M
	N	%	N	%	
Elevadíssimo Risco de Morbimortalidade	0	0%	3	3%	Parou durante o teste
Muito Elevado Risco de Morbimortalidade	3	4%	6	6%	< 300 metros
Elevado Risco de Morbimortalidade	11	15%	10	11%	300 e 375 metros
Moderado Risco de Morbimortalidade	20	28%	20	21%	375 e 450 metros
Baixo Risco de Mortalidade	38	53%	56	59%	> 450 metros
MÉDIA	**458,64 m**		**471,66 m**		

Fonte – Elaboração própria

Bardakci et al. (2021) investigou pacientes com COVID-19 grave, tendo observado que mais do que a metade apresentou baixo risco no TC6M. Diverge da presente pesquisa, que abrangeu casos de leve a crítico. Guler et al. (2021) e Huang et al. (2021) encontraram menor desempenho no TC6M em casos mais graves, enquanto Stavrou et al. (2021) mostrou uma correlação negativa entre a gravidade da COVID-19 e o desempenho no TC6M. A complexidade desta relação destaca a importância de se considerar diversos fatores na interpretação dos resultados.

Perante as divergências da literatura no que diz respeito à relação entre o score do TC6M e a gravidade da COVID-19, optou-se por testar a correlação existente entre o score do teste e as variáveis de maior relevância sociodemográfica e clínicos utilizados neste estudo. Criou-se então uma variável dicotómica que foi denominada "distância percorrida no TC6M reduzida", com o intuito de sintetizar o score do teste. Todos os pacientes que apresentaram algum risco de morbilidade segundo a classificação de Enright, (2003), de moderada a elevadíssimo risco, foram utilizados para criar esta variável. Os inquiridos que percorreram uma distância superior a 450 metros (baixo risco de morbilidade) foram enquadrados no grupo que não obteve distância reduzida no TC6M.

A tabela 2 exibe os resultados da correlação entre a distância percorrida no TC6M reduzido e algumas variáveis sociodemográficas e de saúde, e na tabela 3 encontra-se a correlação entre a distância reduzida no TC6M e alguns dados da COVID-19 e do exame físico em repouso.

Quanto à correlação entre a distância percorrida no TC6M reduzido e os dados sociodemográficos e de saúde, elucidou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre esta e as variáveis idade, tabagismo, alcoolismo e presença de comorbilidades (p <0,05). A variável sexo apresentou-se estatisticamente significativa em RGS, onde 71% das mulheres tiveram um score do teste reduzido quando comparadas com 28% do sexo masculino. Em ASA, apesar do sexo feminino representar a maior percentagem de indivíduos com score do teste reduzido, esta variável não mostrou relevância estatística nesta população (p=0.062).

Tabela 2 – Correlação entre a distância percorrida no TC6M reduzida e algumas variáveis sociodemográficas, de saúde e da COVID-19

VARIÁVEIS	DISTÂNCIA PERCORRIDA NO TC6M REDUZIDA									
	RGS					ASA				
	SIM		NÃO		P	SIM		NÃO		P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Idade (anos)										
Entre 18 e 24	1	12%	7	88%	**0.000**	0	0%	2	100%	**0.005**
Entre 25 e 64	24	44%	30	56%		53	63%	31	36%	
Entre 65 e 75	9	90%	1	10%		8	89%	1	11%	
Sexo										
Feminino	27	71%	11	28%	**0.000**	25	50%	25	50%	**0.062**
Masculino	7	20%	27	80%		14	31%	31	69%	
Tabagismo										
Sim	5	63%	3	37%	**0.000**	11	55%	9	45%	**0.000**
Não	29	45%	35	54%		28	37%	47	62%	
Alcoolismo										
Sim	8	34%	15	65%	**0.000**	23	46%	26	54%	**0.000**
Não	24	52%	22	47%		27	64%	15	35%	
Já consumi	2	66%	1	34%		1	25%	3	75%	
Atividade física										
Sim	6	22%	21	77%	**0.000**	16	30%	36	70%	**0.025**
Não	28	62%	17	38%		23	53%	20	47%	
Comorbilidade										
Sim	26	65%	14	35%	**0.000**	27	52%	24	48%	**0.011**
Não	8	25%	24	75%		12	27%	32	73%	

Fonte – Elaboração própria

A variável idade seguiu a hierarquia de de quanto maior a idade, maior o risco de sequelas cardiorrespiratórias da COVID-19. Dos idosos avaliados, 90% dos de RGS e 89% dos de ASA percorreram a distância reduzida no teste. Se pensarmos nas alterações fisiológicas e funcionais associadas ao envelhecimento, esta variável pode ser interpretada como uma variável de confusão, pois o valor do TC6M tende, por norma, a ser reduzido nos idosos. Estatisticamente, foi encontrada uma correlação significativa entre os hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo e atividade física), os antecedentes pessoais (presença de comorbilidades) e a distância reduzida no TC6M ($p < 0,05$).

Estas variáveis contribuem estatisticamente e clinicamente para que os pacientes avaliados tenham um score baixo no TC6M, pois a saúde cardiorrespiratória está diretamente relacionada com os hábitos de vida e com os antecedentes pessoais de cada individuo.

A tabela 3 de correlação abaixo foi criada com a intensão de perceber a relação entre a gravidade da COVID-19 e o score reduzido no TC6M, bem como esclarecer o quanto os dados do exame físico em repouso interferem como preditores de distância reduzida no TC6M.

Pacientes com quadros mais graves de COVID-19, e que passaram por internamento hospitalar e receberam tratamento com oxigenioterapia, apresentaram menor distância percorrida no TC6M, quando comparados com aqueles que não foram internados e que não precisaram de oxigenioterapia (87%). Dos avaliados de RGS que foram internados e 70% dos de ASA tiveram distância reduzida no TC6M. Este dado fez com que esta variável fosse considerada estatisticamente significativa como preditor de score do teste reduzido em ambas as populações (RGS – $p=0.001$ e ASA – $p=0.03$). O tratamento com oxigenioterapia apresentou valores mais significativos, revelando ser um preditor de máxima importância para a distância percorrida no TC6M, pois 100% dos pacientes de RGS que fizeram tratamento com oxigenioterapia e 87% dos de ASA tiveram a distência percorrida no TC6M reduzida.

Outra correlação estatisticamente significativa foi identificada entre a distância percorrida no TC6M reduzida e a variável "permaneceu algum sintoma da COVID-19" (p=0001 para RGS e ASA). Com base nesta relação, observou-se que a maioria dos pacientes que referiu apresentar sintomas persistentes de COVID-19 apresenta também algum grau de risco de morbilidade segundo o score do TC6M.

