



ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

Revista

da

ORDEM DOS MÉDICOS



www.ordemdosmedicos.cv



III Série N.º 34 Agosto de 2026

SUMÁRIO

Editorial

pág. 5

**Doenças Crónicas e Organização dos Cuidados:
Literacia, Acesso e Paliativos**

Dra. Maria do Céu Teixeira

Doenças do Movimento

pág. 6-26

**Doenças do Movimento em Cabo Verde:
Epidemiologia, Barreiras de Acesso e Implicações
para a Saúde Pública numa População Insular em
Envelhecimento.**

Doutora Leida C. Tolentino^{1*}
Doutor João Filipe G. Monteiro²,
Dra. Cláudia Brito Pires³
Dra. Antónia Fortes⁴

Pesquisas

pág. 28-41

**Doenças cardiovasculares e seus fatores de risco: o que
os jovens de Santa Cruz sabem?**

Dra. Eliseida Jany Fortes Cardoso

Cuidados Palativos

pág. 43-44

**Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários
em Portugal: a organização nos ACES.**

Dra. Fátima Teixeira

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

Direção da Revista

Dra. Maria do Céu Teixeira

Editora-chefe

Dra. Maria do Céu Teixeira

Editores-convidados

Dr. José Raposo
Dr. Jorge Barreto

Equipa Redatorial

Dra. Valéria Semedo
Dr. Murtala Keita
Dr. Helder Tavares
Dra. Neusa Semedo
Dr. Paulo Almeida
Dra. Antonieta Martins

Conselho Editorial

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 n°

Dra. Eliseida Jany Fortes Cardoso
Dra. Fátima Teixeira
Doutora Leida Tolentino
Doutor João Filipe Monteiro
Dra. Cláudia Brito Pires
Dra. Antónia Fortes

**Tiragem
1000 exemplares**

A qualidade não tira férias.



O verão muda muita coisa. Mudam-se os planos, as rotinas e os focos. Mas há algo que não muda: a qualidade Trindade. Uma qualidade construída com rigor, compromisso e confiança, para acompanhar todos os momentos do teu verão.



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

DOENÇAS CRÓNICAS E ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: LITERACIA, ACESSO E PALIATIVOS

As doenças crônicas e progressivas são hoje a principal causa de incapacidade e mortalidade em todo o mundo. A sua carga crescente traduz-se em impacto direto na qualidade de vida das populações, na sustentabilidade dos sistemas de saúde e na necessidade de respostas organizadas e integradas. Os três estudos apresentados nesta edição da revista da Ordem dos Médicos - sobre doenças cardiovasculares em jovens de Santa Cruz, doenças do movimento em Cabo Verde e organização dos Cuidados Paliativos em Portugal - oferecem uma perspetiva complementar e crítica sobre esta realidade.

No concelho de Santa Cruz, Cabo Verde, os jovens entre os 18 e os 35 anos revelaram níveis de conhecimento baixo a médio sobre doenças cardiovasculares (média de 9 pontos em 16 possíveis). Embora 74,2% tenham identificado corretamente o sedentarismo como fator de risco e 68,2% o tabagismo, 65,7% praticavam atividade física abaixo do recomendado e mais de metade consumia *fast food* doces semanalmente. Este desfasamento entre conhecimento e prática confirma que literacia em saúde isolada não é suficiente: é necessário investir em programas educativos contínuos, que promovam hábitos saudáveis desde cedo e incentivem a procura regular dos serviços de saúde.

O estudo nacional sobre doenças do movimento em Cabo Verde representa um marco científico. A prevalência padronizada por idade foi de 17 por 100.000 habitantes, com taxas muito mais elevadas em pessoas acima dos 60 anos (117 por 100.000). A doença de Parkinson correspondeu a 79% dos casos. Apesar de 78% dos doentes receberem tratamento farmacológico, 70% enfrentavam dificuldades moderadas ou graves no acesso a medicamentos e 62% não tinham acesso a terapias de reabilitação. Mais de metade (51%) relatou impacto forte ou extremo na qualidade de vida, com limitações motoras, tristeza, ansiedade e dificuldades cognitivas. Estes resultados evidenciam a necessidade de descentralização dos cuidados neurológicos, reforço da capacidade técnica e integração de terapias multidisciplinares, sob pena de agravar desigualdades regionais e sociais.

Em Portugal, a análise sobre os Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários mostra avanços organizacionais, mas também lacunas persistentes. As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) têm demonstrado eficácia e custo-efetividade, assegurando cuidados domiciliários, melhor controlo sintomático e redução de internamentos hospitalares. Contudo, continuam sem reconhecimento formal como unidades funcionais, o que limita a contratualização de objetivos e incentivos. A criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) abre novas possibilidades

de integração, mas será essencial garantir que a autonomia das equipas, já comprovada em regiões como o Algarve, não se perca.

O fio condutor destes três trabalhos é inequívoco: doenças crônicas e progressivas exigem literacia em saúde, acesso equitativo e organização dos cuidados.

Para a classe médica, os desafios são claros:

- **Na prevenção:** assumir um papel ativo na educação dos jovens, combatendo o desfasamento entre conhecimento e prática, e promovendo hábitos saudáveis desde cedo.
- **Na clínica:** reconhecer e acompanhar precocemente as doenças neurológicas, como a doença de Parkinson, e lutar pela descentralização dos cuidados, garantindo equidade territorial.
- **Na organização dos serviços:** participar na definição de modelos funcionais para os Cuidados Paliativos, defendendo o reconhecimento das ECSCP e contribuindo para a integração eficaz nas Unidades Locais de Saúde.
- **Na advocacia institucional:** transformar evidência científica em pressão junto dos decisores, para que políticas públicas reflitam as necessidades reais dos doentes e das equipas de saúde.

O acesso contínuo e sustentável a medicamentos, terapias de reabilitação e apoio multidisciplinar depende de políticas de saúde, da capacidade formativa e da organização do Sistema Nacional de Saúde. Cabe à classe médica, em articulação com gestores e decisores, garantir que estas necessidades sejam reconhecidas e integradas nas prioridades nacionais.

O futuro dependerá da capacidade da classe médica de **contribuir para prevenir, organizar para cuidar, integrar para dignificar e defender políticas que assegurem acesso contínuo e equitativo aos cuidados**, apoiada por programas de **formação e especialização contínua**. Só assim será possível reduzir a morbimortalidade, garantir justiça social e assegurar qualidade de vida, fortalecendo o papel da medicina na resposta às doenças crônicas e progressivas em Cabo Verde.



Doenças do Movimento em Cabo Verde: Epidemiologia, Barreiras de Acesso e Implicações para a Saúde Pública numa População Insular em Envelhecimento

Autoria:

Doutora Leida C. Tolentino^{1*}

Doutor João Filipe G. Monteiro²

Dra. Cláudia Brito Pires³

Dra. Antónia Fortes⁴

¹ Departamento de Psicologia, Santa Barbara City College, Santa Barbara, CA, Estados Unidos; ² Departamento de Medicina, Brown University, Providence, RI, Estados Unidos; ³ Centro de Neurociências e Biologia Celular, Centro de Biomedicina e Biotecnologia Inovadoras, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ⁴ Departamento de Neurologia, Hospital Universitário Agostinho Neto, Praia, Cabo Verde.

Artigo original publicado em 3 de março de 2026 no International Journal of Public Health, Volume 71, Artigo 1608728. DOI: 10.3389/ijph.2026.1608728. Corrigido em 9 de março de 2026.

RESUMO

Objetivos: As doenças do movimento (DM), incluindo a doença de Parkinson (DP) e o tremor essencial, constituem causas crescentes de incapacidade a nível mundial. Contudo, os dados sobre DM nos países de rendimento baixo e médio (PRBM), incluindo Cabo Verde, continuam escassos. Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência e a incidência das DM, identificar grupos de risco e avaliar o acesso aos cuidados.

Métodos: Foi realizado, entre julho e dezembro de 2024, um estudo transversal, multicêntrico e de âmbito nacional, que incluiu 110 adultos com DM confirmadas. Os dados foram obtidos através da revisão de processos clínicos, entrevistas e um questionário estruturado. As análises incluíram estatística descritiva, regressão logística multivariável e análise temática das respostas de texto livre.

Resultados: A prevalência de DM padronizada por idade foi de 17 por 100 000 habitantes (IC 95%: 13–20), com taxas mais elevadas nos homens [19 (14–25)] e nas pessoas com mais de 60 anos [117 (89–145)]. A DP representou 79% dos casos. Embora 78% utilizassem tratamento farmacológico, 70% enfrentavam dificuldades moderadas ou graves no acesso aos medicamentos e 35% dos que procuraram terapias referiram barreiras. Cinquenta e um por cento sofreram um impacto significativo na sua vida.

Conclusão: Os resultados revelam desafios significativos no acesso e uma carga crescente das DM, sublinhando a necessidade de diagnóstico precoce, descentralização dos serviços e reforço do sistema de saúde pública nos PRBM.

Palavras-chave: doença de Parkinson; neuroepidemiologia; envelhecimento da população; acesso aos cuidados de saúde; África subsaariana.



INTRODUÇÃO

As doenças neurológicas tornaram-se a principal causa de incapacidade em todo o mundo, impondo uma carga crescente aos indivíduos, às famílias e aos sistemas de saúde, particularmente nos países de rendimento baixo e médio (PRBM) [1]. Entre estas, as doenças do movimento (DM) — que incluem a doença de Parkinson (DP), o tremor essencial, a coreia de Huntington, as distonias e outras formas menos prevalentes, como a paralisia supranuclear progressiva (PSP), a atrofia multissistêmica (AMS) e a degenerescência corticobasal (DCB) — constituem um grupo crítico, mas frequentemente negligenciado, de doenças neurológicas crônicas. Caracterizam-se por disfunção motora progressiva, sintomas não motores e impactos substanciais na qualidade de vida, independência e participação social [2].

A nível mundial, a DP é a doença neurológica com crescimento mais rápido, estimando-se que o número de casos duplique de 6,9 milhões em 2015 para 14,2 milhões em 2040 [3]. Esta tendência é impulsionada sobretudo pelas transições demográficas, em particular o envelhecimento populacional, combinadas com exposições ambientais, fatores relacionados com o estilo de vida e maior sobrevivência a outras causas [4].

Em África, prevê-se um aumento acentuado da carga das DM devido às mudanças demográficas, incluindo o aumento da esperança de vida e a urbanização [5]. Contudo, os dados sobre prevalência, incidência e resposta dos sistemas de saúde continuam extremamente limitados no continente, concentrando-se a maioria dos estudos disponíveis em poucos países e, em grande medida, em séries clínicas de um único centro [6,7]. Estas lacunas dificultam a formulação de políticas de saúde pública baseadas em evidência, o planeamento dos serviços neurológicos e a afetação de recursos necessários para responder à procura crescente de diagnóstico, tratamento e cuidados.

Cabo Verde, pequeno arquipélago de rendimento médio-baixo situado ao largo da costa da África Ocidental e dividido nas regiões de Barlavento e Sotavento, exemplifica estes desafios. Com uma população em rápido envelhecimento — esperança de vida atual de 80,5 anos para as mulheres e 73 anos para os homens — e uma transição epidemiológica em curso, é provável que as DM exerçam uma pressão crescente sobre o sistema de saúde [8]. Apesar de possuir uma das maiores densidades médicas da África subsaariana [9], os serviços neurológicos especializados continuam fortemente centralizados,



concentrados na ilha de Santiago, não existindo neurologistas formalmente especializados em DM nem circuitos assistenciais estruturados para estas patologias.

O acesso a tratamentos farmacológicos eficazes continua igualmente limitado devido aos custos, aos procedimentos burocráticos de importação e à indisponibilidade de medicamentos mais recentes no formulário nacional, obrigando os doentes a recorrer a autorizações especiais de importação ou a compras no estrangeiro suportadas diretamente pelos próprios [10]. O acesso a terapias multidisciplinares essenciais, como fisioterapia, terapia da fala e apoio psicológico, é também fragmentado, subfinanciado e geograficamente inacessível para muitos, sobretudo fora da capital [11].

Antes deste estudo, não existiam dados nacionais sobre a epidemiologia das DM em Cabo Verde. O único estudo disponível era uma pequena análise retrospectiva, realizada num único centro, de processos clínicos de uma consulta externa de neurologia na capital, envolvendo 77 doentes, dos quais 84% tinham DP (dados não publicados). Este conjunto de dados limitado evidenciou a necessidade de investigação epidemiológica mais abrangente para informar a política nacional de saúde e o planeamento de recursos. Além disso, as vozes e experiências vividas pelos doentes com DM e pelos seus cuidadores, incluindo as suas perspetivas sobre as barreiras aos cuidados e a qualidade de vida, permaneciam por documentar.

O presente estudo procurou colmatar estas lacunas críticas através do primeiro inquérito epidemiológico multicêntrico e de âmbito nacional sobre DM em Cabo Verde, abrangendo os principais hospitais públicos, delegacias regionais de saúde e clínicas privadas de várias ilhas. Ao produzir esta evidência de base, pretende apoiar estratégias nacionais de saúde pública destinadas a integrar as doenças neurológicas nas políticas mais amplas sobre doenças não transmissíveis (DNT) e envelhecimento, melhorar a resposta do sistema de saúde e apoiar ações de advocacia em favor de cuidados mais equitativos e inclusivos.

Especificamente, o estudo procurou: (a) estimar a prevalência e a incidência de DM padronizadas por idade entre adultos em Cabo Verde; (b) identificar perfis demográficos e clínicos e grupos de maior risco; e (c) explorar as principais barreiras e desafios sistémicos relacionados com o acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidados de apoio, na perspetiva das pessoas afetadas e das suas famílias.

MÉTODOS

Desenho do estudo e contexto

O estudo adotou uma abordagem de métodos mistos, combinando dados quantitativos e qualitativos para caracterizar adultos diagnosticados com DM em Cabo Verde, reconhecendo o valor de integrar as experiências vividas pelos doentes com dados epidemiológicos para orientar intervenções de saúde pública abrangentes e centradas nas pessoas. O desenho foi transversal para a estimativa da prevalência e longitudinal para a avaliação da incidência (análise de séries temporais).

Cabo Verde é um arquipélago de dez ilhas (nove habitadas), situado no oceano Atlântico ao largo da costa da África Ocidental. O país tem uma população estimada de 509 078 habitantes, cerca de 77% dos quais vivem em zonas urbanas, e uma população idosa crescente que representa atualmente 7,2% do total [12]. O sistema de saúde integra dois hospitais centrais, quatro hospitais regionais, 18 unidades sanitárias de base e 18 centros de saúde, complementados por várias clínicas privadas, sobretudo na capital e noutros centros urbanos [13]. Apesar desta infraestrutura, os cuidados neurológicos continuam centralizados, existindo apenas cinco neurologistas em exercício em todo o país, todos localizados na cidade da Praia, ilha de Santiago. Não existem atualmente especialistas em doenças do movimento em Cabo Verde.

População do estudo e recrutamento

Foram elegíveis adultos com 18 ou mais anos e diagnóstico clínico confirmado de uma DM, incluindo DP, tremor essencial, coreia de Huntington, PSP, AMS,

DCB ou distonia. Os critérios de inclusão exigiam documentação do diagnóstico por neurologista, geriatra ou médico de clínica geral com formação neurológica, confirmada através de métodos e procedimentos diagnósticos internacionais estabelecidos e validados, como imagiologia, estudos eletrofisiológicos ou exame neurológico e, quando adequado, testes bioquímicos e genéticos. Foram excluídas pessoas sem diagnóstico clínico confirmado e menores de 18 anos.



Os participantes foram identificados através de registos hospitalares, registos de clínicas e bases de dados de centros de saúde. O recrutamento decorreu em quatro hospitais com serviços de neurologia - Hospital Universitário Dr. Agostinho Neto e Hospital Regional Santa Rita Vieira (Santiago, Sotavento); Hospital Central Dr. Baptista de Sousa (São Vicente, Barlavento); e Hospital Dr. João Moraes (Santo Antão, Barlavento). Foram ainda recrutados partici-

pantes em quatro clínicas privadas (MULTIMÉDICA e Praia Clínica, em Santiago; Medicentro e URGIMED, em São Vicente) e em dois centros de saúde (Ribeira Grande e Porto Novo, em Santo Antão).

A estratégia permitiu recolher dados de sete das nove ilhas habitadas, assegurando representação de Barlavento e Sotavento, de zonas urbanas e rurais e de vários níveis de prestação de cuidados. O recrutamento e a extração de dados decorreram de 8 de julho a 28 de dezembro de 2024. Nos locais com arquivos em papel, os investigadores procederam à revisão manual dos processos; nos locais com sistemas eletrónicos, foram geradas listas através dos serviços de neurologia.

Dimensão da amostra

Dado não existirem previamente dados populacionais sobre DM em Cabo Verde, não foi possível efetuar um cálculo formal da dimensão da amostra. Foi, por isso, adotada uma estratégia de amostragem exaustiva, incluindo todos os casos disponíveis e confirmados de DM identificados durante o período do estudo em instituições públicas e privadas, complementados por registos de organizações de doentes e casos autorreportados através do inquérito online. A amostra analítica totalizou 110 adultos, provenientes de sete das nove ilhas habitadas, correspondendo a todos os casos diagnosticados de DM conhecidos no país no momento da recolha de dados.

