ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

Revista da ORDEM DOS MÉDICOS

www.ordemdosmedicos.cv

III Série Nº 26 - Janeiro de 2021

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.

INPS
FAÇA A ENTREGA DAS FOLHAS DE ORDENADOS E SALÁRIOS
E O PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES COM
TODA A TRANQUILIDADE E SEGURANÇA QUE MERECE
Para mais informações
acesse o https://www.inps.cv/ajuda/ e/ou ligue para o 2609157

SUMÁRIO

Pesquisas pág. 6

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM O VIH/SIDA

Jacqueline Cid Cruz, Pedro Lopes Ferreira e Artur Jorge Correia

Casos Clínicos pág.18

COVID - 19 NA GESTAÇÃO, RELATO DE UM CASO DO HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA

Nilce Ariane Spencer Santos, Madelin Mari Fidalgo e Risete Inocêncio Gomes

Artigos de Revisão pág.26

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO – CO-TESTE COMO ESTRATÉGIA

Rita Vieira , Ana Teixeira e Isabel Macedo Pinto

O ENFRENTAMENTO DA ATUAL CRISE SANITÁRIA: O AUTOCUIDADO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COMO ÉTICA DO CUIDADO

Belmira Miranda

AS DIFERENTES DIMENSÕES DO SOFRIMENTO

Maria Paula Silva , Emília Pinto e Isabel Macedo Pinto

Imagens em Medicina pág. 36

CÁLCULO CORALIFORME

Mário Frederico

História da Medicina em CV pág. 38

UM POUCO DA HISTÓRIA DA MEDICINA EM CABO VERDE – PARTE 1

Arsénio Pina

Pagina do Estudante pág. 44

O COVID´IZER NAS AULAS DURANTE A QUARENTENA

Eliane Mascarenhas, Emeline Vieira, Flávio Furtado, Hillary Duarte, Jaqueline Costa, Jeanise Brito, João Brito, Joceline Pires, Katia Rosa, Leandra Vicente, Lenilda Silva, Lia Centeio; Luís Fernandes, Maria Lopes, Maria Tavares, Marline Gonçalves, Nair Reis, Silvana Veiga, Yahaira Lima e Yasmine Flor

FICHA TÉCNICA

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

Direcção da Revista
Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos

Editor-chefe
Maria do Céu Teixeira

Editor- convidado
José Raposo
Jorge Barreto

Equipa Redatoria
Valeria Semedo
Luisa Santiago
Murtala Keita
Helder Tavares
Neusa Semedo
Paulo Almeida
Antonieta Martins

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

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

Colaboram neste nº
Danielson Veiga
Jacqueline Cid Cruz
Pedro Lopes Ferreira
Artur Jorge Correia
Janaína Vicente
Romina Rodrigues
Nilce Ariane Spencer Santos
Madelin Mari Fidalgo
Risete Inocêncio Gomes
Rita Vieira
Ana Teixeira
Isabel Macedo Pinto
Belmira Miranda
Débora Silves Ferreira
Sara Oliveira
Maria Paula Silva
Emília Pinto
Isabel Macedo Pinto
Mário Frederico
Arsénio Pina
Eliane Mascarenhas
Emeline Vieira
Flávio Furtado
Hillary Duarte
Jaqueline Costa
Jeanise Brito
João Brito
Joceline Pires
Katia Rosa
Leandra Vicente
Lenilda Silva
Lia Centeio
Luís Fernandes
Maria Lopes
Maria Tavares
Marline Gonçalves
Nair Reis
Silvana Veiga
Yahaira Lima
Yasmine Flor

Tiragem
1000 exemplares

Reflexão sobre o COVID 19- O que ficou!

Em janeiro de 2020, o mundo foi surpreendido pelo COVID 19 e no dia 11 de Março a Organização Mundial da Saúde declarou o que todos temiam: a pandemia pelo COVID 19!

O Mundo estava em guerra contra o vírus do SARS--CoV-2 e em clara desvantagem, pois pouco se sabia sobre este vírus, sobre a sua transmissão rápida e o que inicialmente foi considerado uma doença respiratória, rapidamente transformou-se em uma doença multisistémica.

No dia 19 de Março de 2020 Cabo Verde acordou em alvoroço. Menos de duas semanas após o anúncio da OMS, Cabo Verde viria a ter o seu primeiro caso.

Definiu-se medidas emergentes, algumas polémicas, mas consideradas necessárias para vencer a luta contra o invisível. Com o tempo, os cientistas/investigadores foram divulgando mais informações que permitiram implementar medidas com maior suporte em termos de evidência científica.

Mas sabemos que ainda estamos longe de conhecer todas as consequências desta situação ímpar.

Esta catástrofe económica e social não escolheu raças nem classes sociais. Assolou o mundo de forma devastadora e colocou a prova os sistemas políticos dos países, com realce na saúde.

Contudo, apesar das perdas irreparáveis e dos desafios impostos, tivemos que dar uma resposta que, em alguns casos, veio atrasada. Neste domínio destaco alguns aprendizados e oportunidades que surgiram com a crise. O principal foi perceber que a saúde deve ser a prioridade de qualquer sistema politico e que o investimento na saúde deve ser aumentado, pois revelou-se claramente insuficiente em todos os quatro cantos do mundo. Em Cabo Verde aproveitou-se a oportunidade para aquisição de materiais (nomeadamente ventiladores, laboratórios de virologia…) que já eram necessários há muito tempo.

Outro aspeto a destacar é o surgimento de formas alternativas de prestação de assistência, nomeadamente via telefone. Em várias paragens foi instituído a teleconsulta, o que permitiu manter a assistência médica. Apesar de tudo , o peso das doenças crónicas não transmissíveis fez-se sentir, com um aumento das complicações e descompensações das mesmas, tendo a teleconsulta e as redes de apoio sociais nas comunidades reafirmado o seu lugar de destaque na saúde.

Para além da evidencia da necessidade de se apostar num sistema de saúde robusto, que não perde vista nenhum dos setores da saúde, desde a saúde de pública aos cuidados de saúde hospitalares, como os cuidados intensivos, que se mostraram insuficientes.

Outro ganho obtida foi criação e disseminação do uso de plataformas virtuais que permitiram a realização de reuniões e formações, que provaram que é possível racionar, mantendo a atualização científica que, em outros tempos, era de difícil acesso para todos os médicos, sobretudo em CABO VERDE.

Por fim destaco a multidisciplinaridade na manutenção da saúde. Como se mostrou no combate ao COVID, todos têm um papel na proteção e promoção da saúde, desde o cidadão comum até o decisor politico.

Foi preciso desenvolver estratégias de comunicação, mobilizar a sociedade civil, as ONG, os Bombeiros, a Polícia, as estruturas de saúde.

Faltou um maior envolvimento do sistema privado de saúde para complementar o público, o que construíria a visão de que a saúde é uma responsabilidade de todos.

Finalizo esta reflexão com uma singela homenagem aos profissionais de saúde, e em particular aos médicos, que desde o primeiro momento se manifestaram disponíveis para tudo o que fosse necessário em prol da defesa da saúde e dos doentes.

Danielson Veiga

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM O VIH/SIDA

Autores:
Jacqueline Cid Cruz [1], Pedro Lopes Ferreira [2], Artur Jorge Correia [3]

(1) Mestre em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade de Cabo Verde

(2) Professor Catedrático, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

(3) Mestre em Saúde Pública e Doutor em Saúde Internacional

RESUMO

A SIDA, enquanto doença crónica com tratamento contínuo e prolongado, afeta vários aspetos da vida das pessoas com VIH, com numerosas consequências biopsicossociais.

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com VIH inscritas na Consulta de Imunodeficiência da Delegacia de Saúde e dos Centros de Saúde de São Vicente. Para isso elaboraram-se os seguintes objetivos específicos: (i) descrever os aspetos sociodemográficos, clínicos, laboratoriais e de qualidade de vida das pessoas com VIH; e (ii) analisar as relações entre as condições sociodemográficas, os aspetos clínicos e a qualidade de vida das pessoas com VIH.

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, transversal e descritivo, em que aleatoriamente foram aplicados os questionários EQ-5D-5L e HIV-QL23, assim como dados sociodemográficos e clínicos. Foram excluídos do estudo os pacientes que não concordaram em participar, menores de 18 anos e os que não estavam a usar antirretrovirais. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e cada entrevista foi antecedida de um consentimento informado.

Dos 157 doentes que foram objeto do estudo, 56,7% são do sexo feminino, com uma média de idade de 45 anos. A aplicação do HIV-QL23 apresentou uma média de 83,2, enquanto que a média do EQ-5D-5L foi de 81,5 para a escala visual analógica e de 92,3 para o índice de saúde. Tendo em conta as caraterís-

ticas, sociodemográficas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idade, situação familiar, escolaridade, renda e situação laboral.

Estes resultados sugerem que os instrumentos utilizados são úteis na monitorização do estado de saúde dos doentes infetados pelo VIH quer na prática clinica quer em ensaios clínicos.

PALAVRAS-CHAVE: VIH/SIDA. Qualidade de vida. Avaliação

ABSTRACT

AIDS, as a chronic disease with continuous and prolonged treatment, affects various aspects of the lives of people with HIV, with numerous biopsychosocial consequences.

The aim of this study is to evaluate the quality of life of people living with HIV enrolled in the Immunodeficiency Consultation of the Health Delegacy and Health Centers of São Vicente. To this end, the following specific objectives were developed: (i) to describe the sociodemographic, clinical, laboratory and quality of life aspects of people with HIV; and (ii) to analyze the relationships between socio-demographic conditions, clinical aspects and the quality of life of people with HIV.

This is a quantitative and qualitative, cross-sectional and descriptive study, where the EQ-5D-5L and HIV-QL23 questionnaires were randomly applied, as well as sociodemographic and clinical data. Patients who do not agree to participate, under 18 years of age and those who were not using antiretroviral drugs were excluded from the study. The study was approved by the National Data Protection Commission and each interview was preceded by informed consent.

Of the 157 patients, 56.7% were female, with an average age of 45 years. The application of HIV-QL23 presented an average of 83.2, while the mean EQ-5D-5L was 81.5 for the visual analog scale and 92.3 for the health index. Taking into account the sociodemographic characteristics, statistically significant differences were found in the variables age, family situation, schooling, income and work situation.

These results suggest that the instruments used are useful in monitoring the health status of HIV-infected patients both in clinical practice and in clinical trials.

KEYWORDS: HIV/AIDS. Quality of life. Assessment.

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta os resultados de um estudo cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com VIH inscritas na Consulta de Imunodeficiência da Sede da Delegacia de Saúde e dos Centros de Saúde de São Vicente.

O VIH provocou os primeiros casos de doenças raras em humanos, como a pneumonia por Pneumocystis jiroveci e o Sarcoma de Kaposi (1). Até à data, a nível mundial, cerca de 76 milhões de pessoas já foram infetadas pelo VIH e a SIDA já causou a morte de cerca de 33 milhões de indivíduos (2). No final de 2016 havia aproximadamente 36,7 milhões de pessoas vivendo com VIH e apenas 46% destas recebiam tratamento (3). Além disto, no final de 2019, já havia aproximadamente 38 milhões de pessoas com VIH, estimando-se que 81% sabia da sua condição, 67% estava recebendo terapia antirretroviral (TARV) e 59% havia atingido a supressão da carga viral do VIH. A Região Africana Subsariana é a mais afetada, com 25,7 milhões de pessoas vivendo com VIH em 2019, o que representa quase dois terços da população infetada pelo VIH a nível mundial (2).

Hoje, com o aparecimento da terapia antirretroviral, a SIDA é considerada uma doença crónica, o que faz com que estas pessoas convivam e enfrentem situações diversas durante vários anos. Torna-se relevante avaliar a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH com o objetivo de melhor conhecer o impacto e as consequências tanto do processo de infeção como dos efeitos dos diferentes regimes terapêuticos disponíveis atualmente (4,5).

A qualidade de vida é entendida pela Organização Mundial da Saúde como "a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações de saúde" (6:41). Por outro lado, a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH tem sido associada às caraterísticas sociodemográficas, económicas e clínicas como idade, género, etnia, nível educacional, renda, emprego e tipo de acesso aos cuidados de saúde, para além da própria condição clínica do paciente (7).

As primeiras abordagens sobre a qualidade de vida na infeção pelo VIH/SIDA surgiram ainda antes da era da terapia, focadas predominantemente em sintomas físicos como a dor e a fadiga, ou seja, no momento em que a doença estava associada à iminência de morte, com o aparecimento e o agravamento dos sintomas, que acabavam por deteriorar a qualidade de vida dessas pessoas (8,9).

Com a cronicidade da infeção e o aumento da longevidade, a literatura tem descrito diversos fatores sociodemográficos, clínicos e laboratoriais que podem influenciar a qualidade de vida das pessoas com VIH. Considerando a natureza do exercício do profissional de saúde, que obriga a que as decisões tomadas tenham por base evidências científicas resultantes de estudos sistemáticos e sistémicos, uma vez que estas podem ter impacto a diversos níveis, desde o paciente até à própria gestão da saúde, e considerando que Cabo Verde já iniciou este tipo de processo de gestão da saúde sobre a qualidade de vida das pessoas com VIH (10), julgou-se oportuna a realização do presente estudo.

Diante dos avanços e das importantes mudanças descritas, há questões que nortearam esta pesquisa e permitiram identificar o seguinte problema: as condições sociodemográficas, clínicas e laboratoriais influenciam a qualidade de vida das pessoas com VIH?

Para abordar este problema, e operacionalizar um pouco mais, formularam-se então as seguintes hipóteses: (i) as condições sociodemográficas, a idade, o género, o estado civil, a escolaridade, a situação ocupacional e a renda familiar influenciam a qualidade de vida das pessoas com VIH; e (ii) os aspetos clínicos e laboratoriais relacionados com o tempo de conhecimento do diagnóstico, o tempo em TARV, a contagem de linfócitos CD4+ e a carga viral influenciam a qualidade de vida das pessoas com VIH.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o VIH/SIDA e a sua relação com os aspetos sociodemográficos, clínicos e laboratoriais. Para isso elaboraram-se os seguintes objetivos específicos: (i) descrever os aspetos sociodemográficos, clínicos, laboratoriais e de qualidade de vida das pessoas com VIH; e (ii) analisar as relações entre as condições sociodemográficas, os aspetos clínicos e a qualidade de vida das pessoas com VIH.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualiquantitativo, que usou o delineamento analítico-descritivo, de tipo correlacional e de corte transversal, cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida de uma população específica e verificar a associação dos resultados com caraterísticas clínicas e sociodemográficas. A população alvo é constituída por um grupo de indivíduos adultos, de ambos os sexos, que vivem com o VIH/SIDA, em tratamento antirretroviral, e seguidos nas Consultas de Imunodeficiência dos Centros de Saúde e na Delegacia de Saúde de São Vicente. Foram excluídos do estudo os pacientes que não concordaram em participar, menores de 18 anos e os que não estavam a usar antirretrovirais. Para obtenção dos dados utilizou-se inquéritos por questionário, o instrumento especifico HIV-QL23 para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos infetados pelo VIH e o instrumento de medição EQ-5D-5L, que avalia a qualidade de vida em geral.

O HIV-QL23 é um instrumento especifico para avaliação da qualidade de vida das pessoas com VIH. Contém 23 questões e o seu objetivo é avaliar o impacto da doença e do tratamento sob o ponto de vista das pessoas com VIH. Deriva do instrumento HIV-QL31, desenvolvido em França por Leplége et al. (11), e a versão portuguesa foi elaborada em 2003 no âmbito de duas dissertações de mestrado da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa e da Faculdade

de Economia da Universidade de Coimbra (12,13).

