ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

Revista da ORDEM DOS MÉDICOS

www.ordemdosmedicos.cv

III Série Nº 28 - Janeiro a Julho de 2022

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.

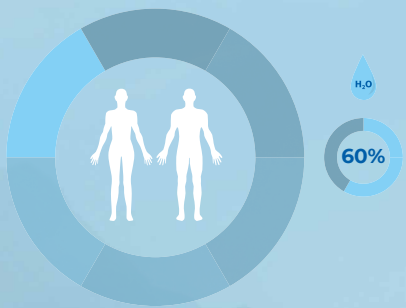
Todos os artigos (facultativo no Editorial), devem incluir referências bibliográficas, cujas citações devem ser feitas no estilo Vancouver (http://www.icmje.org/recommendations).

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.

A QUALIDADE DA *água* QUE SE BEBE É TÃO *importante* QUANTO A SUA QUANTIDADE

Estima-se que 60% do peso do corpo humano seja composto por água. É por isso fundamental que se beba água diariamente, de modo a ser possível renovar a quantidade de líquido do nosso organismo. Para além de eliminar impurezas e facilitar a

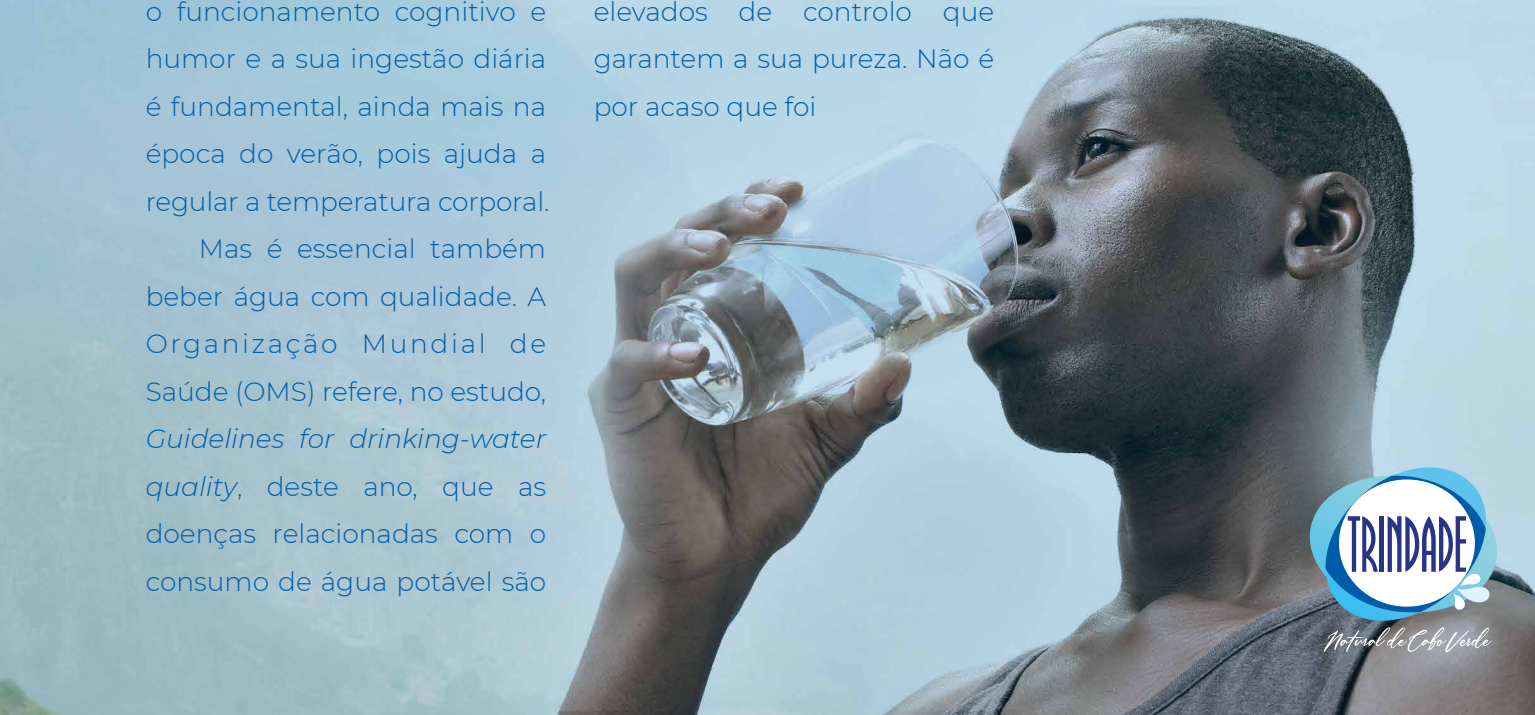


digestão, beber água melhora o funcionamento cognitivo e humor e a sua ingestão diária é fundamental, ainda mais na época do verão, pois ajuda a regular a temperatura corporal.

Mas é essencial também beber água com qualidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere, no estudo, *Guidelines for drinking-water quality*, deste ano, que as doenças relacionadas com o consumo de água potável são "um enorme fardo para a saúde humana". Por isso, deve-se ter uma atenção especial à água que consumimos, garantir que seja de qualidade e certificada, sem químicos nefastos ou microorganismos prejudiciais ao ser humano.

Em Cabo Verde, Trindade é uma água de referência pela sua qualidade, apresentando um pH reconhecido como ideal para consumo humano. Desde a sua captação até ao engarrafamento, há 22 anos Trindade garante padrões elevados de controlo que garantem a sua pureza. Não é por acaso que foi premiada seis vezes com o "Selo Morabeza", como a marca de confiança dos cabo-verdianos e ainda possui várias certificações que promovem boas práticas e segurança na sua produção (ISO 22000, ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001).

Portanto, o consumo adequado de água deve ser uma prioridade das rotinas diárias de todos, especialmente crianças e idosos. Esta é a forma de garantir mais bem-estar e qualidade de vida.



SUMÁRIO

Artigos de Revisão pág.6

SAÚDE OCUPACIONAL: O BEM-ESTAR NO TRABALHO
Ana Lúcia Sança Mota Gomes

Pesquisas pág. 10

Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes com Asma na Ilha de São Vicente
José Luís Lima Spencer

BARREIRAS AO REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO EM CABO VERDE: O CASO DA ILHA DE SANTIAGO
Edmilson dos Santos Mendes Vaz

História da Medicina em CV pág. 32

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A VACINAÇÃO EM CABO VERDE
João Lisboa Ramos

Página do Estudante pág. 36

NÚCLEO DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
Edmilson dos Santos Mendes Vaz

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
Flávia Semedo

Editora-chefe
Maria do Céu Teixeira

Editores-convidados
José Raposo
Jorge Barreto

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

Conselho Editorial
Luísa Santiago
Murtala Keita
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
Maria do Céu Teixeira
Ana Lúcia Sança Mota Gomes
José Luís Lima Spencer
João Lisboa Ramos
Edmilson dos Santos Mendes Vaz

Tiragem
1000 exemplares

Caros colegas

As doenças respiratórias crónicas (DRC) designadamente a asma, a DP≠OC, a rinite e a Hipertensão pulmonar acometem centenas de milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a prevalência dessas doenças maior nos países em desenvolvimento.

As DRC são problemas de saúde pública pela sua alta prevalência e morbimortalidade.

No entanto, as DRC e seus fatores de risco recebem atenção insuficiente pelas entidades governamentais, mídia, pacientes e familiares.

A Aliança Global Contra Doenças Respiratórias Crónicas (GARD) da OMS, criada oficialmente em 2006, surge pela necessidade de dar visibilidade, ampliar o conhecimento e o interesse pelas doenças respiratórias crónicas e ainda propor e apoiar a implementação de medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento apropriados para essas patologias.

No seio da GARD internacional formou-se um grupo de trabalho de países de língua portuguesa. Na sua quarta reunião ministerial, realizada nos dias 25 e 26 de Outubro de 2017, em Brasília, os Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) aprovaram a criação da GARD-CPLP.

A GARD-CPLP tem como missão "contribuir para a redução da carga global das doenças respiratórias crónicas" e o objetivo geral de promover formas de advocacia junto de entidades competentes, para aumentar a consciencialização da relevância das doenças respiratórias e da necessidade de implementação de medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e monitorização generalizadas e adequadas.

O Plano de ação 2020-2023 da GARD-CPLP tem como metas, entre outras, a recolha de indicadores adequados de saúde respiratória, a monitorização da carga das doenças respiratórias e dos seus fatores de risco, a otimização do diagnóstico, da acessibilidade a medicamentos e a tratamentos adequados e ainda o envolvimento da população na prevenção e tratamento destas patologias.

Para a concretização desses objetivos foram constituídos, entre outros grupos de trabalho, o Núcleo de Ensino e Formação, integrado pelo ponto focal de Cabo Verde, que tem organizado sessões de apresentação e discussão de casos clínicos através de videoconferência nas quais têm participado médicos do nosso País.

Para que as atividades da GARD atendam às necessidades específicas de Cabo Verde, exorto os profissionais de saúde com interesse em medicina respiratória a juntarem-se à GARD-Cabo Verde e em conjunto fortalecermos a capacidade nacional para enfrentar o crescente impacto das doenças respiratórias crónicas.

Se desejar receber notícias, estudos epidemiológicos, guidelines, programas nacionais, avaliações de programas nacionais, no contexto da doença respiratória crónica e seus fatores de risco, nos países de língua portuguesa, envie uma mensagem para gard-cplp@ihmt.unl.pt. ou para teixeiramceu@gmail.com.

Se deseja saber mais sobre a GARD também pode consultar a página https://gard-breathefreely.org/.

Maria do Céu Teixeira

Imunoalergologista
GARD-Cabo Verde

Saúde Ocupacional: o bem-estar no trabalho

Autores:
Ana Lúcia Sança Mota Gomes [1]

(1) Médica Especialista em Medicina do Trabalho, Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho da EuroPGS, Lda. - Diretora clínica e Médica do Trabalho; Portugal

RESUMO

A saúde ocupacional tem como objetivo a prevenção da ocorrência de alterações na saúde causadas ou agravadas pelo exercício de uma atividade profissional, seja ela de que natureza for. Compete à medicina do trabalho, em estreita colaboração com a enfermagem do trabalho, implementar e gerir programas de promoção da saúde nos locais de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalho, Segurança e Saúde do Trabalho, Promoção da Saúde e do bem-estar no local de trabalho.

INTRODUÇÃO

A saúde era antes definida como "ausência de doença", apenas.

Com o desenvolvimento tecnológico, principalmente da microscopia, da biologia, da fisiologia, da química e da genética, longe vai esse tempo!

Melhorou-se sobremaneira o conhecimento e, consequentemente, a prevenção dessa "doença" de tal forma que, no atual momento, a proposta da Organização Mundial da Saúde define a saúde como o bem-estar físico, psíquico e social do ser humano na sociedade em que se integra. Deste modo, a habitação, a educação, o meio ambiente envolvente, os hábitos alimentares e comportamentais (café, álcool, tabaco, outras drogas), o trabalho e o local

de trabalho constituem fatores determinantes nos atuais conceitos de saúde e de doença.

DESENVOLVIMENTO

Ao longo da história, o ganha-pão para toda a família sempre se baseou no exercício de uma atividade profissional, levando a que o ser humano passasse pelo menos um terço da sua vida no seu local de trabalho.

A civilização agrária foi paulatinamente dando lugar à civilização industrial: a classe dos assalariados deixou de ver o nascer e o pôr-do-sol ao ar livre para, no interior de uma fábrica, se expor a um trabalho repetitivo, de gestos monótonos e muitas vezes de elevada cadência, a todas as horas, todos os dias e todos os anos de trabalho.

A primeira referência a doença ocupacional (de origem infeciosa) na História é atribuída a Tucídides no século IV A. C. na sua narração sobre a peste de Atenas e a Guerra do Peloponeso. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem cerca de 2,3 milhões de mortes de homens e de mulheres por ano, dos quais 360 mil por acidentes e 1,95 milhões por doenças relacionadas com o trabalho.

Não obstante, tanto o trabalhador como a entidade patronal continuam a preocupar-se e a zelar por boas condições dos postos de trabalho, ótimas regalias sociais e um sentido ético de co-responsabilização no êxito laboral.

É nesse contexto que surge a *Saúde Ocupacional - Segurança e Saúde no Trabalho,* cujo intuito é debruçar-se sobre as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença, desenvolvendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária nos diversos locais de trabalho para a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, e interagindo com os diversos grupos profissionais numa articulação multidisciplinar e intersectorial.

Esta área da saúde tem vindo a desenvolver-se sobretudo nas duas últimas décadas, assumindo cada vez maior relevância nos locais de trabalho, facto que vem obrigando a uma capacitação gradual não só de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dietistas, etc.), como também de profissionais de outras áreas de intervenção (administrativos, ergonomistas, assistentes sociais, técnicos de segurança do trabalho, etc.), de maneira a prestarem os melhores cuidados, quer preventivos quer curativos, nesses locais de trabalho.

Com base na dimensão, na natureza organizacional e no ramo da atividade económica das instituições, além dos recursos humanos e técnicos, são também necessários recursos tecnológicos e materiais para, no contexto laboral, estruturar, planear e gerir as atividades a serem levadas a cabo pelos "agentes educadores para a saúde".

Aos trabalhadores, no decorrer da sua atividade profissional, devem ser realizados periodicamente:

- Pelo Fisioterapeuta Ocupacional ou pelo Ergonomista do Trabalho: avaliação ergonómica (exposição a posturas desadequadas, movimentos repetitivos, manipulação manual de cargas) no posto de trabalho;

- Pelo Enfermeiro do Trabalho: exames médicos, designadamente eletrocardiograma, rastreio visual, rastreio auditivo, análises de sangue e de urina e outros que poderão revelar-se necessários no decorrer da consulta;

- Pelo Médico do Trabalho: consultas periódicas (com frequência anual ou bienal, conforme a idade e a atividade profissional do trabalhador) e consultas ocasionais (quando ocorrem alterações do ambiente de trabalho, acidentes ou doenças suscetíveis de causar lesões e, por conseguinte, reduzir a capacidade de trabalho do trabalhador afetado).