Componente quantitativa: fontes e recolha de dados
Os participantes foram recrutados por amostragem da população total (exaustiva), procurando captar todos os casos de DM clinicamente diagnosticados a nível nacional, nos setores público e privado. Foram utilizadas três estratégias complementares: revisão sistemática de processos clínicos; entrevistas estruturadas, presenciais ou por telefone; e um inquérito online anónimo divulgado através do website da Fundação Doenças do Movimento em Cabo Verde (Fundação DDM-CV), correio eletrónico e redes sociais. Todas as fontes foram cruzadas e harmonizadas para evitar duplicações, recorrendo a quatro identificadores: número de identificação, data de nascimento, sexo e município de residência.

Instrumentos e procedimentos de recolha

Foram utilizados três instrumentos complementares: (1) formulário de extração de dados dos processos clínicos, para recolha padronizada de informação sobre diagnóstico, data do diagnóstico, comorbilidades, medicação, exames de imagiologia e utilização dos serviços de saúde; (2) questionário estruturado com 48 itens, desenvolvido pela equipa multidisciplinar a partir de instrumentos internacionais validados, incluindo o WHODAS 2.0 da OMS, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), instrumentos de saúde pública do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA e a ferramenta TAPS dos NIH [14–16]; e (3) respostas de texto livre a uma pergunta aberta sobre a experiência de viver com uma DM e os principais desafios nos cuidados e na vida quotidiana.

O questionário abrangia seis domínios: características sociodemográficas; diagnóstico clínico e história de tratamento; acesso a medicamentos e terapias; funcionamento diário e qualidade de vida; bem-estar social e emocional; e exposição a fatores de risco. Foi teste-piloto com três pessoas, excluídas da amostra principal. A administração foi feita através da plataforma segura Sogolytics© [17], com uma versão pública sem identificadores e uma versão reservada aos investigadores. As entrevistas estruturadas duraram 30–45 minutos e a revisão dos processos 15–25 minutos.

Medidas de resultado e definições operacionais

Foram calculadas taxas de incidência brutas e padronizadas por idade, anualmente entre 2022 e 2024, para avaliar tendências temporais e isolar o efeito do envelhecimento demográfico.

Prevalência: número de casos existentes de DM por 100 000 habitantes, padronizado por idade utilizando como população padrão o Censo nacional de 2021 [8].

Incidência: número de novos diagnósticos de DM por 100 000 habitantes num determinado ano, igualmente padronizado por idade. As estimativas basearam-se na revisão dos processos clínicos existentes e não num rastreio populacional, devendo ser interpretadas nesse contexto.

Para definir a coorte incidente, foi revisto o ano do primeiro diagnóstico documentado de uma doença do movimento. Um caso foi classificado como incidente quando o diagnóstico foi estabelecido e claramente registado pela primeira vez no ano de referência, sem evidência de diagnóstico anterior da mesma condição. Os casos provenientes de múltiplas fontes foram cruzados através dos quatro identificadores únicos, utilizando-se apenas a primeira data documentada de diagnóstico.

População em risco (denominador)

A população em risco utilizada para calcular a prevalência e a incidência correspondeu à população adulta de Cabo Verde recenseada no Censo de 2021 do Instituto Nacional de Estatística. Foram utilizados denominadores específicos por idade e sexo, e as taxas nacionais foram padronizadas por idade segundo o método padrão da OMS [18]. Embora os casos provenham de uma rede de hospitais e clínicas e não de rastreio populacional, foram abrangidos os principais centros neurológicos públicos e privados de Barlavento e Sotavento. A cobertura incompleta de ilhas rurais e remotas poderá, contudo, conduzir a uma subestimação da carga real.

Dinâmica temporal e efeitos da idade

As taxas de incidência padronizadas por idade mantiveram-se estáveis nos três anos mais recentes: 5, 4 e 4 casos por 100 000 habitantes em 2022, 2023 e 2024, respetivamente (IC 95% para todos os anos: 0–10). Contudo, as contagens brutas de novos diagnósticos aumentaram modestamente, sugerindo uma expansão do número de pessoas diagnosticadas numa população envelhecida, e não um verdadeiro aumento do risco de doença. A incidência foi mais elevada nas pessoas com 60 ou mais anos, reforçando a interpretação de que o envelhecimento populacional é um fator determinante das tendências de prevalência.

Acesso aos cuidados: avaliado através da dificuldade autorreportada no acesso a medicamentos e terapias, classificada como inexistente, ligeira, moderada ou grave.

Impacto na qualidade de vida: avaliado por um índice composto por 29 indicadores nos domínios cognitivo, físico, emocional, financeiro e social.



Experiência vivida: as categorias temáticas emergentes das respostas de texto livre foram analisadas com técnicas de Processamento de Linguagem Natural (PLN) e agrupadas em domínios como sofrimento emocional, barreiras aos cuidados de saúde e limitações funcionais.

Gestão e análise dos dados

Os dados provenientes dos processos clínicos, questionários e entrevistas foram introduzidos numa base de dados centralizada e submetidos a controlo de qualidade e consistência. A análise quantitativa foi efetuada no SAS 9.4 [18], utilizando estatística descritiva e inferencial. Variáveis categóricas foram comparadas com testes do qui-quadrado ou exato de Fisher e variáveis contínuas com teste t para amostras independentes ou teste U de Mann-Whitney, quando não se verificavam os pressupostos de normalidade.

A prevalência e incidência padronizadas por idade foram estimadas pelo método binomial com intervalos de confiança de 95%. Foram usados modelos de regressão logística multivariável para identificar preditores de: (a) dificuldade no acesso a medicamentos ou terapias; e (b) impacto forte ou extremo na qualidade de vida. Os modelos foram ajustados para sexo, idade, região, residência urbana/rural, rendimento, comorbilidades e exposição a materiais perigosos. Os resultados foram expressos em odds ratios (OR), com IC 95%, considerando-se $p < 0,05$ estatisticamente significativo. As séries temporais de incidência foram analisadas através de modelos lineares generalizados com distribuição de Poisson e ligação log; quando existia sobredispersão foi aplicada correção quasi-Poisson.

Componente qualitativa

As respostas de texto livre foram analisadas por métodos de PLN para identificar termos e expressões frequentes, seguidos de validação temática manual por dois revisores independentes. Os temas foram categorizados e quantificados. Os resultados quantitativos e qualitativos foram integrados na fase de interpretação, proporcionando uma compreensão abrangente, por métodos mistos, dos padrões epidemiológicos e das experiências vividas das pessoas com DM em Cabo Verde. O estudo seguiu as listas

de verificação STROBE para estudos transversais e COREQ para componentes qualitativas.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS; Ref. 26/CNEPS/2023) e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd; Ref. 145/2022/CNPd). Foi obtido consentimento informado escrito de todos os participantes ou dos seus representantes legais. Os dados foram recolhidos através de plataformas seguras com registos automáticos de auditoria. Os processos clínicos e identificadores pessoais foram armazenados separadamente dos dados do inquérito em ficheiros encriptados, e os dados foram pseudonimizados antes da análise. Não foi atribuída compensação financeira. O estudo respeitou a Declaração de Helsínquia e as orientações da OMS sobre investigação envolvendo populações vulneráveis e pessoas com deficiência.

RESULTADOS

Características dos participantes

Foram incluídos 110 adultos com diagnóstico confirmado de DM. A maioria era do sexo masculino (54%), com idade média de 67,6 anos ($\pm 14,5$ DP) e idade média ao diagnóstico de 61,0 anos ($\pm 16,2$ DP). A maioria (77%) foi diagnosticada após os 50 anos. Sessenta por cento viviam em zonas urbanas e 61% residiam na região de Sotavento, sendo Santiago a ilha com maior proporção de participantes (59%).

Quanto ao estado civil, 30% eram casados, 26% solteiros e 44% não indicaram a situação. A maioria vivia em residência própria/privada (75%) e apenas 1% em instituição. A escolaridade era baixa: 25% tinham apenas ensino primário e 24% ensino secundário ou superior; 50% não responderam. Em termos profissionais, 35% eram reformados, 19% empregados e 6% desempregados por motivo de doença. O agregado familiar tinha, em média, 2,3 ($\pm 2,6$) pessoas. Apenas 39% comunicaram dados sobre rendimento, Tabela 1. O apoio informal era limitado: 43% recebiam ajuda de familiares ou cuidadores, sobretudo cônjuges (18%) e filhos (25%), enquanto 57% não dispunham de apoio regular.



Tabela 1. Características demográficas dos participantes com doenças do movimento em Cabo Verde, 2024 (N=110).

Característica	N (%)
Idade atual (média ± DP)	67,6 ± 14,5 anos
<30 anos	2 (2,3%)
31–50 anos	9 (10,5%)
51–70 anos	40 (46,5%)
>70 anos	35 (40,7%)
Idade ao diagnóstico (média ± DP)	61,0 ± 16,2 anos
<30 anos	2 (3,2%)
31–50 anos	12 (19,4%)
51–70 anos	30 (48,4%)
>70 anos	18 (53,6%)
Sexo masculino	59 (53,6%)
Estado civil	
Casados	33 (30,0%)
Solteiros	29 (26,4%)
Estado civil não indicado	48 (43,6%)
Tipo de Residência	
Residência própria	82 (74,5%)
Instituição residencial	1 (1,0%)
Residência não indicada	27 (24,6%)
Área de residência	
Área urbana	66 (60,0%)
Área rural	39 (35,5%)
Área não indicada	5 (4,6%)
Região de Sotavento	66 (60,6%)
Ilha de residência	
Santiago	64 (58,7%)
São Vicente	24 (22,0%)
Santo Antão	15 (13,8%)
Sal	2 (1,8%)
Fogo	2 (1,8%)
Boa Vista	1 (0,9%)
São Nicolau	1 (0,9%)
Seguro de saúde	
Sim	73 (66,4%)
Não	18 (16,4%)
Incerto	8 (7,3%)
Não indicado	11 (10,0%)
INPS	66 (61,1%)
Outro seguro	9 (8,3%)



Nível de escolaridade	
Ensino primário (4.ª classe)	27 (24,8%)
Ensino secundário (liceu)	9 (8,3%)
Licenciatura	10 (9,2%)
Pós-graduação	8 (7,3%)
Não indicado	55 (50,5%)
Ocupação principal	
Empregado	21 (19,1%)
Reformado	38 (34,6%)
Desempregado devido a doença	7 (6,4%)
Não trabalha	5 (4,6%)
Não indicado	39 (35,5%)
Rendimento mensal familiar	
≤10.000 ECV	8 (7,5%)
11-50.000 ECV	11 (10,3%)
51-100.000 ECV	11 (10,3%)
>101,000 ECV	9 (8,4%)
Não indicado	68 (60,6%)
Dimensão do agregado (média ± DP)	2,3 ± 2,6 pessoas

DP, desvio padrão; INPS, Instituto Nacional de Previdência Social; ECV, Escudo Cabo-verdiano. As percentagens podem não totalizar 100% devido a arredondamentos e dados em falta. 'Não reportado' refere-se aos participantes que não forneceram informação para aquela variável.





A doença de Parkinson foi o diagnóstico mais prevalente, representando 79% dos casos, seguida do tremor essencial (9%) e da coreia de Huntington (8%). A AMS e a distonia foram referidas em 1% dos participantes, respetivamente. Dezasseis por cento tinham antecedentes familiares de DM e 90% eram acompanhados por neurologista. As comorbilidades eram frequentes, com média de 1,3 ($\pm 1,2$) por participante. Hipertensão (54%), diabetes (26%) e hiperlipidemia (12%) foram as mais frequentes, além de acidente vas-

cular cerebral (9%) e doenças pulmonares ou renais crónicas (5%–6%). Trinta e cinco por cento tinham estado expostos a materiais perigosos, Tabela 2.

Tabela 2. Comorbilidades, exposições e características clínicas dos participantes com doenças do movimento em Cabo Verde, 2024 (N=110).

Característica	N (%)
Comorbilidades e exposições	
Número de comorbilidades (média $\pm$ DP)	1,3 $\pm$ 1,2
Sem comorbilidades	31 (28,2%)
1–2 comorbilidades	61 (55,5%)
>2 comorbilidades	18 (16,4%)
Tipo de comorbilidade	
Diabetes tipo 1	3 (2,7%)
Diabetes tipo 2	23 (20,9%)
Diabetes com complicações	3 (2,7%)
Hipertensão	59 (53,6%)
Hiperlipidemia	13 (11,8%)
Obesidade	4 (3,6%)
Doença da tiroide	3 (2,7%)
Fibrilhação auricular	1 (1,0%)
Acidente vascular cerebral (AVC)	10 (9,1%)
Doença renal crónica	4 (3,6%)
Insuficiência cardíaca congestiva	3 (2,7%)
Cancro metastático	2 (1,8%)
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	5 (4,6%)
Outras comorbilidades	13 (11,8%)
Consumo de substâncias	
Tabaco	10 (9,1%)
Álcool	20 (18,2%)
Drogas ilícitas	3 (2,7%)
Uso indevido de medicamentos prescritos	9 (8,2%)
Exposição a materiais perigosos	
Ferro	9 (8,2%)
Cobre	7 (6,4%)
Pesticidas	2 (1,8%)
Outros	5 (4,6%)
Características clínicas	



Característica	N (%)
História familiar de doença do movimento	
Sim	18 (16,4%)
Não	32 (30,0%)
Não sabe	15 (13,6%)
Não informado	44 (40,0%)
Acompanhamento por neurologista	93 (90,3%)
Tipo de apoio nos cuidados pessoais	
Cônjuge	20 (18,2%)
Filhos	27 (24,6%)
Irmãos	4 (3,6%)
Netos	4 (3,6%)
Mãe	7 (6,4%)
Cuidador	3 (2,7%)
Ninguém	63 (57,3%)

DP, desvio-padrão; DPOC, doença pulmonar obstrutiva crónica; MSA, atrofia de múltiplos sistemas; DM, doença do movimento. As percentagens podem não totalizar 100% devido a arredondamentos ou dados em falta.





Imagiologia diagnóstica

Cinquenta e sete por cento dos participantes tinham realizado exames de imagiologia cerebral. A tomografia computadorizada (TC) foi a mais frequente (44%), seguida da ressonância magnética (RM), com 31%. O acesso à tomografia por emissão de positrões (PET) foi raro (3%), uma vez que este exame ainda não está disponível no país.

Acesso ao tratamento e às terapias

Setenta e oito por cento recebiam tratamento farmacológico para DM, predominantemente antiparkinson icos (72%). Anticonvulsivantes e neurolépticos eram prescritos com menor frequência. O acesso aos medicamentos constituía uma barreira importante:

entre os participantes que responderam   questão sobre dificuldade de acesso, 51% classificaram-na como moderada e 19% como grave. Trinta e oito por cento recebiam apoio do INPS para medicamentos, enquanto 43% não sabiam informar, Tabela 3.

Trinta e oito por cento participavam em terapias de reabilitação, sobretudo fisioterapia (34%), terapia da fala (8%) e aconselhamento nutricional (2%). Contudo, 62% não recebiam qualquer terapia, principalmente por ausência de referenciação, barreiras financeiras ou dificuldades de mobilidade. Entre os que procuraram terapia (44%; 48/110), 35% (17/48) enfrentaram dificuldades; destes, 47% descreveram barreiras moderadas e 18% graves.

Tabela 3. Disponibilidade e acessibilidade dos tratamentos e terapias para participantes com doenças do movimento em Cabo Verde, 2024 (N=110).

Característica	N (%)
Mais de um tipo de exame de imagem cerebral realizado	63 (57,3%)
Tipo de exame de imagem cerebral	
Tomografia computadorizada (TC)	48 (43,6%)
Ressonância magnética (RM)	34 (30,9%)
Tomografia por emissão de positrões (PET)	3 (2,7%)
Outro exame de imagem cerebral	3 (2,7%)
Tipo de medicação	
Antiparkinson�icos	79 (71,8%)
Neurolépticos	4 (3,6%)
Anticonvulsivantes	7 (6,4%)
Sem medicação	24 (21,8%)
Dificuldade de acesso a medicamentos	
Ligeira	13 (30,2%)
Moderada	22 (51,2%)
Grave	8 (18,6%)
Apoio do INPS para medicamentos	
Sim	41 (38,0%)
Não	21 (19,4%)
Desconhecido	46 (42,6%)
Recebeu alguma terapia	42 (38,2%)
Tipo de terapia	
Fisioterapia	37 (33,6%)
Terapia da fala	9 (8,2%)



Característica	N (%)
Aconselhamento nutricional	2 (1,8%)
Não recebeu terapia	68 (61,8%)
Motivos para não receber terapia	
Não recomendada	10 (9,1%)
Restrições financeiras	5 (4,6%)
Dificuldade de deslocação	1 (1,0%)
Desconforto devido ao calor ou à dor	4 (3,6%)
Dificuldade de acesso à terapia	
Ligeira	6 (35,3%)
Moderada	8 (47,1%)
Grave	3 (17,7%)
Apoio do INPS para serviços de terapia	
Sim	27 (24,6%)
Não	6 (5,5%)
Desconhecido	77 (70,0%)
Atividade física	41 (37,3%)

INPS, Instituto Nacional de Previdência Social; TC, tomografia computadorizada; RM, ressonância magnética; PET, tomografia por emissão de positrões. As percentagens podem não totalizar 100% devido a arredondamentos ou dados em falta.