As variáveis TA, FC e SpO_2 em repouso são todas estatisticamente significativas, mostrando forte relação com a distância reduzida no TC6M nos indivíduos de RGS. Entretanto,se o mesmo não pode afirmar relativamente aos inquiridos de ASA, pois as variáveis TA e SpO_2 em repouso mostraram-se independentes. Apenas a FC pude ser utilizada como preditor de baixo desempenho no TC6M. Convém salientar que estas variáveis podem não ter significância estatística, mas apresentam grande relevância clínica, pois a maioria dos avaliados que apresentaram TA em repouso elevada apresentaram TC6M reduzida. Esta informação é relevante, pois a HTA é um grande fator de risco para doenças cardiovasculares.

Tabela 3 – Correlação entre a distância reduzida no TC6M e alguns dados da COVID-19 e do exame físico

VARIÁVEIS	DISTÂNCIA PERCORRIDA NO TC6M REDUZIDA									
	RGS					ASA				
	SIM		NÃO		P	SIM		NÃO		P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Internamento										
Sim	13	87%	2	13%	**0.000**	14	70%	6	30%	**0.003**
Não	21	36%	36	63%		25	34%	50	66%	
Oxigenioterapia										
Sim	7	100%	0	0%	**0.000**	11	84%	2	15%	**0.001**
Não	27	41%	38	58%		28	34%	54	65%	
Permaneceu algum sintoma										
Sim	19	76%	6	24%	**0.000**	18	58%	13	41%	**0.000**
Não	15	31%	12	68%		21	32%	43	67%	
IMC										
Baixo Peso	1	100%	0	0%		2	67%	1	33%	
Normal	12	38%	19	61%	**0.000**	11	30%	25	69%	**0.000**
Sobrepeso	9	36%	16	64%		17	45%	20	54%	
Obesidade	12	80%	3	20%		9	47%	10	52%	
TA repouso										
Hipotensão	0	0%	0	0%		0	0%	1	100%	
Normal	31	56%	24	44%	**0.000**	19	31%	43	69%	**0.063**
Grau I	7	50%	7	50%		15	57%	11	42%	
Grau II	3	100%	0	0%		6	100%	0	0%	
FC repouso										
Bradicardia	0	0%	0	0%	**0.000**	0	0%	0	0%	**0.035**
Normal	32	45%	38	54%		38	41%	54	59%	
Taquicardia	2	100%	0	0%		3	100%	0	0%	
SpO2 repouso										
Baixa	1	16%	5	83%	**0.000**	8	66%	4	33%	**0.054**
Normal	33	50&	33	50%		31	37%	52	62%	

Fonte – Elaboração própria

Os resultados da correlação entre a distância percorrida no TC6M e as variáveis sociodemográficas, de saúde, da COVID-19 e do exame físico em repouso mostraram que a maioria dos pacientes com distância reduzida no TC6M apresenta, pelo menos, um fator de risco associado. Estes achados convergem com estudos anteriores de Bardakci et al. (2021), Guler et al. (2021), Huang et al. (2021) e Wong et al. (2021), destacando a relação entre a gravidade da COVID-19 e a distância reduzida no TC6M. Contudo, discordam de Stavrou et al. (2021), que observou uma correlação negativa entre o score do TC6M e a gravidade da COVID-19.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa representa o primeiro esforço para avaliar o risco de sequelas cardiorrespiratórias da infeção por SARS-CoV-2 em Cabo Verde, considerando as distintas realidades de duas populações (rural - RGS e urbana - ASA) impactadas de maneira diferente pelos desdobramentos sociodemográficos, económicos e de saúde da pandemia da COVID-19.

A metodologia adotada para o Teste de Caminhada de 6 Minutos seguiu rigorosamente o protocolo recomendado pela literatura, permitindo uma análise abrangente antes, durante e após a realização do teste. A conclusão revelou oscilações nas variáveis de saturação de oxigênio e frequência cardíaca, interpretadas como indicativos de limitação funcional e redução da capacidade cardiorrespiratória, corroborando a existência de sequelas pós-COVID-19.

Ao analisar o score do teste de caminhada, observou-se um risco moderado de morbidade em ambos os grupos, sendo os indivíduos de ASA mais suscetíveis. Esta avaliação indicou descondicionamento físico, limitação funcional e baixa resistência cardiorrespiratória ao esforço físico, comprometendo as atividades diárias. O risco aumenta quando associado a fatores como idade avançada, comorbilidades, internamento hospitalar por COVID-19, tratamento com oxigenioterapia, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.

No que tange à comparação entre as duas populações, não se evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos populacionais. As pessoas do município de RGS e do bairro de ASA apresentam caraterísticas sociodemográficas um pouco distintas, sobretudo na componente económica e educacional, mas estas diferenças não foram suficientes para evidenciar diferenças marcantes em termos de risco de sequelas cardiorrespiratórias da infeção por SARS-CoV-2. Percebeu-se também que, excetuando a idade avançada, os fatores de risco para ter sequelas cardiorrespiratórias da COVID-19 estão em maior prevalência nos inquiridos de ASA, o que foi interpretado pelo pesquisador como uma preocupação de saúde pública, pois, neste grupo é muito elevado o número de avaliados com idade compreendida entre 25 e 64 anos com alterações funcionais e redução da capacidade cardiorrespiratória, associada a comorbilidades.