O EQ-5D-5L é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, que permite gerar um índice, representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. É composto por um sistema descritivo da saúde através de cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão), e de uma autoavaliação global do estado de saúde, usando uma escala visual analógica. A versão portuguesa e o respetivo sistema de valores são da autoria do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) (14).

Para determinar quais as dimensões subjacentes às respostas ao instrumento de medição, e melhor interpretar os resultados, foi utilizada a análise de componentes principais com rotação varimax, após confirmação pela medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e pelo teste de esfericidade de Bartlett. A medida KMO, indicando a proporção da variância explicada pelos fatores subjacentes, deve ser próximo de 1 e o teste de esfericidade de Bartlett deverá estar associado a um nível de significância inferior a 0,05.

Além disto, para responder às hipóteses atrás formuladas, foram também utilizados os testes t de Student para a diferença entre duas subamostras e a ANOVA para a comparação entre três ou mais subamostras.

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização nº 131/2019) e cada entrevista foi antecedida de um consentimento informado e assinado pelo participante e pelo investigador.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico e económico

A caraterização do perfil das 157 pessoas com VIH participantes foi feita com base em variáveis como o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação laboral e o rendimento mensal familiar. A tabela 1 apresenta a distribuição destas caraz-terísticas sociodemográficas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra em estudo (n=157)

Variável	Valor	Frequência	%
Género	Masculino	68	43,3
	Feminino	89	56,7
Idade (anos)	18 a 29	11	7,0
	30 a 39	23	14,7
	40 a 49	55	35,0
	50 a 59	37	23,6
	60 ou mais	31	19,7
Estado civil	Solteiro	91	58,0
	Casado ou em união de facto	55	35,0
	Divorciado	4	2,5
	Viúvo	2	1,3
	Separado	5	3,2
	Analfabeto	6	3,8

*Continua na outra página

Habilitações literárias	Básico incompleto	102	65,1
	Básico completo	13	8,3
	Secundário incompleto	18	11,5
	Secundário completo	9	5,7
	Bacharelato incompleto	1	0,6
	Bacharelato completo	1	0,6
	Licenciatura	1	0,6
	Não respondeu	6	3,8
Situação laboral	Empregado sem vínculo laboral	58	36,9
	Empregado com vínculo laboral	27	17,2
	Desempregado	54	34,4
	Aposentado	16	10,2
	Não respondeu	2	1,3
Renda mensal da família	Menos de 5 mil escudos	7	4,5
	5 a 10 mil escudos	26	16,6
	11 a 35 mil escudos	91	58,0
	> 35 mil escudos	28	17,7
	Não respondeu	5	3,2

Analisando os resultados para as várias variáveis sociodemográficas, verifica-se que, de acordo com a variável género, a nossa amostra é constituída por 89 indivíduos do sexo feminino (56,7%). Relativamente à idade, apresenta uma média de idades de 47 anos, sendo o grupo etário mais representativo o correspondente a 50 ou mais anos (43,3%), sendo 30,9% desde do sexo masculino. Verifica-se que na faixa etária dos 18 aos 49 anos há um aumento crescente de casos de mulheres infetadas com VIH e que a partir dos 50 anos esta tendência inverte-se, registando-se um maior número de casos em homens.

Quanto ao estado civil, 58,0% dos indivíduos referiram ser solteiros e 35,0% indicaram ser casados ou viverem em união de facto. No que diz respeito às habilitações literárias, mais de metade dos indivíduos possuía o ensino básico incompleto (65,1%) e somente 1,2% dos indivíduos possui formação superior. Quanto à situação laboral, mais de metade da amostra (54,1%) encontrava-se empregada e 34,4% desempregada. No que se refere ao rendimento mensal, 4,5% dos indivíduos auferiam um rendimento inferior a 5 mil escudos, 58,0% um rendimento entre 11 e 35 mil escudos, e somente 17,7% tinham um rendimento superior a 35 mil escudos mensais.

Caraterísticas clínicas e laboratoriais

A tabela 2 apresenta os resultados referentes ao tipo de vírus e ao tempo de conhecimento do diagnóstico da infeção.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas com VIH segundo as variáveis clinicas

Variável	Valor	Frequência	%
Tipo de Vírus	VIH 1	115	73,2
	VIH 2	32	20,4
	VIH 1 e VIH 2	10	6,4
Período de conhecimento do diagnóstico da infeção	Menos de 1 ano	9	5,8
	1 a 5 anos	58	37,2
	6 a 10 anos	49	31,4
	Mais 10 anos	41	25,6

Relativamente ao tipo de vírus, pode-se afirmar que 115 pessoas estavam infetadas pelo VIH tipo 1 (73,2%), 32 estavam pelo VIH tipo 2 (20,4%) e 10 tinham a dupla infeção VIH 1 e 2 (6,4%). Quanto ao período de conhecimento do diagnóstico da infeção pelo VIH, 74,4% da amostra afirmou que convivia com o diagnóstico há menos de dez anos e destes 5,8% afirmou que convivia com o diagnóstico há menos de um ano.

A tabela 3 apresenta a distribuição das pessoas com HIV segundo a contagem de linfócitos TD4+, a carga viral e o número de internamentos devido a complicações do VIH.

Tabela 3 - Distribuição das pessoas com VIH

Variável	Valor	Frequência	%
Contagem dos linfócitos CD4+	<500 células/µl	75	47,8
	≥500 células/µl	69	43,9
Período da realização da última contagem dos linfócitos CD4+	Desconhecido	13	8,3
	Menos de 1 ano	114	72,6
	1 a 2 anos	28	17,8
	4 a 6 anos	2	1,3
	Desconhecido	13	8,3
Valor da última carga viral	Desconhecida	51	32,5
	Indetetável	49	31,2
	<1.000 cópias/ml	31	19,7
	≥1.000 cópias/ml	26	16,6
Período da realização da última carga viral	Desconhecido	55	35
	< 1 ano	33	21,1
	1 a 5 anos	64	40,8
	6 a 10 anos	4	2,5
	> 10 anos	1	0,6
Número de internamentos devido a complicações do VIH	Nenhum	136	86,6
	1	17	10,8
	2	4	2,5

Relacionado com estes parâmetros, verificou-se que as pessoas com VIH apresentaram boas condições clinicas observadas pela contagem de linfócitos CD4+ e pela carga viral. Relativamente à contagem dos linfócitos T CD4+, observou-se que 47,8% tinha menos de 500 células/µl e 8,3% desconheciam o valor da última contagem. Quanto ao período da realização da última contagem dos linfócitos T CD4+, 72,6% tinha feito a última contagem há menos de um ano e 8,3% desconhecia o período em que tinha realizado essa última contagem.

Relativamente ao valor da última carga viral realizada na amostra em estudo, 50,9% apresentava uma carga viral menor do que 1.000 cópias/ml e, destes, 31,2% apresentava uma carga viral indetetável e apenas 16,6% apresentava uma carga viral superior a 1.000 cópias/ml. Com referência ao período da realização da última carga viral, 21,0% da nossa amostra tinha menos de um ano, 40,8% tinha realizado a carga viral entre um a cinco anos e 35% desconhecia a data da realização da última carga viral. Relativamente ao número de internamentos devido a complicações do VIH nos últimos 12 meses, 86,6% da nossa amostra referiu que não estivera internado, e 2,5% refere que nesse tempo estivera internado duas vezes.

A tabela 4 apresenta os valores descritivos das caraterísticas clínicas e laboratoriais.

Tabela 4 - Valores descritivos das caraterísticas clínicas e laboratoriais

Variável	Média	Desvio Padrão
Tempo de diagnóstico da doença (anos)	6,7	4,315
Período em TARV (anos)	5,1	4,0
Contagem de Linfócitos TCD4+(células/µl)	491,0	33,4
Carga Viral (cópias/ml)	20287,0	76845,4

De acordo com esta tabela, em termos clínicos e segundo a amostra em estudo, a média do tempo de diagnóstico foi de aproximadamente 7 anos e, no que diz respeito ao período de TARV, a média foi de 5 anos. Quanto à contagem de linfócitos TCD4+, a média foi de 491,0 células/µL, enquanto que a carga viral média foi de $2{,}02 \times 10^4$ cópias/ml·

Qualidade de vida

Para analisar as respostas ao instrumento de medição HIV-QL23, procedeu-se à determinação das dimensões subjacentes às respostas dos doentes. O valor da KMO foi de 0,768, considerado bom, e a significância associada ao teste de Bartlett foi < 0,001. A tabela 5 apresenta os pesos associados a cada fator, assim como os correspondentes valores próprios e as percentagens simples e acumuladas da variância explicada.

Tabela 5 - Resultados da análise das componentes principais dos dados do HIV-QL23

	Social	Física	Sexual	Emocional	Dificuldades
Prazer em estar com os outros	0,778				
Não sinto vontade de ver amigos	0,651				
Tratamento difícil de levar a cabo	0,640				
Dificuldade em contactar com outros	0,576				
Evito pessoas o mais possível	0,545				
Evito ter relações sexuais	0,536				
Sinto-me triste e abatido/a	0,496				
Sinto prazer nas relações sexuais	0,452				
Fazer face aos problemas do dia-a-dia		0,771			
Dificuldade a subir ou descer um degrau		0,713			
Dores impendem de fazer o que quero		0,661			
Sinto-me transbordante de energia		0,589			
Sinto que já não podem contar comigo		0,547			
Já não tenho desejo sexual			0,814		
A vida sexual já não me interessa			0,782		
Dificuldade em tomar decisões				0,720	
Sinto-me amado/a				0,653	
Dificuldade em manter uma conversa				0,525	

*Continua na outra página

Sinto-me calmo/a e despreocupado/a				0,468	
Só consigo pensar na doença				0,415	
Não cuido da minha aparência					0,506
Tratamentos impedem-me de ver amigos					0,488
Dificuldades em comer					0,417
Valor próprio	5,389	1,856	1,659	1,505	1,369
% de variância	23,4	8,1	7,2	6,5	5,9
% acumulada de variância	23,4	31,5	38,7	45,2	51,1

Com base nestes resultados podemos afirmar que as respostas das pessoas com VIH ao instrumento de medição HIV-QL23 podem ser representadas por cinco grandes dimensões com as respetivas percentagens de variância: social (23,4%), física (8,1%), sexual (7,2%), emocional (6,5%) e dificuldades (5,9%). A percentagem total de variância explicada por este modelo atingiu 51,1%.

Calculadas as pontuações referentes a cada dimensão, a tabela 6 apresenta a respetiva estatística descritiva.

Tabela 6 - Pontuação do questionário HIV-QL23

Dimensão	Média	Desvio Padrão
Física	84,5	22,2
Emocional	83,9	16,8
Social	79,8	20,3
Sexual	77,6	32,6
Dificuldades	92,7	15,3
Total HIV-QL23	83,2	14,7

Partindo do princípio de que um maior valor no HIV--QL23 representa uma maior qualidade de vida e analisando esta tabela, podemos afirmar que os pacientes com VIH da nossa amostra, em média, apresentam uma boa qualidade de vida como consequência da sua doença (83,2±14,7). Isto é ainda mais evidente no que respeita às dificuldades e limitações relacionada com o VIH (92,7±15,3). São nas dimensões sexual e social onde, naturalmente, são mais sentidos mais os défices na qualidade de vida.

A tabela 7 apresenta os resultados da aplicação do questionário EQ-5D-5L.

Tabela 7 - Pontuação do questionário EQ-5D-5L

Dimensões	Sem problemas	Problemas ligeiros	Problemas moderados	Problemas graves	Problemas extremos
Mobilidade	133 (84,7%)	12 (7,6%)	5 (3,2%)	7 (4,5%)	0 (0,0%)
Cuidados pessoais	147 (93,6%)	7 (4,5%)	1 (0,6%)	2 (1,3%)	0 (0,0%)
Atividades habituais	139 (88,5%)	3 (1,9%)	3 (1,9%)	7 (4,5%)	5 (3,2%)
Dor/mal-estar	103 (65,6%)	34 (21,7%)	17 (10,8%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)
Ansiedade/depressão	113 (72,0%)	32 (20,4%)	11 (7,0%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)

Analisando esta tabela verifica-se que no que diz respeito às dimensões 'mobilidade', 'cuidados pessoais' e 'dor/mal-estar' nenhum dos respondentes declarou ter problemas extremos e apenas um o fez relativamente à ansiedade/depressão. A grande maioria dos indivíduos afirmou não ter qualquer problema de qualidade de vida resultante do HIV. Isto é confirmado pelo índice EQ-5D-5L (92,3±15,9) e pela escala visual analógica (81,5±19,8).

Relação entre qualidade de vida, condição sociodemográfica e aspetos clínicos e laboratoriais

A tabela 8 apresenta a significância associada a cada teste de comparação entre médias de qualidade de vida e as várias subamostras das variáveis sociodemográficas e aspetos clínicos e laboratoriais.

Tabela 8 - Influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais na qualidade de vida

	HIV-QL23						EQ-5D-5L	
	Social	Física	Sexual	Emocional	Dificuldades	Total	Índice	EVA
Género	0,319	0,330	0,087	0,063	0,189	0,256	0,328	0,127
Idade	0,440	0,012	0,793	0,480	0,319	0,476	0,056	0,357
Situação familiar	0,087	0,278	0,093	0,341	0.302	0,062	0,037	0,370
Escolaridade	0,066	0,001	0,659	0,127	0,932	0,015	0,019	0,020
Renda	0,075	0,049	0,190	0,202	0,779	0,069	0,132	0,347
Situação laboral	0,022	<0,001	0,257	0,197	0,091	0,001	0,001	0,072
Tempo de infeção	0,163	0,515	0,439	0,429	0,632	0,196	0,784	0,177
Tempo de TARV	0,193	0,699	0,872	0,883	0,320	0,513	0,741	0,117
Contagem TCD4+	0,725	0,647	0,449	0,064	0,893	0,503	0,715	0,053
Carga viral	0,704	0,290	0,450	0,968	0,916	0,737	0,072	0,483

Género: Masculino/Feminino; Idade: 18-34/35-39/40-44/45-49/50-54/55-59/60+; Estado civil: solteiro/não solteiro; Escolaridade: <Básico/Básico+; Renda (mil escudos): <15/15-25/>25; Situação laboral: Empregado sem vínculo/Empregado com vínculo/outros'; Tempo de infeção (anos): <1/2/>2; Tempo de TARV (anos): <2/2-4/4-6/6-8/8-16; Contagem TCD4+ (células/mL): < 500/>=500; Carga viral (cópias/ml) <1.000/≥1.000; EVA: Escala Visual Analógica.

Tendo em conta as caraterísticas sociodemográficas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idade pela dimensão física do HIV-QL23, na variável situação familiar pelo índice EQ-5D-5L, e na variável escolaridade pelo índice EQ-5D-5L, pela EVA e pela dimensão física do HIV-QL23. Foram ainda encontradas diferenças significativas na variável renda na dimensão física do HIV-QL23 e na variável situação laboral com a EVA e com as dimensões física e social do HIV-QL23.

DISCUSSÃO

Com o aumento do acesso à prevenção, ao diagnósticoe, tratamento e à assistência eficazes ao VIH, inclusive para infeções oportunistas, a SIDA tornou-se uma doença crónica, permitindo a diminuição das taxas de mortalidade e o aumento da longevidade. Enquanto doença crónica faz com que os portadores enfrentem várias alterações na sua qualidade de vida, quer pela natureza da doença quer pela necessidade de fazerem um tratamento continuo e prolongado. Além dos efeitos adversos e da rigidez da adesão terapêutica, ocorrem situações que acentuam o estigma social e interferem na sensação de bem-estar geral dos pacientes.