Associações bivariadas e multivariadas

As análises bivariadas revelaram diferenças significativas nos padrões de acesso e diagnóstico entre subgrupos. Os participantes residentes fora de Santiago relataram maior frequência de dificuldade moderada ou grave na obtenção de medicamentos ($p=0,031$). O acesso à RM foi mais de quatro vezes superior em Barlavento do que em Sotavento (OR=4,6; IC 95%: 1,1–18,2; $p=0,028$). Nos modelos multivariáveis, baixo rendimento familiar (<20 000 ECV) e presença de duas ou mais comorbilidades associaram-se independentemente a maior probabilidade de barreiras de acesso (OR ajustado=2,8; IC 95%: 1,3–5,9; $p=0,007$). Participantes com mais de 60 anos e os que referiam sofrimento emocional apresentaram probabilidade significativamente superior de impacto forte ou extremo na qualidade de vida (OR ajustado=3,4; IC 95%: 1,4–8,2; $p=0,007$).

Qualidade de vida e desafios funcionais

Mais de metade dos participantes (51%) referiu um impacto forte ou extremo das DM na qualidade de vida. As limitações motoras foram o desafio funcional mais frequente (43%), seguidas de tristeza ou falta de motivação (36%), ansiedade (36%) e dificuldades em permanecer de pé e caminhar (35%). Os problemas cognitivos também eram comuns: 25% referiram dificuldades de memória e 21% dificuldades de concentração ou de aprendizagem de novas tarefas, Figura 1.

As atividades de autocuidado foram afetadas numa proporção importante: 29% tinham dificuldade em cuidar de si, 24% em vestir-se e 22% em tomar banho. A participação em atividades comunitárias e o bem-estar emocional estavam comprometidos em 36% dos INQUIRIDOS. O impacto financeiro foi referido por 22%, com efeitos durante uma média de 13,7 dias por mês.

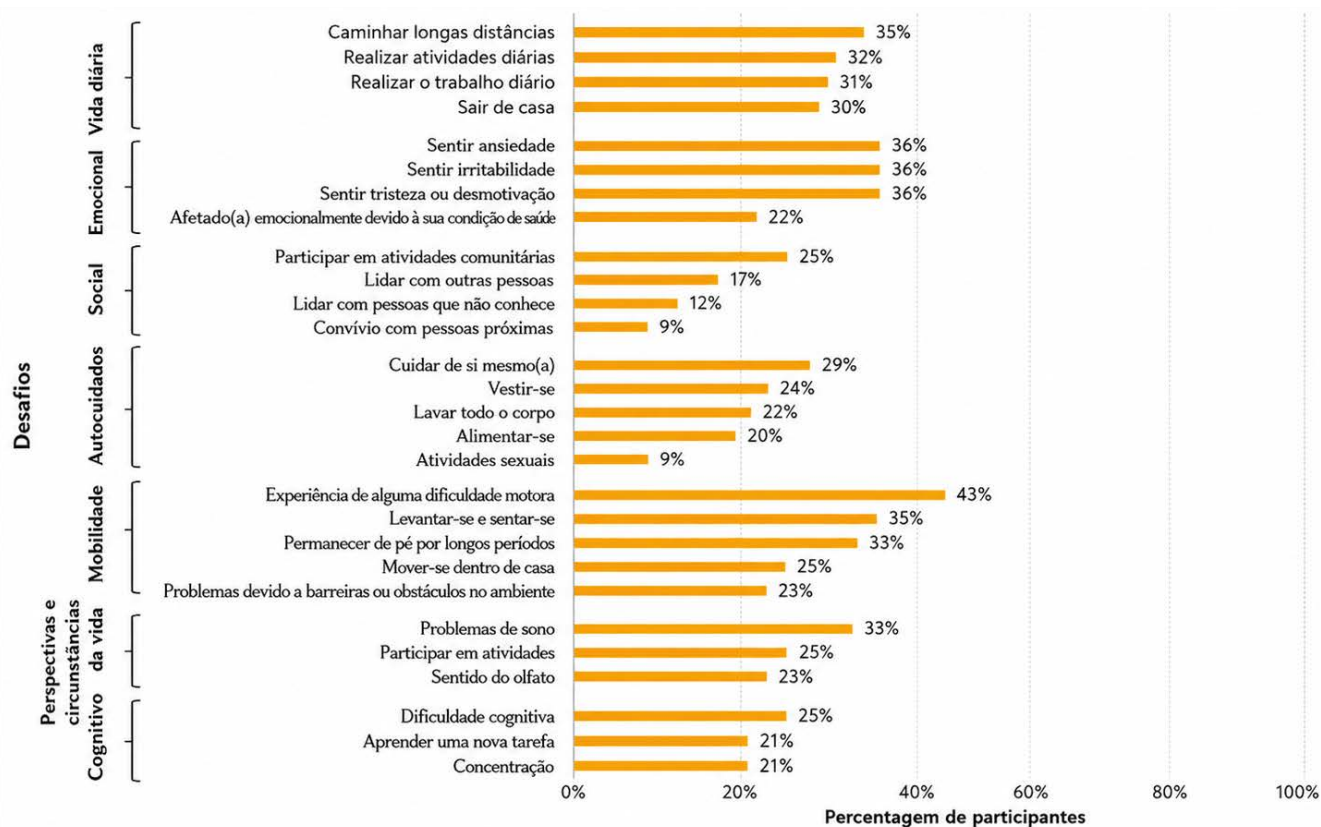


FIGURA 1 | Desafios cognitivos, circunstâncias da vida e perspectivas, mobilidade e autocuidados entre participantes com doenças do movimento em Cabo Verde (2024).

Notas: Os dados foram recolhidos através de um questionário estruturado baseado em escalas validadas e padronizadas. Os desafios relatados pelos participantes com doenças do movimento em Cabo Verde incluíram dificuldades emocionais (p. ex., tristeza, ansiedade, irritabilidade), problemas cognitivos (p. ex., memória e atenção), e limitações nas interações sociais. Os participantes também descreveram dificuldades na funcionalidade física e nas atividades da vida diária, incluindo mobilidade, trabalho, sair de casa e autocuidados como lavar-se, vestir-se e alimentar-se.

Figura 1 — Desafios cognitivos, circunstâncias e perspectiva de vida, mobilidade e autocuidado entre participantes com doenças do movimento em Cabo Verde (2024). A figura mostra, entre outros, dificuldades motoras (43%), ansiedade, irritabilidade e tristeza/falta de motivação (36% cada), caminhada de longa distância (35%), autocuidado (29%) e dificuldades cognitivas (25%).

Prevalência e incidência

A prevalência nacional de DM padronizada por idade foi estimada em 17 por 100 000 habitantes (IC 95%: 13–20). Foi superior nos homens — 19 por 100 000 (IC 95%: 14–25) — comparativamente às mulheres — 14 por 100 000 (IC 95%: 10–19) — e marcadamente mais elevada nas pessoas com 60 ou mais anos, atingindo 117 por 100 000 (IC 95%: 89–145). A prevalência foi de 15 por 100 000 em Sotavento (IC 95%: 11–19) e de 20 por 100 000 em Barlavento (IC 95%: 13–27). A doença de Parkinson apresentou a prevalência padronizada por idade mais elevada, 41 por 100 000 (IC 95%: 31–51), seguida do tremor essencial, 5 por 100 000 (IC 95%: 2–9), e da coreia de Huntington, 2 por 100 000 (IC 95%: 1–3), Figura 2.

Os casos incidentes foram confirmados por revisão documental. As taxas de incidência padronizadas por idade mantiveram-se estáveis nos últimos três anos: 5 por 100 000 em 2022 e 4 por 100 000 em 2023 e 2024 (IC 95% para todos os anos: 0–10). Contudo, a regressão de Poisson das séries temporais revelou uma tendência ascendente significativa de novos diagnósticos entre os homens (IRR=1,17; IC 95%: 1,07–1,30; $p=0,003$), correspondendo a um aumento médio anual de 17%, sem tendência significativa nas mulheres (IRR=1,00; IC 95%: 0,93–1,07; $p=0,97$), Figura 3.

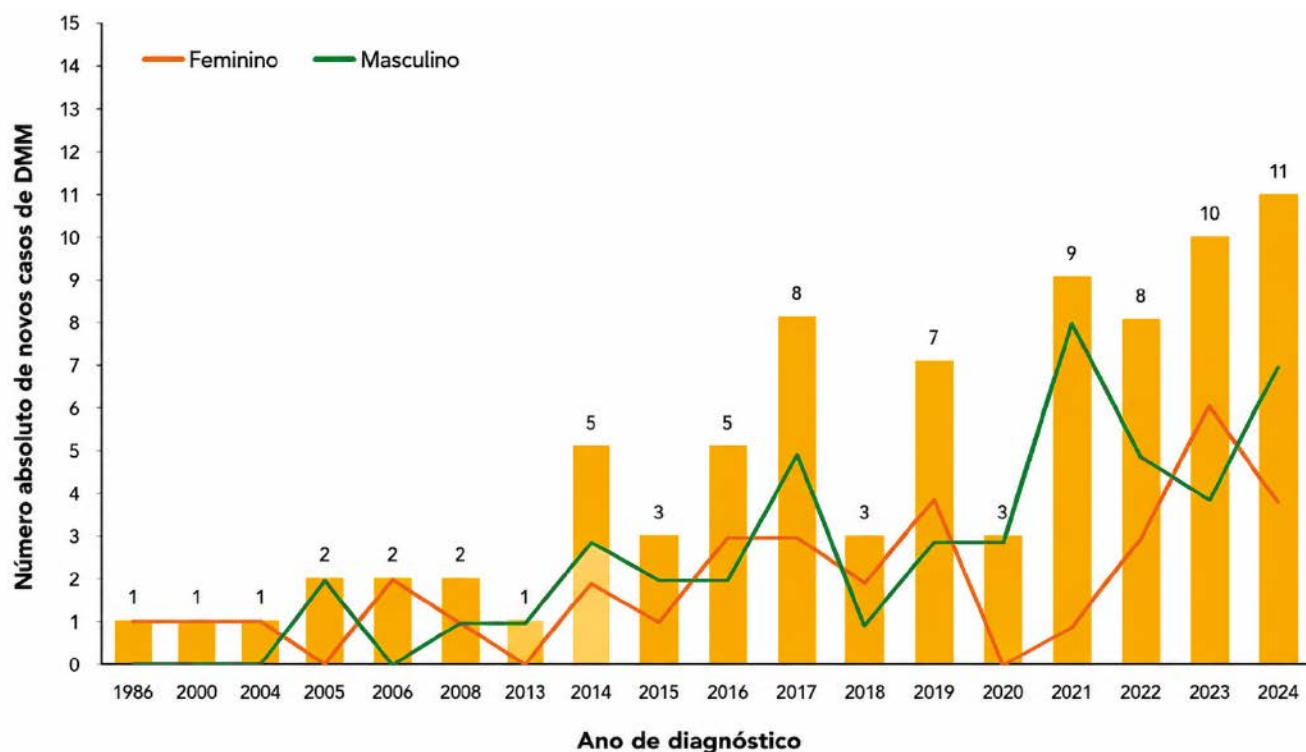
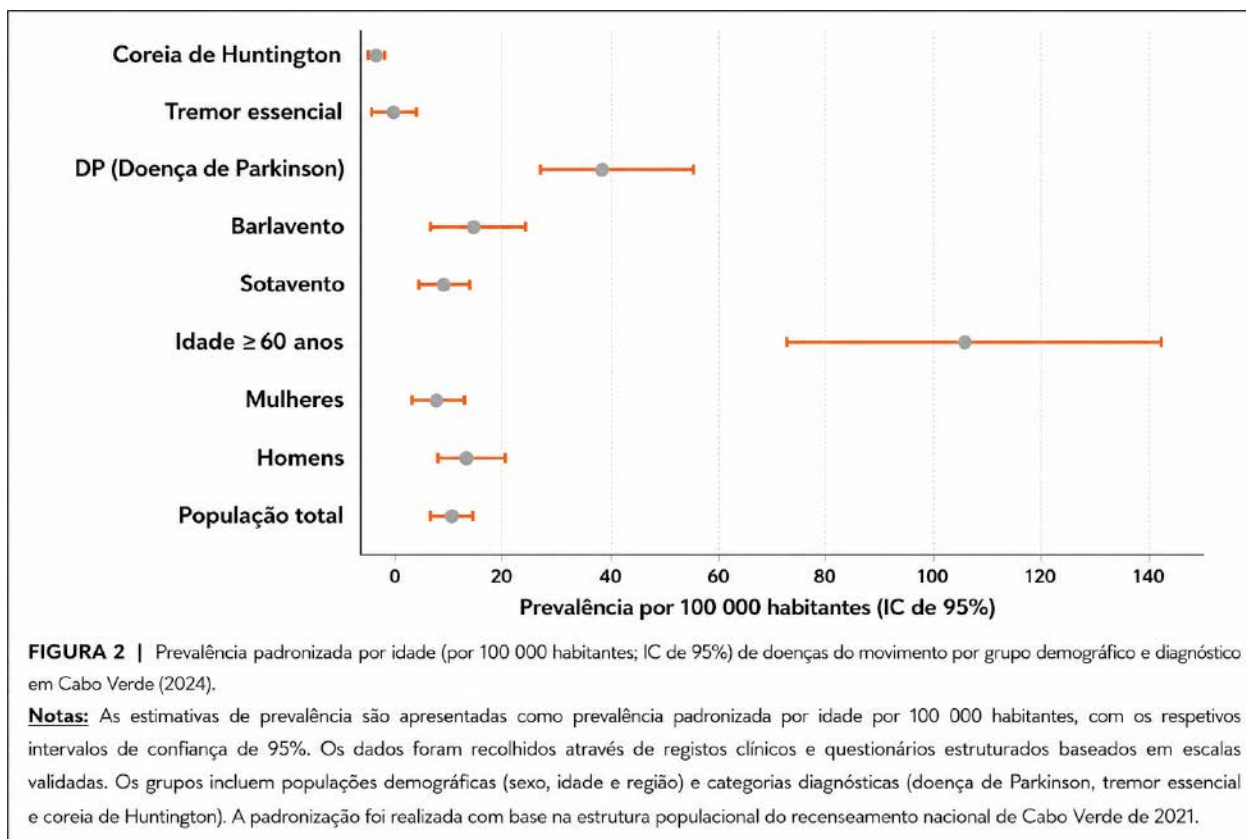


FIGURA 3 | Número de novos casos diagnosticados de doenças do movimento, por ano e sexo, entre 1986 e 2024, em Cabo Verde. Apesar do envelhecimento e da urbanização progressivos, a incidência padronizada manteve-se globalmente estável; o aumento dos números absolutos poderá refletir melhoria da capacidade diagnóstica e do acesso aos serviços.

Respostas abertas: experiência vivida e desafios

Dos 110 participantes, 68 (62%) forneceram respostas narrativas sobre as suas experiências. A análise por PLN identificou vários temas. O sofrimento emocional — tristeza, ansiedade e desesperança — foi o mais frequente, sendo muitas vezes relacionado com declínio físico e isolamento social. Foram amplamente referidas limitações funcionais nas atividades quotidianas, como caminhar, cuidar de si e trabalhar, frequentemente agravadas pela perda de independência e pelo medo de cair.

O acesso aos medicamentos surgiu repetidamente como preocupação, devido a barreiras financeiras, disponibilidade irregular ou dependência de aquisição no estrangeiro. Os participantes salientaram também lacunas nos cuidados especializados, falta de transporte para terapias e cobertura insuficiente do INPS. Alguns descreveram sentimentos de marginalização, estigma ou pena. Entre as sugestões apresentadas figuram aumentar o acesso local a neurologistas, melhorar os serviços terapêuticos, ampliar o apoio financeiro e reforçar a sensibilização pública.

A análise qualitativa identificou seis temas centrais: (1) sofrimento emocional e estratégias de adaptação; (2) limitações funcionais quotidianas; (3) barreiras no acesso a medicamentos; (4) dificuldades de acesso aos cuidados de saúde; (5) pressão financeira; e (6) perda de autonomia. A fé e o apoio familiar foram frequentemente mencionados como mecanismos de adaptação.

DISCUSSÃO

Este primeiro estudo epidemiológico de âmbito nacional sobre DM em Cabo Verde fornece evidência de base essencial sobre a prevalência, incidência e características deste grupo de doenças neurológicas crónicas num pequeno Estado insular de rendimento médio-baixo. Os resultados revelaram uma prevalência de DM padronizada por idade de 17 por 100 000 habitantes e uma incidência de 4 por 100 000, ambas substancialmente inferiores às médias mundiais e regionais [2]. Os dados evidenciaram também uma carga desproporcionada entre idosos e homens, bem como profundas barreiras no acesso aos cuidados e às terapias.

Estes resultados têm importantes implicações de saúde pública, sublinhando a carga crescente das DM num contexto de envelhecimento demográfico e de capacidades frágeis do sistema de saúde nos PRBM. As análises inferenciais confirmaram desigualdades socioeconómicas e regionais significativas: baixo rendimento, múltiplas comorbilidades e residência fora de Santiago foram preditores importantes de barreiras moderadas ou graves no acesso.

Comparação com dados regionais e mundiais

A prevalência observada de DM em Cabo Verde (17 por 100 000) é consideravelmente inferior à comunicada noutros países africanos, como Camarões (3,2%) e Senegal (4,7%) [20,21]. A prevalência da DP em Cabo Verde (41 por 100 000) é também inferior às taxas descritas na Nigéria (67) e Tunísia (436), bem como à taxa mundial estimada de 200 por 100 000 [6,7]. Embora esta menor prevalência possa refletir diferenças epidemiológicas reais, fatores metodológicos — nomeadamente a dependência de registos clínicos em vez de inquéritos populacionais — terão provavelmente contribuído para a subestimação.