Este profissional de saúde elabora uma ficha clínica que, de acordo com a avaliação médica feita, atribui ao trabalhador um grau de aptidão (apto, apto condicionalmente, inapto temporariamente, inapto definitivamente) para as funções laborais exercidas habitualmente por ele.

Ou seja, a equipa multidisciplinar de saúde ocupacional orienta para a prevenção, tido como o primeiro passo contra eventuais acidentes de trabalho e possíveis doenças associadas à atividade profissional. Por essa razão, ela rege-se pelos seguintes princípios gerais:

- Avaliar as condições de segurança e de higiene existentes;

- Analisar os perigos e os riscos profissionais (produtos químicos, agentes biológicos, radiações, ruído, exposição ergonómica, stress laboral, trabalho por turno/trabalho noturno, entre outros) presentes;

- Ministrar ações de formação e de sensibilização a vários níveis;

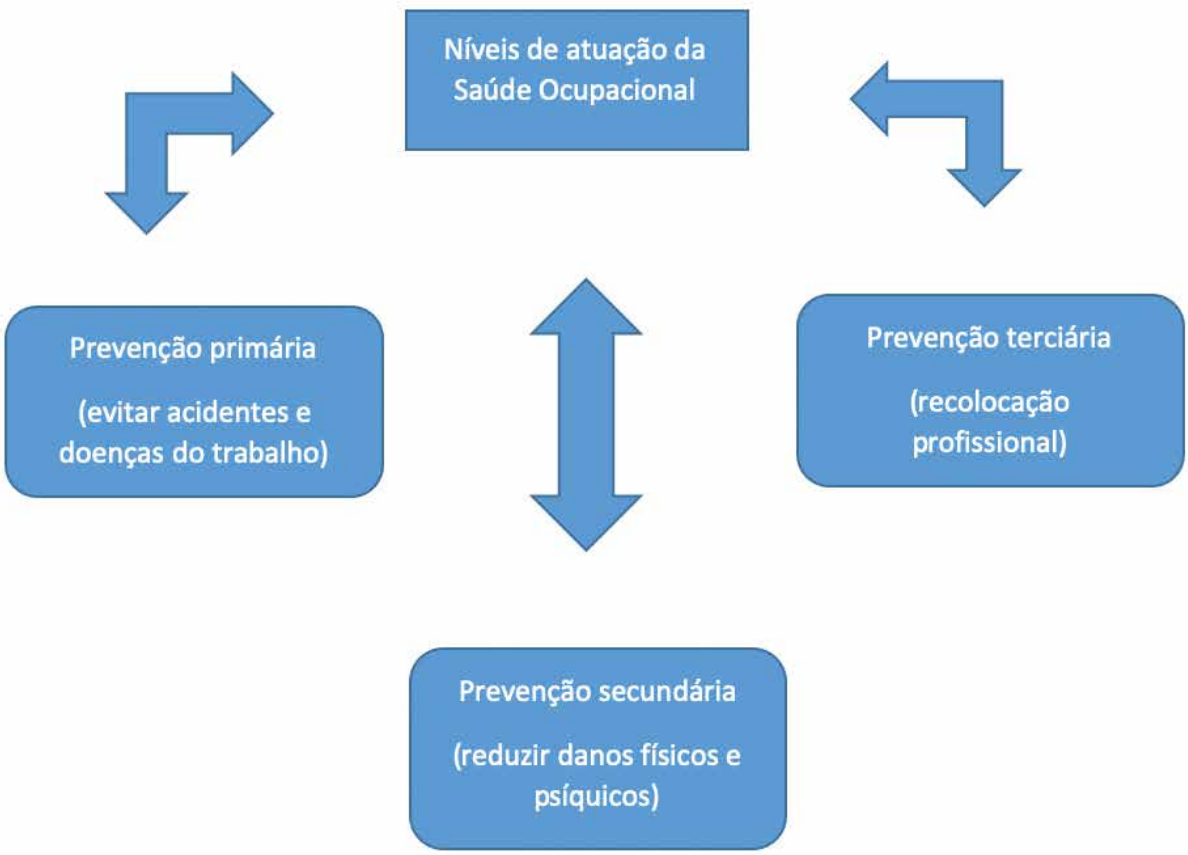
- Coordenar o Plano de Emergência Interno (com brigadistas para combate de incêndios, desastres e catástrofes e ainda socorristas para prestação do socorro às vitimas);

- Promover a saúde no local de trabalho, vigiando o estado clínico da população trabalhadora;

- Orientar as vítimas de acidentes de trabalho e os portadores de doenças profissionais;

- Formalizar recomendações corretivas relativas a situações críticas para a saúde da população trabalhadora;

- Fornecer elementos estatísticos relacionados com a saúde dos grupos de trabalhadores vulneráveis (grávidas, toxicodependentes, asmáticos, diabéticos, hipertensos, oncológicos, entre outros igualmente considerados de risco).



CONCLUSÃO

A Saúde Ocupacional intervém na realidade laboral, modificando as condições do ambiente de trabalho com vista a uma maior motivação no seio dos trabalhadores que, com mais moral e melhores relações interpessoais, produzirão também muito mais no seu tempo de trabalho!

Ocorrendo um aumento da cultura de segurança e de saúde no trabalho, certamente haverá um menor número de acidentes de trabalho e uma redução dos custos decorrentes da doença do trabalho.

Com estes pressupostos, existirá o tal proclamado bem-estar no trabalho, numa sociedade que se quer cada vez mais justa e em que todos devem ter e sentir a sua quota-parte de colaboração e de responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joseph Ladou e Robert J. Harrison, Current Occupational & Environmental Medicine, sixth edition, MC Graw Hill, Califórnia, 2021;

2. Alberto Sérgio Miguel, Manual de Segurança e Higiene do Trabalho, 13ª edição, Porto Editora, 2020;

3. Marcelo Gurgel da Silva, Saúde ocupacional – Auto-avaliação e revisão, Atheneu;

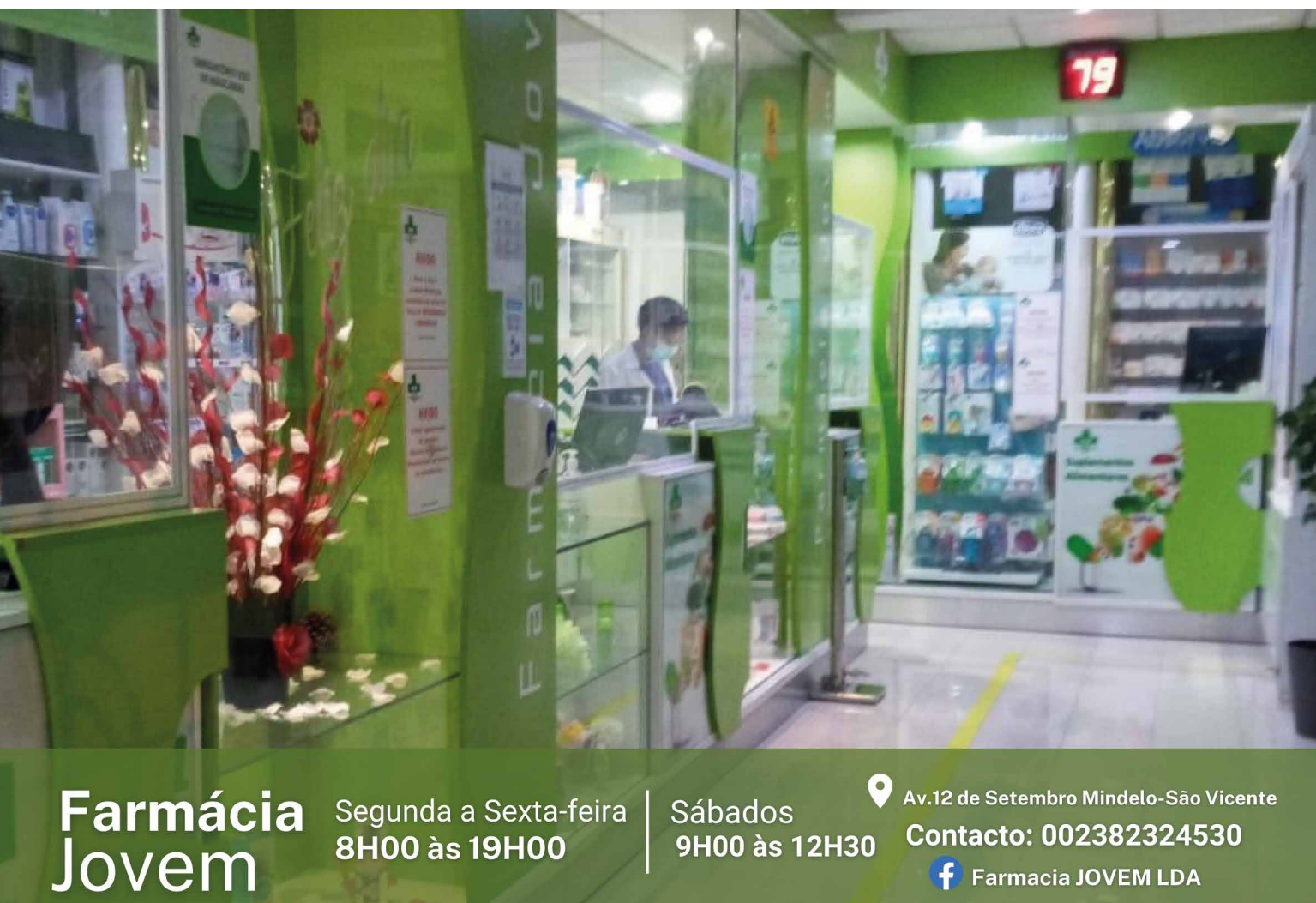
4. Bonnie Rogers, Enfermagem do Trabalho - Conceitos e práticas, Lusociência;

5. Elisabete Borges, Enfermagem do Trabalho – Formação, investigação e estratégias de intervenção, Lidel.

WEBGRAFIA

www.dgs.pt/saude-ocupacional

www.osha.europa.eu



Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes com Asma na Ilha de São Vicente

Autor:

José Luís Lima Spencer (1)

(1) Médico Especialista em Pneumologia, Hospital Central Dr. Baptista de Sousa

RESUMO

A asma, doença inflamatória crónica das vias respiratórias afeta principalmente crianças e adolescente com implicações que atingem não somente o doente, mas toda a família e que gera limitações consideráveis na qualidade de vida dos mesmos. Este estudo objetivou avaliar as implicações da asma na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) das crianças e dos adolescentes asmáticos atendidos na consulta de Pneumologia do Hospital Baptista de Sousa e analisar o peso dos fatores que para ele contribuem, utilizando um questionário elaborado a partir de dois padronizados (PedsQL 4.0 e PAQLQ) e um de dados sociodemográficos, clínicos e de caraterização da doença e dos participantes. Foram selecionados 29 crianças/adolescentes, sendo 41% do género feminino e 59% do masculino, com a média de idade de 10,48 ±3,2 anos e 21 cuidadores das crianças com idade entre 5 e 12 anos. Os dados recolhidos foram tratados no programa IBM SPSS Statistics, versão 20. Foram usados testes não paramétricos para a realização dos testes de hipóteses, considerando-se significativos para um p-value <0,05. Os Desempenhos Escolar e Emocional do PedsQL 4.0 registaram resultados menos satisfatórios, enquanto os domínios Sintomas e Emocional no PAQLQ apresentaram maiores implicações na QVRS. As avaliações feitas pelos adolescentes/crianças e pais em relação aos instrumentos PedsQL 4.0 e PAQLQ, género, escolaridade dos pais, convívio domiciliar com animais domésticos não tiveram relação estatisticamente significativa. Quanto à exposição ao fumo não se verificou diferença significativa no PedsQL 4.0, mas no PAQLQ a diferença é significativa e teve influência na QVRS das crianças e dos adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Asma. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

Asthma, a chronic inflammatory disease of the respiratory tract, mainly affects children and adolescents, with results that affect not only the patient, but the whole family and which generates considerable limitations in their quality of life. This study aimed to evaluate as a result of asthma in the Health-Related Quality of Life (HRQoL) of children and adolescents with asthma treated at the Pulmonology Clinic of Hospital Baptista de Sousa and to analyze the weight of the factors that contribute to it using a questionnaire elaborated from of 2 standardized (PedsQL 4.0 and PAQLQ) and one of sociodemographic, clinical and characterization data of the disease and the participants. 29 children / adolescents were selected, 41% female and 59% male, with a mean age of 10.48 ± 3.2 years and 21 caregivers of children aged 5 to 12 years. The collected data were treated using the IBM SPSS Statistics program, version 20. Nonparametric tests were used to perform the hypothesis tests, considering that they were projected for a p value <0.05. The School and Emotional Performances of PedsQL 4.0 registered less satisfactory results, while the Symptoms and Emotional domains in PAQLQ had greater gains in HRQoL. Those made by children / adolescents and parents in relation to the PedsQL 4.0 and PAQLQ instruments, gender, parental education, living with domestic animals, have no statistically significant relationship. For exposure to smoke, no significant difference was found in PedsQL 4.0, but in PAQLQ the difference is already significant and had to suffer in the HRQoL of children / adolescents.