No presente estudo a caraterização sociodemográfica e económica dos pacientes inquiridos condiz com o perfil da patologia descrito em vários estudos não só em Cabo Verde como noutros países, tanto em relação à faixa etária e baixa escolaridade como ao tipo de renda.(2,15)

Quanto às caraterísticas sociodemográficas e clinicas da amostra estudada, verificou-se que, dos 157 inquiridos, a maioria tem a infeção pelo VIH 1, é do sexo feminino, solteiro, tem o ensino básico incompleto, convive com duas a cinco pessoas no mesmo domicilio e aufere uma renda familiar mensal entre 11 a 35 mil escudos.

A principal categoria de exposição ao VIH, tanto em homens como em mulheres, foi a via heterossexual. Observa-se também que dos 18 aos 49 anos a maioria das pessoas com VIH é do sexo feminino, e a partir dos 50 anos predomina o sexo masculino. A maioria dos portadores do VIH conhecia o seu estatuto serológico há aproximadamente 7 anos, estava assintomática, apresentava uma contagem de linfócitos CD4+ menor do que 500 células/µL, uma carga viral inferior a 1.000 cópias/ml e possuia como co morbilidade mais frequente a hepatite C, a hipertensão arterial e a anemia. Convém destacar que o objetivo do uso do TARV é restaurar ou preservar o sistema imunitário das pessoas com VIH e, assim sendo, nos pacientes com boa adesão terapêutica, quanto maior for o tempo de uso do TARV maior o valor do CD4.

Em relação ao local de residência, a maioria das pessoas com VIH vive numa zona urbana, a poucos minutos do Centro de Saúde da zona de residência. Os que vivem numa zona rural dispõem de postos sanitários na proximidade que prestam cuidados primários.

Neste estudo, relativamente ao questionário específico de VIH foram encontradas boas pontuações em todas as dimensões do instrumento de medição HIV-QL23. No que diz respeito ao questionário EQ--5D-5L também se evidenciou uma boa pontuação, com a média do índice de saúde a atingir o valor 92,3 e a escala visual analógica o valor médio de 81,5.

Na análise efetuada, tendo como base as pontuações fornecidas por ambos os questionários de qualidade de vida e as caraterísticas sociodemográficas da amostra em estudo, foram identificadas diferenças com significado estatístico em todas as variáveis. Verificou-se uma boa complementaridade entre os questionários utilizados, já que permitem a identificação de diferenças com significado estatístico em todas as variáveis sociodemográficos em estudo, destacando-se a dimensão física do HIV-QL23 que, na amostra estudada, encontrou diferenças com significado estatístico em quatro das seis variáveis estudadas. De referir que na literatura consultada (12) encontrou diferenças com significado estatístico em todas as variáveis sociodemográficas do estudo realizado.

Ainda no que diz às caraterísticas sociodemográficas, a variável género não apresenta diferença de qualidade de vida entre os dois géneros estudados, ao contrário de outros estudos, em que se observa uma menor qualidade de vida nas mulheres. No entanto, os nossos resultados podem ser confirmados por outros estudos16,17, evidenciando que a menor qualidade de vida percecionada pelas mulheres deveria de constituirem a maior porção de trabalhadores domésticos e e que exercem ocupações não remuneradas, quando comparada aos homens, como também aos aspetos culturais e de género, que limitam a autonomia das mulheres na vida social.

Quanto a variável idade, na dimensão física do questionário HIV-QL23 os indivíduos com 55 a 59 anos apresentaram valores de qualidade de vida ligeiramente inferiores e os indivíduos com 35 a 39 anos apresentaram valores ligeiramente superiores.

Em relação à escolaridade, nesse estudo detetou--se uma relação entre a qualidade de vida, o índice de saúde e a escala visual analógica do EQ-5D-5L, com as pessoas com menor escolaridade a apresentarem valores de qualidade de vida inferiores. O mesmo se observou nas dimensões físicas e no indicador total do questionário HIV-QL23.

A renda familiar é um elemento socioeconómico importante em qualquer situação, principalmente nos indivíduos com doenças crónicas, pois através dela os indivíduos conseguem obter recursos materiais para melhorar a sua condição de saúde e, consequentemente, a sua qualidade de vida. Neste estudo e na dimensão física do HIV-QL23 os indivíduos com um rendimento de 15 a 25 mil escudos apresentaram valores estatisticamente superiores aos que possuiam um rendimento maior de 25 mil escudos.

Quanto à situação laboral, no índice de saúde do EQ-5D-5L, os desempregados e aposentados apresentam pontuações mais baixas do que os empregados com ou sem vínculo, tendo o mesmo sido observado nas dimensões física, social e no total do questionário HIV-QL23. Estes resultados corroboram os achados por outros autores, que evidenciaram uma relação de baixa renda, baixo nível de escolaridade e desemprego com baixa pontuação de qualidade de vida.(18)

No que diz respeito à análise das pontuações dos questionários relativamente às caraterísticas clínicas, verificou-se que nenhuma das pontuações detetou diferenças estatisticamente significativas em relação ao período de conhecimento da doença. Também no estudo desenvolvido por Yang e colaborradores (19) os resultados encontrados apontam para a inexistência de diferenças na qualidade de vida tendo conta o tempo de diagnóstico. Assim, para o tempo de diagnóstico da infeção pelo VIH, percebeu-se que o seu aumento estaria ligado ao aumento médio da qualidade de vida, o que pode ser justificado pelo aumento da experiência de viver e de conviver com a infeção, uma vez que, embora as pessoas inicialmente vejam o VIH/SIDA como um problema, com o tempo a infeção passa a ser vista como situação de aprendizagem(7,20), podendo não mais impactar negativamente as relações afetivas e sexuais.

Quanto à contagem de linfócitos TCD4+, foram detetadas diferenças com significado estatístico nas pontuações atribuídas à qualidade de vida, pela escala visual analógica do EQ-5D-5L. No que diz respeito à perceção do estado de saúde, os indivíduos com mais de 500 células/µl reportaram pior perceção da qualidade de vida em relação aos que tinham menos 500 células/µl. Resultados diferentes foram encontrados no estudo de Gil. (21) A literatura refere, no entanto, que a contagem de linfócitos TCD4+ é um indicador do risco de ocorrência de infeções e doenças oportunistas. Essa contagem tem igualmente valor prognóstico, pois conhece-se que o risco de progressão da doença e de morte é inversamente proporcional ao número de linfócitos TCD4+ e que os indivíduos com contagem de linfócitos TCD4+ de 200 células/µl têm um maior risco de progredir para SIDA.

Quanto à carga viral, foram detetadas diferenças com significado estatístico através do índice de saúde EQ-5D-5L e pela dimensão física do HIV-QL23. Verifica-se que valores mais baixos de carga viral correspondem a pontuações mais elevadas de qualidade de vida. Estes resultados vão ao encontro do descrito na literatura 18, em que uma baixa carga viral tem um impacto positivo na qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A SIDA, enquanto doença crónica com tratamento contínuo e prolongado, afeta vários aspetos da vida das pessoas com VIH, com numerosas consequências biopsicossociais. Provoca impacto importante em vários domínios da qualidade de vida, requerendo para a sua avaliação e intervenção a existência de conhecimento e compreensão das diferentes variáveis que podem ter influência negativa na qualidade de vida desses indivíduos.

Através da realização desta investigação foi possível concluir que, relativamente às caraterísticas sociodemográficas, os questionários de qualidade de vida demostraram uma boa complementaridade entre si.

É de realçar também que quanto às caraterísticas sociodemográficas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável escolaridade pelo índice de saúde e pela escala analógica do EQ-5D-5L e pela dimensão física do HIV-QL23, e também na variável situação laboral pelo índice de saúde e pela escala analógica do EQ-5D- 5L e nas dimensões física e social do HIV-QL23.

Quanto às caraterísticas clinicas, e tendo em consideração o período de conhecimento da infeção, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, concluindo-se que nenhum dos questionários utilizados possui capacidade discriminatória perante a categoria utilizada. Relativamente à carga viral foram encontradas diferenças de qualidade de vida com significado estatístico pelo índice de saúde

do EQ-5D-5L e para a dimensão física do HIV-QL23. Por outro lado, quanto ao TCD4+, detetou-se diferenças com significado estatístico relativamente à escala analógica do EQ-5D-5L.

Com o questionário EQ-5D-5L concluímos que a maioria dos inquiridos que não apresenta dores ou mal-estar possui uma contagem de linfócitos TCD4+ entre 200 a 499 células/µl. O mesmo acontece com as dimensões emocional, dificuldade, sexual e social em que a maioria das pessoas com VIH inquiridas apresentam um TCD4+ entre 200 a 499 células/µl.

As conclusões apresentadas sugerem que os instrumentos utilizados são úteis na monitorização do estado de saúde dos doentes infetados pelo VIH quer na prática clinica quer em ensaios clínicos. Apresentam ao mesmo tempo uma grande utilidade em estudos de avaliação económica, nomeadamente em avaliações de custo-efetividade e custo-utilidade, fornecendo informações complementares para a tomada de decisões acerca da afetação de recursos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20 edition. McGraw-Hill Education, USA, 2018.

2. WHO. Dados e estatísticas sobre el VIH/SIDA. Acesso em https://www.who.int/hiv/data/ 2019_summary-global-hiv-epi.png?ua=1 ,consultado em 25 de junho de 2020.

3. WHO. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Switzerland, 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/ 10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1

4. Silva DMGV, Meirelles BHS, Souza SS, Francioni FF.O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. Texto & Contexto Enferm. 2004;13(1):50-6.

5. Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. Rev Latino-am Enferm. 2007;15(4):590-7.

6. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J. e Kuyken, W. (Eds.). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer, 1994

7. Reis R, Santos C, Dantas R, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sócio-demográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Texto & Contexto Enferm. 2011:20(3):565-75.

8. Lubeck DP, Fries JF. Changes in quality of life among persons with HIV infections. Qual. Life Res. 1992; 1:359-66.

9. Wu AW. Application of random effects models and other methods to the analysis of multidimensional quality of life data in an AIDS clinical trial. Medical Care. 1999;37(3):249-58.

10. CCS-SIDA. Plano estratégico nacional de luta contra a SIDA (2006-2010). Praia: CCS SIDA, 2006.

11. Leplège A, Rude N, Ecosse E, Ceinos R, Dohin E, Pouchot J. Measuring quality of life from the point of view of HIV-positive subjects: the HIV-QL31. In: Quality Life Research. 1997;6(6):585–94.

12. Cruz JP. Medição do impacto de terapêuticas anti-retrovíricas alternativas, na qualidade de vida dos doentes com infecção por VIH/Sida. Dissertação de Mestrado em Farmácia Hospitalar: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, 2004.

13. Catarino JM. Qualidade de vida relacionada com o VIH. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2010.

14. Ferreira PL, Antunes P, Ferreira LN, Pereira LN, Ramos-Goñi LM. A hybrid modelling approach for eliciting health states preferences: the Portuguese EQ-5D-5L value set. Quality of Life Research. 28 (12): 3163–3175.

15. INE. III Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva. INE: Praia, 2018.

16. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Cas-

trighini C.C, Gir E. Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the State of São Paulo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011.

17. Hipólito RL, Oliveira DC, Gomes AMT, Costa TL. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/Aids no papel do tempo de diagnóstico. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2014;22(6):803-9.

18. Silva ACO.Qualidade de vida de pessoas vivendo com o HIV/aids e sua associação com aspectos sócio –demograficos, clínicos,psicoemocionais e adesão ao tratamento. Tese de doutoramento da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2013

19. Yang Y, Thai S, Choi J. An evaluation of quality of life among Cambodian adults living with HIV/AIDS and using antiretroviral therapy: a short report. AIDS Care. 2016; 28(12), 1546-50.

20. Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Jr J, Belasco Jr D, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014;30(7):1551-9.

21. Gil NLM, Souza L. Qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV relacionada com as características sociodemográficas e clínicas. Ciênc Cuid Saúde. 2010;9:697-703.

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

Não tenha medo
DE IR DEVAGAR
Tenha medo de
FICAR PARADO

COVID - 19 na gestação, relato de um caso do Hospital Baptista de Sousa

Autoras:
Nilce Ariane Spencer Santos [1]***, Madelin Mari Fidalgo*** [2]***, Risete Inocêncio Gomes*** [3]

[1] Médica Ginecologista Obstetra da Delegacia de Saúde e do Hospital Baptista de Sousa
[2] Médica Intensivista do Hospital Baptista de Sousa
[3] Médica Infeciologista do Hospital Baptista de Sousa

RESUMO

A pandemia do Covid-19, causada pelo SARS--CoV-2, disseminou-se por todos os continentes, aumentando exponencialmente o número de infetados e ocasionando milhares de mortes no mundo, afetando especialmente alguns grupos de maior risco e de maior vulnerabilidade. Atualmente estão sendo desenvolvidas pesquisas para entender os impactos da infeção do COVID-19 em gestantes.

Objetivo: Relatar o caso clínico de uma paciente gestante com diagnóstico de Pneumonia por Covid-19, pré-eclâmpsia e prematuridade.

Métodos: Para a elaboração do artigo, procedeu-se a recolha de informação clínica relevante no processo clínico da paciente, complementada com a revisão bibliográfica sobre o tema.

Discussão: o caso relatado e as publicações consultadas trazem à luz a importância de se atentar para as queixas respiratórias no contexto atual de suspeitas de infeções por COVID 19. Perante a escassez de dados na literatura no respeitante a condutas e terapêuticas específicas, a inexistência de consenso no tratamento, o seguimento multidisciplinar de pacientes com COVID-19 tanto na população em geral e nos grupos específicos como no grupo das gestantes é crucial para o sucesso terapêutico.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a 30 de janeiro de 2020 que a doença causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) constituía uma emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). A 11 de março do mesmo ano a mesma doença passou a ser reconhecida pela OMS como uma pandemia. 1,2 A COVID-19 manifesta-se através de alterações respiratórias e o espetro clínico pode variar de infeções assintomáticas a quadros graves. É transmitida de pessoa para pessoa, por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal quando uma pessoa infetada tosse ou espirra 2,3. No entanto a infeção pelo novo SARS-CoV-2 tem gerado muita insegurança na população em geral e particularmente nas gestantes, mas não há evidências de que elas correm maiores riscos de desenvolver doenças mais graves do que a população em geral. Porém, devido às mudanças no sistema imunológico, sabemos que as gestantes podem ser severamente afetadas por algumas infeções respiratórias. 5,6 Até o momento não há evidências conclusivas quanto a transmissão vertical. Grávidas diagnosticadas com COVID-19 devem receber assistência especializada, incluindo atendimento obstétrico e perinatal, em condições de segurança e isolamento. 4,5 Este relato de caso descreve a primeira gestante diagnosticada com COVID-19, admitida no Hospital Baptista de Sousa (HBS), em São Vicente, Cabo Verde e submetida a cesariana de urgência.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 31 anos, natural de Santiago, residente no Sal há mais de 4 anos, comerciante, G5P1A3 (5 gestações, 1 para e 3 abortos espontâneos. Da história obstétrica, teve três abortos espontâneos e 1 parto cesáreo prematuro por pré-eclâmpsia em 2008). Evacuada com urgência da ilha do Sal no dia 27/05/20, com idade gestacional (IG) por ecografia realizada no dia da evacuação – 28 semanas. Trata-se de uma paciente observada em consulta pré natal (segunda consulta desde janeiro 2020), em que se constatou cifras de pressão arterial (PA) elevadas – 170x115 mmHg, configurando um quadro de pré eclâmpsia, que determinou que fosse transferida de imediato para o HBS.