A análise temporal mostrou que, embora a incidência padronizada por idade tenha permanecido relativamente estável nos últimos três anos, o número absoluto de casos diagnosticados aumentou. Esta divergência sugere que o envelhecimento demográfico



e a melhoria da sobrevivência, mais do que um verdadeiro aumento do risco subjacente, estão a moldar a prevalência observada. A tendência crescente entre os homens poderá indicar maior exposição ocupacional ou ambiental, coerente com evidência anterior que relaciona pesticidas e solventes com doenças do movimento. Estudos futuros com dados longitudinais e histórias de exposição detalhadas serão importantes para separar os contributos demográficos dos ambientais.

Lacunas do sistema de saúde e barreiras aos cuidados

Para além dos resultados epidemiológicos, o estudo evidencia desafios críticos do sistema de saúde. Apesar de a maioria dos doentes receber tratamento farmacológico, quase 70% referiram dificuldade moderada ou grave no acesso aos medicamentos, sobretudo por limitações financeiras, problemas da cadeia de abastecimento e obstáculos burocráticos no processo de autorização especial de importação, em linha com desafios documentados noutros PRBM [1].

A disponibilidade limitada de terapias multidisciplinares — fisioterapia, terapia da fala e apoio psicológico — agrava os desafios. Embora alguns serviços existam em clínicas privadas, os custos elevados e a concentração geográfica, sobretudo em Santiago, tornam-nos inacessíveis a muitos, particularmente em zonas rurais ou ilhas menores. Mais de 60% dos participantes não recebiam qualquer terapia e, entre os que recebiam, vários consideravam insuficiente o número de sessões cobertas pelo seguro.

Impactos na qualidade de vida e experiências vividas

Os dados qualitativos mostram impactos emocionais, sociais e funcionais profundos. Mais de metade dos participantes referiu efeitos negativos fortes ou extremos. Foram frequentes dificuldades motoras, sofrimento emocional — tristeza, ansiedade e irritabilidade —, perturbações do

sono, problemas de mobilidade e autocuidado. Os relatos apontaram também para estigma, marginalização e invisibilidade no sistema de saúde e na sociedade, com sentimentos de isolamento, pena ou incompreensão. Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções que ultrapassem os cuidados clínicos e abordem determinantes sociais, inclusão, capacitação dos doentes e educação comunitária.

Implicações para as políticas nos PRBM

Em primeiro lugar, os sistemas nacionais de saúde devem reconhecer as doenças neurológicas, incluindo as DM, como áreas prioritárias nas estratégias de DNT.

Em segundo lugar, é necessário reforçar os sistemas de dados sobre doenças neurológicas. O estudo observou que os registos de saúde, públicos e privados, eram frequentemente mal mantidos, com processos em falta, perdidos ou duplicados e inconsistências entre sistemas. Dados epidemiológicos robustos são essenciais para formular políticas, planear serviços e monitorizar progressos. Devem ser desenvolvidos sistemas de vigilância, inquéritos populacionais e sistemas de informação em saúde que incluam DM e outras doenças neurológicas, com desagregação por idade, sexo, condição socioeconómica e localização geográfica.

Em terceiro lugar, os resultados apontam para uma mudança de paradigma em direção a modelos integrados e centrados nas pessoas, cobrindo todo o continuum de cuidados: deteção precoce, diagnóstico, reabilitação, apoio psicossocial e cuidados paliativos. Isto inclui capacitar os cuidados de saúde primários para reconhecer e gerir DM, descentralizar serviços para níveis locais e comunitários e envolver doentes e cuidadores no planeamento e tomada de decisões. Devem igualmente ser priorizadas estratégias de acesso a medicamentos a preços comportáveis, incluindo a sua integração nas listas nacionais de medicamentos essenciais, compras agregadas e programas de subsídio.



Por último, são necessárias campanhas de advocacia e sensibilização pública para reduzir o estigma, promover a procura precoce de ajuda e desenvolver redes comunitárias de apoio. A colaboração multisetorial entre saúde, proteção social, deficiência e sociedade civil será fundamental.

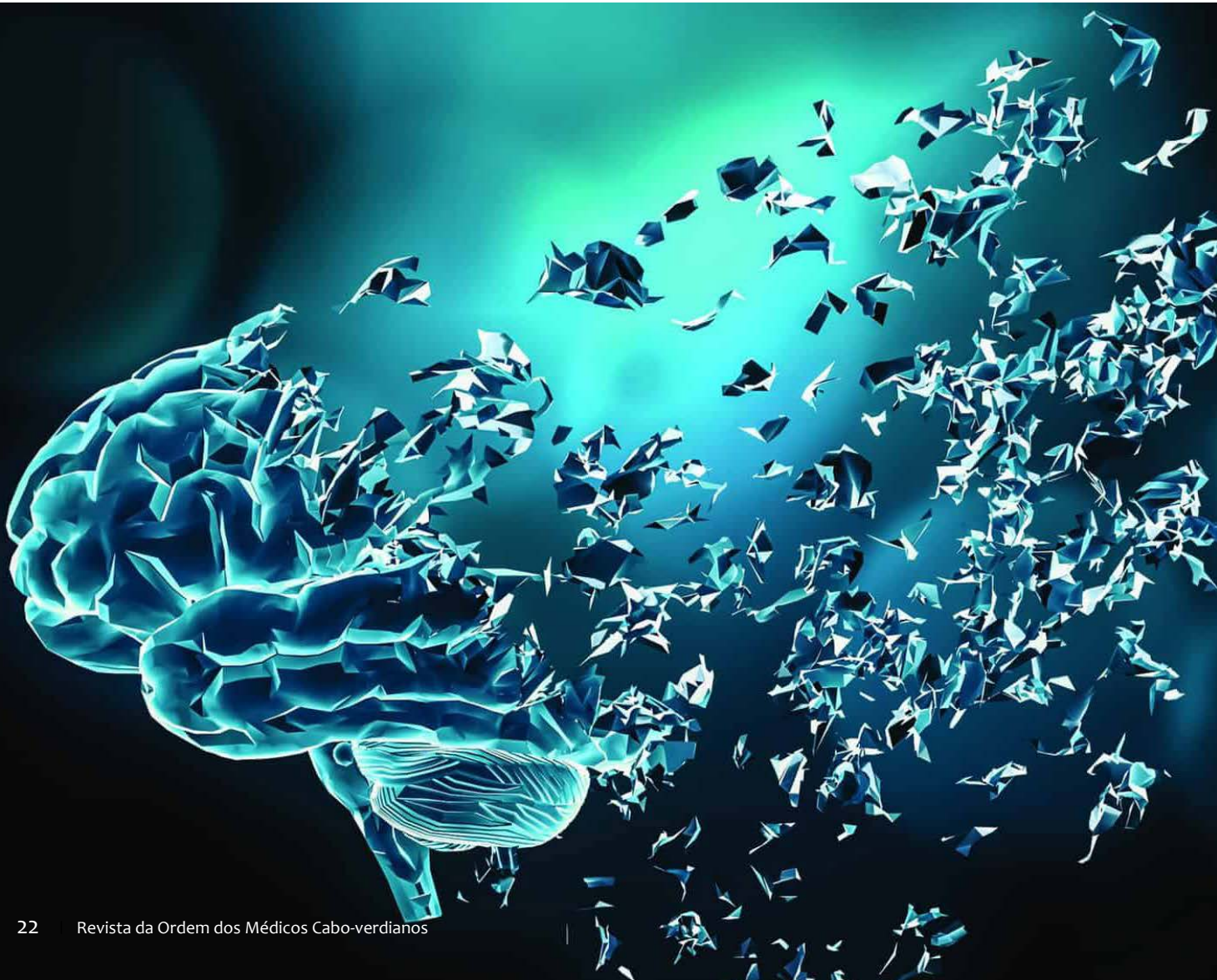
Limitações

O estudo apresenta várias limitações. Embora a população em risco tenha sido obtida a partir de dados censitários nacionais e a inclusão dos neurologistas e das principais instituições de referência de ambas as regiões apoie a representatividade da amostra, a cobertura incompleta das zonas rurais poderá contribuir para estimativas conservadoras da prevalência e incidência. Não foi possível calcular a prevalência separadamente para 2022 e 2023

devido à harmonização incompleta dos registos clínicos desses anos.

O uso de processos clínicos como principal fonte de dados, embora pragmático num contexto de recursos limitados e ausência de registos específicos, poderá ter conduzido à subestimação da prevalência e incidência reais, sobretudo entre populações com acesso limitado aos serviços.

A cobertura institucional não foi exaustiva: foram excluídas unidades sem neurologistas ou com registos incompletos, e alguns doentes acompanhados apenas na comunidade ou em prática privada poderão não ter sido captados. A coorte poderá, assim, sobre-representar casos mais complexos ou avançados.





Os autores sugerem que estudos futuros poderiam utilizar uma condição neurológica de ‘controle positivo’, como a esclerose lateral amiotrófica (ELA), quase exclusivamente gerida em contexto hospitalar, para estimar a subdetecção na vigilância hospitalar. A baixa participação no inquérito online e as limitações dos sistemas de registo podem ter afetado a completude dos dados. O desenho transversal não permite estabelecer relações causais e os dados autorreportados estão sujeitos a vieses de memória e resposta.

Para reduzir estas limitações, a recolha baseou-se em diagnósticos clínicos confirmados, as fontes foram cruzadas e harmonizadas por múltiplos identificadores, o questionário incluiu redundância interna de itens e as regressões foram ajustadas para co-

variáveis demográficas e clínicas relevantes. Apesar das limitações, o estudo constitui a avaliação mais abrangente das DM em Cabo Verde até à data.

CONCLUSÕES

Este primeiro estudo epidemiológico de âmbito nacional sobre DM em Cabo Verde expõe lacunas críticas de saúde pública e do sistema de saúde na resposta às doenças neurológicas crónicas num pequeno Estado insular de rendimento médio-baixo. Os resultados evidenciam crescente vulnerabilidade demográfica, profundas barreiras de acesso e desigualdades na prestação de cuidados. Embora a prevalência atual permaneça inferior à de muitas regiões de África e do mundo, as taxas de incidência estão a aumentar, sobretudo entre os homens.



Apesar de uma infraestrutura de saúde relativamente forte em comparação com outros países africanos, os serviços para DM em Cabo Verde continuam centralizados, fragmentados e com recursos insuficientes. As políticas devem priorizar a descentralização dos serviços neurológicos, melhorar o acesso a medicamentos e terapias essenciais e apoiar intervenções multidisciplinares que melhorem a qualidade de vida das pessoas que vivem com DM.

Face à crescente carga das doenças neurológicas na África subsaariana e no mundo, a experiência de Cabo Verde oferece ensinamentos relevantes para outros PRBM na conceção de respostas equitativas, sustentáveis e integradas a este desafio crescente de saúde pública.

DECLARAÇÃO DE ÉTICA

Os estudos envolvendo seres humanos foram aprovados pelo Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS; Ref. 26/CNEPS/2023) e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd; Ref. 145/2022/CNPd). Foram realizados de acordo com a legislação local e os requisitos institucionais. Os participantes forneceram consentimento informado escrito para participar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LT conceptualizou o estudo, desenvolveu a metodologia e o questionário formal, recolheu os dados e redigiu a versão original com contributos dos coautores. JM codesenvolveu a metodologia e o questionário, analisou os dados e contribuiu para a versão original. CB contribuiu para a implementação do questionário online, recolha de dados, revisão e edição do manuscrito. AF contribuiu para a validação do questionário, recolha de dados e revisão do manuscrito. Todos os autores contribuíram para o artigo e aprovaram a versão submetida.

FINANCIAMENTO

Os autores declararam ter recebido apoio financeiro para a realização deste trabalho e/ou para a sua publicação. O estudo recebeu apoio financeiro do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A publicação dos resultados em Cabo Verde contou com o apoio financeiro da GARANTIA, Seguros, e, nos Estados Unidos da América, com o apoio de benfeitor cabo-verdiano.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflitos de interesses.

DECLARAÇÃO SOBRE IA GENERATIVA

Os autores declararam que foi utilizada inteligência artificial generativa na elaboração deste manuscrito. Partes do manuscrito submetido foram traduzidas e parafraseadas utilizando OpenAI, ChatGPT [Internet], San Francisco (CA): OpenAI; 2025 [consultado em 22 de maio de 2025]. Qualquer texto alternativo fornecido com as figuras do artigo foi gerado pela Frontiers com apoio de inteligência artificial, tendo sido realizados esforços razoáveis para assegurar a sua exatidão, incluindo revisão pelos autores sempre que possível.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes no estudo, aos profissionais e instituições de saúde, aos parceiros e financiadores.

NOTA DE CORREÇÃO

Este artigo foi corrigido com alterações menores. Estas alterações não afetam o conteúdo científico do artigo.

MATERIAL SUPLEMENTAR

O Material Suplementar deste artigo encontra-se disponível online na página do artigo original.



REFERÊNCIAS

1. Steinmetz JD, Seeher KM, Schiess N, Nichols E, Cao B, Servili C, et al. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23(4):344–381.
2. International Parkinson and Movement Disorder Society. About Movement Disorders. 2019. Available from: <https://www.movementdisorders.org/MDS/About/Movement-Disorder-Overviews.htm>. Accessed January 1, 2025.
3. Dorsey ER, Bloem BR. The Parkinson Pandemic—A Call to Action. *JAMA Neurol.* 2018;75(1):9–10. doi:10.1001/jamaneurol.2017.3299.
4. Dorsey ER, Sherer T, Okun MS, Bloem BR. The emerging evidence of the Parkinson pandemic. *J Parkinsons Dis.* 2018;8(s1):S3–S8. doi:10.3233/JPD-181474.
5. United Nations. World Population Prospects 2024: Summary of Results. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2024. Available from: <https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2024-summary-results>. Accessed February 1, 2025.
6. Okunoye O, Zewde YZ, Azar J, Ayele BA, Dindayal S, Moustafa A, et al. The state of play of Parkinson’s disease in Africa: a systematic review and point of view. *Neurology.* 2023. Available from: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.07.07.23292392>. Accessed January 1, 2025.
7. Williams U, Bandmann O, Walker R. Parkinson’s disease in sub-Saharan Africa: a review of epidemiology, genetics and access to care. *J Mov Disord.* 2018;11(2):53–64. doi:10.14802/jmd.17028.
8. Instituto Nacional de Estatísticas. Resultados preliminares: Recenseamento Geral da População e Habitação [Preliminary Results of the 5th General Population and Housing Census—RGPH 2021]. Praia: INE; 2021. Available from: https://ine.cv/wp-content/uploads/2021/10/resultados_preliminares_rgph-2021.pdf. Accessed January 1, 2025.
9. World Health Organization. Cabo Verde Country Data. 2024. Available from: <https://data.who.int/countries/132>. Accessed January 1, 2025.
10. Ministério da Saúde. Lista Nacional dos Medicamentos Essenciais (LNME) [National List of Essential Medicines]. Praia: Ministério da Saúde; 2018. Available from: https://minsaude.gov.cv/wpfd_file/dl-33-2018_lista-nacional-dos-medicamentos-essenciais-2018-pdf/. Accessed January 1, 2025.
11. Entidade Reguladora Independente da Saúde (ERIS). Lista do pessoal técnico de saúde a exercer a sua atividade no setor privado de saúde inscrito na ERIS [List of health professionals practicing in the private health sector registered with ERIS]. Praia: ERIS; 2024. Available from: <https://www.eris.cv/index.php/setor-saude/pessoal-tecnico-de-saude>. Accessed January 1, 2025.
12. Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Estatísticas das condições de vida—IMC [Statistics on Living Conditions—IMC]. Praia: INE; 2023. Available from: <https://ine.cv/wp-content/uploads/2024/05/estatisticas-das-condicoes-de-vida-imc-2023.pdf>. Accessed January 1, 2025.