KEY WORDS: Asthma. Health-related Quality of Life. Children. Adolescents.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crónica, que se manifesta clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar, e pela interação entre vários fatores (genéticos e ambientais), que levam ao desenvolvimento e à manutenção dos sintomas (Stirbulov et al., 2006). Segundo Fernandes e Oliveira (1997), a OMS estima que cerca de 235 milhões de pessoas estão vivendo com asma em todo o mundo e, independente do grau de desenvolvimento, é considerado um problema de saúde pública. Acomete pessoas de todas as raças e idades, podendo apresentar-se com um quadro grave, algumas vezes, fatal. Mais de 80% das mortes relacionadas com a asma ocorrem em países de baixa e média-baixa renda (WHO- Asthma, 2019). A predisposição genética, a exposição a alérgenos ambientais, a poluição do ar no interior e exterior das casas, a infeção do trato respiratório inferior no início da vida, a composição microbiana das vias respiratórias, os fatores dietéticos e as respostas imunológicas anormais podem promover o aumento da prevalência global da asma (FSRI, 2017). Pinto e Silva (2014) afirmam que esta patologia provoca atualmente um considerável comprometimento da qualidade de vida dos doentes e seus familiares, mesmo tendo um arsenal terapêutico altamente efetivo, disponível para o controlo dos sintomas e para o tratamento clínico. Guyatt et al. (1997) sugerem que os pais de crianças menores não têm uma boa ideia do que os seus filhos asmáticos estão experimentando. É provável que eles consigam obter suas impressões assistindo às manifestações clínicas da doença, como tosse, chiado, o levantar noturno, as medicações usadas e o pico do fluxo expiratório. Por outro lado, pais de crianças mais velhas conseguem obter suas impressões a partir do relato de experiências do dia a dia de suas crianças, as quais têm moderado entendimento dos sintomas da doença e em quem as manifestações clínicas não são tão acentuadas (Guyatt et al.,1997). Os adolescentes afetados têm que lidar não só com os sintomas que podem ser persistentes e sofrer agravamentos, como também com constrangimentos físicos, sociais e emocionais derivados da incapacidade de executar algumas atividades comuns, tendo frequentemente dificuldade em acompanhar os seus pares (Pinto et al., 2011). Acresce-se ainda o encargo para os cuidadores do ponto de vista emocional, ao contribuir para a abstenção laboral, e financeiro, além de provocar

alterações da vida diária a fim de poder atender ao cuidado do asmático. A elevada prevalência, o caráter crónico da doença e a perturbação da qualidade de vida geram uma necessidade de intervenção ao nível da prevenção das exacerbações sintomáticas e melhoria dos aspetos emocional, social e psicológico. A asma, se bem controlada farmacologicamente e com a evicção de fatores predisponentes a crises, poderá minimizar os efeitos adversos sentidos pelos adolescentes no quotidiano (Pinto e Silva, 2014).

A QVRS desempenha na atualidade um importante papel na orientação clínica e na gestão de recursos médicos, assim como na formulação de políticas de saúde. As medidas tradicionais de impacto da doença, como a prevalência, a mortalidade e as taxas de hospitalização, são de utilidade limitada no entendimento do efeito da doença sobre o indivíduo, sendo que a prevalência descreve apenas o número de pessoas que tem a doença, mas não fornece qualquer informação em relação ao impacto da doença sobre os indivíduos (Juniper et al., 2004). Geralmente, saúde e qualidade de vida são dois temas muito relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde (WHOQOL, 1994). Juniper et. al, (1996) consideram que qualquer que seja a gravidade da asma, há redução nos domínios físico, psicológico e social da avaliação da QVRS em geral, apresentando a maioria dos asmáticos restrições em sua vida e pior status de saúde, comparados a indivíduos sem asma. A nível mundial, conforme os autores acima referidos, observa-se um aumento hospitalizações por asma, principalmente entre as crianças, o que reflete um maior número de casos da forma grave da doença, manejo inadequado da mesma e de pobreza. Estudos epidemiológicos destacam a vulnerabilidade da população de renda e escolaridade mais baixas à morbidade ocasionada pela asma. Tal vulnerabilidade muitas vezes é atribuída a questões referentes ao acesso a serviços de saúde e medicamentos, além de questões educacionais (Nogueira et al., 2009). A asma encontra-se entre as doenças consideradas sensíveis ao manejo pela atenção primária, deste modo as internações por asma são consideradas evitáveis (Nedel et al., 2008).

Na faixa pediátrica a incidência mundial é bastante variável, mas com tendência crescente em todos os países. Em África situa-se em torno dos 4%, enquanto no Brasil entre 19% a 22%, e chega a níveis alarmantes no Reino Unido e na Nova Zelândia, cerca de 36% (Fritscher et al., 2002). Segundo Ferreira (2006), a prevalência em crianças portugueses é de aproximadamente 10% em todas as faixas etárias, sendo mais significativa na população infanto juvenil e é considerado motivo frequente de internamento hospitalar. O primeiro estudo epidemiológico das doenças alérgicas realizado em Cabo Verde (ilha do Sal, em 1993, e S. Vicente, em 1994), revelou uma prevalência da atopia entre os 6% e os 11,9% e da asma em torno dos 11%, entre crianças de idade escolar (Pinto et al., 2006).

Os questionários escritos têm sido os principais instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida e podem ser gerais ou específicos para a asma. Procedeu-se previamente à busca de artigos indexados em bases de dados eletrónicas (PubMed, SciELO, Rimas e Lilacs), utilizando para a busca os descritores "quality of life", "asthma quality of life", "asthma pediatrics", obtendo um total de 2230 artigos. Posteriormente realizou-se uma nova pesquisa, utilizando "asthma children AND quality of life AND questionnaire validation", tendo como resultado a seleção de 79 artigos. A maioria dos estudos avaliou confiabilidade, mediante a reprodutibilidade e/ou sensibilidade às mudanças. Procedeu-se à pesquisa de questionários que avaliem a qualidade de vida geral e a qualidade de vida relacionada com a asma e que têm caraterísticas específicas de validade e adaptação para a língua portuguesa, fiabilidade e reprodutibilidade. Foram identificados 11 instrumentos que avaliam QVRS de crianças e adolescentes com asma, designadamente Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), Asthma Control Questionnaire (ACQ), Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), Adolescent Asthma Quality of Life Questionnaire

(AAQOL), PELICAN Instrument, Asthma Related Quality of Life (ARQOL), Disability Kids (DISABKIDS), Quality of Life Questionnaire for Japanese School-aged Children with Asthma (JSCA-QOL v3), Pediatric Asthma Health Outcome Measure (PAHOM), Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) e Paedriatic Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ).

Em Cabo Verde, a qualidade de vida de crianças e adolescentes asmáticos tem sido pouco investigada. Ampliar o conhecimento sobre a qualidade de vida da população infanto juvenil contribuirá para a prevenção da morbilidade da doença, tanto do ponto de vista clínico, como nos aspetos mais gerais relacionados com o impacto da doença na vida social desses doentes. Perante estes fatos, formulou-se a seguinte questão de investigação: que influências a asma tem na qualidade de vida das crianças e dos adolescentes da ilha de São Vicente? Sendo o objetivo principal avaliar as implicações da asma na QVRS das crianças e dos adolescentes afetados por esta patologia atendidos na consulta de Pneumologia do Hospital Dr. Baptista de Sousa e nos centros de saúde da ilha de São Vicente bem como analisar o fardo de diversos fatores que para ela contribuem. Além disso, propôs-se os seguintes objetivos específicos: caraterizar as crianças e os adolescentes com asma atendidos nas estruturas de saúde da ilha de São Vicente; conhecer a perceção da QVRS das crianças e dos adolescentes com asma atendidos nas estruturas de saúde da ilha de São Vicente, recorrendo a duas escalas para avaliar a QVRS.

-PedsQL 4.0 e PAQLQ: avaliar a influência de diversos fatores sociais, demográficos e clínicos sobre os níveis de QVRS geral e específica para a doença e propor estratégias para promover a QVRS que podem ser generalizadas para todas as estruturas de saúde de Cabo Verde onde são atendidos crianças e adolescentes com asma.

Visando atingir os objetivos identificados se formulou as seguintes hipóteses:

H1- Não existe diferença nas avaliações feitas pelas crianças e pelos adolescentes e pais em relação aos instrumentos PedsQL 4.0 e PAQLQ.

H2- Não existe relação entre a QVRS e o género das crianças e adolescentes.

H3- Não existe relação entre a QVRS da criança e o nível de escolaridade dos pais.

H4- A exposição ao fumo não altera a QVRS das crianças e dos adolescentes asmáticos.

H5- Ter animais domésticos não altera a QVRS das crianças e dos adolescentes asmáticos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, e de corte transversal. Em virtude de os dados terem sido coletados em um único momento, se carateriza como de corte transversal. É observacional e quantitativa porque o investigador não interfere no fenómeno em estudo, atua meramente como espetador de fenómenos ou fatos e trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos. É também correlacional, tendo em vista que explora a força da associação entre as variáveis incluídas no estudo.

PARTICIPANTES

Participaram 29 crianças e adolescentes, com idades entre 5 e 18 anos, com diagnóstico de asma baseados nos sinais, sintomas, curso clínico e resposta ao tratamento. A avaliação clínica para seleção dos participantes foi realizada pelo investigador, pneumologista do Hospital Dr. Baptista de Sousa na consulta de especialidade nessa instituição. Como critério de exclusão para o estudo os participantes não poderiam apresentar doenças cardíacas, neuromusculares, reumáticas,

osteomusculares ou ortopédicas diagnosticadas, nem sequelas neurológicas associadas que pudessem comprometer de forma importante a qualidade de vida, nem poderiam ter tido infeções nas vias aéreas superiores ou inferiores nas três semanas que antecederam as avaliações. Também participaram no estudo 21 pais de crianças asmáticas.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para realizar a colheita de dados foi escolhido o método de questionário, que foi efetuado entre os meses de setembro e dezembro de 2019. Foi enviado um pedido de autorização para a Delegacia de Saúde de São Vicente, aos centros de saúde do concelho e à presidente do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) para aplicação do questionário, a qual foi concedida, assim como o Termo de Consentimento Livre Informado (TCLI) a preencher pelos pais das crianças. O questionário foi preenchido pelas crianças com habilitações literárias para tal ou feito por meio de entrevista às crianças da faixa etária mais baixa ou com limitações de leitura, escrita ou compreensão. Aos adolescentes, após a assinatura do Consentimento Informado, foi entregue o questionário, ao qual deveriam responder de acordo com as orientações dadas.

Para o presente estudo foram escolhidos o questionário PAQLQ (específico para avaliar a qualidade de vida da asma) e o questionário PedsQL 4.0 (genérico, que avalia a qualidade de vida geral da criança). Procedeu-se ao pedido de autorização aos autores para a utilização de ambas as escalas através de correio eletrónico, com resposta favorável e envio dos instrumentos por correio aéreo e eletrónico. O primeiro questionário trata-se do PAQLQ, que é um instrumento específico para avaliar a QVRS em indivíduos portadores de asma, com idades entre os 7 e os 17 anos (Juniper et al., 1996). Pode ser autoaplicável ou respondido durante uma entrevista. Este instrumento de avaliação é composto por 23 itens que representam três domínios diferentes, nomeadamente limitação da atividade (5 itens), sintomas (10 itens) e emocional (8 itens) (Juniper et al., 1996). O segundo questionário é o PedsQL 4.0, que avalia a qualidade de vida geral da criança e que é composto por 23 questões, divididas em quatro desempenhos: desempenho físico (8 itens), desempenho emocional (5 itens), desempenho social (5 itens) e desempenho escolar (5 itens). Este instrumento de avaliação é preenchido pela criança, enfatizando a sua própria perceção da qualidade de vida (Varny et al., 1999). Existe um terceiro questionário, elaborado pelo autor, e que apresenta questões para avaliação sociodemográfica. Com o apoio do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), os três questionários foram compilados em um único documento, utilizando-se as quatro dimensões do PedsQL4.0, incluindo todas as 23 questões relacionadas com a saúde geral, seguidas das 23 questões relacionadas especificamente com a asma que constam dos três domínios do questionário PAQLQ, e outras 12 questões acerca dos dados sociodemográficos.

BREVE CARATERIZAÇÃO DA ILHA DE SÃO VICENTE

A ilha de São Vicente integra o grupo Barlavento do Arquipélago de Cabo Verde, onde residem cerca de 82 mil pessoas. A população residente é na sua quase totalidade urbana (92,6%), estando fortemente concentrada na cidade do Mindelo. A ilha de São Vicente regista um PIB per capita de 292.437, similar à média de Cabo Verde (297.147) e uma taxa de desemprego de 14,5%, um valor superior à média registada a nível nacional (12,4%), segundo dados do INE-CV (2015). A estrutura etária de São Vicente é maioritariamente jovem, representando os indivíduos menores de 24 anos, em 2016, cerca de 43 % do total da população (INE-CV, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar estatisticamente os dados obtidos nos questionários, foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics, versão 20. Usou-se a estatística descritiva para calcular médias e desvio padrão e, para comparação das médias para as hipóteses, foi aplicado o teste de Mann- Whitney (Wilcoxon rank-sum test).

A maioria das 29 crianças e adolescentes que participaram no estudo é do género masculino (59%). Este resultado confirma uma maior predisposição dos indivíduos do género masculino para desenvolverem asma, sendo mesmo descrito como um fator de risco para esta doença. A asma é mais prevalente no género masculino do que no feminino durante a infância e o início da adolescência, sendo durante essa fase de vida o calibre das vias aéreas mais pequeno do que no género feminino, aumentando o risco de broncoespasmo após infeções virais, que são frequentes em crianças. No que diz respeito à distribuição por idades, a média de crianças/adolescentes foi de 10,48 ±3,2 anos e quanto ao desempenho escolar, pode-se verificar que a maioria classifica o seu desempenho escolar como "Bom" (69%).

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA QVRS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dois questionários (PedsQL 4.0 e PAQLQ) abordam de maneira diferente a qualidade de vida, apresentando, no entanto, alguns fatores semelhantes, por exemplo, ambos avaliam os domínios emocional e físico. Analisando os resultados obtidos com a aplicação do questionário PedsQL 4.0, que avalia a QVRS de uma forma global, na perceção das crianças, o desempenho social apresentou a melhor média (89,0) enquanto o desempenho emocional tem a menor média (70,1), considerado a vertente que tem maior implicância na QVRS. Avaliando o mesmo questionário na perceção dos pais, o desempenho social tem a melhor pontuação (87,0) ao passo que o desempenho escolar, que tem mais implicância na qualidade de vida das crianças/adolescentes (tabela 1), situa-se nos 57,0.

Comparando este estudo com aquele realizado por Silva et al., (2018), utilizando o mesmo questionário (30 crianças asmáticas da cidade de Natal, Brasil) apresentou resultado mais baixo no desempenho físico de 72,3, o que poderá indicar que nas crianças do referido estudo a atividade física tem mais implicância na qualidade de vida.