Admitida na noite do mesmo dia no Serviço de Urgência do HBS em bom estado geral, PA de 160 x90 mmHg, edemas dos membros inferiores (3+/4+), sem outros sinais e sintomas associados a pré eclampsia. Na história pregressa referiu episódios esporádicos de tosse que ocorriam há mais de 1 semana (sic), que atribuiu ao facto de ter rinite alérgica. Ao exame objetivo apresentou-se com eupneica, saturação periférica de oxigénio (Sat. O2) de 99% por oxímetro de pulso. Considerando o contexto atual de COVID 19 e sintomatologia respiratória apresentada, embora a paciente tivesse vindo de uma ilha sem casos confirmados, foi considerada a hipótese diagnóstica de infeção respiratória pelo vírus SARS-CoV-2, daí que foi isolada e foram tomadas medidas para se prosseguir com a investigação e o seguimento do quadro respiratório.

Nos exames iniciais de rotina que a paciente realizou destacam-se: transaminase glutâmico-pirúvica (TGP) 53 U/L (normal – 4 a 56 U/L), transaminase glutâmico oxalacética (TGO) 67 U/L (normal – 4 a 40 U/L), desidrogenase láctica (LDH) 400 U/L (normal – 230 a 460 U/L) , albumina 2,67 mg/dl, Proteina C Reativa (PCR) 45,8 mg/dl.

Durante as primeiras 24 horas de internação, evoluiu com piora significativa do quadro respiratório, apresentando dispneia, Sat. O2 de 88% (ar ambiente), frequência respiratória de 29 ciclos por minuto, com PA 160x115 mmHg. Após exame físico constatou-se por meio de ausculta pulmonar a diminuição do murmúrio vesicular com crepitações bilaterais nas bases e no terço pulmonar esquerdo inferior.

O resultado dos testes de anticorpos (teste rápido COVID 19) IgM e IgG foi positivo. Foram realizadas colheitas para pesquisa de SARS-CoV-2 através da técnica da reação em cadeia da polimerase – transcriptase reversa (RT-PCR) para confirmação diagnóstica. Foi realizada radiografia de tórax, que revelou presença de opacidade bilateral, mais acentuada à esquerda. Perante os novos dados, a avaliação dos médicos intensivista e obstetra concluiu que a ges-

tante não estava no momento em condições clínicas para ser submetida à interrupção da gravidez, apesar do pico pressórico. De referir que não havia comprometimento imediato da viabilidade fetal.

A paciente foi encaminhada para a Unidade de Pneumonia por COVID 19 do HBS. O diagnóstico veio a ser confirmado pelo PCR (resultado positivo).

Como conduta adotada, foi iniciada antibioticoterapia com ampicilina 1g de 6/6h, oxigenoterapia a 6L/min, metildopa 250 mg de 8/8 e hidralazina em SOS, dexametasona 6 mg intramuscular de 12/12 (em 2 dias seguidos). Manteve-se a vigilância e monitorização rigorosa da PA e dos outros sinais vitais.

No segundo dia de isolamento, mantinha-se o quadro respiratório grave, com dispneia. A gasometria arterial realizada foi compatível com alcalose respiratória, hipoxémia, a relação PA02/ FIO2 ≤ 200 indicava Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo moderado, com Sat 93% com 40% de oxigénio, não apresentando na ocasião outros sinais clínicos que implicassem o recurso à ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. Os exames laboratoriais apresentaram piora significativa dos marcadores hepáticos (TGO 280 U/L, TGP 295 U/L, LDH 619 U/L) e também da função renal (creatinina 1,97 mg/dl, ureia 48,9 mg/dl), tendo sido de imediato decidido por consenso entre a obstetrícia, a intensivista e a infeciologista a resolução imediata da gestação por cesárea com 28 semanas e 4 dias. A cirúrgia foi realizada sob raquianestesia. Constatou-se no intraoperatório placenta prévia, o que aumentou o sangramento intra-operatório. Durante o procedimento a paciente permaneceu estável e normotensa. O recém nascido nasceu bem, ativo com 1100 g, apgar 8/9 , tendo sido encaminhado para os cuidados especializados na Unidade de Neonatologia.

A paciente foi medicada com azitromicina 1g dose única e anticoagulante profilático (Nadroparina cálcica, subcutânea, 0,3 ml dose única), 12 horas após o procedimento e foi mantida com oxigénio por catéter nasal (5L/min). No pós operatório apresentou melhoria franca do ponto de vista respiratório. Como intercorrência, apresentou taquicardia e diminuição dos valores da hemoglobina (hemoglobina no pré operatório de 11 mg/dl e hemoglobina 24 horas pós operatório de 7,7 mg/dl), tendo sido necessária a realização de transfusão sanguínea de uma unidade de concentrado eritrocitário.

No 7° dia de internamento hospitalar, 3° dia pós-operatório, a paciente apresentava melhoria progressiva do quadro respiratório, o que permitiu a redução gradual da oxigenoterapia. Observou-se melhoria dos parâmetros analíticos (hepático e renal). Na radiografia de tórax evolutiva foi constatada discreta melhoria do padrão de infiltrado periférico.

No 10° dia pós operatório verificou-se melhoria clínica sustentada, sem outras intercorrências, sem necessidade de oxigenoterapia suplementar, a paciente deambulava livremente, apresentava bom estado geral, com melhoria radiológica, laboratorial e sem quaisquer sintomas respiratórios nas 72 horas precedentes.

Foi realizado o segundo teste PCR-RT para SARS-CoV-2, cujo resultado foi negativo. Nesse contexto teve alta clínica após o segundo teste PCR-RT para SARS-CoV-2. Permaneceu contudo no hospital, na enfermaria, aguardando a alta do recém-nascido, que esteve internado por 40 dias. De referir que o teste de PCR para SARS-Cov-2 do recém-nascido foi negativo e que recebeu alta com 2200 g, com amamentação materna por livre demanda.

DISCUSSÃO

As consequências que a infeção pelo SARS-CoV-2 pode trazer à gestação ainda são desconhecidas no que concerne a resultados graves para mães e bebés. Contudo, a possibilidade de agravamento em gestantes não pode ser descartada, o que reforça que a abordagem da gestante infetada com COVID-19 deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar.5,8 Todas as gestantes com sintomas respiratórios do COVID-19 devem ser tratadas como prioridade devido ao risco de eventos adversos. Um

estudo com revisão de 108 casos confirmados de gestantes demonstra que as manifestações clínicas mais comuns nas gestantes são febre (68%) e tosse seca (34%), seguidos de mal-estar (13%) e dispneia (12%).6 No presente caso a grávida apresentava na admissão como sintomatologia inicial apenas tosse e piora progressiva na internação por volta do décimo dia de doença. Uma revisão de casos, incluindo um total de 65 gestantes infetadas com SARS-CoV-2 durante a gravidez, avaliou os resultados perinatais de bebés nascidos dessas gestantes. A maioria dessas mulheres teve parto entre as 30 e as 40 semanas de gravidez, principalmente por cesárea (88%). Sofrimento fetal foi relatado em 31% dos casos e 38% das mulheres tiveram parto prematuro.9 A OMS sugere a realização de cesárea em casos específicos de insuficiência respiratória grave, choque séptico ou sofrimento fetal4. No presente relato,optou-se por cesárea com 28 semanas de gestação, confirmada a gravidade do quadro clínico da mãe, seguindo as normas da OMS de adoção das devidas precauções com o feto e a placenta na tentativa de se evitar a transmissão do SARS-CoV-2, reduzindo desta forma a exposição do recém-nascido. Estudos clínicos não randomizados inferiram que o tratamento com azitromicina, poderá ser eficaz na redução da carga viral do SARS-CoV-2. 5,6. Os fármacos utilizados na paciente em questão durante o seu internamento no isolamento foram de acordo com a decisão clínica e o protocolo do serviço baseado na literatura, associando anticoagulantes precocemente e azitromicina aos demais antibióticos. A literatura científica ainda é escassa e divergente quanto à terapêutica a ser seguida no tratamento do COVID-19, o que evidencia que é necessário a realização de mais ensaios clínicos, e com maior número de pacientes, para que se possa definir um protocolo de tratamento do COVID-19 para a população em geral e os grupos específicos. Algumas pesquisas sugerem a falta de evidências de transmissão vertical intrauterina da infeção pelo COVID-19, porém indicam por segurança o parto cesariano. 1,3,5 No presente estudo o parto cesariano mostrou-se seguro, ficando o recém nascido isento da contaminação pelo SARS-CoV-2. Nascido prematuro, os cuidados intensivos de neonatologia foram-lhe eficientes, culminando com uma boa evolução clínica.

CONCLUSÃO

O caso relatado evidencia a importância de estarmos atentos aos sintomas relatados pelas pacientes admitidas nos ambientes hospitalares na tentativa de se detetar gestantes infetadas pelo SARS-CoV-2. O acompanhamento das gestantes infetadas com COVID-19 requer uma equipa de saúde multidisciplinar, integrada por infeciologistas, obstetras, anestesistas, neonatalogistas intensivistas e enfermeiros para cuidados adequados direcionados também para o feto.

REFERÊNCIAS

1. OPAS, 2020; RODRIGUES & BARROS, 2019, (Pandemia do Coronavírus COVID-19 Recomendações para Gestantes e Puérperas)

2. ESTRELA, FERNANDA MATHEUS; SILVA, KEILE KEMYLY ASSIS DA; CRUZ, MONIKY ARAÚJO DA and GOMES, NADIRLENE PEREIRA. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. Physis [online]. 2020, vol.30, n.2

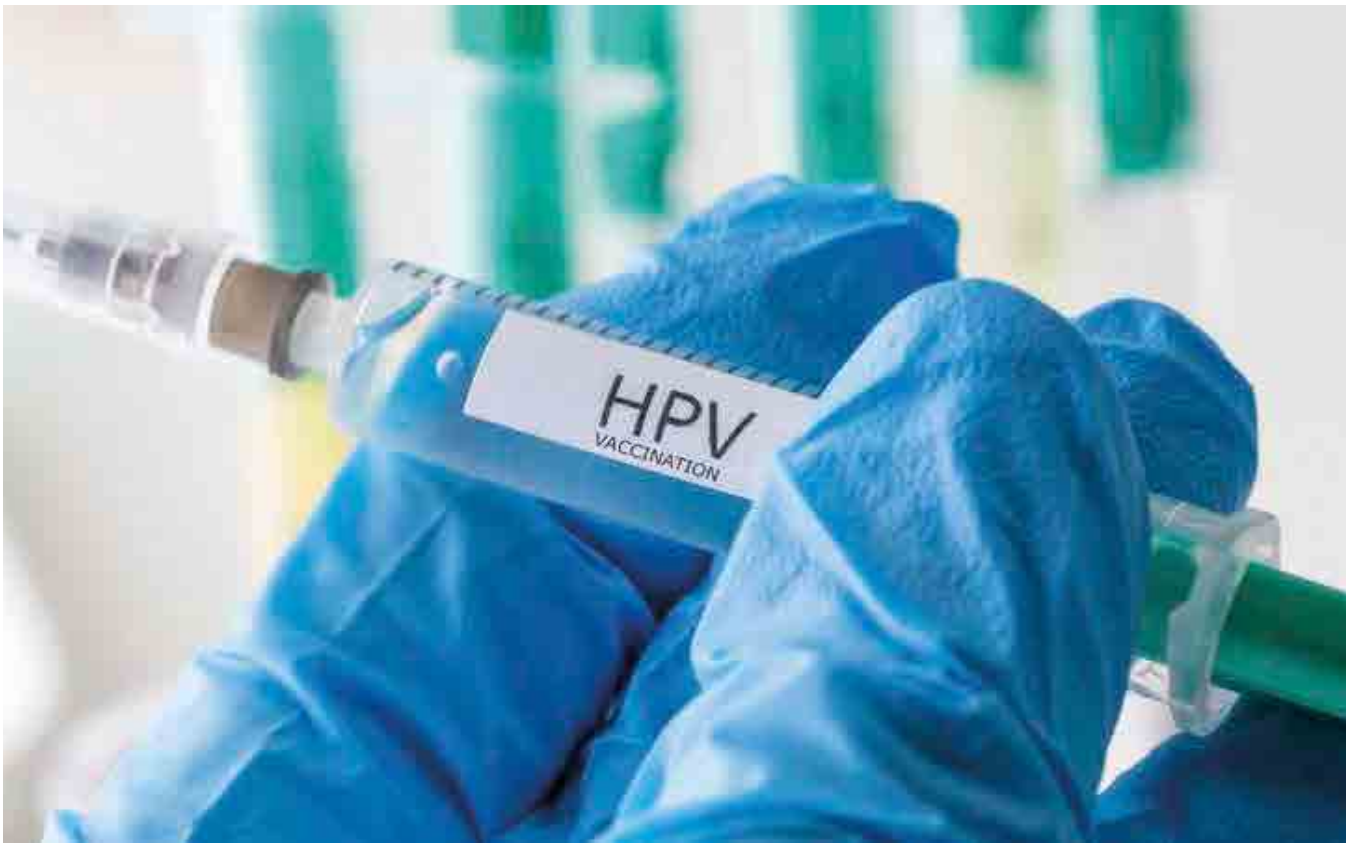
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas. Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios (03/04/2020). Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2020.

4. Kasano JPM, Sandoval I, Meza L. Recomendaciones en gestantes durante la pandemia COVID-19. Rev Peru Investig Matern Perinat 2020; 9(1): 92-97. 5. Jesus, Carla Viviane Freitas, Figueiredo Maria Bernadete Galrão de Almeida, Lima Renata Batalha

Rastreio do Cancro do Colo do Útero – Co-teste como estratégia

Autores:
Rita Vieira [1], Ana Teixeira [2], Isabel Macedo Pinto[3]

[1] Citotécnica e Técnica de Anatomia Patológica (Gestora de Área - Citologia), IMP Diagnostics (Portugal)
[2] Bióloga Celular e Molecular, IMP Diagnostics (Portugal)
[3] Médica Anatomopatologista (Diretora Técnica), IMP Diagnostics (Portugal)



RESUMO

Mais de 99% dos casos de cancro do colo do útero (CCU) desenvolvem-se a partir de uma infeção persistente por subtipos do vírus do papiloma humano (HPV), sobretudo pelo HPV 16 e 18.

A estratégia de rastreio recomendada internacionalmente consiste na realização de co-teste - citologia e teste de HPV em simultâneo. A combinação da elevada especificidade da citologia com a elevada sensibilidade do teste de HPV de alto risco torna o co-teste o método de rastreio mais fiável.

PALAVRAS-CHAVE: Co-teste, citologia, HPV, cancro do colo do útero.

INTRODUÇÃO

O CCU é o segundo cancro mais diagnosticado e representa a terceira maior causa de morte por cancro nas mulheres em países menos desenvolvidos.

Em Cabo Verde é a primeira causa de morte por cancro na mulher e estima-se que sejam detetados cerca de 68 novos casos por ano, resultando cerca de 50% em óbito (dados Globocan).

DESENVOLVIMENTO

Prevenção

A redução da incidência e da mortalidade por CCU só será possível com a adoção de medidas de prevenção primária e secundária. A prevenção primária consiste na vacinação preventiva contra o HPV. A prevenção secundária baseia-se na realização de um exame de rastreio para detetar precocemente as lesões precursoras do CCU. O tipo de exame aconselhado depende da idade da mulher.