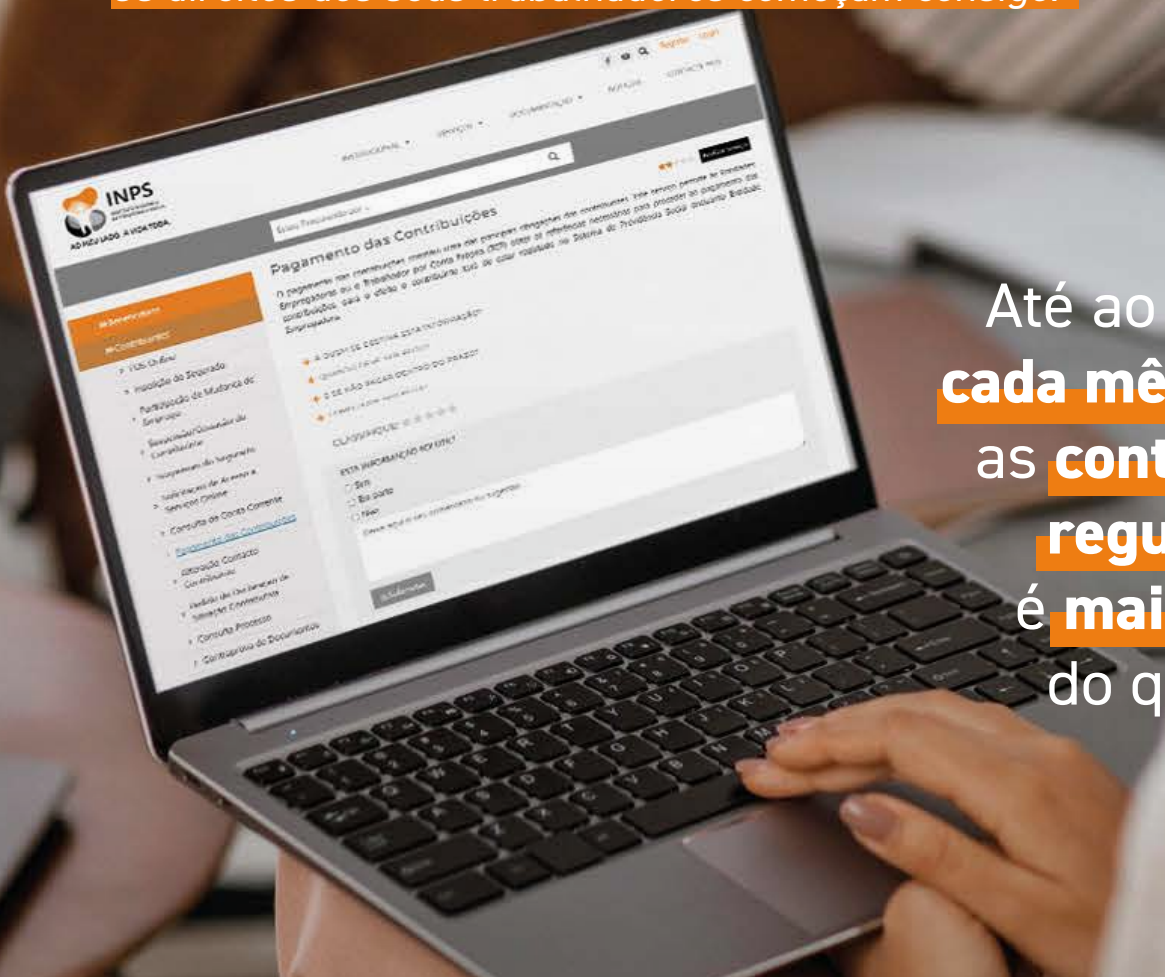
13. Ministério da Saúde. Hospitais e Centros de Saúde [Hospitals and Health Centers]. 2024. Available from: <https://minsauade.gov.cv/institucional/hospitais-e-centros-de-saude/>. Accessed January 1, 2025.
14. World Health Organization. WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). 2015. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>. Accessed January 1, 2025.
15. Department of Health and Human Services. Healthy Lifestyle Questionnaire. Department of Health and Human Services of Nebraska; 2024. Available from: <https://dhhs.ne.gov/Documents/HealthyLifestyleQuestionnaire-FLNAL.pdf>. Accessed January 1, 2025.
16. National Institute on Drug Abuse. Tobacco, Alcohol, Prescription Medication, and Other Substance Use (TAPS) Tool. 2024. Available from: <https://nida.nih.gov/taps2/>. Accessed January 1, 2025.
17. Sogolytics. Sogolytics. 2013. Available from: <https://www.sogolytics.com>.
18. SAS Institute Inc. SAS. 2024. Available from: <https://support.sas.com/software/94/>.
19. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age Standardization of Rates: A New WHO Standard. Geneva: World Health Organization; 2001. 14 p. (GPE Discussion Paper Series; No. 31).
20. Cubo E, Doumbe J, Mapoure Njankouo Y, Nyinyikua T, Kuate C, Ouyang B, et al. The burden of movement disorders in Cameroon: a rural and urban-based inpatient/outpatient study. *Mov Disord Clin Pract*. 2017;4(4):568–573. doi:10.1002/mdc3.12474.
21. Fall M, Dardare IM, Diop AM, Pelagie MA, Kahwagi J, Dechacus GC, et al. Spectrum of movement disorders: experience of a one and half year of existence of the first specialised centre in Senegal. *Parkinsonism Relat Disord*. 2022;98:13–15. doi:10.1016/j.parkreldis.2022.03.015.
22. Gerbasi ME, Nambiar S, Reed S, Hennegan K, Hadker N, Eldar-Lissai A, et al. Essential tremor patients experience significant burden beyond tremor: a systematic literature review. *Front Neurol*. 2022;13:891446. doi:10.3389/fneur.2022.891446.

NOTA SOBRE A TRADUÇÃO

Tradução para português europeu preparada a partir do artigo original em inglês com uso de inteligência artificial. Procurou-se preservar a estrutura, o sentido científico, os valores estatísticos, as siglas e a terminologia do original. Para citação académica, deverá ser utilizada a publicação original.

Pagamento de Contribuições Online

Os direitos dos seus trabalhadores começam consigo!



Até ao dia **15 de cada mês**, manter as **contribuições regularizadas** é **mais simples** do que nunca.

Cumprir atempadamente com as suas obrigações é um gesto simples que faz a diferença: **garante proteção hoje e contribui para a segurança futura dos seus trabalhadores.**

Atualmente, mais de **85% dos contribuintes** mantêm as suas obrigações em dia, reforçando um compromisso coletivo que fortalece todo o sistema de proteção social.

Com o INPS Digital, o processo é fácil, rápido e seguro. A emissão do Documento de Cobrança e o pagamento podem ser feitos online, sem necessidade de deslocações.

Para os contribuintes individuais (REMPE 1 Pessoa, Domésticos e TCP), o serviço FOS Express oferece ainda maior comodidade, permitindo a entrega automática da Folha de Salários e o pagamento mensal das contribuições, de forma prática e contínua.

Meios de pagamento disponíveis: **Portal INPS, ATM, Homebanking, QR Code, POS, FOS Express, Televinti4 e Bancos Comerciais.**

Doenças cardiovasculares e seus fatores de risco: o que os jovens de Santa Cruz sabem?

Autor:

Dra. Eliseida Jany Fortes Cardoso

Médica clínico-geral

Conflitos de interesse e/ou fontes de financiamento: Não há conflitos de interesse a serem declarados. Os custos relativos à realização do presente estudo foram inteiramente arcados pela autora

Tipologia de artigo: Artigo de pesquisa



RESUMO

A morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) tem aumentado no mundo. Situação semelhante verifica-se no concelho de Santa Cruz. Para traçar estratégias para a prevenção das DCV, torna-se importante avaliar o conhecimento da população sobre o tema.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos jovens de Santa Cruz sobre as DCV e seus fatores de risco. Outros objetivos foram caracterizar os hábitos pessoais e as fontes de informação.

Realizou-se um estudo observacional, transversal descritivo, com recolha de dados mediante um questionário desenhado. Aplicado aos jovens residentes no concelho de Santa Cruz, com idade compreendida entre 18 a 35 anos, entre os meses de maio e julho de 2022.

O nível de conhecimento evidenciado foi baixo a médio sobre as DCV e seus fatores de risco, com média de 9 pontos. Identificaram principalmente o enfarto agudo do miocárdio como exemplos de DCV. Os fatores de risco tiveram mais respostas certas com o sedentarismo, hábitos alimentares e tabagismo como os mais identificados. O sexo feminino, a faixa etária de 24 a 29 anos e rendimento familiar médio tinham um conhecimento sobre as DCV significativamente maior. Sobre os hábitos pessoais, 65,7% praticavam atividade física abaixo do recomendado, com consumo de *fast foods* e doces mais de 1 vez por semana. A principal fonte de informação foram as redes sociais.

Conclui-se que há necessidade de adoção de novas estratégias ou aprimoramento das já existentes para a educação desta população, tendo em vista a redução da morbimortalidade por DCV.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Fatores de risco. Impacto. Conhecimento. Prevenção.

ABSTRAT

Morbimortality from cardiovascular diseases (CVD) has increased worldwide. A similar situation can be seen in the municipality of Santa Cruz. In order to devise strategies for the prevention of CVD, it is important to assess the population's knowledge on the subject.

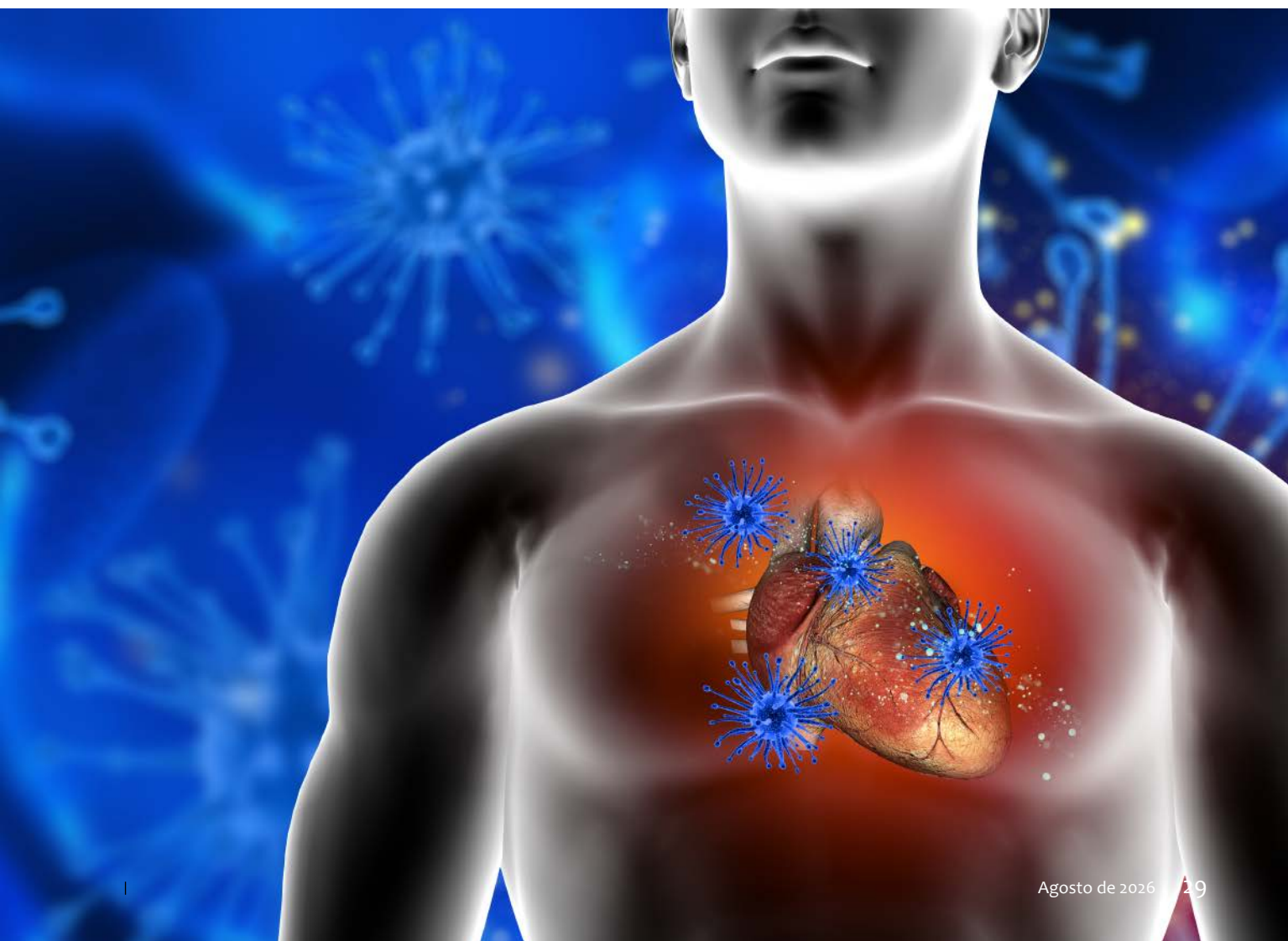
The present study aims to assess the level of knowledge of young people from Santa Cruz about CVDs and their risk factors. Other objectives were to characterize personal habits and sources of information. An observational, descriptive cross-sectional study was carried out, with data collection through a designed questionnaire. Applied to young people residing in the municipality of Santa Cruz, aged between 18 and 35 years old, between the months of May and July 2022.

The evidenced level of knowledge was low to medium about CVDs and their risk factors, with an ave-

rage of 9 points. They mainly identified acute myocardial infarction as examples of CVD. Risk factors had more correct answers with sedentary lifestyle, eating habits and smoking as the most identified. The female gender, the age group of 24 to 29 years and average family income had a significantly higher knowledge about CVD. Regarding personal habits, 65.7% practiced physical activity below the recommended level, with consumption of fast foods and sweets more than once a week. The main source of information was social networks.

It is concluded that there is a need to adopt new strategies or improve existing ones for the education of this population, with a view to reducing morbidity and mortality from CVD.

Keywords: Cardiovascular diseases. Risk factors. Impact. Knowledge. Prevention.





INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tornaram-se a principal causa de morte nas últimas décadas. As doenças cardiovasculares (DCV) representaram 32% das mortes a nível mundial em 2019, com a doença coronária (DC) e o acidente vascular cerebral (AVC) contribuindo para maior parte desta taxa. (1,2) Em 2019, Cabo Verde estava entre os três primeiros com maior taxa de mortalidade, por DCV, nos Países de Língua Oficial Portuguesa com 30,7%. (3) O concelho de Santa Cruz, apesar de ter uma população jovem, média de idade de 28 anos, apresenta uma taxa de mortalidade por DCV (44%) acima da nacional e com elevada taxa prevalência de pacientes com diabetes e hipertensão (1128,6 e 7066,2 por 100.000 habitantes). (4,5)

As DCV têm origem multifatorial, com a maioria dos fatores de risco presentes anos antes dos primeiros sinais e sintomas de doença. (6) Os jovens com idade entre 18 e 26 anos, apresentaram maiores níveis de consumo nocivo de álcool, consumo de sal e açúcar e maior tempo em atividade sedentária, do que faixas etárias mais velhas, em 2020. (7)

O impacto das DCV é abrangente, afeta a economia, a qualidade de vida, do indivíduo, da família, o sistema de saúde e a sociedade. (8)

Medidas devem ser tomadas para diminuir estes impactos. Estas medidas devem ser empregues em todos os níveis de prevenção, com maior atenção à prevenção primária.

A principal ferramenta neste combate às DCV é o aumento da literacia em saúde. Capacitar a população para a participação ativa no cuidado da sua saúde é fundamental. Níveis mais baixos de literacia em saúde, tem sido associado a piores desfechos, com aumento da má adesão à terapêutica, maior risco de hospitalização e aumento da mortalidade. (9)

Objetivos

- Descrever demograficamente a amostra;
- Definir o conhecimento da amostra sobre DCV;

- Analisar a relação entre o conhecimento, a idade e o sexo;
- Avaliar a relação entre o conhecimento, a escolaridade e o rendimento familiar;
- Caracterizar os hábitos pessoais em saúde da amostra;
- Identificar a prevalência da DCV na amostra e nos familiares;
- Verificar a associação entre os antecedentes familiares e o conhecimento sobre as DCV;
- Conhecer as fontes de informação sobre DCV da amostra.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo observacional transversal descritivo, com dados recolhidos através de um questionário (submetido a um pré-teste para avaliar a compreensibilidade do instrumento e a sua confiabilidade interna) e analisadas através de estatística descritiva e testes para avaliar a associação entre variáveis, com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 25.

A população em estudo foram jovens do concelho de Santa Cruz, que segundo projeção do INE, no ano de 2022 compreende 8.179 habitantes. (10) O tamanho inicial da amostra, escolhido por conveniência e de forma aleatória, foi de 300 indivíduos, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, tendo no final um $n=236$. Os critérios de inclusão foram: idade igual/superior a 18 e igual/inferior a 35; residente no concelho. Os critérios de exclusão foram: residentes no concelho a menos de um ano; profissionais e estudantes de áreas de saúde.

As pessoas foram convidadas a participar presencialmente e online, entre maio e julho de 2022, acompanhado do Termo de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, após parecer ético favorável.

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, estado civil, agregado familiar, rendimento familiar, escolaridade, situação laboral, conhecimento das doenças cardiovasculares, hábitos pessoais, antecedentes e fonte de informação

RESULTADOS

Dados sociodemográficos

Dos inquiridos, a maioria foi do sexo feminino representando 54,2% dos participantes. A idade média foi de 21 anos, sendo o mínimo 18 anos e o máximo 35 anos. A maioria dos inquiridos declara ser solteiro (93,2%) e viver numa família alargada (73,7%). Quanto à escolaridade, 71,2% têm no máximo o 12º ano completo. No que se refere à situação laboral 72,0% refere ser estudante. Em relação ao rendimento familiar 81,4% têm renda mensal muito baixa a baixa. (Tabela 1)

Conhecimento das DCV e seus fatores de risco

A média do nível de conhecimento sobre as DCV é de 9 ($\sigma \pm 4,098$) de 16 pontos (1 por cada acerto), configurando um conhecimento baixo a médio sobre as DCV. 47,5% dos inquiridos têm um nível de conhecimento médio (9-13 pontos), 36,9% nível de conhecimento baixo (0-8), e 15,7% nível de conhecimento alto (14-16). (Gráfico 1) Dos inquiridos 3,0% não responderam corretamente a nenhuma das questões e 3,8% responderam a todas as questões.