Os resultados obtidos com a aplicação do PAQLQ, questionário específico para asma, na avaliação das crianças e dos adolescentes, o domínio "limitação de atividades" apresenta maior média, com um valor de 90,0 e o domínio "sintomas" apresenta uma média mais baixa, 82,0 (tabela 1). Na perspetiva dos pais, o domínio com pior média é o referente à emocional com um valor de 77,0 e a limitação de atividades apresenta melhor média, 81,3. O PAQLQ revela-se mais sensível na avaliação da QVRS na patologia controlada, por apresentar médias mais elevadas em todos os domínios. Comparativamente aos resultados referentes ao instrumento PAQLQ no estudo de Guedes (2013), cuja média total foi de 6,22 (na escala de 1a 7), o que equivale a uma média total de 89 (escala de 0 -100), nota-se que este resultado é ligeiramente superior ao do presente estudo.

Tabela 1 - Resultados obtidos nos questionários de avaliação PedsQL 4.0 e PAQLQ - uma amostra de 29 crianças/adolescentes e de 21 pais

Questionário Crianças	PesdQl C DF	PesdQl C DE	PesdQl C DS	PesdQl C DEsc	PAQL C Emoc	PAQLQ C Sint	PAQLQ C Limit
Média	76,0	70,1	**89,0**	80,0	86,0	82,0	**90,0**
Erro padrão	13,1	21,4	13,9	15,2	21,6	21,9	12,0
Média das Dimensões	**79,0**				**86,0**		
Questionário Pais	PesdQl P DF	PesdQl P DE	PesdQl P DS	PesdQl P DEsc	PAQLQ P Emoc		PAQLQ P Limit
Média	70,0	62,8	**87,0**	57,0	77,0		**81,3**
Erro padrão	18,2	28,3	19,5	22,1	22,3		26,9
Média das Dimensões	**69,1**				**79,1**		

ANÁLISE INFERENCIAL

H1 – Não existe diferença nas avaliações feitas pelas crianças e pelos adolescentes e depois pelos pais em relação aos instrumentos PedsQL 4.0 e PAQLQ.

Ao analisar o instrumento PedsQL 4.0, cuja média de desempenho total é de 79, numa avaliação feita pelas crianças e pelos adolescentes e também na perceção dos pais, o desempenho total apresenta uma média inferior de 69,1. No entanto, os resultados do teste emparelhado Wilcoxon Signed Ranks, com exceção do desempenho escolar, mostram que as diferenças encontradas relativamente ao PedsQL 4.0 não são significativas e em relação ao PAQLQ as diferenças encontradas também não são significativas (tabela 2). Em relação ao PAQLQ, na perceção dos pais, o total apresenta uma média inferior a 79 e para as crianças é mais elevada, 86. As crianças/adolescentes afirmam que devido à doença faltam à escola para poderem ir ao médico ou ao hospital (79,2%), diminuindo assim o rendimento escolar, sendo considerado um limitante na qualidade de vida. Os pais também afirmam o mesmo, 59% afirma que os filhos faltam à escola para ir ao médico ou ao hospital, o que pode ser um agravamento da qualidade de vida das crianças. Apesar de o desempenho físico e emocional apresentarem as médias mais baixas, 76 e 70 respetivamente, na perceção das crianças e dos adolescentes não representa uma limitação da qualidade de vida. Mas para os pais a limitação de participação em atividades físicas ou desportivas (média 66%) constitui uma diminuição da qualidade de vida.

Tabela 2 - Relação entre avaliações das crianças e dos adolescentes e dos pais

	Ordenações Médias		Wilcoxon Signed Ranks
	Crianças	Pais	Sig.
PesdQl DF	9,36	10,38	0,235
PesdQl DE	8,38	11,92	0,155
PesdQl DS	6,81	8,42	0,898
PesdQl DEsc	5,75	11,13	**0,004**
PAQLQ Emoc	8,14	11,08	0,126
PAQLQ Lim	6,19	10,07	0,551

H2- Não existe relação entre a QVRS e o género das crianças e dos adolescentes

A análise comparativa realizada entre os valores de ambos os questionários e o género não mostraram diferença significativa (p= 0,689). Também quanto ao género, na avaliação que os pais fazem sobre o estado de saúde das crianças, não se verificou diferença significativa com p= 0,336 (tabela 3). Constatou-se que houve uma distribuição semelhante das respostas dos participantes do género masculino e feminino para ambos os questionários PedsQL 4.0 e PAQLQ em todos domínios. Roncada (2012) e Nogueira et al. (2009), ao avaliarem a qualidade de vida de crianças e adolescentes asmáticos, também não encontraram diferenças significativas quanto ao género. Contrastando com o estudo realizado com crianças/adolescentes asmáticos por Guedes (2013) em que as do género feminino apresentam-se com pior qualidade de vida, avaliadas pelos dois instrumentos, comparando com o género masculino.

Tabela 3 - Relação entre o género e os questionários de avaliação PedsQL 4.0 e PAQLQ- percebida pelas crianças e pais

Crianças	PesdQl C DF	PesdQl C DE	PesdQl C DS	PesdQl C DEsc	PAQLQ C Emoc	PAQLQ C Sint	PAQLQ C Limit
Mann-Whitney U	93.0	86.5	100.5	97.0	100.0	64.5	**101.5**
Sig. (p)	.689	.489	.945	.822	.928	.094	.982
Pais	PesdQl P DF	PesdQl P DE	PesdQl P DS	PesdQl P DEsc	PAQLQ P Emoc		PAQLQ P Lim
Mann-Whitney U	40.5	51.5	31.5	52.5	47.0		32.0
Sig. (p)	.336	.858	.076	.914	.616		.097

H3- Não existe relação entre a QVRS da criança e o nível de escolaridade dos pais

Quando analisada a escolaridade dos pais dos participantes, tanto na avaliação pelo PAQLQ como do PedsQL 4.0 não há diferença significativa em relação à QVRS das crianças e dos adolescentes p=0,35 e p=0,13, respetivamente. Em relação à perceção que os pais fazem sobre a sua escolaridade, se constatou que também não há diferença significativa, sendo p=0,5 e p=0,6, respetivamente (tabela 4). A escolaridade dos pais, segundo os participantes, não interfere na sua QVRS, ou seja, não os impede de executar as suas atividades rotineiras e também não afeta os cuidados prestados a eles. A mesma perceção é partilhada pelos pais sobre a sua escolaridade, ou seja, a QVRS das crianças não é afetada pelo grau de literacia parental. O mesmo se verificou no estudo de Figueiredo (2015), em que também o nível de escolaridade dos pais não mostrou relação com a QVRS das crianças.

Tabela 4 - Relação entre escolaridade dos pais e a QVRS percebida pelas crianças e pelos pais

	PesdQl C	PesdQl P
Mann-Whitney U Mãe	42.0	45.5
Sig. (p)	.357	.502
Mann-Whitney U Pai	17.5	27.5
Sig. (p)	.136	.620

H4- A exposição ao fumo não altera a QVRS das crianças e dos adolescentes asmáticos

Na análise das quatro dimensões do PedsQL 4.0 não se encontrou diferença significativa, sendo p>0,05 em todas (p= 0,08 no DF, p=0,13 no DE, p=0,99 no DS e p = 0,26 no DEsc), mas no questionário específico para asma PAQLQ, a diferença já é significativa com p<0,05 em todas os três domínios (p=0,04 no Emoc, p= 0,019 no Sint e p= 0,016 no Limit). Enquanto que no desempenho físico do questionário PedsQL 4.0 a diferença entre 10,14 e 16,55 não é significativa, na limitação de atividades do PAQLQ a diferença entre 8,43 e 17,09 já é significativa (tabela 5). As crianças afirmaram que se sentiam melhor ou pior conforme os familiares fumavam ou não. Em relação à perceção dos pais sobre a influência da exposição ao fumo na QVRS dos filhos asmáticos não é significativa, p=0,458. Os pais, provavelmente os fumadores, não percebem que a exposição passiva ao fumo interfere na QVRS dos filhos asmáticos, demonstrando assim um possível conflito de interesses. Num estudo realizado por Ciaccio et al., (2015) também não se conseguiu demonstrar uma relação significativa entre a exposição ao fumo passivo e a asma na infância. O fumo do tabaco é considerado fator de risco para o aparecimento da asma como para o agravamento dos sintomas e o desencadeamento de crises asmáticas nos indivíduos com esta patologia.

Tabela 5 - Relação da avaliação da QVRS das crianças e a exposição ao fumo

Exposição ao Fumo -		N	Media das ordenações
PesdQl_C_DF	SIM	7	10.14
	NÃO	22	16.55
	Total	29	
PesdQl_C_DS	SIM	7	10.57
	NÃO	22	16.41
	Total	29	
PAQLQ_C_Limit	SIM	7	8.43
	NÃO	22	17.09
	Total	29	

H5- Ter animais domésticos não altera a QVRS das crianças e dos adolescentes asmáticos

Ao averiguar se havia diferença nas respostas aos questionários entre os participantes e os pais em relação à presença ou não de animais domésticos não se verificou diferença significativa. A QVRS das crianças e dos adolescentes asmáticos não é influenciada pela presença de animais domésticos quer na perceção destas quer na perceção dos pais. A literatura revela que a presença de animais no domicílio é considerada fator de risco para a manifestação de asma, devido à presença de certos alergénios contidos nos pelos desses animais, o que causa crises respiratórias. No entanto, os resultados de alguns estudos que têm procurado mostrar essa relação têm-se revelado algo contraditórios. Para as crianças mais velhas, a exposição no domicílio a animais de companhia parece aumentar o risco de sensibilização e expressão da asma.

Os diversos fatores sociais, demográficos e clínicos sobre os níveis de QVRS geral e específica para a doença são relatados como não influenciadores da qualidade de vida tanto das crianças como dos adolescentes.

CONCLUSÃO

O controlo da asma, a principal doença crónica que se manifesta no período infantojuvenil, tem sido abordado basicamente através da evicção dos sintomas. Este estudo vem evidenciar a necessidade de aplicação de questionários para a avaliação da QVRS das crianças e dos adolescentes em Cabo Verde, a fim de se obter uma avaliação mais global dos asmáticos quando associada ao controlo clínico, bem como fazê-los perceber acerca da sua própria qualidade de vida.

O PedsQL 4.0 é um dos questionários genéricos de avaliação de QVRS em crianças e adolescentes mais utilizados por demonstrar boas propriedades psicométricas tanto em indivíduos saudáveis como em portadores de doenças crónicas. De notar que neste estudo, a média total do questionário foi elevada tanto para as crianças inquiridas como para os pais, sendo os desempenhos emocional e físico aqueles que maior implicação tiveram na QVRS, acrescido do desempenho escolar que, na perspectiva dos pais, tem maior relevância. Quando analisado o PAQLQ, que é específico para crianças e adolescentes com asma, consegue-se detetar alterações ligeiras da QVRS desse grupo, o que veio a ser confirmado quando se constatou que ambos os géneros apresentam semelhança entre os três domínios do questionário. Percebeu-se que para as crianças e os adolescentes do estudo os fatores que mais preocupam são a limitação de atividades, nomeadamente desportivas e recreativas, e o absentismo escolar, gerados pela doença. Neste contexto, um bom controlo da doença e dos seus fatores correlacionados, bem

como a ênfase no ensino aos próprios doentes sobre a forma mais eficaz de o fazer, podem permitir a prática de atividades sem limitações e menor influência sobre o rendimento e absentismo escolar, e consequentemente, um melhor bem-estar geral da criança e do adolescente. É de realçar a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para uma melhor coordenação na marcação das consultas de controlo e na realização de exames complementares de diagnóstico nos períodos considerados importantes do ano letivo, a fim de minimizar o absentismo às aulas, que prejudica o aproveitamento escolar dessas crianças e desses adolescentes. No entanto, as implicações sociais relacionadas com a asma parecem gerar menor preocupação para os inquiridos. Apesar do género masculino ser mais representativo na amostra, não se constatou variação na QVRS entre os géneros aquando da aplicação dos questionários, o que não tem sido demostrado pelos relatos encontrados na literatura. A escolaridade dos pais e o convívio com animais domésticos não influenciaram a QVRS dos participantes neste estudo. O fumo, apesar de ser um dos fatores de risco para a exacerbação das crises asmáticas, e foi muito bem percebida pela avaliação das crianças, não o é na perceção dos pais, que minimizam a relação da exposição passiva com a piora da qualidade de vida dos filhos.

Sugere-se como estratégias para promover a QVRS em crianças e adolescentes asmáticos, e que podem ser generalizadas em todas as estruturas de saúde de Cabo Verde onde são atendidos crianças e adolescentes com asma, o seguinte:

- adoção de instrumentos de avaliação para medir a qualidade de vida, que deverão ser aplicados em ambulatórios estruturados para o atendimento e a educação do asmático;
- criação e implementação de um programa de educação para o tratamento da asma que pode ser aplicado, associado ao atendimento médico e adaptado às caraterísticas socioeconómicas e culturais da população pediátrica;
- comparação dos tratamentos, utilizando guidelines adequados à realidade local, bem como quantificação do impacto destes e identificação das necessidades nas comunidades.

Uma avaliação contínua da QVRS nas consultas de controlo das crianças e dos adolescentes é essencial para a perceção das falhas na intervenção terapêutica instituída para cada caso, para se poder criar oportunidades de atuar de forma multidisciplinar (fisioterapia, psicologia, nutrição), e não apenas numa abordagem centrada no alívio dos sintomas clínicos, principalmente no ensino do doente sobre o controlo da própria doença e a gestão dos fatores emocionais que podem ser diminuídos. Com isso pretende-se chamar a atenção para uma abordagem mais global do asmático na faixa pediátrica, tendo em conta não só o alívio dos sintomas da doença, como também na avaliação da qualidade de vida, visando um melhor bem estar quer das crianças quer dos cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ciaccio CE, DiDonna A, Kennedy K, Barnes CS, Portnoy JM, Rosenwasser LJ. Secondhand tobacco smoke exposure in low-income children and its association with asthma. Allergy Asthma Proc [Internet]. Jan [cited 2015 Mar 10];35(6):462–6. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4210654&tool=pmcentez&rendertype=abstract.