Assim, esta pesquisa não apenas alcançou o seu objetivo geral de avaliar comparativamente o risco de sequelas, mas também forneceu dados relevantes para futuras investigações e para os profissionais de saúde de Cabo Verde compreenderem as características dos pacientes recuperados da COVID-19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, S. B., Bragal, I. O., Cunha, C. C., Palácio, M., & Takenami, I. (2020). Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. Visa em Debate.
- Lima, C. M. (Abril de 2020). Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19).
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., . . . Dietz, D. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. Nature Medicine
- Khalil, O. A., & Khalil, S. S. (Setembro-Outubro de 2020). SARS-CoV-2: taxonomia, origem e constituição. SARS-CoV-2: taxonomy, origin and constitution.
- Zhao, H.-M., Xie, Y.-X., & Wang, C. (2020). Recomendações para reabilitação respiratória em adultos com doença de coronavírus 2019. Chin Med J.
- Umeda, I. I. (2014). Teste de caminhada de seis minutos como preditor de morbilidade e mortalidade cardiovascular em pacientes pós infarte agudo do miocardio. São Paulo. Obtido de https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-07012015-083510/publico/IracemaIocoKikuchiUmeda.pdf
- Pottter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2018). Fundamentos de Enfermagem. Riu de Janeiro.
- Vanderlei, L. C., Hoshi, C. M., Carvalho, T. D., & Godoy, M. F. (2009). Noções básicas de variabilidade da frequência cardíaca e sua aplicabilidade clínica. Rev Bras Cir Cardiovascular. Obtido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19768301/
- Ferreira, E. F. (2010). Coração de Atleta. Obtido de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18510/2/TESE%20EMANUEL%20FERREIRA%20FMUC.pdf
- Lindemberg, S., Chermont, S., Quintão, M., Derossi, M., Guilhon, S., Bernardez, S., ...Mesquita, E. T. (2014). Recuperação da Frequência Cardíaca no Primeiro Minuto no Teste de Caminhada de Seis Minutos em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Arq Bras Cardiol. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987314/
- Kervio, G., Ville, N., Leclercq, C., Daubert, J.-C., & Carré, F. (2004). Adaptações cardiorrespiratórias durante o teste de caminhada de seis minutos em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. Obtido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15187823/
- Mancuzo, E. V., Marinho, C. C., Machado-Coelho, G. L., Batista, A. P., Oliveira, J. F., Andrade, B. H., . . . al, P. C. (2021). Função pulmonar de pacientes hospitalizados com COVID-19, 45 dias após a alta hospitalar: primeiro relato de um estudo multicêntrico prospectivo no Brasil. J Bras Pneumol. Obtido de https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2030_1_1_3599_portugues.pdf
- Telles, A. C. (2021). Preditores de distância reduzida de caminhada de 6 minutos após COVID-19: um estudo de coorte no México. Pulmonology. Obtido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33832849/
- Lopes, R. L., Falcão, L. G., Leão, C. d., Novais, É. K., Cardoso, C. O., Macedo, L. M., . . . Moura, M. (2021). Covid-19 e sua relação com a hipertensão arterial sistêmica: uma revisão bibliográfica. REAS. doi:https://doi.org/10.25248/REAS.e9230.2021
- Stavrou, V. T., Tourlakopoulos, K. N., Vavougios, G. D., Papayianni, E., Kiribesi, K., Maggoutas, S., ...Boutla, S. (2021). Eight Weeks Unsupervised Pulmonary Rehabilitation in Previously Hospitalized of SARS-CoV-2 Infection. J. Pers. Med. Obtido de https://www.mdpi.com/2075-4426/11/8/806/htm

- Enright, P. L. (2003). O teste de caminhada de seis minutos. Respir Care. Obtido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12890299/

- Strumiliene, E., Zeleckiene, I., Bliudzius, R., Samuilis, A., Zvirblis, T., Zablockiene, B., ...Jancoriene, L. (2021). Análise de acompanhamento da função pulmonar, capacidade de exercício, alterações radiológicas e qualidade de vida dois meses após a recuperação da pneumonia por SARS-CoV-2. Medicina. Obtido de https://www.mdpi.com/1648-9144/57/6/568/htm

- Bardakci, M. I., Ozturk, E. N., Ozkarafakili, M. A., Ozkurt, H., Yanc, U., & Sevgi, D. Y. (2021). Avaliação de achados radiológicos de longo prazo, funções pulmonares e qualidade de vida relacionada à saúde em sobreviventes de COVID-19 grave. Journal of Medical Virology. Obtido de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27101

- Guler., S. A., Ebner, L., Aubry, B., Catherine Beigelman, B. P.-O., Brutsche., M., & Clarenbach…, C. (2021). Pulmonary function and radiological features 4 months after COVID-19: first results from the national prospective observational Swiss COVID-19 lung study. Web of Science. Obtido de https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000658753000010?SID=EUW1ED0AAFlUvlbpYaaEwTGegqBhV

- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Gu, X., & Kang..., L. (2021). Consequências de 6 meses do COVID-19 em pacientes que receberam alta hospitalar: um estudo de coorte. Lancet. Obtido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33428867/

- Wong, A., Romero, S. L., Hurtado, E. F., Lopez, S. V., Milne, K., Ryerson, C., . . . Telles, A. C. (2021). Preditores de distância reduzida de caminhada de 6 minutos após COVID-19: um estudo de coorte no México. Pulmonology. Obtido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33832849/

Qualidade de vida e fatores associados em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2, num centro de saúde da ilha de São Vicente

Autora:

Carla Marisa dos Santos Roque Guiomar Rocha[1]

(1) Médica, Especialista em Saúde Pública e Especialista em Medicina Geral e Familiar, Delegacia de Saúde de São Vicente

RESUMO

A diabetes mellitus tipo 2 é uma das doenças crónicas não transmissíveis mais prevalentes e representa um grande desafio para a saúde pública. Avaliar a qualidade de vida (QV) de indivíduos com esta condição é essencial para orientar estratégias de cuidado. Este estudo teve como objetivo analisar a QV de utentes com DM2 no Centro de Saúde de Chã de Alecrim e a sua relação com fatores demográficos, socioeconómicos e clínicos. Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica e quantitativa, realizada com 82 participantes. Foram aplicados questionários e utilizadas análises descritivas e analíticas do programa SPSS (versão 25). Os resultados mostraram que a maioria perceciona sua QV como intermediária. Foram observadas associações significativas entre QV e variáveis como estado civil, escolaridade, nível económico, perceção da saúde atual e geral, prática de atividade física, hipertensão arterial, hemoglobina glicada e tempo de diagnóstico. Conclui-se que os achados podem subsidiar programas de educação em saúde, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de complicações da DM2.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2; Qualidade de vida; Fatores associados.

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) afeta mais de 463 milhões de adultos, globalmente (IDF). As suas complicações estão entre as principais causas de morte, com uma morte a cada seis segundos. Em Cabo Verde, a prevalência da Diabetes Mellitus tem aumentado, especialmente suas complicações microvasculares, como o pé diabético, a cegueira e a insuficiência renal (INSP, 2017). O segundo inquérito sobre doenças não transmissíveis (IDNT, 2019) indicou uma prevalência de 3,9%, sendo 4,4% na ilha de São Vicente.

Estudos demonstram que a qualidade de vida está associada a fatores sociodemográficos e clínicos. O objetivo principal deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos diabéticos tipo 2 atendidos no Centro de Saúde de Chã de Alecrim, na ilha de São Vicente, e sua relação com fatores demográficos, socioeconómicos e clínicos. Os objetivos secundários foram: analisar as variáveis sociodemográficas, descrever a situação socioeconómica e clínica, e ainda avaliar a qualidade de vida em várias dimensões, como a saúde física e emocional, a limitação de atividades, o relacionamento social e o grau de satisfação.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi transversal, analítico e quantitativo, realizado no Centro de Saúde de Chã de Alecrim, ilha de São Vicente, Cabo Verde, entre abril e junho de 2022. A amostra foi composta por 82 pacientes com diabetes mellitus tipo 2, selecionados por amostragem aleatória sistemática de fichas e registos. Os critérios de inclusão foram indivíduos com DM2 inscritos no centro de saúde, ao passo que os de exclusão referiam-se a pacientes com transtornos mentais ou neurológicos, ou com incapacidade física que os impedia de se deslocar.