Em relação aos exemplos de DCV, em média identificou-se 3 das 6 patologias, 15,3% não conseguiu identificar nenhum exemplo e 7,6% conseguiu identificar todos os exemplos. (Gráfico 2) O enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral foram as mais identificadas com 63,1% e 57,6% respetivamente, e a trombose venosa profunda e o tromboembolia pulmonar foram as menos identificadas (32,6%). (Tabela 2)

Os fatores de risco para DCV foram as com maior taxa de respostas corretas, com somente antecedentes familiares e dislipidemia não alcançaram os 60%. Em média foram identificados 4 fatores de risco pelos inquiridos. O sedentarismo, os hábitos alimentares e o tabagismo tiveram maior taxa de identificação com 74,2%, 71,6% e 68,2% respetivamente. (Tabela 2) 6,8% não conseguiu identificar nenhum dos fatores de risco e 16,1% conseguiu identificar todas. (Gráfico 3)

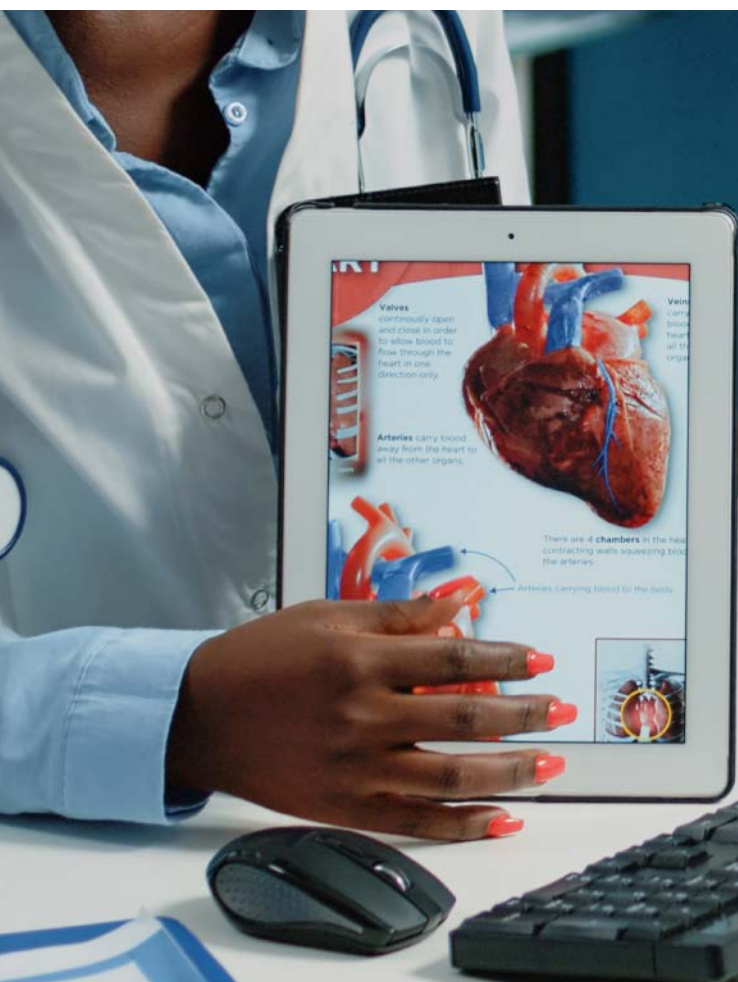
Fatores independentes associados ao conhecimento de DCV

O teste qui-quadrado de Pearson evidenciou que há associação entre o nível de conhecimento sobre as DCV e o sexo ($\chi^2(2)=10,816$; $p=0,004$), a idade ($\chi^2(4)=21,029$; $p<0,001$), estado civil ($\chi^2(2)=16,019$; $p<0,001$), o agregado familiar ($\chi^2(8)=24,715$; $p=0,002$), a escolaridade ($\chi^2(4)=37,851$; $p<0,001$) e o rendimento familiar ($\chi^2(6)=13,227$; $p=0,029$).

O conhecimento sobre as DCV foi significativamente maior no sexo feminino, na faixa etária de 24 a 29 anos e rendimento familiar médio. Pessoas na faixa etária de 18 a 23 anos, com famílias alargadas e escolaridade até 12º ano apresentaram nível mais baixo de conhecimento. (Tabela 3)

Hábitos pessoais e antecedentes

Em média os inquiridos praticam algum tipo de exercício físico mensalmente, sendo 23,7% declara praticar exercício físico diariamente e 38,1% raramente o praticam. Em média os inquiridos consomem legumes, vegetais e frutas semanalmente, com 25,8% referindo o consumo raramente e 26,7% todos os dias. Para o consumo de doces e de fast foods/refrige-



rante a média foi mensalmente, com 54,7% e 53,8%, referindo raramente o consumo respetivamente. A respeito do consumo de álcool e tabaco a média foi nunca. 66,9% refere nunca consumirem álcool, e 23,7% referem consumir raramente. Para o tabaco 94,1% referem nunca consumirem, 4,7% raramente e 1,3% consumo mensal. (Gráfico 4 e 5)

No que tange à procura dos serviços de saúde 69,1% dos inquiridos afirmaram que raramente vão aos serviços de saúde por motivos de doença ou consultas de rotina, 8,9% referem ir a estas estruturas uma vez ao ano.

Em relação aos antecedentes de DCV foi obtido os seguintes resultados:

- nos antecedentes pessoais 2,5% dos inquiridos alegam ter alguma DCV, sendo “problema de coração” e HTA apontadas como seus diagnósticos.
- Nos antecedentes familiares 23,7% dos inquiridos declaram ter familiares com DCV, 28,4% declaram não ter antecedentes familiares e 47,5% afirmam não saberem. As patologias elencadas pelos mesmos são: angina do peito, arritmia cardíaca, IAM, AVC, DM, HTA, valvulopatia, trombose venosa profunda e “problema do coração”.
- Feito análise, demonstrou-se que não havia associação entre os antecedentes familiares e o nível de conhecimento ($p\text{-value} = 0,526$).

Fonte de informação

As redes sociais foram elencadas como a fonte que com mais frequência fornece informações sobre as DCV com 33,9% dos inquiridos afirmando que estas sempre fornecem informações. As instituições religiosas, ONG's e a rádio foram elencadas como as que raramente fornecem informações sobre as DCV, com 30,1%, 29,7% e 27,5% dos inquiridos afirmando que estes meios nunca forneceram informações acerca das DCV. A televisão, as pesquisas em Websites, os familiares e amigos, as instituições de ensino e as estruturas de saúde contribuem eventualmente para obtenção de informações aos inquiridos. (Gráfico 6 e 7)

DISCUSSÃO

Conhecimento das DCV e seus fatores de risco

Neste estudo realizado no concelho de Santa Cruz, evidenciou-se que mais de três quartos dos participantes têm um nível de conhecimento baixo a médio para as DCV e seus fatores de risco. Cerca de um terço apresentou nível baixo de conhecimento, resultado diferente do encontrado em estudos realizados em outros países, em que a maioria dos participantes tinham níveis baixos de conhecimento. Evidenciando assim a necessidade de aprimorar dos planos de ação para aumento do conhecimento sobre DCV. (11–14) A diferença entre os resultados encontrados entre este estudo e a literatura pode se dever a diferenças nos instrumentos de recolha e itens avaliados.

Semelhante a outros estudos, os fatores de risco para DCV foram os itens com maior taxa de resposta correta. Awad et al. (2014), considera que isso se deve as ações de sensibilização para mudança de estilo de vida. O sedentarismo, os hábitos alimentares e o tabagismo foram os fatores mais identificados pelos participantes neste e noutros estudos. Estes resultados elucidam ganhos positivos das estratégias implementadas para o conhecimento das DCV, que por si só não alteram o risco cardiovascular, entretanto são fundamentais no aumento da literacia em saúde. (11,15)





As patologias mais identificadas como exemplos de DCV foram o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, diferente do encontrado em Kuwait e nos Camarões, que a segunda patologia mais identificada foi Cardiopatia congênita. (11,15)

Participantes do sexo feminino mostraram melhores níveis de conhecimento sobre as DCV, mesmo resultado encontrado em outros estudos. (15,16) Outras literaturas afirmam não terem encontrado associação entre o sexo e o conhecimento sobre as DCV. (13,14)

A idade mais jovem aparentou ter menos nível de conhecimento, diferente do encontrado na literatura. (17) É possível que este resultado se deva ao número menor (28,3%) de participantes com idade superior à média (21anos).

Na literatura há evidências que o nível socioeconômico e grau de escolaridade mais altos estão associados ao maior nível de conhecimento. Os resultados deste estudo corroboram com os achados da literatura. (11–13,18)

Contrastando com alguns autores, inquiridos com história familiar de DCV não apresentaram diferenças significativas relacionadas ao conhecimento de DCV. (12,13,15) Apesar de não ser evidenciado associação, a maioria dos inquiridos com história fami-

liar souberam apontar a patologia que os familiares apresentam.

Hábitos pessoais

Apesar de grande parte dos respondentes reconhecerem como nocivos os fatores de risco avaliados, apresentam hábitos contrários. Mais da metade dos inquiridos praticam atividade física com frequência menor do que 2 a 3 vezes por semana. Cerca de um terço consomem *fast foods*, refrigerante e alimentos doces mais do que uma vez por semana. E três quartos não consomem legumes, vegetais e frutas todos os dias, apesar de identificarem este hábito como benéfico na prevenção das DCV e suas complicações. Embaló et al. (2021), aponta como motivo para esse resultado a provável crença que os mais jovens têm de não serem vulneráveis às DCV nesta idade, e de que o risco é para pessoas mais velhas. (19)

Como já referido, o conhecimento por si só não atua na diminuição dos riscos cardiovasculares. Por isso, tendo em conta estes achados, há uma necessidade de capacitação da população para adotarem hábitos mais saudáveis. Fazer a ponte entre o que se sabe e o que se pratica. Bem como a conscientização dos jovens que os hábitos saudáveis devem ser adquiridos desde muito jovens e que necessitam ser contínuos para assim reduzir o risco que há com o avançar da idade.



Fonte de informações

Os resultados já discutidos apontam para a necessidade de ações para transmitir informações e capacitar a população para a mudança do estilo de vida.

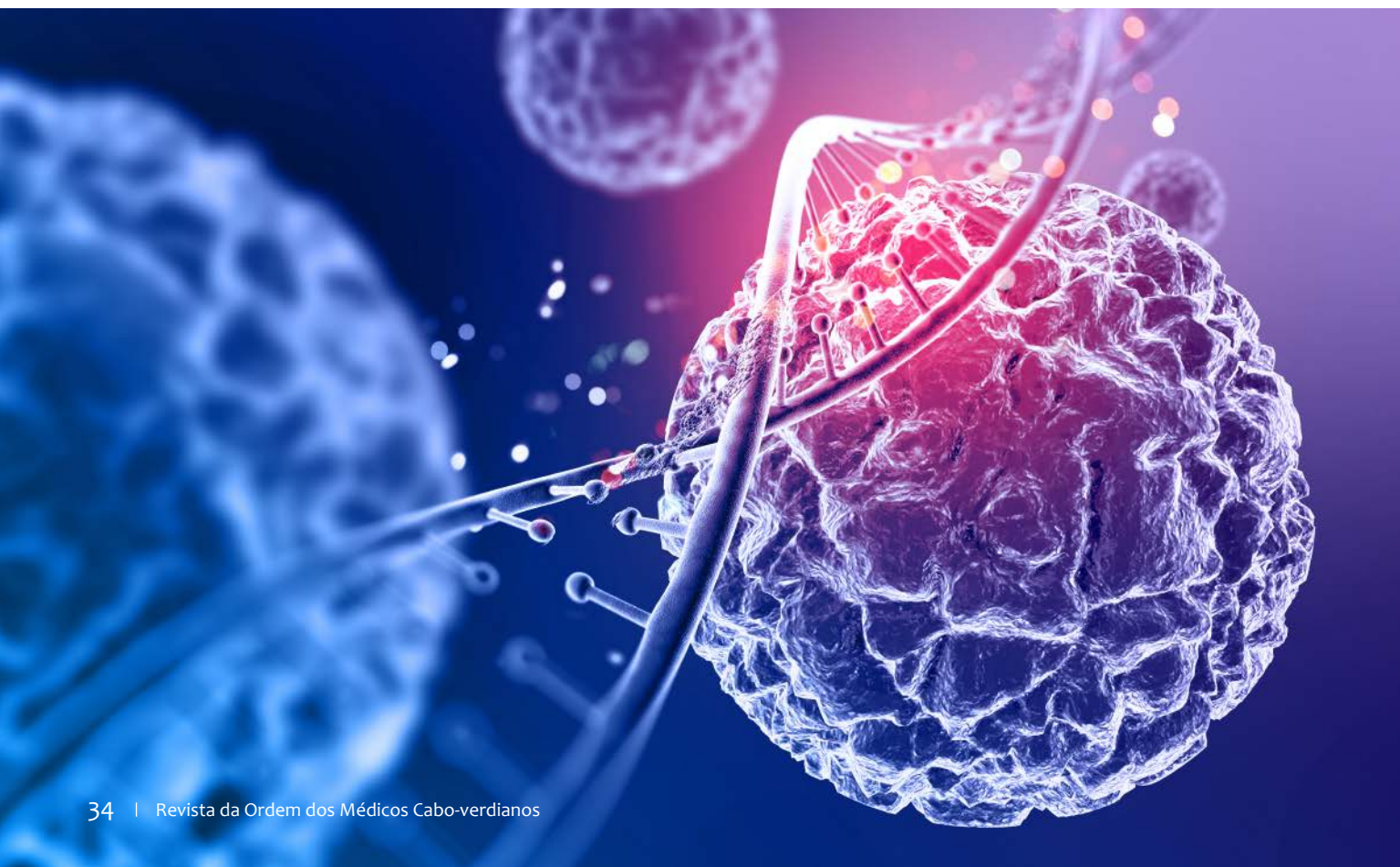
As campanhas da mídia de massa (televisão, rádio, outdoors) têm sido reconhecidas como a principal fonte de informação de saúde a nível individual. Tabassum et al. (2018), afirma que estes meios são fundamentais para disseminação de informações, devendo sempre estar atento ao risco de transmissão de informações distorcidas. (20)

Na amostra, as redes sociais e as pesquisas na internet são as principais fontes de informações sobre DCV. As instituições de ensino estão na terceira posição de fonte de informações. A televisão ocupa a quarta posição e a rádio a última. Resultado diferente do encontrado em outros estudos. (20) Esta diferença pode dever ao facto de serem estudos com mais de cinco anos, e houve um aumento de acesso à internet e às redes sociais.

As estruturas de saúde estão entre as que menos contribuem na aquisição de informações sobre as DCV. Este resultado pode mostrar a necessidade de implementação ou aprimoramento de ações de sensibilização nestas estruturas. Entretanto, o fato de a maioria dos participantes nunca ou raramente procuram os serviços de saúde, pode ter influenciado este resultado.

Limitações

Os resultados discutidos neste capítulo devem ser interpretados levando em conta as limitações do estudo. Uma das limitações encontradas, foi a não inclusão de sintomatologia das principais DCV no instrumento de recolha, visto que há uma necessidade de as pessoas saberem reconhecer as patologias e procura de serviços de saúde atempadamente, podendo ter influência na morbimortalidade. O uso de um instrumento de recolha de dados, padronizado e validado, poderia ser uma mais valia para uma comparação fidedigna dos achados com outros estudos. E outras limitações próprias de estudos descritivos.



CONCLUSÃO

Conclui-se que os jovens do concelho de Santa Cruz têm um nível de conhecimento baixo a médio sobre as Doenças Cardiovasculares. Os resultados deste estudo e de outros semelhantes evidenciam a necessidade de aprimorar as estratégias nacionais de difusão de conhecimento sobre as DCV e seus fatores de risco. Verificou-se também uma discrepância relacionada ao conhecimento e a prática relacionada aos fatores de risco, em que, apesar de se reconhecerem os fatores de risco, os hábitos pessoais dos mesmos refletem um estilo de vida pouco saudável. Por isso há uma responsabilidade das entidades competentes de traçar medidas de curto, médio e longo prazo para a educação em saúde desde a infância. Responsabilidade essa que também cabe aos pais e cuidadores, na educação das crianças e adolescentes. Evidenciou-se a necessidade de incentivar os jovens a procurarem consultas de rotina, que permite o rastreio e o diagnóstico precoce de muitas patologias.