MÉTODOS DE RASTREIO

O rastreio pode ser organizado – quando é uma medida de saúde pública e abrange toda a população nacional ou de uma determinada região – ou oportunista – quando o exame é realizado no âmbito de uma consulta particular e/ou pontual e na maioria dos casos sem periodicidade definida.

Apesar da maioria dos casos de CCU poder ser prevenido através de programas de rastreio, não existem rastreios ou tratamentos que sejam 100% eficazes, podendo surgir, em raras situações, casos de cancro cervical invasivo em mulheres que participem nestas ações.

Mulheres <21 anos	Mulheres 21-29 anos	Mulheres 30-65 anos
O CCU é muito raro antes dos 21 anos e nos 3 primeiros anos após o início da atividade sexual, pelo que não é recomendado atuar nestas idades. (Excepção pacientes HIV+)	Citologia 3 anos após o início da atividade sexual e/ou de 3 em 3 anos a partir dos 21 anos.	Citologia com teste de HPV (co-teste) de 5 em 5 anos.

Tabela 1 - Recomendações para o rastreio oportunista. Fonte: American Cancer Society.

CITOLOGIA COMO MÉTODO DE RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

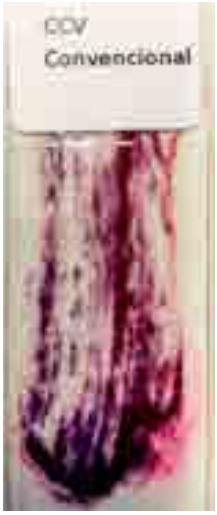
O exame citológico convencional (papanicolaou) foi desenvolvido pelo Dr. Geórgios Papanicolaou em 1941, como método de deteção precoce do cancro cervical por pesquisa de células com morfologia alterada.

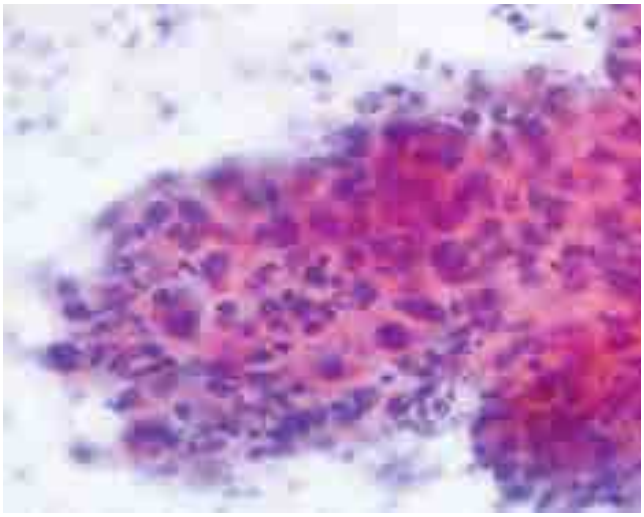
A citologia convencional é considerada uma metodologia eficiente e prática, que permite identificar lesões precursoras em fases ainda tratáveis.

No entanto, é uma técnica que apresenta algumas limitações:

- Colheita pouco representativa - transferência incompleta e pouco representativa para a lâmina (mais de 80% das células podem ser descartadas com o dispositivo de colheita)
- Artefactos de fixação - uso excessivo/deficiente de spray fixador
- Esfregaços espessos ou obscurecidos com sangue e muco – limitam a observação das células.

Figura 1 - Lâmina de citologia convencional após coloração, e imagem microscópica





Estes fatores podem proporcionar uma citologia não satisfatória, requerendo a repetição da colheita.

Nos anos 90, foi criada nos EUA uma metodologia alternativa de colheita e preparação das amostras citológicas cervicais, a citologia em meio líquido ThinPrep®.

Os principais benefícios da citologia em meio líquido são:

- Dispositivo de colheita mais eficaz – para esta técnica é habitualmente utilizado um escovilhão tipo cervex® brush, que capta simultaneamente células do endocolo e exocolo
- Melhor fixação – homogénea e com transferência total das células do escovilhão para o frasco
- Possibilidade de tratamento químico da amostra para eliminação do sangue e/ou muco
- Filtragem da amostra antes da deposição das células na lâmina, que permite eliminar infiltrado inflamatório
- Células dispostas em monocamada, sem sobreposição

Figura 2 - Lâmina de citologia em meio líquido após coloração, e imagem microscópica

A citologia em meio líquido ThinPrep® permite uma melhor visualização dos detalhes citológicos, reduz a probabilidade de citologia não satisfatória e ainda admite a realização de testes adicionais de biologia molecular na mesma amostra, como testes de HPV e de infeções sexualmente transmissíveis.

Por estas razões, a citologia em meio líquido ThinPrep®, comparativamente à citologia convencional, apresenta uma sensibilidade superior no rastreio de células atípicas, cancro cervical e suas lesões percursoras.

Co-teste – a estratégia de rastreio mais eficaz

A sensibilidade da citologia em meio líquido pode ainda ser melhorada, quando associada ao teste de HPV - co-teste. A combinação da elevada especificidade da citologia (95%) com a elevada sensibilidade do teste de HPV de alto risco (97%) torna o co-teste no método de rastreio mais fiável.

O co-teste é atualmente a estratégia de rastreio de CCU recomendada a nível internacional, nomeadamente pela American Cancer Society e pela American Society for Clinical Pathology.

Figura 3 - Eficácia do co-teste na deteção de cancro, comparativamente à citologia e ao teste de HPV isolado.

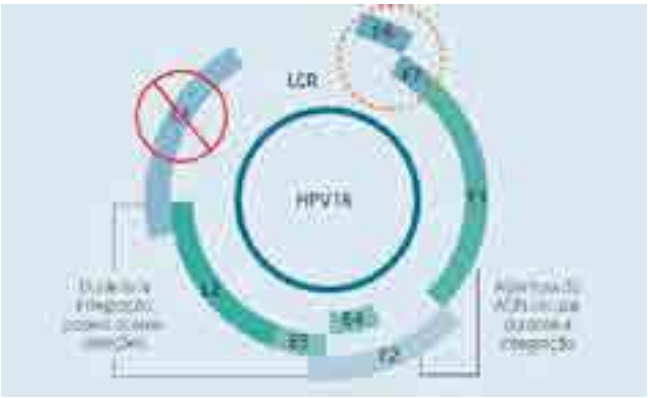
Evolução dos testes de HPV: diferenças entre testes de HPV, de DNA e mRNA

Existem vários testes de HPV, contudo apenas 4 são aprovados nos EUA pela FDA (Food and Drug Administration): 3 testes de DNA – Cobas®, Captura Híbrida 2, Cervista®; 1 teste de mRNA – Aptima®.

Para compreender a diferença entre os testes baseados em DNA e os de mRNA, é importante compreender o modo de atuação do vírus HPV.

O HPV é constituído por uma cadeia dupla circular de DNA - genoma. O genoma vírico tem várias regiões, com diferentes funções, sendo algumas fundamentais para a progressão da lesão cervical (genes E6/E7), enquanto outras não têm qualquer influência no desenvolvimento da lesão (L1, L2).

Figura 4 - Esquema do genoma do HPV



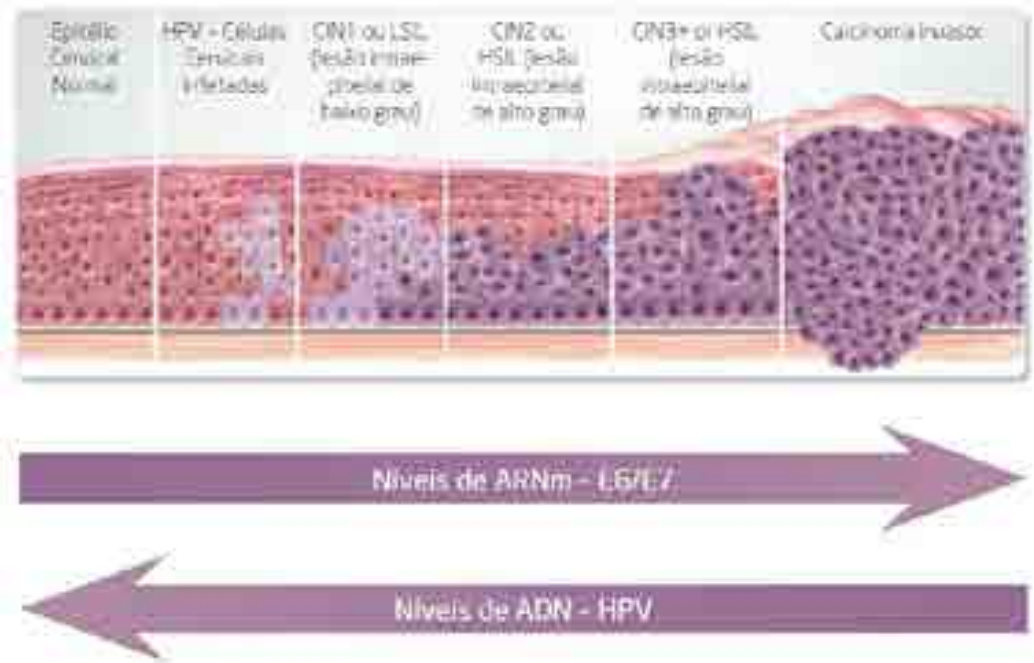
Os genes E6 e E7 são responsáveis pela indução da divisão celular e evitam a apoptose, promovendo a instabilidade genómica e contribuindo para a progressão da lesão. Contudo, a integração do genoma vírico no genoma humano é um passo obrigatório para a expressão destes genes e o início do processo de malignidade. A integração genómica implica uma rutura da cadeia circular do genoma do HPV, fase onde podem ocorrer deleções parciais.

A região L1 é uma zona que apresenta uma frequência de deleção superior, pelo que testes de HPV que se baseiem na identificação desta região apresentam maior probabilidade de gerar falsos negativos.

Vários estudos têm demonstrado que, à medida que a infeção por HPV evolui para lesões mais graves (CIN2+ e cancro), os níveis de DNA viral vão diminuindo e os níveis de mRNA E6/E7 vão aumentando.

Por outro lado, apesar das infeções por HPV serem muito comuns na população, na maioria das mulheres o seu próprio sistema imunitário elimina o vírus no prazo de 6 a 12 meses, pelo que a presença de DNA viral não se traduz obrigatoriamente na evolução para lesão intraepitelial e/ou cancro do colo.

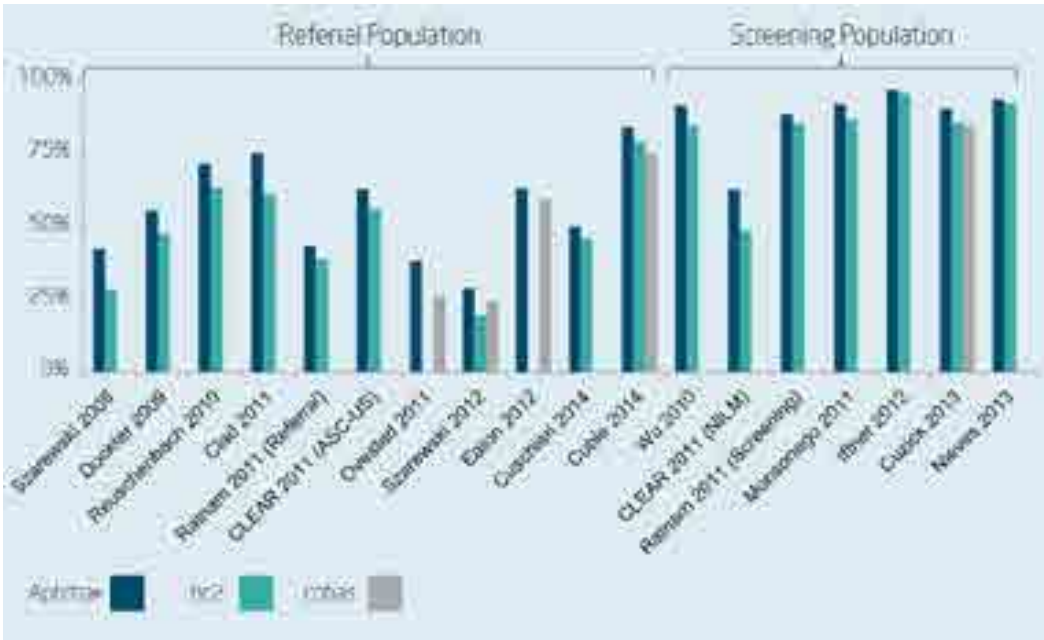
Figura 5 - Modelo de progressão da lesão cervical



Atendendo a estes fatores, a identificação de mRNA E6/E7 revela-se mais eficiente do que a pesquisa de DNA viral, permitindo identificar com maior especificidade as infeções ativas e a presença do vírus nas lesões mais graves.

Estudos comparativos entre diferentes métodos de deteção de DNA viral (Cobas® e Captura Híbrida 2) e mRNA demonstram uma sensibilidade superior a 95% e uma maior especificidade do Teste Aptima HPV-GT® para lesões CIN2+.

Gráfico 1 - Comparação da especificidade para lesões CIN2+ entre 3 testes de pesquisa de HPV.



Apesar dos testes de DNA e de mRNA apresentarem ambos elevada sensibilidade para ≥HSIL, os testes de mRNA revelam uma especificidade e um valor preditivo positivo significativamente superior.

A especificidade e a precisão superiores dos testes de mRNA para ≥HSIL, sem comprometimento de uma elevada sensibilidade, revelam-se úteis na estratificação do risco clínico com a identificação da população de alto risco que precisa de tratamento imediato e um acompanhamento mais regular.

Estudos demonstram ainda que os testes de mRNA permitem realizar uma melhor triagem em mulheres com LSIL ou citologia negativa, cujo teste de HPV DNA foi positivo. Ou seja, os testes de DNA são menos úteis na estratificação do risco porque perdem especificidade.

Ao restringir o grupo sinalizado como de alto risco, é expectável que a implementação de testes de HPV mRNA reduza as taxas de referenciação para colposcopia e o sobretratamento em mulheres que têm uma infeção por HPV transitória. Logo, a otimização da estratificação dos grupos de risco conduz a uma redução de custos com a vigilância e os tratamentos, tanto por redução de colposcopias como também por não repetição de testes e biópsias desnecessárias.

CONCLUSÃO

Quando detetados precocemente, cerca de 90% dos casos de CCU são tratáveis – o rastreio é fundamental.

A otimização da estratégia de rastreio consiste na realização do co-teste: citologia em meio líquido (que apresenta sensibilidade superior à citologia convencional) e teste de HPV. Os testes de mRNA possibilitam uma estratificação mais eficaz da população de alto risco, o que evita a ansiedade e o sobretratamento das utentes, permitindo também reduzir custos com consultas de acompanhamento e procedimentos clínicos desnecessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GLOBOCAN (http://gco.iarc.fr/today/home)
2. Renshaw, Andrew A. et al. Comparison of Performance of Conventional and
3. ThinPrep Gynecologic Preparations in the College of American Pathologists Gynecologic Cytology Program. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 2004 Jan; 128: 17-22.
4. Hutchinson, ML et al. Homogeneous sampling accounts for the increased diagnostic accuracy using the ThinPrep Processor. Am J Clin Pathol. 1994 Feb;101(2):215-9.
5. Blatt, Amy J et al. Comparison of Cervical Cancer Screening Results Among
6. 256,648 Women in Multiple Clinical Practices. Cancer Cytopathology. 2015 May; 282-8.
7. Castle et al. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA studyLancet Oncol 2011; 12(9):880-890.
8. Doorbar, John. Molecular biology of human papillomavirus infection and cervical cancer. Clinical Science 2006; 110(5):525-541.
9. Ge, Yimin et al. Performance of Aptima and Cobas HPV Testing Platforms in Detecting High-Grade Cervical Dysplasia and Cancer. Cancer Cytopathology. 2017 Aug;125(8):652-657.