Fernandes, A. L. G. & Oliveira, M.A. (1997). Avaliação da qualidade de vida na asma. J Pneumol; 23: 148-52.

Ferreira, M.D.F. (2006). A Qualidade de Vida em crianças com Asma: Revisão Bibliográfica. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto - Portugal.

Figueiredo C. F. F. (2015). Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes com Asma. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade da Beira Interior-Covilhã, Portugal.

Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales. El impacto gobal de la Enfermedad Respiratoria – Segunda edición. México, Associação Latinoamericana de Tórax, 2017.

Fritscher, C.C., Solé, D., Rosário, N. 2002. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J Pneumol; 28 (Supl 1): S4-S28

Guedes ML. Avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes com asma (Dissertação de Mestrado). Covilhão: UBI; 2013.

Guyatt, G. H., Juniper, E.F., Griffith, L. E., Feeny, D. H., Ferrie, P. J. (1997). Children and Adult Perceptions of Childhood Asthma. Pediatrics vol 99 N° 2 pp. 165-168

INE-CV, (2015). Produto Interno Bruto (PIB) por Ilha (Série 2007-2012). Santiago. INE-CV, (2017).

Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Ferrie, P. J., Griffith, L. E., Townsend, M. (1996a). Measuring quality of life in the parents of children with asthma. Qual Life Research; 5: 27-34.

Juniper, E. F., Wisniewski, M. E., Cox, F. M., Emmett, A. H., Nielsen, K. E. & O'Byrne,

P.M. (2004). Relationship between quality of life and clinical status in asthma: a factor analysis. European Respiratory Journal 23: 287–91).

NEDEL, F. B. et al. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Revista de saúde pública, São Paulo, Vol 42, N° 6, p. 1041-1052, dez. 2008.

Nogueira, K.T., Silva, J.R., Lopes, C.S. (2009). Quality of life of asthmatic adolescents: assessment of asthma severity, comorbidity, and life style. J Pediatr (Rio J);85(6):523-530.

PINTO J, SILVA IC. MANUAL PARA ABORDAGEM DA SIBILÂNCIA E ASMA EM IDADE PEDIÁTRICA. DGS. 2014.

PINTO JR, GASPAR A, ALMEIDA MM. Epidemiology of asthma and allergic diseases in Portuguese speaking regions. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique. 2006;46: 305-308.

Pinto, J., Cadete, A., Medeira, A., Marques, L. (2011). ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) 20 Anos em Portugal. Acta Pediatr Port.;42 (Supl II) (5).

Roncada C. Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças escolares com diagnóstico de asma em Porto Alegre – Brasil (Dissertação Mestrado). Porto Alegre: PUCRS; 2012.

Silva, A. A. M., Maciel, Á. C. C., Furtado, P. R., Tomaza, R. R., Macêdo, T. M. F., Mendonça, K. M. P. P. (2018). Aplicabilidade de um questionário genérico de avaliação de qualidade de vida para crianças asmáticas. Rev Paul Pediatr;36(2):207-213.

Stirbulov, R., Bernd, L. A. G., Solé, D. (2006). IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. Rev. Bras alerg. Imunopatol. –Vol 29, N° 5: pp.222- 245.

Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQLTM: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Medical Care, 1999; 37(2):126-39

WHO (World Health Organization (2019) - https://www.who.int/news-room/q-a- detail/asthma, acedido em 24 Novembero 2019.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer, 1994. p.41-60.

Inpharma
a nossa identidade é o seu bem estar

BARREIRAS AO REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO EM CABO VERDE: O CASO DA ILHA DE SANTIAGO

Autor:

Edmilson dos Santos Mendes Vaz [1]

(1) Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Cabo Verde.

CONFLITOS DE INTERESSE E/OU FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há conflitos de interesse a serem declarados. Os custos relativos à realização do presente estudo foram inteiramente arcados pelo autor.

RESUMO

O Registo de Saúde Electrónico (RSE) é um repositório de informação relativo ao estado de saúde de um indivíduo objeto de cuidados num formato susceptível de processamento por computador, armazenado e transmitido de forma segura e acessível por múltiplos utilizadores autorizados.

Os objetivos do presente estudo foram: i) avaliar o conhecimento e o uso do RSE pelos médicos da ilha de Santiago; ii) compreender as principais barreiras à implementação deste sistema na ilha de Santiago; e, iii) apresentar propostas de soluções em função das respostas obtidas.

Realizou-se trabalho observacional transversal descritivo com recurso a um questionário original, elaborado com base na revisão da literatura e aplicado a médicos da ilha de Santiago, após trabalho de validação, com colheita dos dados em 2021, através da abordagem direta dos médicos nas estruturas de saúde onde trabalham.

Numa amostra de 75 médicos (31,65 % da população em estudo), a maioria tem conhecimento do RSE (94,7 %), mas verificou-se que 76,0% dos participantes têm pouca ou nenhuma formação na área de informática e digitalização de dados clínicos. E 24% dos participantes afirmou que usa o RSE, nomeadamente as plataformas MI, DHIS2 e NOSISIS.

As principais barreiras ao RSE, segundo 82,7% dos inquiridos, estão relacionadas a falhas nas componentes dos sistemas (plataformas, falta de equipamentos e de conexão à internet). Outras barreiras ao RSE citadas foram: a resistência e a falta de motivação dos médicos para a mudança do registo em papel para o eletrónico, a falta de formação para utilizar o sistema informático e as preocupações com a segurança da informação do paciente.

Conclui-se que o RSE na ilha de Santiago enfrenta significativas barreiras a nível humano/comportamental, **técnico e organizacional.** Recomenda-se um pensamento sistémico do sistema de saúde e a adoção da estrutura PRISM de avaliação e monitorização do RSE, com base nos seus fatores determinantes e nas especificidades do país.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Informação em Saúde, Registo de Saúde Eletrónico, Tecnologias de Informação em Saúde, Cabo Verde e Ilha de Santiago.

ABSTRAT

The Electronic Medical Record (EMR) is a repository of information regarding the health status of an individual being cared for, in a format susceptible to computer processing, stored and transmitted securely, and accessible by multiple authorized users.

The objectives of the present study were to assess the knowledge and effective use of the Electronic Health Record (EMR) and also aimed to understand the main barriers to the implementation of these systems in Santiago Island and to present proposals for solutions.

In a cross-sectional observational descriptive study using an original questionnaire, prepared based on a literature review carried out and applied to physicians in Santiago Island. Data collection was carried out for a period of two months, through the direct approach of doctors in the health structures where they work. Descriptive statistics were applied, using SPSS.

The study sample consisted of 75 physicians (31,65 % of the medical population) on the Santiago Island and most of then are aware of the concept of EMR (94.7%). However, 76,0% of the participants reported having none or low training in the area of informatics and of clinical records digitalization. This study revealed that 24% of participants reported using EMR, namely the MI, DHIS2 and NOSISIS platforms.

The main barriers to EMR use, according to 82.7% of the Santiago physicians, are related to failures in system components (platforms, lack of equipment and internet connection). Other barriers to EMR cited were: physician's resistance and lack of motivation to the change from paper to electronic records, lack of training to use the computer system, and concerns about the security of patient's information.

The conclusion is that the EMR on the Santiago Island faces barriers at Human/Behavioral, Technical and organizational levels. This study recommends a systemic thinking of the Health System and the adoption of the PRISM structure of evaluation and monitoring of the CSR, based on its determining factors and on the specificities of the country.

KEY-WORDS: Health Information Systems, Electronic Health Record, Health Information Technologies, Cape Verde and Santiago Island.

INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de 2017 a 2021 define o reforço do Sistema de Saúde Digital – E-Saúde como um dos eixos do desenvolvimento estratégico do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Cabo Verde e prevê a criação de uma task force para implementar o Sistema Informático de Saúde (1). Segundo o mesmo plano, o RSE é um requisito fundamental para melhorar o sistema de saúde, quer em termos de acesso e mobilidade da população e dos profissionais, quer como suporte na tomada de decisões clínicas e de gestão (1).

O RSE oferece recursos e funções que apoiam e melhoram o atendimento, tornando-o mais confiável e seguro para os pacientes. Esses recursos possibilitam: i) a melhoria da qualidade dos serviços prestados; ii) o apoio ao modelo de atenção em equipa; iii) a facilitação da comunicação com os pacientes, entre os membros da equipa assistencial (integração horizontal) e ainda entre cuidados primários, especialistas, hospitais e provedores comunitários (integração vertical); iv) a melhoria da gestão de medicamentos (2).

Uma meta-análise sobre o impacto do RSE na qualidade dos cuidados de saúde identificou a redução de 22,4% do tempo destinado à produção de documentação, maior adesão às diretrizes clínicas e menor número de erros na prescrição de medicação. Houve ainda uma redução impressionante do número de eventos adversos a medicamentos (2).

Algumas barreiras ao RSE identificadas na literatura são falta de interoperabilidade entre sistemas (3), grande interrupção nas operações do escritório e no atendimento ao paciente causada por falhas ocasionais do sistema do RSE ou do servidor (4)(5), tempo e custo associados à instalação de um novo sistema eletrónico, tempo adicional necessário para inserir dados de pacientes no RSE, o que reduziu o tempo dos médicos de atenção primária para atendimento ao paciente (3).

OBJETIVOS

Esta investigação teve por base os seguintes objetivos:

- avaliar o conhecimento dos médicos em exercício na ilha de Santiago sobre o RSE;
- demonstrar o quanto os médicos da ilha de Santiago estão formados para lidarem com as TIC e o RSE;
- quantificar o uso efetivo do RSE e o estado operacional das suas áreas funcionais na ilha de Santiago;
- identificar as principais barreiras à implementação do RSE na ilha de Santiago.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional transversal descritivo por meio de inquérito. Este foi especificamente preparado, tendo sido objeto de pré-teste para conhecimento de interpretabilidade, agradabilidade e compreensibilidade. Foi realizada análise estatística descritiva. O processamento dos dados foi feito com recurso ao SPSS *(Statistical Package for the Social Science)* versão 26.

O universo deste estudo integrou os 237 médicos que exercem esta função na ilha de Santiago, segundo os dados disponíveis à data do início da coleta dos dados (6)(7). Esta população incluiu médicos que trabalham em todos os níveis de prestação de cuidados e em funções administrativas. O tamanho da amostra foi calculado inicialmente com um intervalo de confiança de 90% e uma margem de erro de 10%, sendo 57 os participantes. Entretanto, participaram do estudo 75 médicos.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram: i) médico a exercer na ilha de Santiago, mas em caráter provisório e de curta duração; ii) médicos reformados; iii) médicos desvinculados dos serviços de saúde, públicos ou privados.

Os dados foram recolhidos a partir da aplicação de um questionário original. Os dados foram recolhidos entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, aplicado presencialmente e *on line*.

As variáveis analisadas neste estudo foram: sexo, idade, estrutura de saúde de trabalho e tempo de exercício profissional, auto avaliação dos conhecimentos informáticos sobre a digitalização de dados clínicos e formação na área de informática e digitalização de dados clínicos, conceito de RSE e vantagens do RSE sobre o registo em papel, serviço onde o participante trabalhava, plataforma de RSE usada pelo participante, finalidades do uso da plataforma de RSE, barreiras à implementação do RSE em Cabo Verde e outras barreiras à implementação do RSE.

O convite à participação de modo voluntário, anónimo e mediante a assinatura de um termo de consentimento livre, informado e esclarecido foi realizado antes da apresentação do questionário, tendo este trabalho obtido parecer ético favorável.

RESULTADOS

CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A tabela nº 1 demonstra o seguinte: 74,7% dos participantes é do sexo feminino; 50,7% tinha entre 36 e 50 anos de idade; 41,3% idade menor ou igual a 35 anos; e 8% idade igual ou maior que 51 anos.

Em relação às estruturas de saúde onde os participantes trabalhavam, 49,3% trabalhava num hospital, 41,3% num centro de saúde ou numa delegacia de saúde, 5,3% em serviço privado e 4% em saúde pública.

CONHECIMENTO E FORMAÇÃO DOS MÉDICOS SOBRE O REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO

A tabela nº 2 revela que, em relação ao conceito de RSE (conjunto de dados clínicos de cada utente recolhidos eletronicamente e produzidos por entidades que prestam cuidados de saúde), 94,7% definiu-o corretamente.

Em relação às vantagens do RSE sobre o registo em papel, 89,3% dos participantes, ou seja a maioria, apontou a disponibilização de informações de saúde sempre que necessário, de forma confiável, ágil e segura; 69,3% referiu melhor comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde; 68% o apoio à investigação clínica e ao ensino; 66,7% melhores práticas clínicas e segurança dos pacientes, através de sistemas de suporte à decisão. Ainda sobre estas vantagens, 61,3% dos inquiridos referiu a possibilidade de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados; e 57,3% dos inquiridos indicou a possibilidade de gerar cópias de segurança.

No que se refere à formação na área da informática e digitalização dos dados clínicos, 26,7% dos participantes referem não ter nenhuma, 49,3% tem pouca formação na área, 18,7% possui formação moderada na área e 5,3% refere ter muita formação.

USO DAS PLATAFORMAS DE REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO

A tabela nº 4 revela que em relação à variável plataforma de RSE usada pelos médicos, 76%, não usava qualquer plataforma, 13,3% usava a Medicine One, 8% usava o DHIS2 e 2,7% usava tanto o Medicine One como o Nosisis. Deste modo, dos 75 participantes, apenas 18 (24%) usava alguma plataforma de RSE.

A tabela 4 elenca ainda as finalidades para as quais os participantes referiram usar o RSE. Dos 18 participantes que usavam o RSE, 62,7% é médico hospitalar e 27,8 % trabalhava a nível da atenção primária (tabela 5).

BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DO REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO

A tabela nº 6 revela que em relação às principais barreiras à implementação do RSE em Cabo Verde, 82,7% dos participantes aponta falhas no sistema. Estas falhas incluem problemas relacionados com o uso do RSE devido à ausência de componentes como a ligação à rede de internet, deficiências do próprio programa de RSE ou dos equipamentos eletrónicos usados para o registo. De seguida, 48% dos inquiridos aponta como principal barreira a resistência dos profissionais à mudança do registo em papel para o eletrónico, 45,3% aponta a falta de formação para utilizar o sistema informático, 41,3% refere a falta de motivação por parte dos profissionais de saúde e 36% indica as preocupações com a segurança da informação do paciente.

Em relação a outras barreiras à implementação do RSE que os participantes entendessem relevante, num universo de 14 participantes, 71,4% aponta a falta de equipamentos eletrónicos e de conexão à internet, 14,3% indica a falta de financiamento e 7,1% refere a falta de visão.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que o conceito de RSE é do conhecimento de 94,7 % dos médicos da ilha de Santiago, um resultado que pode ser considerado excelente. Entretanto, a implementação do RSE requer um conhecimento mais profundo deste sistema, a fim de se conhecer as suas vantagens (8).

Os médicos da ilha de Santiago (89,3%) apresentaram maior facilidade em identificar, como vantagem do RSE o fato de permitir a disponibilização das informações de saúde sempre que necessário, de forma confiável, ágil e segura.

Por outro lado, as vantagens de gerar cópias de segurança e registo estruturado da informação a partir de listas pré-defindas, permitindo alertar o médico para a necessidade de correção de erros de introdução e eliminação de informação ambígua, foram as menos apontadas pelos médicos (57,3% e 56 %, respetivamente). Isto indica que estes médicos ainda não têm um conhecimento sólido sobre a capacidade do RSE de fornecer suporte à sua decisão clínica e de também facilitar a prática com base em evidências e em protocolos de eficiência comprovada. Ambas são vantagens bastante concretas e que muito têm motivado a adoção do RSE em outros países. O RSE não é só um simples repositório de informações de saúde para consulta.

Um total de 76 % dos médicos participantes referiu não ter nenhuma ou pouca formação na área da informática e digitalização de dados clínicos. Estes resultados tornam evidente que a implementação do RSE na ilha de Santiago é um grande desafio, uma vez que os médicos estarão menos dispostos a aceitá-lo e adotá-lo quanto menos capacitados estiverem para lidar com este sistema (8). Não só a formação, como também a experiência prévia e o treino são fatores importantes para a adesão dos médicos aos RSE (8).

Os resultados do presente estudo trazem à tona um uso bastante deficiente do RSE por médicos, a nível da ilha de Santiago (24 %). Este uso é consideravelmente menor entre os médicos da atenção primária (16 %). Considerando o perfil demográfico e epidemiológico de Cabo Verde, estes resultados são bastante negativos.

Ora, 84 % dos médicos de família em Santiago não usa nenhuma plataforma de RSE, o que significa que os seus pacientes estão mais sujeitos a erros médicos, problemas de atendimento relacionados com a ilegibilidade dos registos em papel e a seguimentos não vinculados a normas e diretrizes nacionais e internacionais baseadas em evidências, ditando um menor sucesso terapêutico e maior risco de complicações (2).

O não uso do RSE na ilha de Santiago pode comprometer ainda a saúde pública, a investigação, o ensino e a tomada de decisões em saúde (9) (2).

No que se refere às barreiras à implementação do RSE, os participantes apontaram a falta de recursos técnicos como a principal barreira à sua implementação em

Cabo Verde. O próprio Projeto de Upgrade dos SIS e prescrição eletrónica em Cabo Verde já prevê um investimento necessário de 277 556 259 ECV para a implementação de um SIS em Cabo Verde (10).

Cerca de 89,3 % dos participantes aponta a resistência dos profissionais à mudança do registo em papel para o RSE e a falta de motivação por parte dos profissionais de saúde como barreiras ao RSE. Entretanto, a literatura aponta que muitas vezes esta resistência deriva do fato de os sistemas disponíveis serem pouco funcionais, ineficientes, muito complicados ou da falta de informação dos médicos acerca dos benefícios do SIS (Sligo et al., 2017).

De todo o modo, torna-se importante uma comunicação efetiva com os médicos sobre o RSE e oferecer-lhes sessões de formação sobre este programa informático, uma vez que quase metade desses profissionais refere a falta de formação na área como uma das principais barreiras à implementação do RSE na ilha de Santiago. Do mesmo modo, é necessário adotar sistemas seguros e informar os utilizadores sobre as condições de segurança das informações, uma vez que 36% dos médicos refere as preocupações com a segurança da informação do paciente como uma das principais barreiras.

CONCLUSÃO

Uma avaliação global dos resultados demonstra que têm sido adotadas plataformas de RSE na ilha de Santiago, mas não foram dados os passos essenciais para uma implementação bem-sucedida. Este estudo demonstrou que somente 24% dos participantes usa o RSE, sendo as plataformas usadas o MI, DHIS2 e o NOSISIS.

A ilha de Santiago enfrenta barreiras significativas em todos os fatores determinantes para o sucesso da implementação do RSE, nomeadamente os fatores humanos, técnicos e organizacionais (8), (11).

Os fatores humanos que constituem barreiras ao RSE são a resistência dos profissionais à mudança (48%), a falta de formação para utilizar o sistema informático (45,3%), a falta de motivação por parte dos profissionais de saúde (41,3%) e a falta de formação dos médicos na área da informática e digitalização dos dados clínicos (76 %). O próprio conhecimento insuficiente das vantagens do RSE e suas funcionalidades constitui uma barreira humana.

Fatores técnicos que foram identificados como barreiras ao RSE são as falhas nos sistemas, tais como plataformas, internet e equipamentos, (82,7%), falta de equipamentos eletrónicos e de conexão à internet constitui 71,4% das respostas à variável "outras barreiras à implementação do RSE".

Os fatores organizacionais, que são complexos, englobam, direta e indiretamente, os fatores já mencionados. A falta de formação, financiamento, equipamentos e de sistemas eficientes refletem os desafios e as barreiras ao RSE que a nível organizacional devem ser ultrapassados na ilha de Santiago.

Conclui-se que Cabo Verde tem um longo caminho a percorrer com vista à implementação do RSE, particularmente na ilha de Santiago. O caminho deve ser pensado para além da implementação, mas com foco também em conceitos como aperfeiçoamento, avaliação, monitorização e sustentabilidade a longo prazo.

RECOMENDAÇÕES FUTURAS

Propõe-se um pensamento sistémico de todo o sistema de saúde, focado não apenas nos sistemas de informação, como também em todos os seus pilares, pois interagem entre si. Recomenda-se a adoção da estrutura PRISM de avaliação e monitorização do RSE, com base em nível humano/comportamental, nível técnico e nível organizacional. Deverá haver uma aposta forte na formação e suporte aos usuários finais, que serão os profissionais de saúde.

LIMITAÇÕES ENCONTRADAS E PERSPETIVAS

As limitações deste estudo são as limitações próprias de qualquer estudo descritivo. Uma das dificuldades enfrentadas foi a disponibilidade de dados sobre a situação atual dos Sistemas de Informação em Saúde e particularmente do RSE em Cabo Verde. Foi igualmente difícil a obtenção de dados estatísticos sobre a população em estudo.

O presente estudo deixa como perspectiva a possibilidade de novos estudos, a necessidade de se esclarecer as razões da resistência dos médicos à adoção do RSE, bem como o conhecimento do que significa um RSE ideal e que seja adaptado à prática clínica diária em Cabo Verde, na ótica destes mesmos profissionais.

TABELAS

Tabela 1: Caraterização dos participantes

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
SEXO	Masculino	19	25,3
	Feminino	56	74,7
IDADE	≤ 35 anos	31	41,3
	36 a 50 anos	38	50,7
	≥ 51 anos	6	8,0
ESTRUTURA DE SAÚDE ONDE TRABALHA	Hospital	37	49,3
	Centro de Saúde e Delegacia de Saúde	31	41,3
	Serviço Privado	4	5,3
	Saúde Pública	3	4
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	≤ 15 anos	42	56
	16 a 25 anos	29	38,7
	> 25 anos	4	5,3

Tabela 2: Conhecimento dos médicos da ilha de Santiago Sobre o RSE

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
CONCEITO DE RSE	Conceito correto	71	94,7
	Conceito incorreto I	0	0
	Conceito incorreto II	4	5,3
VANTAGENS DO REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO SOBRE O REGISTO CLÍNICO EM PAPEL	Disponibilização das informações de saúde sempre que necessário de forma confiável, ágil e segura	67	89,3
	Gerar cópias de segurança	43	57,3
	Registo estruturado da informação a partir de listas pré-definidas, permitindo alertar o médico para a necessidade de correção de erros de introdução e a eliminação de informação ambígua	42	56
	Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados	46	61,3
	Melhorar as práticas clínicas e a segurança dos pacientes através de sistemas de suporte à decisão	50	66,7
	Melhor comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde	52	69,3
	O apoio à investigação clínica e ao ensino	51	68

Tabela 3: Formação dos médicos da ilha de Santiago sobre o RSE

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
AUTO-AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS INFORMÁTICOS	Avançados	9	12
	Médio	41	54,7
	Escassos	23	30,7
	Nenhum	2	2,7
FORMAÇÃO NA ÁREA DA INFORMÁTICA E RSE	Nenhuma	20	26,7
	Pouca	37	49,3
	Moderada	14	18,7
	Muita	4	5,3

Tabela 4: Uso de Plataformas de RSE por médicos da Ilha de Santiago

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
PLATAFORMA DE RSE USADA	Nenhum	57	76
	Medicine One	10	13,3
	DHIS2	6	8
	Medicine One e Nosisis	2	2,7
FINALIDADES PARA AS QUAIS USA A PLATAFORMA DE RSE NO SEU SERVIÇO	Total de participantes que usam alguma plataforma de RSE	18	24
	Para ter acesso a todos os dados pessoais do doente	13	17,3
	Atualização de dados após consulta ou internamento	11	14,7
	Para receber e gerir resultados de ECDTs	2	2,7
	Para a prescrição eletrónica de medicamentos	3	4
	Entrada e Gestão de Pedidos	1	1,3
	Comunicação e Conetividade Eletrónica	3	4
	Suporte à sua Decisão clínica	3	4
	Usa a plataforma em processos administrativos	2	2,7
	Gestão da Saúde das Populações	3	4
	Suporte ao ensino e à investigação	3	4

Tabela 5: Distribuição dos médicos que usam o RSE

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
DISTRIBUIÇÃO DO USO DE PLATAFORMA DE RSE POR ESTRURURAS DE SAÚDE	Hospital	13	72,2
	Centro de Saúde e Delegacia de Saúde	5	27,8
	Serviço Privado	0	0
	Saúde Pública	0	0
TOTAL		18	100

Tabela 6: Principais Barreiras ao RSE na ilha de Santiago

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
PRINCIPAIS BARREIRAS À IMPLIMENTAÇÃO DO RSE EM CABO VERDE	Falta de formação para utilizar o sistema informático	34	45,3
	Falta de motivação por parte dos profissionais de saúde	31	41,3
	A resistência dos profissionais à mudança do registo em papel para o eletrónico	36	48
	Preocupações com a segurança da informação do paciente	27	36
	Falhas no sistema (Plataforma, Internet e equipamentos)	62	82,7
OUTRAS BARREIRAS À IMPLIMENTAÇÃO DO RSE EM CABO VERDE	Não Refere	61	81,3
	Financiamento	2	2,7
	Lentidão da Plataforma	1	1,3
	Falta de equipamentos e de conexão à internet	10	13,4
	Falta de visão	1	1,3

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MSSS CV. PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO 2017-2021. 2017;I.

2. Janett RS, Yeracaris PP. Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned. Ciencia e Saude Coletiva. 2020 Apr 1;25(4):1293–304.

3. O'Donnell A, Kaner E, Shaw C, Haighton C. Primary care physicians' attitudes to the adoption of electronic medical records: A systematic review and evidence synthesis using the clinical adoption framework 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. Vol. 18, BMC Medical Informatics and Decision Making. BioMed Central Ltd; 2018.

4. Singh R, Ma M, Servoss T, Singh G. Estimating impacts on safety caused by the introduction of electronic medical records in primary care. Vol. 12, Informatics in Primary Care. 2004.

5. Fernald DH, Wearner R, Perry Dickinson W. The Journey of Primary Care Practices to Meaningful Use: A Colorado Beacon Consortium Study. FAMILY MEDICINE AND THE HEALTH CARE SYSTEM [Internet]. 2009; Available from: http://www.jabfm.org

6. INE CV. Anuário Estatístico da Saúde 2028. 2018;7. Available from: http://ine.cv/wp-content/uploads/2018/06/saude_2018.pdf

7. MSSS C. Relatório Estatístico da Saúde 2019. 2019.

8. Sligo J, Gauld R, Roberts V, Villa L. A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation. Vol. 97, International Journal of Medical Informatics. Elsevier Ireland Ltd; 2017. p. 86–97.

9. MS, ACSS. RSE – Registo de Saúde Electrónico - documento de Estado da Arte. 2009;1–130.

10. MSSS CV. Projeto de Upgrade de Sistema de Informação Sanitária e Prescrição Eletrónica. 2020 Nov 24;

11. Reynolds H, Kumar M, Cannon A. Strengthening Health Information Systems in Low-and Middle-Income Countries. 2019 Jul.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO DE CABO VERDE
A TRABALHAR PARA TODOS.