A coleta de dados foi realizada com questionários estruturados, abrangendo questões sociodemográficas, clínicas e de qualidade de vida.

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software SPSS versão 25, com análise descritiva (média, mediana, desvio padrão, frequência) e teste de correlação de Spearman para as variáveis dependentes e independentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo analisou o perfil sociodemográfico de 82 utentes com diabetes mellitus tipo 2, com idade compreendida os entre 32 e 97 anos (média de 67 anos). A maioria (45,1%) tinha mais de 70 anos, confirmando a maior prevalência da doença nas faixas etárias avançadas. Observou-se predominância feminina (67%), em consonância com achados de investigações anteriores. Quanto ao estado civil, 36,6% eram solteiros e 77% viviam acompanhados, evidenciando a relevância do suporte familiar no bem-estar do diabético. Em termos de escolaridade, 30,5% nunca frequentaram a escola e 35,4% possuíam apenas o ensino básico, o que reforça a necessidade de estratégias de educação em saúde (Corrêa, 2017). No aspecto ocupacional, 30,5% eram reformados e 17,1% exerciam atividade profissional remunerada. Quanto à condição económica, 39% relataram nível médio e 36,6% nível baixo, com dificuldades de acesso a medicamentos e alimentação saudável, devido às limitações financeiras e ausência de benefícios sociais. Os resultados evidenciam a influência dos determinantes sociais da saúde no manejo da diabetes mellitus tipo 2 e reforçam a importância de políticas públicas que garantam maior equidade no cuidado.

Quadro 1 - Descrição das características sociodemográficas

		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%	n	%
Faixa etária	30 a 39 anos	2	2,4	1	1,2	3	3,7
	40 a 49 anos	0	0,0	4	4,9	4	4,9
	50 a 59 anos	0	0,0	1	1,2	1	1,2
	60 a 69 anos	5	6,1	11	13,4	16	26,2
	>70 anos	14	17,1	23	28,0	37	60,7
Residência: zona	Alto Doca	0	0,0	1	1,2	1	1,2
	Chã de Alecrim	17	20,7	37	45,1	54	65,9
	Fonte Inês	1	1,2	1	1,2	2	2,4
	Madeiralzinho	9	11,0	11	13,4	20	24,4
Estado civil	Solteiro/a	11	13,4	19	23,2	30	36,6
	Casado/a	9	11,0	17	20,7	26	31,7
	Viúvo/a	6	7,3	15	18,3	21	26,8
	União de facto	1	1,2	3	3,7	4	4,9
Nível de ensino	Nunca frequentou	2	2,4	23	28,0	25	30,5
	Alfabetização	4	4,9	8	9,8	12	14,6
	Ensino básico (1° ao 8° ano)	12	14,6	17	20,7	29	35,4
	Ensino Secundário (9° ao12°ano)	7	8,5	4	4,9	11	14,6
	Ensino Superior	2	2,4	1	1,2	3	3,7
Situação ocupacional	Trabalhador/a por conta própria	1	1,2	4	4,9	5	6,1
	Trabalhador/a por conta de outrem	6	7,3	3	3,7	9	11
	Desempregado/a	5	6,1	13	15,9	18	22
	Doméstica/o	0	0,0	14	17,1	14	17,1
	Estudante	1	1,2	7	8,5	8	9,8
	Reformado/a	13	15,9	12	14,6	25	31,7
Nível económico	Médio	13	15,9	19	23,2	32	39
	Baixo	9	11,0	21	25,6	30	36,6
	Sem opinião	5	6,1	11	13,4	16	19,5
Agregado familiar	Vive sozinho/a	5	18.5	7	13.0	12	15
	Vive acompanhado/a	20	74.1	43	79.6	63	77
	Outro	1	3.7	4	7.4	6	7

Situação da moradia	Própria	20	24,4	42	51,2	62	76,8
	Alugada	5	6,1	6	7,3	11	13,4
	Cedida	1	1,2	5	6,1	6	7,3
	Financiada	1	1,2	0	0,0	1	1,2

Fonte – a autora

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS COM A DOENÇA

Entre os participantes, 70,7% apresentaram antecedentes familiares de diabetes, evidenciando a relevância do rastreio precoce. Em relação ao autocontrole glicêmico, 46,3% realizavam monitorização semanal e apenas 15,9% faziam-no diariamente. Contudo, 42,7% dependiam de profissionais de saúde para a execução da técnica, e a autovigilância mostrou-se insuficiente para um bom controle, principalmente devido a limitações socioeconómicas, como a dificuldade de aquisição de tiras glicémicas. No tratamento, 48,8% utilizavam antidiabéticos orais, enquanto 13,4% faziam uso combinado de insulina e antidiabéticos.

A maioria dos participantes apresentava complicações microvasculares, destacando-se microalbuminúria (10,98%) e hipertensão arterial. Além disso, 56,1% apresentavam dislipidemia. A prevalência de depressão foi de 3,7%, valor inferior ao relatado em outros estudos, que apontam maior frequência, sobretudo em mulheres.

Quadro 2 - Características Clínicas relacionadas com a doença

		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%	n	%
Tipo de Tratamento	Antidiabéticos orais (AO)	14	17,1	26	31,7	40	48,8
	Insulina (In)	3	3,7	6	7,3	9	11,0
	In + AO	3	3,7	8	9,8	11	13,4
	Hipotensores (H)	0	0,0	1	1,2	1	1,2
	AO + AH	5	6,1	9	11,0	14	17,1
	In + AO + H	0	0,0	2	2,4	2	2,4
Você faz controlo dos valores de glicemia?	Diariamente	4	4,9	9	11,0	13	15,9
	Semanalmente	11	13,4	27	32,9	38	46,3
	Quinzenalmente	1	1,2	4	4,9	5	6,1
	Mensalmente	5	6,1	4	4,9	9	11,0
	Trimestralmente	2	2,4	7	8,5	9	11,0
	Anualmente	1	1,2	1	1,2	2	2,4
	Outro	0	0,0	2	2,4	2	2,4