O ENFRENTAMENTO DA ATUAL CRISE SANITÁRIA: O AUTOCUIDADO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COMO ÉTICA DO CUIDADO

Autora:
Belmira Miranda [1]
[1] Mestre em Saúde Pública/ Psicóloga Clínica

INTRODUÇÃO

Parece que ainda recordamos os ecos de "FELIZ 2020", pois não sobrou tempo para a realização de parte dos desejos que formulámos, e neste momento somos confrontados com a seguinte pergunta: que 2020 é este? Ninguém imaginou que com a chegada um ano viesse também uma pandemia com as dimensões que vão sendo noticiadas com o decorrer dos meses.

No início, ficámos todos presos às notícias sobre o alastramento rápido do covid 19 e os números assustadores de infetados e de mortos, para, em seguida, nos prepararmos para o inevitável, que seria a entrada do vírus em Cabo Verde. Assustados, recebemos o alerta do primeiro caso positivo em Cabo Verde no dia 19 de Março.

A nível global, a população passou a vivenciar mudanças no estilo de vida até então assumido e a adotar medidas para a proteção contra o contágio. Tudo mudou de repente, de forma jamais vista, e as pessoas tiveram que se adaptar a uma nova forma de estar e de conviver.

Desde o início da crise, o foco de atenção foi colocado nos profissionais de saúde, que passa-

ram a ser um grande grupo vulnerável. Enfrentando o medo de contágio próprio e dos familiares, e da própria morte, o profissional de saúde assumiu a linha da frente no combate à covid 19.

A Organização Mundial da Saúde publicou logo no início guias de informações sobre como lidar com as consequências psicológicas do novo corona vírus, momeadamente nos profissionais de saúde.

O choque emocional no profissional de saúde

O aparecimento da atual crise sanitária fez surgir situações de stress emocional, como acontece nas crises sociais decorrentes de crises sanitárias, em todas as esferas das sociedades do mundo inteiro.

Aos medos de doença e morte vieram aliar-se mudanças da "normalidade", dúvidas, inseguranças e incertezas acerca da vivência do período novo e inesperado, o que veio ditar novas formas de estar e de relacionar socialmente.

O contexto enfrentado pelo nosso planeta nos dias atuais, obriga-nos a dirigir um olhar atento para a saúde mental das populações, apesar dos vários alertas anteriores de aumentos dos distúrbios mentais. Vem sendo observado ao longo dos tempos a recrudescimento da cultura do mais forte, da competição desenfreada e do julgamento da minimização da fragilidade humana.

A vulnerabilidade inerente ao ser humano é ignorada e desvalorizada no dia-a-dia dos indivíduos e, sendo assim, a saúde emocional não é tida como prioridade e nem é assunto debatido quando se fala de cuidados de saúde.

A palavra emoção deriva de "e-movere" que significa "mover para além de, comover", e cada indivíduo procura ou opta por fugir das emoções. Já existem vozes que refutam a distinção entre emoções positivas e emoções negativas, e considera-se como fundamentais seis emoções: tristeza, alegria, medo, cólera, surpresa e repugnância.

A emoção é descrita como um estado afetivo que vem com alterações fisiológicas, corporais e cognitivas. Do ponto de vista cognitivo, estudiosos defendem que a emoção possui um papel perturbador, desorganizador e que bloqueia um estado cognitivo. Consideram-se três componentes na emoção: subjetiva, comportamental e fisiológica.

Por exemplo, a "tristeza", que é uma emoção comum, experienciada por todos ao longo da existência, constitui um estado afetivo próprio das dificuldades psicológicas vividas por qualquer indivíduo. Mas socialmente é escondida e muitas vezes rejeitada quando se lhe contrapõe a expressão "tens que ser forte". Consequentemente, a dor emocional é calada, escondida e ignorada na maior parte das vezes.

A pandemia atual vem causando um turbilhão de emoções em todos, sem distinção, revelando o lado mais humano que habita em cada ser e despoletando todas as dores emocionais guardadas até aqui. As fragilidades escondidas vieram à tona, somando-se aos medos causados pelo corona vírus.

A vivência de acontecimentos que ameaçam a vida ou a segurança do indivíduo podem causar stress e ter sérios impactos na saúde emocional e mental. Neste sentido, a carga de pressão para o profissional da saúde é enorme devido às características próprias da profissão.

A crise veio modificar toda a rotina habitual e exigir uma nova adaptação, além do medo que provoca, podendo fazer com que o profissional se sinta sem aptidões para ultrapassar as dificuldades que vão surgindo, e também sem recursos pessoais ou sociais para resolver as situações. Neste ponto, atinge uma situação de stress e desgaste emocional, que, não raras vezes, tem que "calar" para seguir trabalhando.

Tema de estudo há muito tempo, são as implicações que o stress e o desgaste emocional provocam nos trabalhadores e as influências negativas situações de trabalho podem ter na saúde dos mesmos.

É neste âmbito que surge a Síndrome de Burnout (Burn = arder e out = até ao fim), que está associada à fadiga, tristeza acentuada, irritabilidade, perda de motivação, a sobrecarga de trabalho e a inflexibilidade.

Maslach e Jackson caraterizam a Síndrome de Burnout por três aspetos básicos: exaustão física e mental, despersonalização e baixa realização pessoal. Enfatizam que no centro desta sín-

drome está um padrão de sobrecarga emocional.

Com o aparecimento da atual crise sanitária, as situações de mal-estar psicológico dos profissionais de saúde tornaram-se ainda mais evidentes, mas muitos não procuram ajuda psicológica.

Autocuidado como Ética do Cuidado

As crises são inesperadas, e causam desorganização, sofrimento e mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais. Neste sentido, os profissionais de saúde lidam hoje com demandas diferentes no seu ambiente de trabalho, e os fatores psicológicos são cruciais na forma como reagem à doença.

Tendo em conta o atual contexto de crise, o profissional precisa de autoatenção, consciência e cuidado para cultivar o equilíbrio físico e emocional, no sentido de ter zelo e dar atenção e afeto a si mesmo. Para uma prática profissional mais humana e ética, é crucial que o profissional de saúde preste atenção às suas próprias necessidades e limites.

Existem reações que são esperadas em situações de crise, como medo, descontrole, angústia, de vulnerabilidade, solidão e desesperança.

Alerta-se entretanto para as mudanças das funções psíquicas: alterações de humor, atenção, sono, memória, afetividade, ideias fixas, fobias, etc. É crucial que o profissional aprenda a identificar os sinais e sintomas emocionais em si mesmo para poder lidar com o stress. Sendo assim estará em melhores condições de criar uma rotina com hábitos saudáveis de vida para promover o seu próprio bem-estar.

O profissional de saúde também é único, é humano e precisa adotar um estilo de vida saudável. Tendo autoconsciência, pode criar condições para minimizar as tensões emocionais, nutrir novas perspetivas positivas e aumentar a realização pessoal e profissional. O autocuidado é essencial para prevenir o esgotamento e leva a boas escolhas diárias.

Castanheira defende a adoção de seis pilares que ajudam na mudança do estilo de vida e representam o autocuidado. São eles: a alimentação consciente, o exercício físico e o movimento, o equilíbrio e o bem-estar emocional, o sono, as conexões (pessoas e natureza) e o intelectual e ocupacional.

A nossa atenção vai especialmente para o equilíbrio e o bem-estar emocional, pela perceção que temos de que este é o pilar a que menos se dá atenção na realidade em que vivemos. Não há uma educação para a emoção desde a infância, o que se existis-se poderia levar à aprendizagem de como lidar com as próprias emoções ao longo do ciclo de vida.

Considera-se que só poderemos alcançar o nosso máximo potencial com uma saúde mental positiva. Somos indiscutivelmente seres emocionais, com emoções em equilíbrio ou em desequilíbrio. Mas o medo de lidar com as nossas emoções, ou numa atitude de defesa, as ignoramos ou evitamos, levando ao aumento dos níveis de ansiedade.

As emoções em equilíbrio vão nos levar a experimentar alegria, paz, prazer, compaixão e EMPATIA, enquanto as emoções em desequilíbrio fazem-nos sentir culpa, hostilidade, pânico, angústia, o que causa o desequilíbrio do nosso corpo. Defende-se que as mudanças podem levar ao poder da escolha emocional e à aprendizagem.

Castanheira recomenda as seguintes estratégias para o equilíbrio e o bem-estar emocional: Mindfulness (prática da atenção plena), meditação (possui vários benefícios, inclusive para a saúde do coração), espiritualidade, estabelecimento de LIMITES, controlo (consciência de que não temos controlo de tudo), sistemas de saída (saídas seguras perante as frustrações), identificação de fatores de stress, resolução de conflitos internos, saber ressignificar, DESCANSO, pensamento positivo e Psicologia Positiva (ser resiliente), controlo de tóxicos e PRAZER.

Para concluir, é essencial e urgente reconhecer as nossas próprias emoções, pois temos que cuidar de nós mesmos para podermos oferecer o melhor cuidado possível aos outros. A ética do cuidado começa com o autocuidado do profissional de saúde.

"Não temo o que virá, venha o que vier, nada será maior do que a minha alma". Fernando Pessoa

BIBLIOGRAFIA

1. Bungener, Catherine; Besche-Richard, Chrystel, (2008) Psicopatologias, Emoções e Neurociências. Climepsi Editores.

2. Castanheira, Vânia, (2020) Porque Andamos Tão Exaustos?. Arena PT.

3. Marques-Pinto, Alexandra; Silva, Adelina (2005) Stress e Bem-Estar, Modelos e domínios de aplicação. Climepsi Editores.

FARMÁCIA
Moderna

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
2ª a 6ª Das 8h às 20h Sábado Das 9h às 13h

Avenida Amílcar Cabral
Plateau- Praia
Santiago

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

AS DIFERENTES DIMENSÕES DO SOFRIMENTO

Autores: Maria Paula Silva [1] e Emília Pinto [2]

[1] Médica Fisiatra, Mestre e Doutoranda em Cuidados Paliativos – Serviço de Cuidados Paliativos do IPO – Porto

[2] Médica Anestesiologista, Mestre no tratamento da Dor, Doutoranda em Cuidados Paliativos - Unidade da Dor e Cuidados Paliativos do Hopsital Central de Maputo - Moçambique

INTRODUÇÃO

Apesar de sabermos que a morte é certa, a hora e o modo como ela chegará são incertos e essa incerteza, dá-lhe um caráter abstrato e impessoal, tal como acontece com as certezas que dizem respeito às verdades cósmicas - sabemos que a terra gira em torno do sol e que a lua é um satélite da terra, mas essas certezas não fazem parte do nosso pensamento e do nosso sentimento quando comtemplamos o pôr do sol ou o luar de uma noite de verão. (Osswald 2016).

Essa abstração permite que vivamos como se a morte só fosse real para os outros – para os que vão morrendo. Nessa ilusão muitos dirigem a sua força, a sua inteligência e a sua energia para as conquistas puramente terrenas, até que a decrepitude ou uma doença lembre a sua inevitabilidade.

DESENVOLVIMENTO

Pode-se morrer de repente e nessas situações não se tem tempo de pensar e preparar a morte, mas, na maior parte dos casos, há um processo mais ou menos prolongado que culmina com a morte e que se faz acompanhar pelo sofrimento.

E, apesar do sofrimento ser uma experiência única e individual, pode-se identificar, de forma geral, várias dimensões do sofrimento perante uma situação ameaçadora da vida (Clark 1999).

DIMENSÕES DO SOFRIMENTO

Dimensão Física

A dimensão física do sofrimento é a mais visível – a dor, a dispneia, as náuseas, os vómitos, entre outros sintomas, carecem de uma atenção imediata para o seu alívio.

O controlo dos sintomas físicos é prioritário e, muitas vezes, só quando ele é eficaz é que emergem as outras dimensões do sofrimento que, simbolicamente, podem ser comparadas à zona submersa de um iceberg, que sabemos ser muito maior do que a sua parte emersa – nessa zona mais profunda do nosso ser encontra-se o sofrimento psicológico, social, existencial ou espiritual.

Dimensão Psicológica

A dimensão psicológica do sofrimento, expressa-se de forma muito variável e modificável no decurso do tempo. A tristeza, a labilidade emocional, a depressão, a ansiedade, as perturbações do sono, a raiva e a revolta são algumas das suas manifestações e esta dimensão é bem mais complexa do que a dimensão física.

Dimensão Social

A dimensão social do sofrimento que é muitas vezes negligenciada, está relacionada com a perda de papéis - perda do papel profissional: ontem era uma pessoa reconhecida na sua profissão e agora é "apenas" um doente. Por vezes, é uma doença que despe a pessoa da sua identidade – é o doente da cama 30 ou o doente do cancro do estomago. Ás vezes ocarre a perda de papel na família enquanto cuidador, enquanto esteio afetivo ou económico; perda de papel em diferentes atividades sociais, perda da sua imagem física ou intelectual.

Dimensão Existencial ou Espiritual

O confronto com a proximidade da morte leva a uma análise retrospetiva da vida e, muitas vezes,, surgem ou reacendem-se questões dolorosas, objetivos não atingidos, atitudes e opções de que se arrepende; surgem questões sobre o momento que se está a viver e uma busca da sua causa; surge o medo do que irá acontecer – medo de sofrer mais, medo do desconhecido, medo da morte, medo do que poderá estar para além dela.

Perante a proximidade da morte e do sofrimento nestas diferentes dimensões torna-se essencial encontrar um sentido, porque sofrer não é o que mais custa, o que mais custa é não encontrar um significado, um sentido para o sofrimento. Quando se possui ou quando se encontra um significado, o sofrimento torna-se suportável.

Como encontrar um significado para a vida e para a morte?

Todas as grandes tradições espirituais do mundo dizem explicitamente que a morte não é o fim. Todas elas nos transmitem uma ideia de algum tipo de vida futura para além da morte física. Apesar destes ensi-

namentos, por vezes deixamo-nos viver num deserto espiritual, onde se acredita que a terra e a vida física são tudo o que existe.

Viver sem nenhuma fé na vida depois da morte pode tornar ainda mais difícil o processo de reencontrar um significado para o processo de morrer (Rinpoche 2016).

A consciência da sobrevivência da alma pode ajudar a encontrar um sentido para a vida e para a morte.

Essa compreensão pode ser um potente instrumento para lidar com a nossa finitude e com a finitude dos que amamos, auxiliando no cuidar.

Hoje o efeito positivo da espiritualidade/religiosidade na saúde e na doença, de uma forma geral, já está bem documentado.

Muitos são os artigos publicados sobre o assunto, concluindo a maioria, de forma inequívoca, que a espiritualidade/religiosidade do doente e dos seus familiares tem um efeito positivo na vivência de situações de fim-de-vida (Bryson 2004) .

É Interessante salientar que alguns artigos analisam até questões mais especificas, como a **influência de experiências espirituais na fase de fim-de-vida.**

Esses artigos referem que a maior parte dos doentes que passaram por esse tipo de vivências atingem uma grande pacificação e bem-estar interior perante a proximidade da morte (Fenwick, Lovelace et al. 2010) (Renz, Reichmuth et al. 2018).