Comité de Coordenação do Combate à SIDA - Cabo Verde - CCS SIDA

UNFPA

unicef

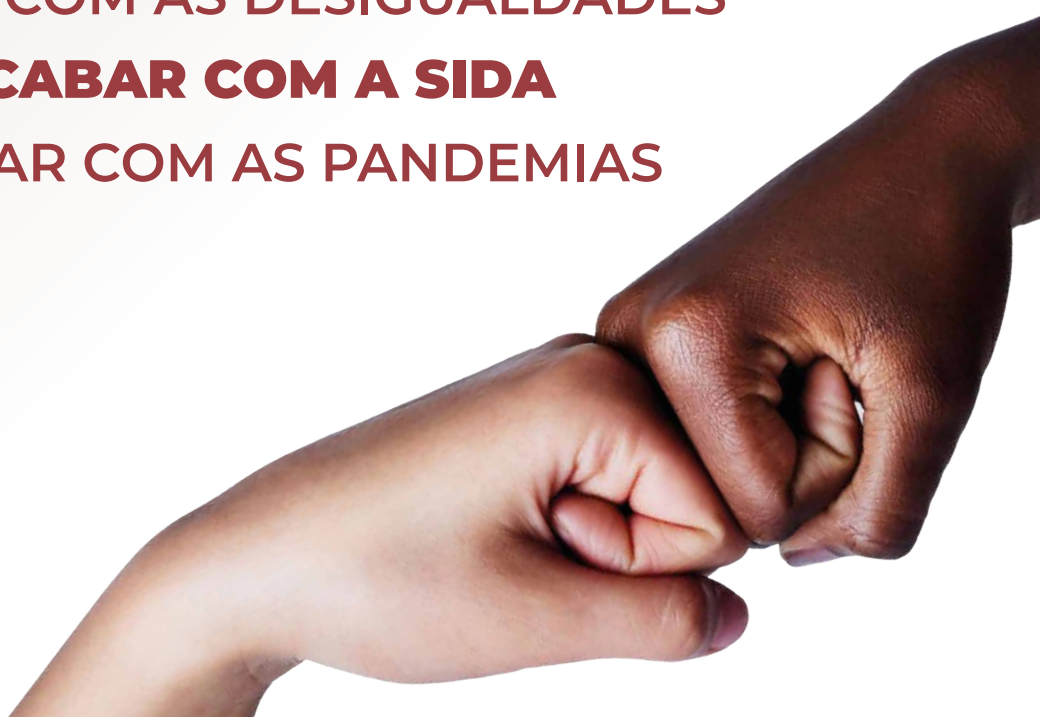
Organização Mundial da Saúde
Cabo Verde

REDE NACIONAL de PVVIH

ACABAR COM AS DESIGUALDADES

ACABAR COM A SIDA

ACABAR COM AS PANDEMIAS



Breves considerações sobre a vacinação em Cabo Verde [1]

(1) Baseado em entrevista feita pela Direção da ROMC ao autor

Autor:

João Lisboa Ramos [2]

(2) Especialista em Saúde Pública

A vacinação mais antiga de que tenho memória é da década de 1940. Quando eu frequentava a instrução primária juntamente com os meus colegas fomos vacinados em 1947 ou 1948, no âmbito da longa campanha mundial que se fazia na altura para a erradicação da varíola, e que foi bem-sucedida, tendo o último caso sido registado na Somália, em 1977. A declaração final acerca da erradicação desta enfermidade foi divulgada durante a 33ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 1980, assinada pelos representantes de todos os países do mundo, incluindo Cabo Verde. A vacinação com a BCG foi introduzida em 1960 pela Brigada Móvel de Vacinação pela BCG, integrada na Missão para a Erradicação do Paludismo em Cabo Verde. Teve continuação a cargo dos responsáveis dessa missão até o período pré independência nacional, destacando-se, entre outros, o chefe da missão, Dr. Meira, Dr. Júlio Pinheiro e Dr. Albertino Fortes. A vacina BCG continuou a ser aplicada depois da independência, missão que cabia ao Ministério da Saúde e Assuntos Sociais com o apoio da OMS, até ficar incluída, através da componente vacinação do Projecto de Proteção Materno Infantil e Planeamento Familiar - PMI/PF. Em 1970 foi levada a cabo uma campanha de vacinação contra a poliomielite pelos Serviços de Saúde e Assistência, em colaboração com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa, em todas as ilhas do arquipélago, nomeadamente na ilha do Fogo, onde participei pessoalmente na organização local e condução da vacinação, que tinha como população alvo as crianças com menos de três anos de idade. A equipa da Delegacia de Saúde deslocou-se a todas as localidades da ilha para administrar as vacinas e a adesão da população foi muito boa. Uma missão de avaliação do IHMT, com a qual trabalhei

em São Nicolau, realizou-se no ano seguinte.

PMI/PF e sua importância na implementação do programa nacional de vacinação

O Programa de Proteção Materno Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF), que nasceu de uma iniciativa da OMCV de S. Vicente com seguimento do Ministério da Saúde, começou a ser montado a partir de 1977, com o apoio da RAADA BARNEN – SIDA (Cooperação Sueca), que um ano antes tinha vindo a Cabo Verde para discutir com as autoridades nacionais. Depois desta visita, uma delegação nacional integrada por representantes do Ministério da Saúde e da OMCV esteve na Suécia para acertar os pormenores da elaboração do projeto. Dessas duas missões resultou o Projecto PMI/PF, que viria a ter uma grande repercussão no nosso sistema de prestação de cuidados de saúde. O PMI/PF veio institucionalizar o programa de vacinação, para além do seguimento da gravidez, do planeamento familiar e do acompanhamento do desenvolvimento da criança e do apoio nutricional. As primeiras vacinas incluídas no programa de vacinação da PMI/PF foram a BCG, a Tríplice (difteria, tétano e tosse convulsa), a vacina contra a Poliomielite (pólio oral) e a vacina contra o sarampo, assim como a vacinação antitetânica aplicada nas grávidas e mulheres em idade fértil.

Nos primeiros anos após a independência nacional continuou-se a vacinação com a BCG, a cargo das delegacias de saúde e com orientações gerais do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Com a ocorrência da epidemia de cólera em 1976 iniciou-se a vacinação contra essa doença, campanha essa que durou até 1978 – 1980, sendo a vacina apenas uma das ferramentas adotadas para a prevenção da cólera, junto com os cuidados individuais e medidas relativas ao saneamento e melhoria da qualidade da água de consumo e da educação sanitária. Introduziu-se gradualmente a vacinação contra o sarampo e a tríplice, até a sua institucionalização com o início do PMI/PF. Com a criação do PMI/PF a vacinação contra seis doenças, neste caso tuberculose (BCG), difteria, tétano e tosse convulsa (Triplice), sarampo e poliomielite, ficou organizada. O projeto teve início em S. Vicente, em 1977, e nos três anos seguintes abrangeu Santo Antão, S. Nicolau e Boa Vista. A seguir, alargou-se o projeto às ilhas de Sotavento (Santiago, Maio, Fogo e Brava). Durante a vigência do PMI/PF chegou-se a atingir taxas de cobertura vacinal de 95% para alguns antigénios nas crianças e nas mulheres grávidas. O PMI/PF funcionou nos primeiros três anos com financiamento completo da RAADA BARNEN/SIDA, que suportava inclusive os salários do pessoal, os equipamentos, os medicamentos e as vacinas, tendo o financiamento sido assumido pelo Governo de Cabo Verde progressivamente nos cinco anos seguintes, a partir de 1981, na base dos 20% por ano. Entretanto, o sistema nacional de saúde evoluiu com a adoção dos cuidados primários de saúde, o lançamento dos centros de saúde e das unidades sanitárias de base e outras medidas estruturantes como a melhoria progressiva da infraestrutura hospitalar e do sistema de abastecimento de medicamentos e vacinas, o reforço da formação de recursos humanos, incluindo médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde.

O Programa Alargado de Vacinação

Em 1991 o Ministério da Saúde adotou o PAV (Programa Alargado de Vacinação) com o apoio da OMS e da UNICEF, ampliando o leque de vacinas aplicadas no país. Fez-se a inclusão progressiva de vacinas, como a vacina contra a hepatite B, a rubéola, a febre-amarela, a papeira e, mais recentemente (2021), contra o vírus do papiloma humano. A vacina pentavalente (difteria, tétano,

tosse convulsa, Influenza tipo B e Hepatite B) foi introduzida em 2010. A vacina oral contra a poliomielite foi progressivamente substituída pela bivalente 1 e 3 e pela vacina inativada injetável. A adesão ao GAVI (Aliança Global para a Vacina) faz parte da estratégia do Sistema Nacional de Saúde para facilitar as possibilidades de financiamento do programa de vacinação, como aconteceu com o Plano de Ação para 2015 – 2018, apoiado pela GAVI, que previu a introdução da vacina inativada injetável contra a pólio, assim como o fornecimento das outras vacinas do programa.

Com a pandemia da Covid 19 e o desenvolvimento de vacinas eficazes e seguras contra essa doença, o sistema nacional de saúde adotou a vacinação contra essa doença como uma das armas disponíveis para fazer face à situação que ameaçava a saúde e a vida das populações. No quadro da estratégia geral de combate à Covid 19 foi elaborado um plano de vacinação, as autoridades tomaram medidas orçamentais e diplomáticas que facilitaram a aquisição de vacinas, fez-se a informação necessária, com resultados positivos junto da população. E os resultados são visíveis tanto a nível da cobertura vacinal contra a Covid 19 como em termos de prevenção, uma vez que, apesar de a morbilidade e mesmo a mortalidade provocadas pela doença serem expressivas e impressionarem, a evolução tem sido satisfatória, com redução significativa do número de casos e de óbitos.

As razões da extensa cobertura vacinal em Cabo Verde prendem-se a vários fatores, incluindo, entre outras, a vontade política das autoridades nacionais na implementação de atividades relacionadas com a vacinação, a predisposição da população para aceitar uma medida de tanto valor na prevenção da doença, bem como a estratégia de proximidade desde o início do PMI/PF, levando as equipas de vacinação aos locais mais afastados, que continua a acontecer, e ainda o engajamento do pessoal de saúde a todos os níveis para o sucesso dos programas e projetos. Devemos destacar também a disponibilização dos recursos técnicos e financeiros quer da parte dos organismos externos financiadores dos projetos e programas, quer da parte nacional, como é o caso do Ministério das Finanças, que assumiu progressivamente os encargos com o PMI/PF a partir de 1981. Não podemos deixar de referir igualmente a disponibilidade relativamente aos programas ulteriores até a atualidade e a capacitação permanente dos recursos humanos necessários à implementação das atividades dos programas e projetos.

Cabo Verde, um bom exemplo de cobertura vacinal também contra a Covid 19

Segundo os dados de novembro de 2021, (não me foi possível ter acesso a dados mais atuais, que se sabe serem muito mais encorajadores) até o dia 7 desse mês tinham sido vacinados com a primeira dose 81,5% da população alvo, e completamente vacinadas, com doses, 61,4%. A campanha de vacinação continuou com força e grande mobilização da população. A população também está a aderir à toma da terceira dose ou dose de reforço, encontrando-se uma percentagem elevada da população vacinada completamente, com as duas doses e com o reforço. A vacinação continua e espera-se aumentar mais ainda as taxas de cobertura vacinal. Há, portanto, um fator demográfico a destacar. Tratando-se de uma população relativamente pequena e bem compartimentada nas ilhas, com acesso relativamente fácil, houve boa capacidade não só para passar as mensagens sobre a necessidade e as

vantagens da vacinação, como para atingir todas as populações com um dispêndio mínimo possível de recursos, não só para o país como para os parceiros bilaterais ou multilaterais no aprovisionamento das vacinas necessárias. Por outro lado, a nível diplomático as relações privilegiadas com os diferentes países doadores de vacinas, assim como com organizações internacionais, como a OMS, no âmbito do programa internacional de doação de vacinas, terão contribuído para que tivéssemos sempre um stock suficiente para a imunização completa da população, sem sobressaltos. De referir que, embora individualmente uma pessoa ou outra não se tenha deixado vacinar, não houve no país, como aconteceu noutras paragens, campanhas negacionistas, o que poderá ter contribuído também para o sucesso da vacinação, com uma taxa de vacinação completa elevada, assim como da dose de reforço. Tão importante ou mais ainda do que os outros aspetos já referidos é o empenho das autoridades nacionais na implementação do Programa de Vacinação contra a Covid 19, assim como a participação dos parceiros nacionais na mobilização e na disponibilização de locais para servir de centro de vacinação. Isto permitiu que, por um lado, não faltassem vacinas, que foram utilizadas com bom aproveitamento relativamente à disponibilidade, e que, por outro lado, a infraestrutura logística instalada, incluindo o transporte e a cadeia de frio em todos os concelhos, facilitasse os trabalhos e os resultados obtidos em termos de cobertura vacinal.

Os desafios atuais da vacinação em Cabo Verde

Pandemias, guerras, preocupações relativas à alimentação e à nutrição a nível mundial são ameaças graves. Apareceu agora o surto plurinacional de varíola do macaco, quando a varíola propriamente dita foi declarada erradicada em 1980. Não se sabe o que virá a seguir. Num mundo globalizado, como se diz atualmente, estamos sujeitos a ameaças as mais diversas em termos de segurança sanitária. Para além das atividades e dos planos, programas e projetos nacionais, um dos papéis mais importantes cabe à comunidade científica, que trabalha todos os dias em investigações sobre doenças, as antigas, as novas e as que poderão vir a aparecer, o desenvolvimento de vacinas e de medicamentos. Esforços são feitos permanentemente em todas as regiões pelas organizações internacionais, nomeadamente a OMS, e por diferentes países, para a erradicação da poliomielite a nível mundial. A comunidade científica mundial e os organismos internacionais e centros de investigação trabalham todos os dias em pesquisas para obtenção de novas vacinas e uma prova da eficácia dessa estratégia de investigação foi a rapidez com que se conseguiu a obtenção de vacinas eficazes contra a Covid 19. Em Cabo Verde a perspetiva tem de ser otimista apesar das ameaças que se conhece ou de que se tem ideia. Isto, tendo em consideração os êxitos no âmbito da vacinação em Cabo Verde, desde o início até agora, e não apenas em taxas de cobertura vacinal contra a Covid 19 como também nos sucessos que se objetivam na própria evolução da pandemia no país. Refira-se também os êxitos do sistema de saúde de Cabo Verde como Estado independente, talvez não tanto como se desejaria, mas importantes, constantes e progressivos e, cremos nós, irreversíveis. Apesar dos constrangimentos e limitações existentes ou imagináveis, a perspetiva para Cabo Verde continua e não pode deixar de ser de otimismo, mesmo, que de otimismo realista.