Quem lhe faz o controlo?	O próprio	4	4,9	9	11,0	13	15,9
	Familiar	4	4,9	8	9,8	12	14,6
	Profissionais de saúde	11	13,4	24	29,3	35	42,7
	O próprio e profissionais de saúde	4	4,9	3	3,7	7	8,5
	Familiar e profissionais de saúde	3	3,7	8	9,8	11	13,4
Tem Diabetes na família?	Sim	18	22,0	40	48,8	58	70,7
	Não	9	11,0	11	13,4	20	24,4

Fonte – Elaborado pela autora

Quadro 3 - Frequência da presença de complicações e comorbidades associadas a DM tipo 2

		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%	n	%
Retinopatia diabética	Sim	5	6,1	3	3,7	8	9,8
	Não	20	24,4	43	52,4	63	76,8
Microalbuminúria	Sim	2	2,4	7	8,5	9	11,0
	Não	24	29,3	44	53,7	68	82,9
Insuficiência renal crónica	Sim	1	1,2	0	0,0	1	1,2
	Não	25	30,5	51	62,2	76	92,7
Insuficiência renal em estado terminal	Sim	1	1,2	0	0,0	1	1,2
	Não	25	30,5	51	62,2	76	92,7
Neuropatia diabética (pé diabético)	Sim	1	1,2	7	8,5	8	9,8
	Não	25	30,5	44	53,7	69	84,1
Doença coronária (IMA, Isquemia)	Sim	2	2,4	3	3,7	5	6,1
	Não	24	29,3	48	58,5	72	87,8
Acidente vascular cerebral	Sim	3	3,7	4	4,9	7	8,5
	Não	23	28,0	46	56,1	69	84,1
Hipertensão arterial	Sim	12	14,6	32	39,0	44	53,6
	Não	14	17,1	19	23,2	33	40,2
Incontinência urinária	Sim	7	8,5	4	4,9	11	13,4
	Não	19	23,2	47	57,3	66	80,5
Alterações da função sexual	Sim	8	9,8	7	8,5	15	18,3
	Não	18	22,0	42	51,2	60	73,2

Hipoglicemia (baixo açúcar)	Sim	3	3,7	7	8,5	10	12,2
	Não	23	28,0	42	51,2	65	79,3
Dislipidemia (colesterol alto)	Sim	13	15,9	33	40,2	46	56,1
	Não	13	15,9	18	22,0	31	37,8
Depressão	Sim	1	1,2	2	2,4	3	3,7
	Não	25	30,5	47	57,3	72	87,8

Fonte – a autora

FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA REALIZADA POR SEMANA E A INTENSIDADE DA SUA REALIZAÇÃO NO TRABALHO

Em relação à prática de atividade física, 43% dos participantes não realizavam exercícios e 33% praticavam de uma a três vezes por semana, frequência considerada insuficiente para o adequado controle da doença. A idade avançada e a presença de comorbidades associadas à Diabetes foram apontadas como fatores que podem limitar a prática regular de exercícios. Menos de metade dos participantes monitorava a hemoglobina glicada, o que compromete o controle adequado da doença. Além disso, mais de 50% não seguiam regularmente as orientações nutricionais, aumentando o risco de complicações associadas à diabetes.

Quadro 4 - Frequência de atividade física realizada por semana e a intensidade da sua realização no trabalho

		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%	n	%
Dias atividade física por semana	Nenhum	9	11	26	32	35	43
	1 a 3	10	12	17	21	27	33
	4 a 7	6	7	9	11	15	18
Atividade física de alta intensidade no trabalho (levantar cargas pesadas, trabalho de pedreiro, mercenário).	Sim	0	0	9	11	9	11
	Não	24	29	43	52	67	82

Fonte – Elaborado pela autora

Quadro 5 - Orientações multiprofissionais promovidas pela equipa de saúde e disponibilidade de medicamentos

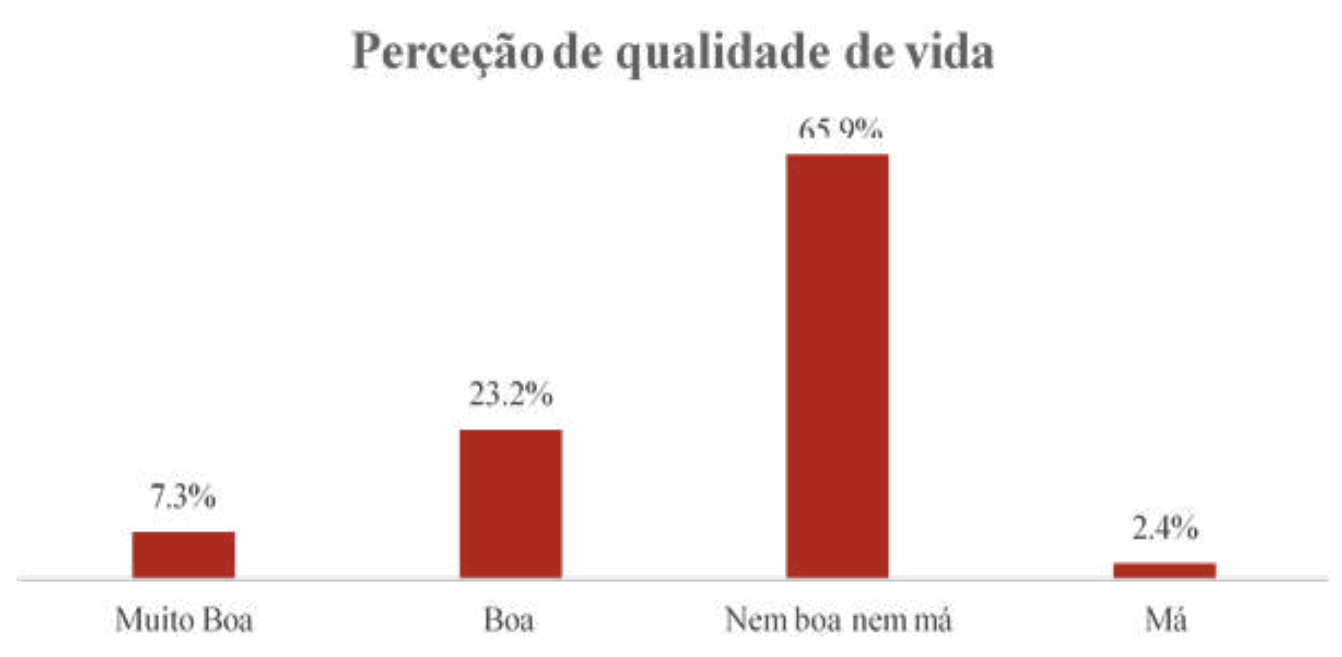
		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%	n	%
Orientações do nutricionista	Sim	11	13,4	16	19,5	27	32,9
	Não	7	8,5	13	15,9	20	24,4
	Às vezes	5	6,1	21	25,6	26	31,7
	Quase sempre	2	2,4	4	4,9	6	7,3
Medicamentos disponíveis	Nada	0	0,0	4	4,9	4	4,9
	Muito pouco	2	2,4	6	7,3	8	9,8
	Pouco	1	1,2	2	2,4	3	3,7
	Muito	10	12,2	20	24,4	30	36,6
	Completamente	13	15,9	22	26,8	35	42,7
Informações que precisa no seu dia-a-dia disponíveis	Nada	0	0,0	2	2,4	2	2,4
	Muito pouco	2	2,4	4	4,9	6	7,3
	Pouco	3	3,7	1	1,2	4	4,9
	Muito	11	13,4	32	39,0	43	52,4
	Completamente	8	9,8	15	18,3	23	28,0
Recebe informações sobre a doença através de quais profissionais de saúde?	Médico	7	8,5	14	17,1	21	25,6
	Enfermeiro	2	2,4	0	0,0	2	2,4
	Psicólogo	0	0,0	1	1,2	1	1,2
	Assist. social	1	1,2	0	0,0	1	1,2
	Méd. e Enf.	6	7,3	24	29,3	30	36,6
	Méd. e Psic.	1	1,2	2	2,4	3	3,7
	Méd., Enf. e Psic.	2	2,4	3	3,7	5	6,1
	Méd., Enf. e Nutri.	1	1,2	0	0,0	1	1,2
	Méd., Enf., Psic. e Assist. social	4	4,9	7	8,5	11	13,4
	Enf. e Psic.	1	1,2	1	1,2	2	2,4
	Enf., Psic. e Assist. social	1	1,2	1	1,2	2	2,4