A tomada de consciência de que morrer pode ser apenas deixar de ser visto depois de uma curva na estrada, como disse Fernando Pessoa, ajuda a viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entrar na morte com vida, eis o objetivo dos Cuidados Paliativos – o que exige uma aliança entre a ciência e o humanismo, com o objetivo de proporcionar o alívio do sofrimento em todas as suas dimensões aos doentes com uma doença avançada e progressiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Arantes, A. (2005). "Tratamento da dor e assistência ao sofrimento: resgate da humanização do cuidar." Rev Prática Hospitalar **41**(7): 80-84.
2. Bryson, K. A. (2004). "Spirituality, meaning, and transcendence." Palliative & supportive care **2**(3): 321-328.
3. Clark, D. (1999). "Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967." Social science & medicine **49**(6): 727-736.
4. Fenwick, P., et al. (2010). "Comfort for the dying: five year retrospective and one year prospective studies of end of life experiences." Archives of gerontology and geriatrics **51**(2): 173-179.
5. Mazzarino-Willett, A. (2010). "Deathbed phenomena: its role in peaceful death and terminal restlessness." American Journal of Hospice and Palliative Medicine® **27**(2): 127-133.
6. Morita, T., et al. (2016). "Nationwide Japanese survey about deathbed visions:"my deceased mother took me to heaven"." Journal of pain and symptom management **52**(5): 646-654. e645.
7. Osswald, W. (2016). Sobre a morte e o morrer, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
8. Renz, M., et al. (2018). "Fear, Pain, Denial, and Spiritual Experiences in Dying Processes." American Journal of Hospice and Palliative Medicine® 35(3): 478-491.
9. Rinpoche, S. (2016). O livro tibetano da vida e da morte, Editorial Presença.

PRÉMIO CIENTÍFICO

"JUDITH LIMA"

Prémio no valor pecuniário de **500.000$00 CVE**, para o melhor trabalho científico cabo-verdiano publicado na revista da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos durante o ano da vigência do concurso.

Podem concorrer artigos de investigação e estudos de Casos Clínicos.

Conheça as regras de publicação na revista e Participa!

Inpharma

ORDEM DOS MÉDICOS CABO-VERDIANOS

Cálculo Coraliforme

Autor:
Mário Frederico [1]

[1] Médico especialista em Urologia, Diretor do Serviço de Urologia do Hospital Central Dr. Agostinho Neto

Legenda: Radiografia simples de trato urinário com imagem radiopaca, ocupando todo o sistema calicinal direito, com aumento da sombra renal, sugestivo de cálculo coraliforme total.

INTRODUÇÃO

A nefrolitíase é uma patologia muito prevalente, cuja incidência vem aumentando nos últimos anos. Os cálculos renais podem ser do tipo coraliforme ou não coraliforme. O primeiro é aquele que ocupa a pelve renal e estende-se, no mínimo, para dois grupos calicinais. Sua constituição é variável, podendo ser formado de oxalato de cálcio, ácido úrico, cistina e estruvita.

O cálculo coraliforme de estruvita está frequentemente relacionado com as infecções do trato urinário (ITU), sobretudo aquelas provocadas por organismos que produzem a enzima urease, e catalisam a transformação de ureia em amônia e hidróxido, como *Proteus, Klebsiella, Pseudomonas e Staphylococcus.*

O diagnóstico destes cálculos é extremamente importante uma vez que a combinação de infeção e obstrução urinária pode induzir o dano ao parênquima renal. Por outro lado, a presença de cálculos/corpo estranho impossibilita o tratamento definitivo das infeções urinárias. Estes aspetos determinam a importância e gravidade do cálculo coraliforme.

DESCRIÇÃO DO CASO

O autor apresenta uma imagem referente ao caso de uma paciente jovem, do sexo feminino, de 39 anos de idade, que foi atendida no ambulatório de Urologia e que vinha apresentando há 2 anos episódios de cólica renal, tendo sido diagnosticada litíase renal. Há cerca de um mês houve intensificação dos episódios de dores lombares à direita, disúria, polaciúria, urgência urinária, febre alta e calafrios.

Ao exame físico revelou-se hipocorada, taquicárdica, febril, abdómen doloroso à palpação e massa palpável no hipocôndrio direito. Os exames da admissão mostraram Hemoglobina 10.4 g/dl, Leucócitos 25.100/mm3, Plaquetas 656.000/mm3, Creatinina 1,0mg/dl, Ureia: 32 mg/dl. Urina II: pH: 7.6, leucócitos > 100, piócitos, nitritos positivo, muitas bactérias. A ecografia de vias urinárias evidenciou nefrolitíase e hidronefrose à direita, ausência de parênquima renal. A radiografia simples do trato urinário revelou a presença de imagem radiopaca, ocupando todo o sistema calicinal direito, com aumento da sombra renal, compatível com cálculo coraliforme total.

Iniciou-se a antibioterapia empiricamente com ceftriaxona (1 gr), 2 gramas endovenoso de 12/12 horas, em combinação com a abordagem cirúrgica. Durante a intervenção cirúrgica, constatou-se que o rim direito estava aumentado de volume, apresentava

consistência cística, sem áreas de parênquima renal e com grande quantidade de secreção purulenta espessa, motivo pelo qual se decidiu a favor da realização de nefrectomia direita.

O estudo anatomo-patológico descreveu ao exame microscópico glomérulos retraídos, com atrofia tubular, intenso infiltrado inflamatório misto no interstício e áreas abscedadas atingindo inclusive a pelve renal.

Durante o internamento a paciente teve uma evolução clínica favorável, sem intercorrências relacionadas com a intervenção cirúrgica e teve alta no 8º dia de internamento, medicada com amoxicilina/ácido clavulânico via oral e orientada para a consulta externa de Urologia para seguimento.

CONCLUSÃO

A abordagem clínica do cálculo coraliforme deve ser combinada com a cirúrgia para o tratamento definitivo, pois a manutenção do foco infecioso e da estase urinária associam-se a quadros recorrentes de infeção, sepsis e dano renal permanente.

O autor apresenta este caso para alertar sobre esta patologia, que é relativamente frequente na nossa prática clínica e que pode se associar a complicações graves condicionando uma morbilidade e mortalidade importantes.

Salienta-se a importância da referenciação precoce à consulta de Urologia dos casos de infeção urinária recorrente, permitindo assim o diagnóstico e o tratamento atempadamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Preminger GM, Assimos DG, Lingeman JE, Nakada SY, Pearle MS, Wolf JS Jr. AUA guideline on management of staghorn calculi: diagnosis and treatment recommendations. J Urol 2005;173(6):1991-2000
2. Wagner Moura, Debora Cerqueira, Cinthia Leandro, Relato de caso de cálculo coraliforme em paciente pediátrico, J. Bras. Patol. Med. Lab. vol.55 no.3 Rio de Janeiro May/June 2019 Epub Aug 01, 2019
3. José João Marques , Ciprian Muresan , Rui Lúcio et al, Staghorn calculi: an unusual and serious clinical case, Acta Urológica – Dezembro de 2011 – 4: 58–61

UM POUCO DA HISTÓRIA DA MEDICINA EM CABO VERDE – Parte 1

Autor:
Arsénio Pina [1]
[1] Médico

INTRODUÇÃO

Este artigo reflete a apresentação que fiz no Congresso Nacional da Saúde, realizado na ilha do Sal em 2011, sobre o tema "História da Medicina em Cabo Verde ".

Por ter vivido e convivido com muitos que praticaram, no tempo colonial e nos primeiros anos da independência, e, como curioso da História, fui lendo sobre os mais antigos, que assistiram sanitariamente a população cabo-verdiana. Destes últimos sobrevoarei alguns, visto o Dr. Santa Rita Vieira ter produzido um calhamaço que historia muito do que se fez e retrata a quase totalidade dos atores patriarcais da Saúde entre nós, livro que a maioria dos presentes deve conhecer, embora, pela profusão de pormenores de lana caprina não seja de fácil leitura nem digestão.

Lembro-me de que foi o Dr. Santa Rita que substituiu o meu pai – Hermano Fermino de Pina – como delegado de saúde em S. Nicolau, em 1948, aquando da transferência deste para Moçambique. Intrigou-me que se tenha esquecido de o citar no seu livro, embora tenha sido dos primeiros médicos civis cabo-verdianos, junto com Daniel Tavares e António Alfredo Miranda (especializado em radiologia),

também esquecidos, a trabalhar em Cabo Verde no início do século passado; o meu pai regressou licenciado, na década de vinte do século passado, à sua ilha natal, Brava, onde trabalhou como médico particular, para evitar transferências, mas garantindo a assistência médica de toda a população, visto ter falecido, pouco tempo após a sua chegada, o médico bravense do Quadro de Saúde, Dr. João Baptista de Faria. No princípio de 1930, já casado e pai de dois filhos, partiu para França, onde se especializou, em Estrasburgo, à sua custa, em otorrinolaringologia (ORL), regressando novamente à Brava, ingressando então no quadro médico oficial, tendo sido, quase de imediato, transferido para Santiago, posteriormente para S. Nicolau, onde nasci. Nunca teve nenhum benefício da sua especialização por o orçamento da colónia só permitir a existência da especialidade de médico-cirurgião, não obstante ser especialista, o que lhe dava direito a ficar em S. Vicente ou Praia, mas sempre preferiu trabalhar noutras ilhas. Só veio a exercer em pleno a sua especialização em Moçambique, como diretor do Serviço de ORL do Hospital Central de Lourenço Marques, atual Maputo.

Ora bem. Corrigida a falha do colega Santa Rita, vamos ao sobrevoo dos que nos precederam na faina da saúde. Os primeiros médicos e enfermeiros, tanto durante a monarquia como no princípio da primeira república portuguesa, eram militares portugueses, em número reduzido, até porque a população era muito menor e as preocupações com a saúde das colónias africanas diminutas; os recursos disponibilizados para a saúde limitadíssimos, medicamentos oficinais preparados nas farmácias e boticas locais à base de extractos, folhas, óleos vegetais e produtos minerais. Tenha-se em conta que a primeira especialidade farmacêutica, a Aspirina, foi sintetizada em 1853, e somente em 1899 é que o Laboratório Bayer obteve a sua patente lançando-a no mercado. Eu próprio, quando cheguei à Praia, em 1967, prescrevia, por vezes, sob a forma chamada magistral, aviada na farmácia do Hospital Central, privada ou das delegacias de saúde em papeis e frascos. Ainda sou do tempo em que se receitava enxofre do vulcão do Fogo com óleo de purgueira para a sarna, essência de chenopódio em óleo de rícino para as lombrigas e óleo de fígado de bacalhau para o raquitismo. Vacinas, só a contra a varíola, quando calhava. Morria-se na paz divina de dor de barriga ruim (apendicite) e de febre cerebral (meningite). Nós sobrevivemos a essas épocas por sermos, muito provavelmente, geneticamente resistentes a imensas patologias atualmente facilmente preveníveis ou tratadas adequadamente, que antes liquidavam muitas crianças.

Permitam-me que me limite a citar somente meia dúzia de médicos de antanho, nacionais ou, sendo portugueses, que se casaram por cá e ficaram, todos do século XIX, deixaram fama e descendentes.

Dr. Francisco Hopffer, cabo-verdiano, Júlio José Dias, este, cabo-verdiano, formado em Paris, benemérito que cedeu a sua bela residência na Vila da Ribeira Brava, para sede do Seminário-liceu de S. Nicolau, José Martins e Vera Cruz, bravense; Abílio Augusto de Carvalho Areal, português, que foi chefe dos Serviços de Saúde em 1926; Bernardo José de Oliveira, santantonense; César Gomes Barbosa, chefe dos Serviços de Saúde, em 1891, famoso pelos seus despachos; João Baptista de Faria, bravense; João Baptista de Oliveira Costa Monteiro; João Augusto Monteiro, autor de Madeira, Cabo Verde e Guiné, em 1891, livro célebre já raro, benemérito da ilha do Sal.

Para pormenores sobre a ação e as funções de alguns, consultar o livro do Dr. Santa Rita Vieira.

Para que se possa apreciar a pobreza franciscana dos serviços de saúde de Cabo Verde, atente-se no seguinte: a construção do Hospital da Misericórdia da Praia começou em 1856 e o do Mindelo (o atual Hospital Velho) em 1880, concluído em 1898. A radiologia foi instalada no Mindelo em 1939 e na Praia,

em 1952. A construção das delegacias de saúde começou na década de quarenta do século passado e o Hospital de S. Filipe, no Fogo, nos finais da década de trinta, sem maternidade nem pediatria.

A Escola de Enfermagem de S. Vicente foi criada em1960; alguns enfermeiros foram formados em Portugal e em cursos esporádicos em Cabo Verde. Como os enfermeiros trabalhavam nesses tempos diretamente com os médicos em atos cirúrgicos e médicos, adquiriam bastante experiência e capacidades de que faziam uso quando únicos responsáveis pela saúde das populações nas ilhas isoladas ou no interior de Santiago e Fogo, como bastas vezes acontecia.

Deixemos o passado remoto e entremos nos nossos dias, mormente na pós-independência. Irei falar-vos, particularmente do setor preventivo – inexistente no tempo colonial, excluindo as Endemias – que ocupou a maior parte das minhas atividades e por ter sido ele a subverter positivamente toda a orgânica sanitária do país, com referências secundárias ao curativo. Mudo o título deste trabalho para História da Saúde, em vez de História da Medicina, por esta estar contida naquela.

OS PRIMÓRDIOS

A independência surpreendeu Cabo Verde quase de tanga em matéria de saúde, se excluirmos a obra imensa das Endemias iniciada em 1958, apoiada pelo Instituto de Higiene e Medina Tropical de Lisboa, consagrada à erradicação do paludismo e ao controlo da lepra. Nunca é demais reconhecer esse facto porque, antes, toda a febre era, enquanto não se provasse o contrário, de causa palúdica, implicando a respectiva terapêutica; como recordação desses tempos guardo, nas nádegas, dois nódulos de enquistamento de injecções de quinino de tratamento de uma tifoide tomada por paludismo, em 1943, em S. Vicente.

A tanga encolheu-se ainda mais por alguns dos poucos médicos de ex-colónia terem preferido partir para outros climas, deixando os colegas e os novos governantes em maus lençóis, a braços com problemas teoricamente insolúveis, dado que, se já éramos poucos (cerca de 24, segundo um trabalho do Dr. Pedro do Rosário), com a deserção de alguns, a penúria passou a ser franciscana, obrigando os heróicos enfermeiros e médicos que ficaram (13 médicos na altura da independência) a trabalho insano, permanente, sem tempo para repouso.

Mas, se alguns partiram, outros, bem poucos, porque muitos dos ultra revolucionários em tempo de acalmia e de agitação política com o 25 de Abril em Portugal, que conheci em Lisboa na minha fase final de especialização, preferiram aí ficar gozando as maravilhas do progresso, as delícias do clima, a esplêndida cozinha portuguesa e as boas condições de trabalho, esperando (desculpando-se) que fossem criadas condições decentes e humanas de trabalho (mas por quem, se os bodonas não vinham?), dizia eu, outros mais novos e dois ou três especialistas regressaram para participar na grande aventura sanitária. Houve que lançar mãos da solidariedade internacional, da cooperação com países socialistas (principalmente Cuba e a ex-URSS) e de médicos europeus progressistas (alemães, italianos, belgas, franceses, suecos, etc.) que aceitaram o desafio. O óbice maior foi que tinham poucos ou nenhuns conhecimentos da língua e da patologia local. Se os países da Europa Ocidental vinham por opção e militância, e eram geralmente competentes, bem como os cubanos, os da ex-União Soviética o faziam por decisão administrativa, possuindo a maior parte destes preparação profissional bastante medíocre; foram os médicos nacionais que ficaram, ou regressaram, quem se encarregou de os enquadrar, orientar e, até, por vezes, servir-lhes de intérpretes e atalhar ou corrigir atitudes terapêuticas intempestivas ou menos curiais.