Permitindo assim, que as estruturas de saúde tenham maior oportunidade de orientar estes jovens na adoção de estilo de vida saudável. Nota-se também a necessidade de educação dos acompanhantes e familiares dos pacientes com DCV. Através de sessões coletivas nas salas de espera ou individuais nas consultas. Com o atual aumento do uso das redes sociais, é fundamental adaptar-se a essa forma de comunicação. Partilhar de informações credíveis através de páginas oficiais de entidades públicas, e dos informais são passos que podem trazer benefícios. Capacitar profissionais de saúde para maior e melhor uso desse meio de comunicação pode ser o primeiro passo a ser dado. As várias intervenções que podem ser feitas, necessitam de monitoramento e avaliações frequentes, para aferir o seu sucesso ou não, e mudanças necessárias para atingir as metas traçadas.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica

Variáveis		Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	108	45,8
	Feminino	128	54,2
Idade	18-23	181	76,7
	24-29	31	13,1
	30-35	24	10,2
Estado civil	Solteiro	220	93,2
	Casado	16	6,8
Agregado familiar	Unitária	5	2,1
	Nuclear	37	15,7
	Monoparental	5	2,1
	Alargada	174	73,7
	Outros	15	6,5
Escolaridade	Até 12 ano	168	71,2
	Licenciatura e Formação Profissional	64	27,1
	Mestrado e Doutoramento	4	1,7
Situação laboral	Desempregado	5	2,1
	Estudante	170	72,0
	Empregado	61	25,8
Rendimento familiar	<15.000CVE	96	40,7
	15.000-50.000CVE	96	40,7
	50.000-150.000CVE	43	18,2
	≥150.000CVE	1	0,4

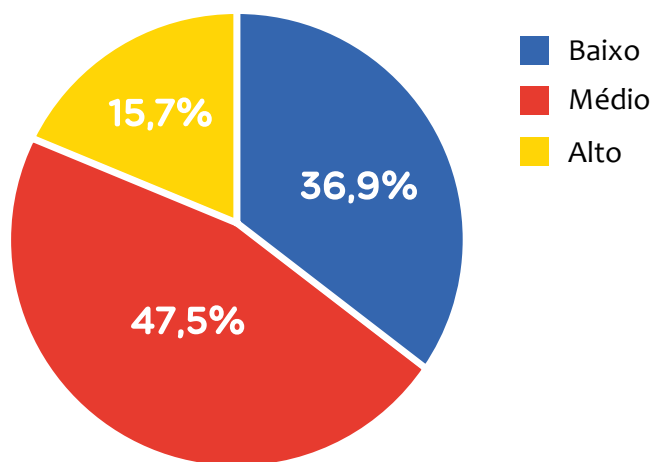


Gráfico 1 - Nível do conhecimento sobre as DCV e seus fatores de risco

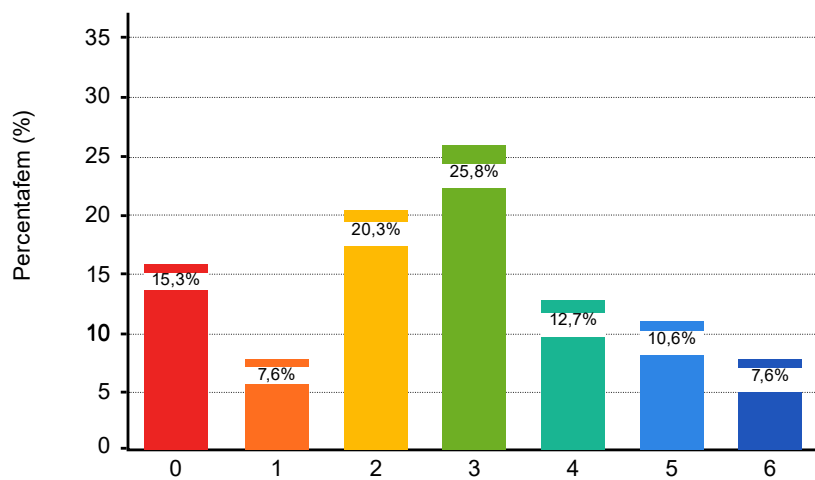


Gráfico 2 - Exemplos de DCV

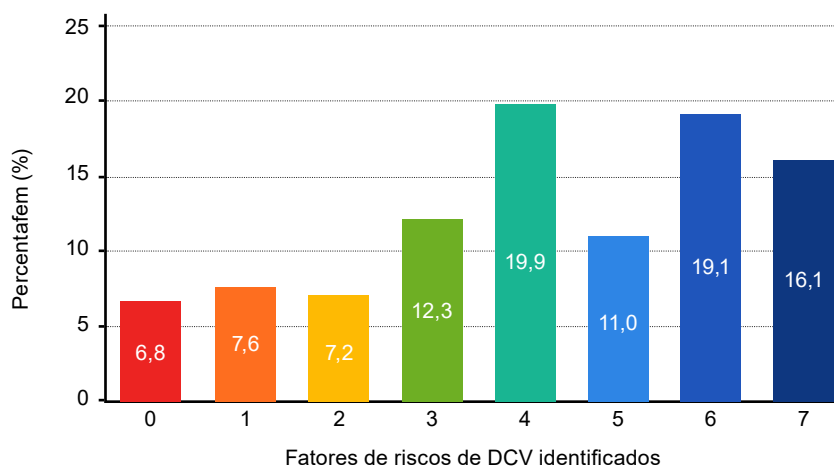


Gráfico 3 - Fatores de risco DCV



Tabela 2 - Respostas sobre as DCV e seus fatores de risco

Questões	Frequência (percentagem)		
	Sim	Não	Não sei
DCV são um conjunto de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos	181(76,7)	6(2,5)	49(20,8)
Enfarte agudo do Miocárdio é exemplo de DCV	149(63,1)	14(5,9)	73(30,9)
Acidente vascular cerebral é exemplo de DCV	136(57,6)	32(13,6)	68(28,8)
Doenças cardíacas congênitas é exemplo de DCV	89(37,7)	39(16,5)	108(45,8)
Valvulopatia reumática é exemplo de DCV	107(45,3)	24(10,2)	105(44,5)
Doença arterial periférica é exemplo de DCV	92(39,0)	47(19,9)	97(41,1)
Trombose venosa profunda e tromboembolia pulmonar é exemplo de DCV	77(32,6)	50(21,2)	109(46,2)
Uma pessoa com DCV sempre sabe que tem a doença.	42(17,8)	130(55,1)	64(27,1)
Ter familiar com DCV aumenta o risco de vir a ter DCV	73(30,9)	73(30,9)	90(38,1)
Diabetes aumenta risco para DCV	148(62,7)	16(6,8)	72(30,5)
Hipertensão arterial aumenta risco para DCV	163(68,6)	15(6,4)	59(25,0)
Dislipidemia aumenta risco para DCV	105(44,5)	23(9,7)	108(45,8)
Consumo de tabaco aumenta risco para DCV	161(68,2)	19(8,1)	56(23,7)
Comer verduras, legumes e frutas é benéfico para prevenção das DCV e das suas complicações	200(84,7)	12(5,1)	24(10,2)
Sedentarismo aumenta o risco de DCV.	175(74,2)	16(6,8)	45(19,1)
Comer fast foods, refrigerantes, e doces aumenta risco para DCV.	169(71,6)	15(6,4)	52(22,0)

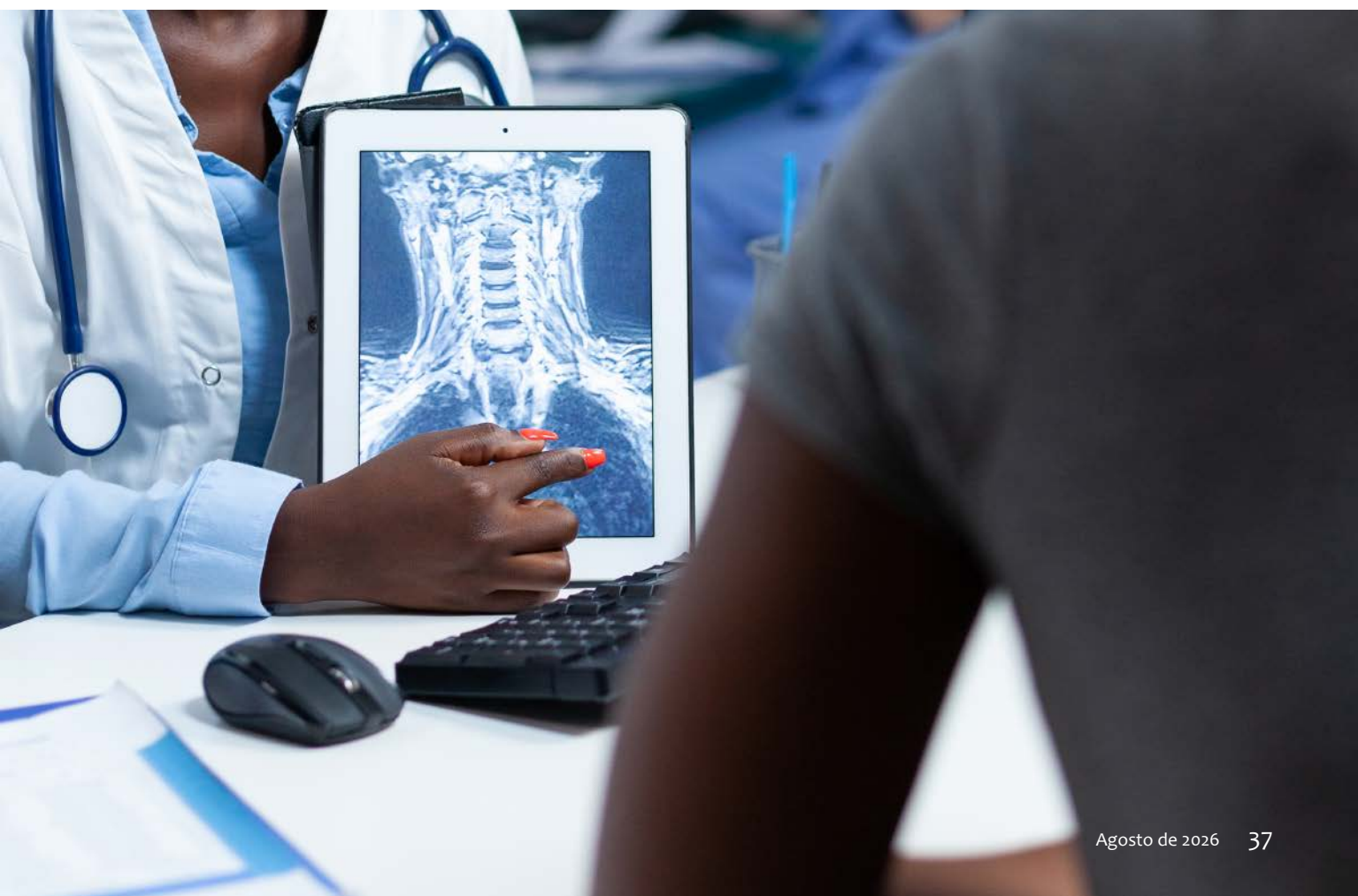


Tabela 3 - Associação entre o nível de conhecimento das DCV, e características dos inquiridos

Item		Nível de conhecimento sobre DCV e seus fatores de risco			p-value
Baixo		Médio	Alto		
Sexo	Masculino	49	50	9	0,004
	Feminino	38	62	28	
Idade	18-23	74	88	19	<0,001
	24-29	4	17	10	
	30-35	9	7	8	
Estado civil	Solteiro	85	106	29	<0,001
	Casado	2	6	8	
Agregado familiar	Unitária	2	0	3	0,002
	Nuclear	13	14	10	
	Monoparental	1	2	2	
	Alargada	69	88	17	
	Outros	2	8	5	
Escolaridade	Até 12 ano	74	81	13	<0,001
	Licenciatura e Formação profissional	13	31	21	
	Mestrado e Doutoramento	1	0	3	
Situação Laboral	Desempregado	1	3	1	0,088
	Estudante	68	82	20	
	Empregado	18	27	16	
Rendimento familiar	<15.000CVE	36	49	11	0,029
	15.000-50.000CVE	42	41	13	
	50.000-150.000CVE	9	21	13	
	≥150.000CVE	0	1	0	