Fonte – Elaborado pela autora

DIABETES E QUALIDADE DE VIDA

Para avaliação da qualidade de vida, houve a necessidade de incluir informações fornecidas pelos doentes, a fim de assegurar a inclusão das suas perceções nesta avaliação. A maioria (65,9%) classificou a sua qualidade de vida como neutra, enquanto 23,2% a considerou boa. Em comparação ao período anterior ao diagnóstico, 40,2% relatou uma leve deterioração do estado de saúde.

Gráfico 1 - Perceção de qualidade de vida



Fonte – Elaborado pela autora

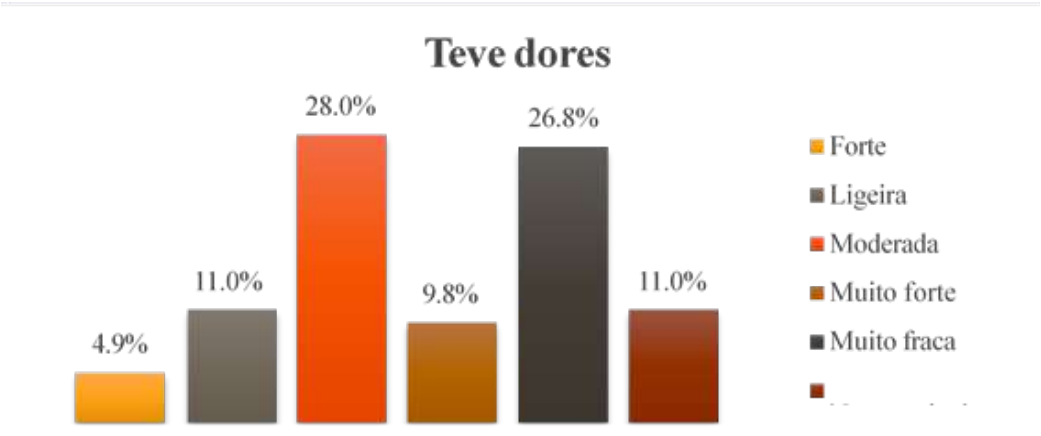
Cerca de 47,4% dos participantes referiram limitações para praticar atividades físicas intensas. No entanto, mais da metade não relatou restrições significativas no desempenho laboral (56,1%) ou nos relacionamentos sociais (51,2%). Considerando que a amostra era predominantemente idosa, é compreensível que enfrentem muitas dificuldades para fazer atividades que exijam grande esforço físico.

Gráfico 2 - Limitação no trabalho e nas atividades diárias

Fonte – Elaborado pela autora

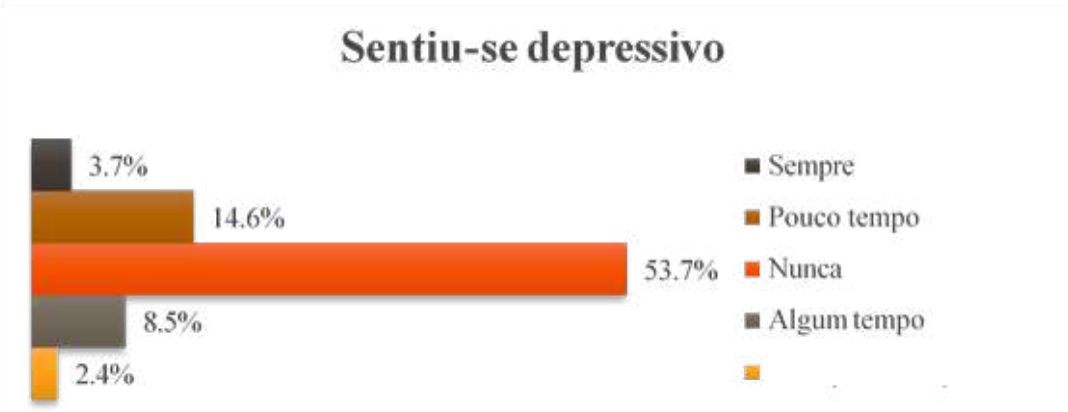
Do total de participantes, 28% relataram dor moderada e 14,6% episódios de depressão. Considerando que mais da metade encontrava-se profissionalmente inativa, a dor não foi percebida como fator de grande impacto na vida laboral.

Gráfico 3 - Ocorrência de dores nas últimas quatro semanas



Fonte – Elaborado pela autora

Gráfico 4 - Prevalência de sentimentos depressivos nas últimas 4 semanas



Fonte – Elaborado pela autora

O estudo teve como objetivo analisar a associação entre qualidade de vida e fatores socioeconómicos e clínicos em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. Embora a literatura aponte uma correlação significativa entre estas variáveis, não foi possível identificar nesta investigação mecanismos claros que expliquem tal associação.