Foi assim que nós, os nacionais, médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros técnicos de saúde, tomámos a pesada responsabilidade de gerir a Saúde na nossa terra com a ajuda de cooperantes da mais diversa origem e formação médica, enquadrando-os e cumprindo a estratégia e política do Governo, decidida em concertação com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ia dizer que os tempos eram outros – o que não deixa de ser verdade, porque vivíamos com orgulho a euforia da independência, estávamos na chamada fase romântica da mesma, possuíamos a gana de demonstrar sermos capazes de fazer mais e melhor do que no tempo colonial, sendo todos os sacrifícios consentidos -, dizia que os tempos eram outros e as pessoas que tomaram a responsabilidade de comandar e fazer a marinhagem da barca nacional, também, o que, de resto, não é de admirar visto ter predominado, nessa fase, o idealismo e os dirigentes continuarem a exigir sacrifícios sem contrapartidas, como se isso fosse possível à la longue. Havia, em verdade, uma dádiva integral, uma comunhão no sofrimento e de ideologia que consentiam todas as ambições e sacrifícios, e, com gente dessa têmpera, animada da vontade e determinação de melhor servir o país e o povo identificado connosco, estando todos a colaborar voluntariamente, tudo parecia possível. Todos nós tínhamos um sonho utópico, supostamente realizável, voltado para o futuro imediato. Íamos, sobretudo nós, os médicos - os mais sacrificados (veremos mais adiante porquê) – na crista da onda do entusiasmo na senda do desenvolvimento sanitário, sem nada exigir para nós próprios, sem nem nos darmos conta dos furos que íamos fazendo nos cintos para as calças não caírem. Época realmente heróica e histórica, trabalho verdadeiramente ciclópico, cujos principais intérpretes foram, infelizmente, muito mal reconhecidos. Só muito tardiamente – quase trinta anos depois – alguns desses heróis vieram a ser reconhecidos e condecorados pela Presidência da República e o Governo.

A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Não é possível, nem desejável entrar em detalhes, que ficaríamos por cá várias horas. Começaria por dizer que mesmo antes da OMS e da Conferência de Alma-Ata (1978), que foi a parteira da estratégia da OMS para levar "A Saúde para Todos no Ano 2.000", através dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), começámos a executar esses cuidados, à semelhança de Monsieur Jourdain da peça Le Bourgeois Gentilhomme, de Molière, que fazia prosa sem o saber, optamos pela Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF), decisão felicíssima e acertada visto realizarmos, dessa maneira, cinco componentes das oito dos CPS: Educação Sanitária, Nutrição, Vacinações, Tratamento das Doenças mais Correntes e PMI/PF propriamente dita. De fora ficavam os Medicamentos Essenciais, o Saneamento do Meio e o Abastecimento de Água de boa Qualidade (que não cabem ás estruturas de Saúde) e os Hospitais, funcionando estes como retaguarda de apoio dos CPS.

O desenvolvimento e a extensão do projecto de PMI-PF, iniciado em fins de 1977 em S. Vicente e, depois, progressivamente nas outras ilhas do país, com todas as suas valências, prolongaram-se por sete anos, contribuindo, sem sombra de dúvidas, para a melhoria geral do nosso estado sanitário, a ponto de passarmos para a vanguarda de países africanos independentes quinze anos antes de nós, com recursos humanos e materiais de longe superiores aos nossos. Ao cabo de doze anos o projeto de PMI- PF, generosamente financiado pela Suécia (através da Radda Barnen) – o nosso agradecimento à Suécia deve ser eterno – integrou- se completa e harmoniosamente no Ministério da Saúde, portanto, suportado pelo orçamento deste (cerca de 12% do orçamento e resolvendo cerca de 80% dos problemas de saúde), passando a Radda Barnen a financiar outras atividades ligadas à recuperação

das chamadas crianças de rua – Centro Juvenil Nhô Djunga. Exemplo único na África subsaariana, visto os financiamentos, como pude comprovar, pessoalmente, mais tarde como técnico da OMS ligado á PMI/PF em vários países africanos. Também exemplo ímpar e considerado programa de referência pela OMS e Suécia, tendo passado este país a fazer estagiar nos nossos serviços os técnicos de projetos financiados no Terceiro Mundo.

Integrada no organigrama do Ministério da Saúde como programa, a PMI/PF foi juntar-se aos outros irmãos dos CPS aí sedeados para completar a cadeia das componentes dos Cuidados Primários de Saúde.

O investimento feito na PMI/PF rendeu cento por um e permitiu, pelo facto de prevenir inúmeras doenças transmissíveis tão frequentes entre nós, que, antes, abarrotavam as consultas de delegacias de saúde e hospitais, tratando outras, para que o setor curativo - delegacias de saúde, hospitais regionais e centrais - pudesse respirar, melhorar as suas instalações, adquirir equipamentos, formar e qualificar o seu pessoal (cursos de enfermagem e outros técnicos de saúde, saída de quadros para qualificação no exterior). Não fora a PMI/PF, essas formações sanitárias e o seu pessoal técnico, pressionados pela urgência do curativo, demanda de consultas e avalanche de doentes, jamais teriam conseguido atingir o nível que alcançaram.

Aquando da independência não havia nenhum projeto ou programa de vacinações e nutrição, muito menos de educação para a saúde ou de proteção materno-infantil, praticamente nada de Medicina Preventiva, centrando- se o trabalho nos hospitais e delegacias de saúde e um pouco no Serviço de Endemias (paludismo e lepra) na fase de consolidação da erradicação do paludismo. Geria-se o dia-a-dia sanitário em delegacias de saúde e hospitais vetustos com poucos equipamentos, praticamente inexistência de meios para exames complementares de diagnóstico, raros medicamentos, pessoal reduzidíssimo, sendo o único especialista previsto no orçamento da colónia o cirurgião: logicamente (a lógica colonial), o preto não merecia mais… A Saúde era o parente pobre da política colonial. As taxas de mortalidade infantil (104%), materna (estimada em 105/100.000 nados vivos) e geral (12%) eram elevadas. Predominavam as doenças transmissíveis evitáveis infantis – sarampo, tosse convulsa, tétano umbilical, paralisia infantil, tuberculose, malnutrição grave, gastrenterites, as complicações gravídicas e, infeções de foro ginecológico, etc., que ocupavam quase todo o tempo de médicos e enfermeiros.

Com a política sanitária pós-independência de privilegiar a prevenção, sem descurar o curativo, em poucos anos se modificou completamente a paisagem sanitária do país. Ao cabo de dez anos, já tínhamos uma taxa de mortalidade infantil de 45% (atualmente de 20%, materna de 60 (oscilando nos últimos anos entre 33,3 e 76 por 100.000 nados vivos) e geral de 9% (atualmente de 5,4%). A contraceção, de que nem se falava e não se fazia, atingia a prevalência de 44%, a mais elevada em toda a África, as taxas de vacinação superiores às metas estabelecidas pela OMS, ao fim de dez anos, o sarampo e a paralisia infantil, em fase de erradicação, a tosse convulsa e o tétano umbilical passaram a ser raridade, a malnutrição controlada, vigilância periódica de grávidas e partos assistidos em maternidade elevados, planeamento familiar em crescendo. Introduziu-se a reidratação oral e endovenosa para prevenir e tratar as desidratações que matavam enorme percentagem de crianças com diarreia, isso mesmo antes da vulgarização dos sais de reidratação oral (SRO-Oralite) da OMS-UNICEF, por iniciativa do signatário destas linhas, primeiro e único pediatra nacional no país na altura e durante alguns anos, com um outro, cubano, à distância na Praia. A educação sanitária aplicada à Nutrição surtiu efeito por ter contrariado a tendência esboçada de alimentação artificial em detrimento da materna e se constatar mudança de

certos hábitos alimentares com aproveitamento de hortícolas, legumes e peixe na alimentação de crianças de tenra idade, por a população acreditar na competência do pediatra e médico de clínica geral (Dr. Pedro do Rosário), nacionais responsáveis pelo Programa de PMI/PF. O Serviço da PMI/PF fornecia, mensalmente, ao Ministério da Saúde, dados colhidos na ficha infantil adoptada sobre, a taxa de malnutrição infantil de cada ilha do país.

As grávidas e mulheres em idade fértil passaram a ser seguidas regularmente nas PMI, permitindo mais disponibilidade de tempo aos hospitais e delegacias de saúde para patologias não abrangidas por esta valência preventiva, atalhando ou tratando situações mórbidas e gravidezes não desejadas que antes sobrecarregavam o curativo e agravavam as taxas de morbilidade e mortalidade femininas. Todas essas medidas permitiram que, mais recentemente, se pudesse meter ombros ao incremento da melhoria da qualidade dos sistemas de saúde perante a gravidez e o parto, alvejando-se uma atenção integral à saúde da mulher, estudo em fase de finalização, segundo me informaram, que será apresentado proximamente ao Ministério da Saúde.

Simultaneamente, fez-se, também, um trabalho notável no campo da lepra com o apoio de um competente e motivado leprólogo italiano, Dr. Alexandro Loretti, que permaneceu largos anos entre nós e dirigiu o Programa de Luta contra a Hanseníase, como se nacional fosse, a ponto de se poder pensar na futura erradicação desta endemia.

Somente ao cabo de quatro anos de independência é que entrou no país novo especialista nacional (cardiologista). Uma obstetra e um cirurgião chegados por altura da independência, um psiquiatra na fase do governo de transição, um cirurgião e o signatário destas linhas regressado em Fevereiro de 1976, eram toda a fartura do país em especialistas nacionais: seis especialistas nacionais no ativo (tendo dois cirurgiões abandonado o país algum tempo depois) e um cirurgião aposentado (Dr. José Duarte Fonseca), que aceitou continuar a dar o seu valioso contributo, a avis rara na época colonial. Também um médico inspetor aposentado (Dr. João Baptista de Morais) ficou e deu a sua preciosa colaboração. Seis a sete anos após a independência começaram a chegar recém-formados da ex-União Soviética e de Cuba. Por essa altura encontrava-se, também, em formação em Portugal, perto de uma centena de bolseiros, os quais, no entanto, em grande maioria, preferiram outros ares, não correr riscos, optando pela nacionalidade portuguesa e não regressar. De salientar que havia em Portugal muitos técnicos cabo-verdianos altamente qualificados de várias especialidades que também preferiram optar pela nacionalidade portuguesa e ficar em Portugal.

Houve, não obstante a penúria de quadros qualificados nos primeiros anos da independência, grandes avanços no campo sanitário, confirmados pela excelência dos indicadores sanitários atrás referidos, incomparavelmente superiores aos dos países irmãos africanos, com exceção das Seichelles [ilhas com cerca de 70.000 habitantes (1991)] e Maurícias (menores do que Cabo Verde mas mais populosas e ricas em recursos naturais) em certos indicadores. Actualmente figuramos no quadro de honra da Saúde dos países africanos, com alguns indicadores sanitários de países desenvolvidos. O pessoal médico, farmacêutico e paramédico especializado no exterior que chegou mais tarde possibilitou a substituição de alguns clínicos gerais cooperantes e mais desafogo aos colegas que permaneceram no terreno já com os costados pelados de tanta carga suportada, que poderiam sair, alijados da sobrecarga, para qualificação e atualizações.

REFERÊNCIAS

1. Historia da Medicina em Cabo Verde, Santa Rita Vieira

O COVID´izer nas aulas durante a quarentena

Autores:

Eliane Mascarenhas, Emeline Vieira, Flávio Furtado, Hillary Duarte, Jaqueline Costa, Jeanise Brito, João Brito, Joceline Pires, Katia Rosa, Leandra Vicente, Lenilda Silva, Lia Centeio; Luís Fernandes, Maria Lopes, Maria Tavares, Marline Gonçalves, Nair Reis, Silvana Veiga, Yahaira Lima e Yasmine Flor *

**** Estudantes de Medicina***

No curso de Mestrado Integrado em Medicina o 3º ano foi de muita ansiedade e pressão, testando os nossos limites. Sendo 2020 um ano atípico, fomos forçados a adaptar-nos a uma nova realidade, imposta pelo novo coronavírus (SARS-coV-2): aulas, apresentações e avaliações online. Inicialmente a ideia agradou-nos. Ter aulas em casa, estar com a família parecia ser interessante, mas mal sabíamos o que nos aguardava.

Apesar de estarmos numa era bastante desenvolvida, com muitas tecnologias, as coisas não foram tão simples assim e eis que surgiram logo as dificuldades, para nós e para os próprios docentes. O ZOOM era o nosso principal aliado mesmo quando nós e alguns docentes não o dominava ou também quando a internet não colaborava. Os horários nem sempre eram confortáveis e os esforços eram sempre a dobrar. Apesar de estarmos em casa, a carga horária diária não diminuiu, foram horas a fio prostrados numa cadeira, de manhã até a noite, sem contar as horas de estudo necessárias para a aprovação desejada.

Não foram poucas as vezes em que perdemos o interesse pelas aulas ou em que fizemos outra coisa enquanto estas decorriam a aula, nossos professores que nos perdoem. Era um querer estar acordados e não conseguir prestar atenção ou ser mais participativo. Eram tantas horas calados que a voz sucumbia, mergulhada em pensamentos como: será que vamos passar a farmacologia? Temos de nos preparar para a aula de Anatomia Patológica. Quando é que serão as aulas de propedêutica? Enfim, a monotonia já gritava!

Nunca tivemos uma avaliação tranquila porque, ou era a internet que nos traía ou era o tempo para a submissão do exame, acoplados aos excessivos tremores, mãos frias, suores intensos, dores de barriga e fadiga.

Tínhamos idealizado que assim seria? Provavelmente, se nos tivessem contado difícilmente acreditaiamos. Embora quisessemos que fosse diferente, tivemos de o aceitar. Foi difícil? Foi, mas conseguimos desenvolver a nossa resiliência, que futuramente de será grande proveito para a nossa atividade laboral.

Conseguimos todos passar de ano e ultrapassamos mais uma barreira, conseguindo controlar as nossas emoções rumo ao nosso destino: Coimbra.

Quanto a 2020, ainda não acabou, mas já aprendemos a conviver com tudo isso e a expetativa de um 2021 melhor é grande, esperando manter a mesma atitude de conquistas e sucessos.

VIDAR
Engenharia Hospitalar

A Melhor Tecnologia Médica ao Seu Dispor

A Vidar Engenheira Hospitalar (VEH) é uma empresa que atua no ramo de vendas de equipamentos e consumíveis hospitalares.

Dispõe de uma vasta gama de produtos para as mais diversas áreas médicas nomeadamente:

- **Oftalmologia**
- **Otorrinolaringologia**
- **Análises clínicas**
- **Cardiologia**
- **Imagiologia**
- **Ortopedia**
- **Neonatologia/pediatria**
- **Ginecologia/obstetrícia**
- **Estomatologia**

Palmarejo, AV. Santiago nº29,
Rua da Farmácia Universal, Praia, Cabo Verde.
Tel: 2628788 | 9352869
Email: comercial.vidar@gmail.com