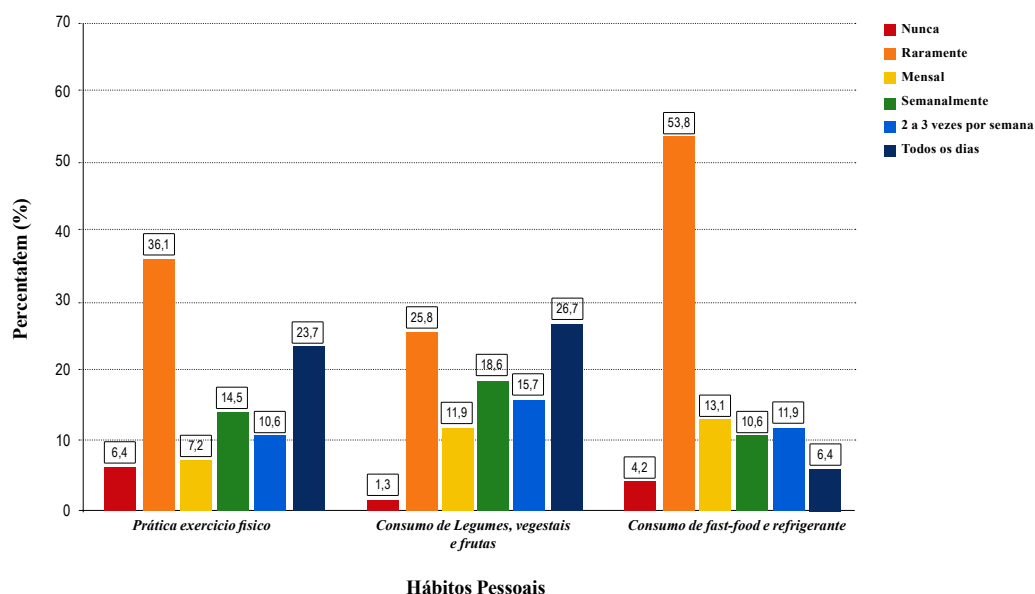


Gráfico 4 Hábitos pessoais 1

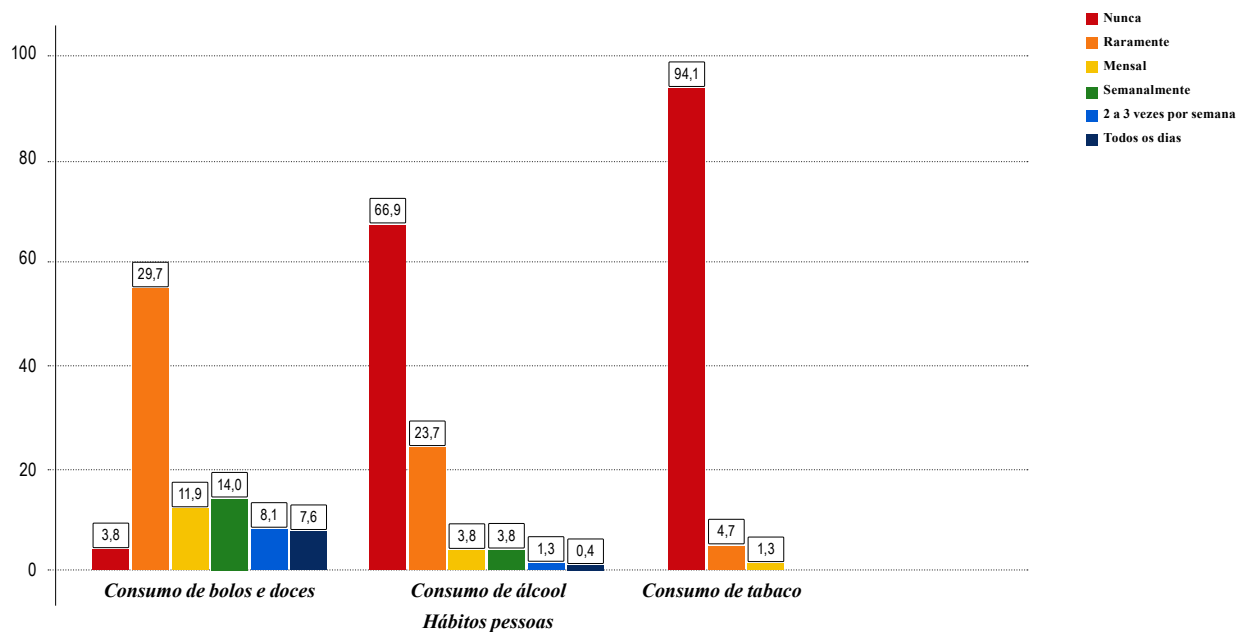


Gráfico 5 Hábitos pessoais 2

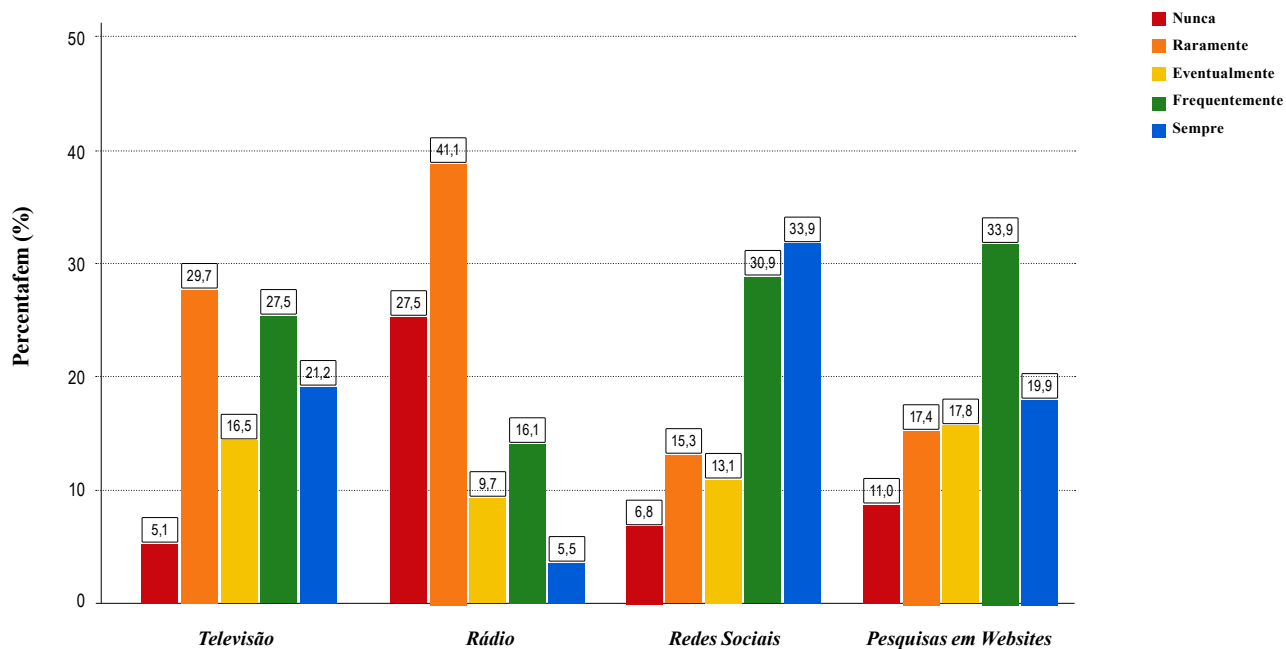


Gráfico 6 Fonte de informação 1

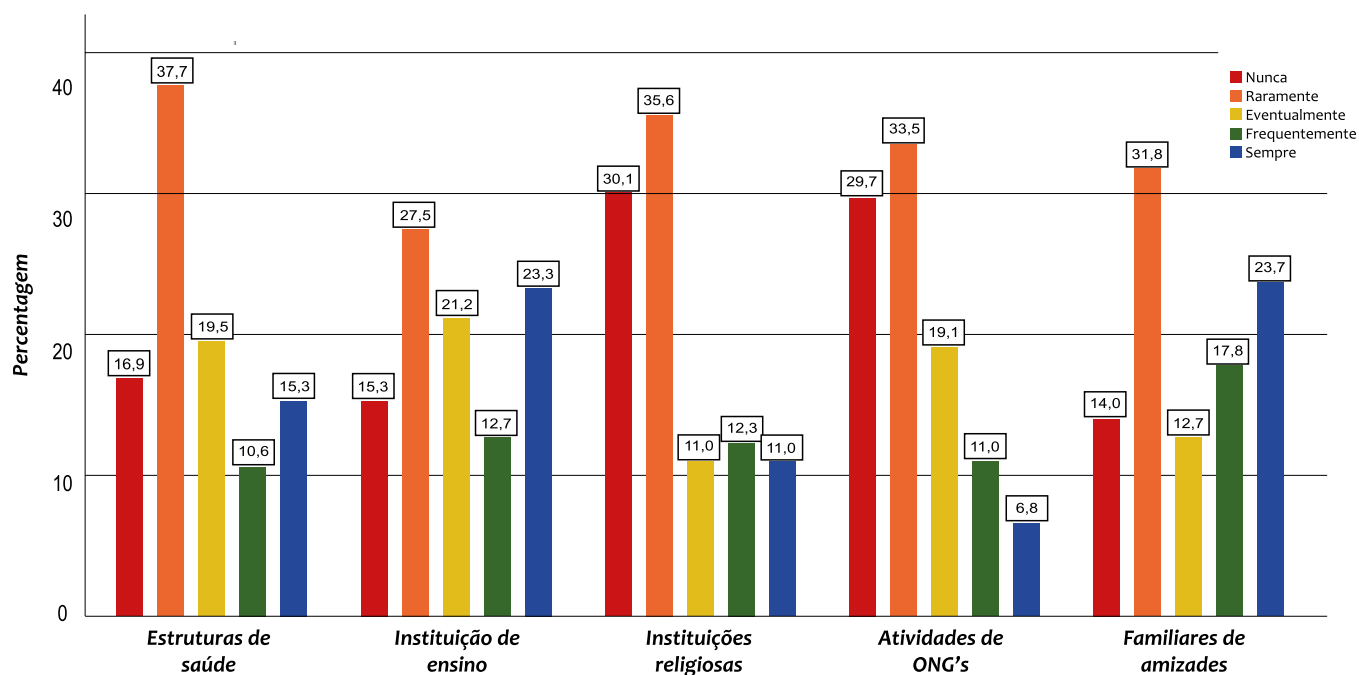


Gráfico 7 Fonte de informações 2

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>
- World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 24]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Nascimento BR, Brant LCC, Naback ADN, Veloso GA, Polanczyk CA, Ribeiro ALP, et al. Burden of Cardiovascular Diseases Attributable to Risk Factors in Portuguese-Speaking Countries: Data from the “Global Burden of Disease 2019” Study. Sociedade Brasileira de Cardiologia [Internet]. 2022 Jun 3 [cited 2022 Aug 25];118(6):1028–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35703642/>
- Ministério da Saúde e Segurança Social. Relatório Estatístico 2019 [Internet]. Praia: Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde; 2020 [cited 2022 Aug 25]. Available from: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1577-relatorio-estatistico-de-2019/file>
- Câmara Municipal de Santa Cruz. Plano estratégico municipal de desenvolvimento Santa Cruz. 2021;
- Francula-Zaninovic S, Nola IA. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. Curr Cardiol Rev [Internet]. 2018 Feb 23 [cited 2022 Aug 25];14(3):153–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29473518/>
- Ministério da Saúde e Segurança Social. Segundo Inquérito Nacional sobre os Fatores de Risco das Doenças Não Transmissíveis (IDNT II) [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 11]. Available from: https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Relatório_IDNT_II_-_19-10-2021_-_FINAL.cleaned.pdf
- Slavin SD, Khera R, Zafar SY, Nasir K, Warraich HJ. Financial burden, distress, and toxicity in cardiovascular disease. Am Heart J. 2021 Aug 1;238:75–84.
- Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2018 Jul 10 [cited 2022 Sep 13];138(2):e48–74. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29866648/>

10. Instituto Nacional de Estatística. Projeções demográficas da população por concelho e faixa etária, 2010-2030 - INE [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 8]. Available from: <https://ine.cv/quadros/resumo-das-projecoes-demograficas-da-populacao-concelho-2010-2030/>

11. Aminde LN, Takah N, Ngwasiri C, Noubiap JJ, Tindong M, Dzudie A, et al. Population awareness of cardiovascular disease and its risk factors in Buea, Cameroon. BMC Public Health [Internet]. 2017 Jun 5 [cited 2022 Sep 13];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28583117/>

12. Mukattash TL, Shara M, Jarab AS, Al-Azzam SI, Almaaytah A, Al Hamarneh YN. Public knowledge and awareness of cardiovascular disease and its risk factors: a cross-sectional study of 1000 Jordanians. Int J Pharm Pract [Internet]. 2012 Dec [cited 2022 Sep 14];20(6):367-76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23134095/>

13. Jafary FH, Aslam F, Mahmud H, Waheed A, Shakir M, Afzal A, et al. Cardiovascular health knowledge and behavior in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan--a cause for concern. BMC Public Health [Internet]. 2005 Nov 25 [cited 2022 Sep 14];5(124). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16309553/>

14. Al Hamarneh YN, Crealey GE, McElney JC. Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. Int J Clin Pharm [Internet]. 2011 Feb [cited 2022 Sep 14];33(1):111-23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21365403/>

15. Awad A, Al-Nafisi H. Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey. BMC Public Health [Internet]. 2014 [cited 2022 Sep 13];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25367768/>

16. Attarchi M, Mohammadi S, Nojomi M, Labbafinejad Y. Knowledge and Practice Assessment of Workers in a Pharmaceutical Company about Prevention of Coronary Artery Disease. Acta Med Iran [Internet]. 2012 [cited 2022 Sep 14];50(10):697-703. Available from: <https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/3976>

17. Krupp K, Wilcox ML, Srinivas A, Srinivas V, Madhivanan P, Bastida E. Cardiovascular Risk Factor Knowledge and Behaviors Among Low-Income Urban Women in Mysore, India. J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Sep 13];35(6):588-98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32084082/>

18. Potvin L, Richard L, Edwards AC. Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. Can Med Assoc J [Internet]. 2000 May 5 [cited 2022 Sep 14];162(9). Available from: [/pmc/articles/PMC1232442/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC1232442/?report=abstract)

19. Embaló B, Joaquim DC, Culubali MS, Cláudia V, Girão C, Freire De Sousa D, et al. CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS. Revista Enfermagem Atual In Derme [Internet]. 2021 Oct 9 [cited 2022 Sep 15];95(36). Available from: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1122>

20. Tabassum R, Froeschl G, Cruz JP, Colet PC, Dey S, Islam SMS. Untapped aspects of mass media campaigns for changing health behaviour towards non-communicable diseases in Bangladesh. Global Health [Internet]. 2018 Jan 18 [cited 2022 Sep 15];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29347986/>



“a qualidade em análises clínicas”

Laboratório Central:
Rua Largo da Europa,
Achada de Santo António, Praia
C.P. 307 - Telefone 262 31 30
Fax: 262 46 62,
lac@cvtelecom.cv

Posto do Plateau:
Avenida Andrade Corvo,
Nº 35, 1ª Andar, Plateau, Praia
Telefone: 261 74 08
(Frente a Sede da Cruz Vermelha)
lac.plateau@cvtelecom.cv

Posto do Palmarejo:
Avenida do Palmarejo,
Nº 16, R/C Dtº, Praia
Telefone: 262 77 85
lac.palmarejo@cvtelecom.cv

FARMÁCIA SANTA ISABEL



HORÁRIO
Segunda à Sexta
08 às 20Horas

Sábado
09 às 13horas

Achada Santo António - Praia - Cabo Verde
Tel: 00238 262 37 47 E-mail: santaisabel@cvtelecom.cv

Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: a organização nos ACES

Autora:

Dra. Fátima Teixeira

Assistente Graduada Sénior de MGF

Coordenadora da ECSCP ACES Sotavento



RESUMO

A organização dos Cuidados Paliativos (CP) em Portugal tem evoluído progressivamente nas últimas décadas, acompanhando o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde e a crescente necessidade de resposta às pessoas com doenças crónicas, progressivas e ameaçadoras da vida. Atualmente, os CP encontram-se organizados em diferentes níveis assistenciais, incluindo estruturas hospitalares e comunitárias que trabalham de forma articulada.

O presente texto descreve a organização dos Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, com particular enfoque nas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), refletindo igualmente sobre as potenciais implicações da generalização das Unidades Locais de Saúde (ULS).

Desde o início da prestação de CP em Portugal foram adotadas formas organizativas distintas. Em al-

gumas regiões do país, as equipas são autónomas e independentes desde a sua criação, como acontece na região do Algarve desde 2007. Tal realidade justifica-se pela especificidade da prestação de cuidados em dois níveis assistenciais distintos e pela participação de diferentes especialidades profissionais.

A prestação de Cuidados Paliativos tem demonstrado ser custo-efetiva no acompanhamento de pessoas com doenças crónicas e progressivas, proporcionando melhor controlo dos sintomas, maior qualidade de vida, redução dos episódios de urgência, diminuição dos internamentos hospitalares, utilização mais eficiente dos recursos disponíveis e maior comodidade através dos cuidados domiciliários prestados pelas ECSCP.

Em tempos de mudança organizacional, importa refletir sobre as implicações que a criação de novas Unidades Locais de Saúde poderá ter na estrutura e no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal.

CUIDADOS PALIATIVOS NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE: O QUE EXISTE

Os Cuidados de Saúde Primários estão organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Estes possuem autonomia administrativa e são constituídos por diferentes unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde.

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos são equipas multidisciplinares dos Cuidados de Saúde Primários, dotadas de recursos específicos que podem estar integradas nos ACES ou nas ULS. Prestam cuidados domiciliários, garantindo a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar, desenvolvendo a sua atividade com autonomia técnica e em estreita articulação com as restantes estruturas de saúde e apoio social.

Possuem centro de custos próprio, mas continuam sem reconhecimento formal como unidades funcionais, encontrando-se impedidas de contratualizar objetivos e beneficiar dos incentivos atribuídos a outras unidades assistenciais.

NOVAS ULS: DUAS PROPOSTAS DE ORGANIZAÇÃO

A criação de novas ULS depara-se com a realidade descrita, possibilitando novas configurações organizacionais para os Cuidados Paliativos. O modelo integrado atualmente existente em algumas ULS portuguesas tem demonstrado efetividade na articulação entre os cuidados hospitalares e comunitários.

Apesar das vantagens deste modelo, deverá ponderar-se a manutenção das estruturas autónomas atualmente existentes em cada nível de cuidados, sobretudo em contextos onde já demonstraram bons resultados, como no Algarve. A descentralização favorece a participação dos profissionais na gestão das unidades e valoriza as coordenações locais. Sou da opinião de que, nas ULS, poderão coexistir equipas autónomas e integradas, aproveitando sinergias e respeitando as diferenças entre a prestação de cuidados hospitalares e comunitários.

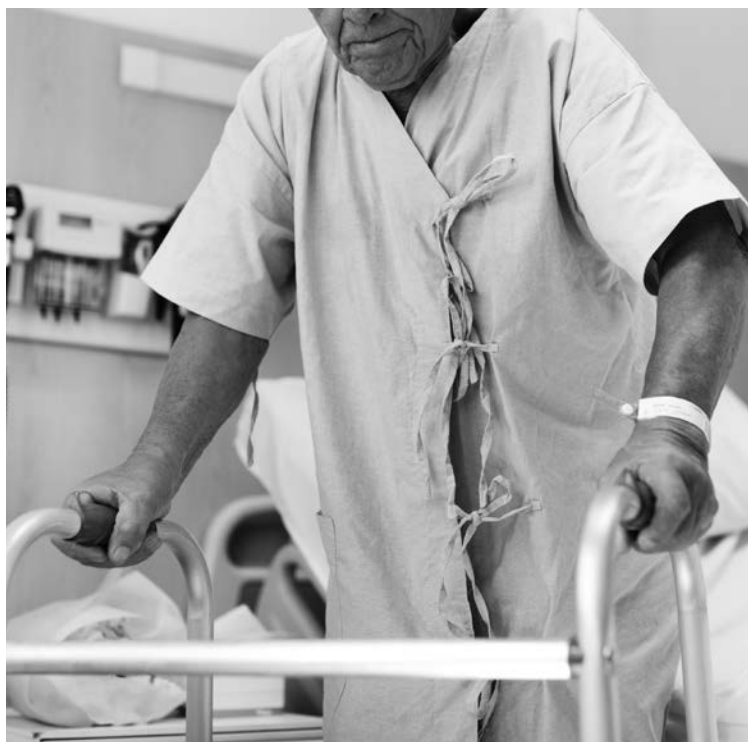
OS CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA VERSUS UNIDADES FUNCIONAIS

Os Centros de Responsabilidade Integrada constituem modelos organizacionais assentes na contratualização de objetivos e responsabilização pelos resultados. Em vários aspetos, são comparáveis às unidades funcionais dos ACES, partilhando características de autonomia e avaliação de desempenho.

CONCLUSÃO

Para garantir um ambiente favorável ao desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, identificam-se vantagens na manutenção das atuais estruturas autónomas em determinados contextos, reconhecendo simultaneamente a necessidade de integração funcional no âmbito das ULS. Defende-se o reconhecimento das ECSCP como unidades funcionais, permitindo a contratualização por objetivos e eliminando a situação de indefinição organizacional em que atualmente se encontram.

Cada ULS terá uma realidade própria. O sucesso da sua implementação dependerá da capacidade de adaptação às especificidades regionais, do respeito pela experiência acumulada das equipas e da valorização dos profissionais que têm contribuído para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal.





FARMÁCIA
Moderna

Avenida Amílcar Cabral
Plateau- Praia
Santiago

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

HORÁRIO

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



LABO JOVEM

Laboratório de Análises Clínicas
de Dra. Isaura Gomes

Desde 1989
A sua melhor escolha

+ DE 300 TIPOS DE EXAME

- Teste de Paternidade
- Teste Covid-19
- Endocrinologia
- Anatomia patológica
- Imunologia
- Microbiologia
- Bioquímica clínica
- Hematologia
- Urinálise
- Genética

Posto de colheita Porto Novo Santo Antão

Funcionamento: 2ª a 6ª Feira: 8h00 - 16h00
Sábado: 9h00 - 11h30
Colheita: 4ª e 6ª Feira a partir das 7h30

Posto de colheita São Nicolau

Funcionamento: 2ª a 6ª Feira: 9h - 12h30
Sábado: 9h00 - 11h30
Marcação prévia



Colheita à domicílio



Resultado de exames por e-mail



Atendimento humanizado



Desde 2013 com avaliação externa
da qualidade



Desde 2013 com SGQ Certificado ISO
9001-2015

Exames com resultado no mesmo dia



2310 827



953 93 16



Av.12 de Setembro Mindelo-São Vicente

Email: atendimento@labojovem.cv



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.

Tomin

O COMPLEMENTO IDEAL PARA UMA INFÂNCIA DE BRINCADEIRAS SAUDÁVEIS



Crescer com saúde,
é crescer com Tomin.

Mais energia e foco
para brincar,
aprender e crescer.

Imunidade forte
todos os dias!

Mais Ferro, mais saúde,
mais disposição!



+ SAÚDE

+ FELICIDADE

+ PROTEÇÃO

+ FORÇA

📍 Zona Industrial de Tira-Chapéu,
apartado 472, Praia Cabo Verde

☎ 4366015

✉ geral@inpharma.cv

📘 Inpharma

📷 Inpharma.cv





ORDEM DOS
MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

30
ANOS
—★—

PELOS MÉDICOS

hoje e sempre.

1997 - 2027

#30ANOSOMC