O estudo identificou uma correlação significativa entre a qualidade de vida e a saúde atual, a saúde geral e a presença de dor. Também foram observadas associações positivas com o estado civil e o nível de escolaridade.

Gráfico 6 - Padrão de correlação entre a QV e aspetos da vida

			SM	SG	LT	DT	NA	IR	D	F	ST	VS
Rho de Spearman	QV	CC	0,583**	0,357**	0,223	0,313**	0,097	0,196	0,326**	-0,334**	0,144	0,143
		Sig.	0,000	0,001	0,057	0,006	0,413	0,096	0,004	0,004	0,210	0,279
		N	81	80	74	75	74	73	75	72	77	59

Fonte – Elaborado pela autora

Legenda: SM - Saúde no momento; **QV** - Perceção de qualidade de vida; **SG** - Saúde geral atual; **LT** - Saúde física limitada; trabalho; **DT** - Dor interferiu no trabalho; **NA** - Não executou seu trabalho ou outras atividades. tão cuidadosamente como de costume; **IR** - Saúde interferiu nos relacionamentos; **D** - Dores; **F** - Sentiu-se feliz; **ST** - Satisfação com o tratamento; **VS** - Vida sexual.

Gráfico 7 - Padrão de correlação entre a QV e dados demográficos

			S	I	EC	NE	AF	SO	NP	NEc	SM
Rho de Spearman	QV	CC	-0,219	-0.076	,221*	,287**	0,015	-0,033	0,166	-,266*	-0,134
		Sig.	0,051	0.503	0,047	0,010	0,894	0,773	0,147	0,019	0,235
		N	80	80	81	80	80	79	78	77	80

Fonte – Elaborado pela autora

Legenda: S - Sexo; **I** - Idade; **EC** - Estado civil; **NE** - Nível escolaridade; **AF** - Agregado familiar; **SO** - Situação ocupacional; **NP** - Número de pessoas no domicílio; **NEC** - Nível Económico; **SM** - Situação da moradia.

Não foi observada correlação entre a qualidade de vida dos participantes e as complicações decorrentes da diabetes.

Gráfico 8 - Correlação entre a QV e complicações

			RD	MA	IRC	IRT	ND	DC	AVC	HA	IU	AS	HG	DL	D
Rho de Spearman	QV	CC	-0.132	-0.036	- 0.145	- 0.145	0.184	- 0.138	-0.092	,233*	0.157	0.141	0.089	0.032	0.123
		Sig.	0.274	0.756	0.207	0.207	0.110	0.232	0.431	0.042	0.172	0.228	0.449	0.783	0.292
		N	71	77	77	77	77	77	76	77	77	75	75	77	75

Fonte – Elaborado pela autora

Legenda: QV - Perceção de qualidade de vida; **RD** - Retinopatia diabética; **MA** - Microalbuminúria; **IRC** - Insuficiência renal crónica; **IRT** - Insuficiência renal em estado terminal; **ND** - Neuropatia diabética; **DC** - Doença coronária; **AVC** - Acidente vascular cerebral; **HA** - Hipertensão arterial; **IU** - Incontinência urinária; **AS** - Alterações da função sexual; **HG** - Hipoglicemia; **DL** - Dislipidemia; **D** - Depressão.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam a influência dos determinantes sociais, clínicos e comportamentais no manejo da diabetes mellitus tipo 2 e reforçam a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso a cuidados, promovam a educação em saúde

e favoreçam condições para a adesão terapêutica e a melhoria da qualidade de vida.

RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se a implementação de ferramentas de diagnóstico, como a hemoglobina glicada e o teste de microalbuminúria, nas unidades de atenção primária, de forma a melhorar o acompanhamento glicêmico e permitir a deteção precoce de complicações renais. Torna-se igualmente necessária a criação de políticas públicas voltadas para a prevenção e controle da diabetes, com ênfase no diagnóstico precoce e em intervenções preventivas. Considerando o perfil social dos participantes, destaca-se ainda a importância do investimento governamental nos determinantes sociais da saúde, especialmente educação, acesso a cuidados de qualidade e melhores condições de vida.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação deste estudo refere-se à subjetividade inerente ao conceito de qualidade de vida, o que pode comprometer a precisão das conclusões. O uso exclusivo da pesquisa quantitativa também representa um desafio, especialmente na interpretação dos resultados. Além disso, a escassez de estudos sobre diabetes mellitus tipo 2 em Cabo Verde dificultou a comparação com outras investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA, American Diabetes Association. Diagnosis, and classification of Diabetes mellitus. Diabetes care Alexandria, v.27, n.1, p-5-10, jan.2004.
- Internacional Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas, 2019.
- Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Diabetes. ISBN 9789241515702, abril. 2006. p.4.
- Direção Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Estatística. (2019) - Inquérito sobre doenças não transmissíveis e seus fatores de risco associados.
- Instituto Nacional de Saúde Pública. (14 de novembro 2017). Disponível em: https://www.insp.gov.cv/index.php/noticias/179-insp-realiza-seminario-mulheres-e-diabetes-nosso-direito-a-um-futuro-saudavel
- Corrêa, K., et al. (2017). Qualidade de vida e Características dos pacientes diabéticos. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp, Brasil. Doi: 10.1590/1413-81232017223.24452015.
- Tonetto, I. F. A., et al. Quality of life of people with diabetes mellitus. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2019, v. 53, e03424. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018002803424
- Lima, R.L., et al. Qualidade de vida e o tempo de Diagnóstico do Diabetes mellitus em Idosos. Rev. Bras. Geriatria. Gerontol. Rio de Janeiro. 21(2).180-190. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170187
- Almeida, F. I. C. (2019). Impacto dos Efeitos Adversos dos Antidiabéticos orais na adesão á Terapêutica e Qualidade de vida na Diabetes Mellitus Tipo 2. (Dissertação do Mestrado em Farmácia). Escola Superior de Tecnologia em Saúde. Coimbra: Portugal.
- Araújo, F. A., Souza, A. E. M., & Menezes, A, C. (2008) - Qualidade de vida e aspetos socioeconômicos em diabéticos tipo 1. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v.52 n.7 São Paulo Oct. 2008. https://doi.

org/10.1590/S0004-27302008000700008

- Carvalho, D, N.C. S. Z. (2016). Monitorização do Controlo Glicémico. Revista Portuguesa de Diabétes. 11(1). 33-37. http://www.revportDiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-11-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2016-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-33-37.pdf
- Castellan, R. L. & Murad, N. (2014). Hipertensão, Diabetes e Dislipidemia - Mecanismos envolvidos. Rev Bras Hipertens, 12(2), 92-97. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881418/rbh-v21n2_92-97.pdf
- Fonseca, K. P. (2019). Complicações do Diabetes mellitus - International Journal of Health management - Edição nº1, pp. 5-9.
- Gordis, Leon. (2008). Epidemiologia. Quarta edição. Nova Iorque, USA.
- Direção Nacional de Saúde. (2015) - Programa de Prevenção da Diabetes mellitus e outros distúrbios metabólicos. Manual de controlo e seguimento da Diabetes mellitus. Praia.