Nota de Agradecimento: à Dra. Yorleydis Peres (Programa Nacional de Saúde Reprodutiva/Ministério da Saúde) pela contribuição prestada na obtenção de diversas informações constantes do texto.

FARMÁCIA Moderna

Avenida Amílcar Cabral
Plateau- Praia
Santiago

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

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

LABO JOVEM

Laboratório de Análises Clínicas
de Dra. Isaura Gomes

Desde 1989
A sua melhor escolha

+ DE 300 TIPOS DE EXAME

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

Posto de colheita Porto Novo Santo Antão

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

Posto de colheita São Nicolau

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

- Colheita à domicílio
- Resultado de exames por e-mail
- Atendimento humanizado
- Desde 2013 com avaliação externa da qualidade
- Desde 2013 com SGQ Certificado ISO 9001-2015

Exames com resultado no mesmo dia

2310 827 953 93 16

Av.12 de Setembro Mindelo-São Vicente
Email: atendimento@labojovem.cv

Não tenha medo
DE IR DEVAGAR
Tenha medo de
FICAR PARADO

NÚCLEO DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE CABO VERDE

Autor:

Edmilson dos Santos Mendes Vaz [1]

(1) Presidente do Núcleo dos Estudantes de Medicina da Universidade de Cabo Verde

INTRODUÇÃO

O Núcleo dos Estudantes de Medicina da Universidade de Cabo Verde (NEM/UNICV) é uma entidade estudantil autónoma, afiliada à Associação Académica da Universidade de Cabo Verde, que representa os estudantes do curso de Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Cabo Verde. Regido por um Regulamento Interno próprio, aprovado em 2020, aquando da sua fundação, o núcleo prima pelos princípios da democraticidade, independência, autonomia, igualdade, unidade e representatividade.

Os principais objetivos do NEM/UNICV focam-se em torno da defesa inabalável dos interesses dos estudantes de medicina dentro e fora da Universidade de Cabo Verde (Uni-CV), através de posicionamentos ponderados e representativos junto dos órgãos desta universidade, com vista a acelerar a implementação de mudanças organizacionais positivas e a introdução de melhorias no curso de medicina.

Outros objetivos do núcleo são o reforço do ensino prático da medicina, com a organização de sessões de formação para o fortalecimento do plano curricular e a oferta de opções diversas de atividades extracurriculares para os estudantes de medicina, incluindo cultura, desporto, voluntariado, e o suporte aos estudantes em todas as necessidades inerentes à sua formação.

DESENVOLVIMENTO

Nos seus dois anos de existência, o NEM/UNICV tem-se firmado como um verdadeiro ator no processo da formação médica em Cabo Verde, espaço conquistado com muita luta e união dos estudantes de medicina.

O NEM/UNICV tem desenvolvido atividades assentes em cinco pilares essenciais *(Tabela 1)* com vista a uma verdadeira afirmação do espírito académico e à consolidação da sua cultura universitária, bem como para o reforço da democracia dentro da sua instituição de ensino, fazendo valer os seus posicionamentos e as suas causas, não obstante eventuais obstáculos.

Pilares nos quais assentam as atividades do NEM/UNICV

1. EDUCAÇÃO MÉDICA

O NEM/UNICV, desde a sua fundação, defendeu um aceleramento dos passos na melhoria do curso de MIM, bem como a abertura para uma avaliação exaustiva do curso e a implementação de melhorias.

Deste modo, o núcleo desde cedo promoveu debates e negociações com os órgãos da Uni-CV que se mostraram disponíveis a incluir as perceções dos estudantes no processo de decisão. O NEM/UNICV passou a produzir balanços pedagógicos semestrais, com a colaboração dos estudantes, oferecendo à Uni-CV um instrumento concreto, confiável e atual para o conhecimento do curso e das suas fragilidades e potencialidades.

O I Fórum Nacional de Educação Médica, que decorreu de 3 a 4 de junho de 2021, foi o maior passo já dado pelo NEM/UNICV na promoção da qualidade da educação médica em Cabo Verde. Organizado pelo núcleo, com o apoio da sua universidade, o referido fórum foi o maior espaço de debate e consensos sobre a educação médica já realizado em Cabo Verde, reunindo entidades de interesse como as universidades de Cabo Verde e de Coimbra, o Hospital Universitário Agostinho Neto, o Ministério da Saúde e da Segurança Social, o Ministério da Educação, a Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, a Organização Mundial da Saúde, académicos e outros parceiros institucionais.

Debateu-se intensamente as condições de trabalho dos médicos docentes e as estratégias a adotar para tornar cada vez mais enriquecedor o contato dos estudantes com a prática médica e cultivar um ambiente de ensino nas nossas estruturas de saúde. Do referido fórum saiu o consenso de que é necessária a criação do estatuto do médico docente que, para os estudantes, representará a abertura de uma nova era no curso de medicina.

O NEM/UNICV candidatou-se e foi admitido na Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina, que é integrada por um coletivo de cerca de 150 associações nacionais de estudantes de medicina. Esta integração permitirá o alinhamento das práticas e dos posicionamentos dos estudantes de medicina da Uni-CV com os de toda a comunidade internacional, atendendo sempre às especificidades de Cabo Verde.

2. ENSINO PRÁTICO DA MEDICINA E INVESTIGAÇÃO

Com um ensino que, na ótica dos estudantes é fundamentalmente teórico no ciclo básico e em parte no ciclo clínico, o NEM/UNICV muito cedo identificou a necessidade de oferecer assistência aos estudantes que procuram realizar programas

de tutoria durante as suas férias letivas, tanto na atenção primária como nas especialidades hospitalares.

O núcleo tem apostado fortemente na organização de cursos práticos em áreas como o suporte básico de vida e os gestos clínicos e cirúrgicos essenciais. Estas formações têm contado com a colaboração de boa vontade de médicos do nosso hospital universitário.

O núcleo tem apostado ainda na introdução de inovações como plataformas de simulação médica em 3D, tendo promovido no ano passado um estudo experimental, em parceria com a empresa *Body Interact*, com o envolvimento de médicos docentes, nomeadamente Valéria Semedo e Khadidja Carvalho, e mais de 50 estudantes de medicina cabo-verdianos.

Sessões de formação em investigação clínica intituladas *"Tesi na mom"* têm sido promovidas pelo NEM/UNICV anualmente com a colaboração de professores e investigadores da Uni-CV e da Universidade de Coimbra. O principal objetivo destas formações é o suporte à elaboração das teses finais dos estudantes do MIM.

3. DESPORTO, CULTURA E ENTRETENIMENTO

O NEM/UNICV, através do seu Pelouro Recreativo e Desporto, promove atividades recreativas como "Tardes Culturais", que estimulam a demonstração dos talentos artísticos dos estudantes de medicina. Também promove um jantar de gala, nomeado *Noite de Asclépio*, assim como o Encontro Científico e Cultural dos Estudantes de Medicina da CPLP, entre outras atividades de lazer.

A receção dos estudantes caloiros e dos estudantes recém-chegados a Coimbra são duas grandes tradições académicas já instituídas pelo NEM/UNICV no âmbito do curso de medicina da Uni-CV,

4. VOLUNTARIADO E SOLIDARIEDADE SOCIAL

O NEM/UNICV, no seu claro posicionamento em prol da inclusão, promove anualmente formações em língua gestual cabo-verdiana como forma de chamar a atenção para a barreira da comunicação que dificulta o acesso das pessoas surdas aos cuidados de saúde. Estas formações têm servido também para a arrecadação de fundos simbólicos para a realização de ações sociais junto da comunidade surda.

Pela primeira vez em 2021, o NEM/UNICV realizou o seu Natal Solidário no Serviço de Pediatria do Hospital Universitário Agostinho Neto.

5. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde está intimamente ligada à fundação do NEM/UNICV e aos seus propósitos. Após a declaração da pandemia da Covid-19, em 2020, os estudantes de medicina da UniCV iniciaram uma intensa campanha nas redes sociais para a divulgação das informações das autoridades sanitárias e a prestação de esclarecimento à população acerca dessa doença.

Ainda em 2020 o NEM/UNICV começou a se dedicar à promoção da literacia em saúde em torno de temas como o cancro da mama, do colo uterino e da próstata através da produção e divulgação de materiais gráficos na língua materna e de entrevistas online com especialistas nas áreas referidas.

CONCLUSÃO

O NEM/UNICV é uma entidade externa aos serviços administrativos da Uni-CV, mas com as quais colabora com profundo senso de responsabilidade, democracia e cooperação, defendendo os direitos e os interesses dos estudantes que representa.

A Assembleia Geral do NEM/UNICV, integrada por todos os estudantes do MIM da UNICV é a autoridade máxima dentro do núcleo, tornando os posicionamentos e os projetos sempre representativos dos objetivos e interesses dos estudantes.

O MIM, enquanto curso relativamente novo, implementado em um país com dificuldades específicas, tem seus próprios desafios e cabe também aos estudantes garantir que sejam dados os passos necessários para serem ultrapassados. É igualmente verdade que o MIM tem obtido ganhos imensuráveis e concretos, superando diversas expectativas. Já há, inclusive, médicos formados no âmbito deste mestrado a exercer no mercado nacional.

As perspectivas futuras do NEM/UNICV são a consolidação e a naturalização da liberdade e da democracia no processo de decisão sobre o MIM, a materialização do estatuto do médico docente, a continuidade dos debates e concertações sobre a formação médica no país e o funcionamento pleno dos programas de tutoria dos estudantes de medicina nas estruturas de saúde da atenção primária em Cabo Verde.

O NEM/UNICV deseja continuar a servir os seus estudantes e o curso de MIM com rigor, transparência e inabalável coragem.

TABELAS

Tabela 1: ATIVIDADES JÁ DESENVOLVIDADAS PELO NEM/UNICV

ATIVIDADES JÁ DESENVOLVIDADAS PELO NEM/UNICV
1. Educação médica
I Fórum Nacional de Educação Médica
Balanços Pedagógicos Semestrais
Inquéritos Pontuais e Deliberações das Assembleias Gerais
Reuniões e Ações de representação junto da Uni-CV
Agenda na Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina
2. Ensino prático da medicina e investigação
Suporte ao Programa de Tutoria
Cursos Práticos de SBV
Cursos Práticos de Gestos Clínicos e Semiologia
Cursos Práticos de Gestos Cirúrgicos Essenciais
Formação em Investigação Clínica *"Tesi na mom"*: Edições I e II
Estudo Experimental com Plataforma de Simulação Médica 3D: *Body Interact*
3. Desporto, cultura e entretenimento
Receção dos caloiros de Medicina
Receção e Integração dos Estudantes em Coimbra
I Encontro Científico e Cultural dos Estudantes de Medicina da CPLP
Jogos entre Turmas
Tardes culturais: música e poesia
4. Voluntariado e solidariedade social
Formação em Língua gestual Cabo-Verdiana: Edições I e II
Natal Solidário no Serviço de Pediatria HUAN
5. Promoção da saúde
Promoção da saúde nas redes sociais *"Djuntu pa bu saúdi"*
Sensibilização sobre a Covid-19, cancro da mama, do colo uterino e da próstata
Promoção da Literacia em saúde

Laboratório de Análises Clínicas

"a qualidade em análises clínicas"

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

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

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

FARMÁCIA SANTA ISABEL

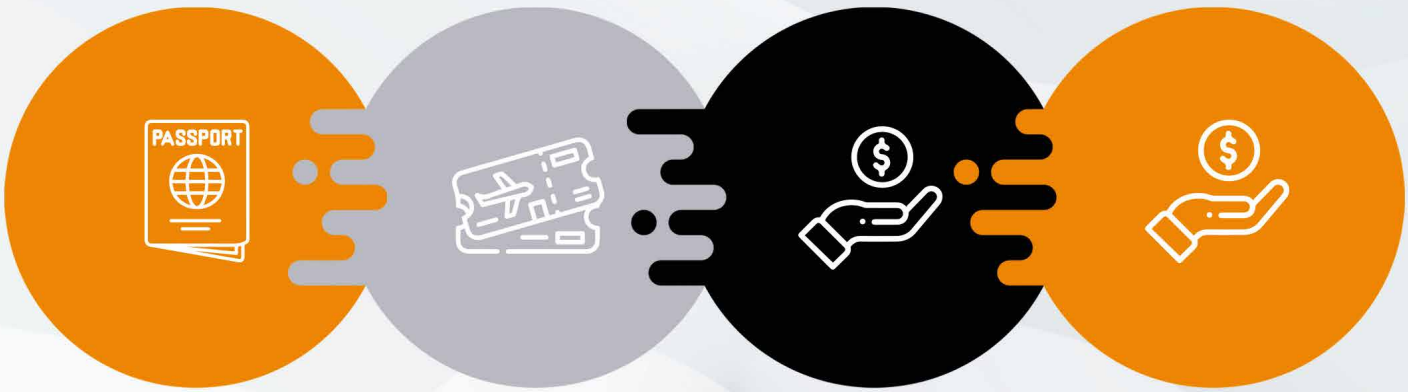
HORÁRIO
Segunda à Sexta
08 às 20Horas

Sábado
09 às 13horas

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

INPS

Responsabilidades
do Instituto Nacional de Previdência Social no **Processo de Evacuações**



1. **Organização** e **Solicitação** do pedido de visto
2. **Comparticipação** no custo de transporte de ida e volta ao local de tratamento
3. **Subsídio diário Único** para assegurar as despesas de estadia no local de tratamento
4. **Subsídio de doença** enquanto substitutivo do salário

AO MEU LADO. A VIDA TODA.

emprofac

Muito mais que medicamentos

Com o seu novo posicionamento, a EMPROFAC almeja, através da criação das figuras de Delegados de Informação para Profissionais de Saúde, uma maior Proximidade com a classe médica. Encare-nos como um parceiro estratégico e estaremos deste lado para atender às suas necessidades, em prol da saúde e bem-estar da nossa população.

www.emprofac.cv geral@emprofac.cv Emprofac emprofac_cabo_verde