Adenda ao artigo "Escala de Rastreio da Depressão Perinatal: Estudo Psicométrico e Descritivo numa Amostra de Mulheres Cabo-verdianas"

Na edição nº 31 da Revista da Ordem dos Médicos (III Série, setembro de 2024), foi publicado o artigo supracitado na secção "Pesquisas" (pág. 21- 34) com uma omissão na lista de autores. Especificamente, o segundo autor deve ser indicado como:

Dr.ª Maria João Soares (MPsych)

A afiliação correta da autora é:

Universidade de Cabo Verde (UniCV), Cabo Verde

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Pedimos desculpa pelo erro e por qualquer inconveniente causado, e solicitamos a devida atualização nos registos e referências futuras do artigo.

GARANTIA SAÚDE

COBERTURAS

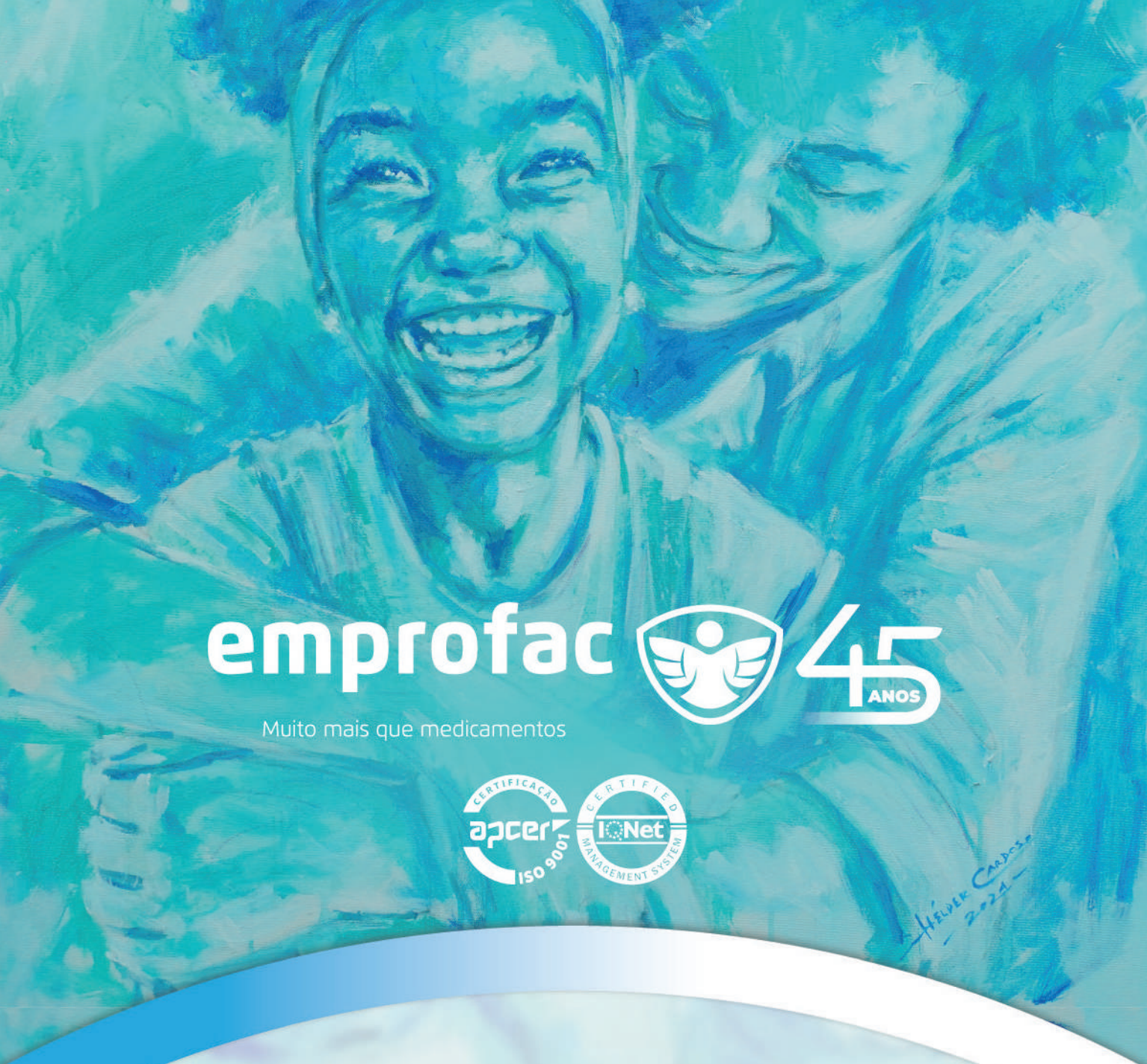
INTERNAMENTO HOSPITALAR |
PARTO |
AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS) |
ESTOMATOLOGIA |
TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS |
PRÓTESES E ORTÓTESES | MEDICAMENTOS |
MEDICINA PREVENTIVA |
EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO

PLANOS

BASE | EXTRA | VIP

Subscreva o seu plano!

GARANTIA
SEGUROS
www.garantia.cv



A criança simboliza o povo Cabo-verdiano.
O abraço da figura materna (à semelhança do abraço dum Anjo), simboliza a proteção que a EMPROFAC dá aos Cabo-verdianos através dos medicamentos (e outros produtos de saúde) que disponibiliza ao mercado ao longo desses 45 anos da empresa.
A pintura dá foco na criança e no abraço, destacando que a saúde e o bem-estar da população de Cabo Verde está como prioridade para a **EMPROFAC**.
A tonalidade dominante é o azul, a cor que representa a Saúde e a empresa.

P'lo Artista
Hélder Cardoso

SEDE
Zona Industrial de Tira Chapéu
C.P. nº 59, Cidade da Praia, Santiago, Cabo Verde
Tel.: +238 260 15 10 Fax: +238 260 15 47

DRB (Direção Regional de Barlavento)
Alto de São Nicolau
C.P. nº 23, Cidade do Mindelo, São Vicente, Cabo Verde
Tel.: +238 232 33 63 | 351 10 62 Fax: +238 232 43 93