



ORDEM DOS MÉDICOS  
CABO-VERDIANOS

# Revista

da  
ORDEM DOS MÉDICOS



[www.ordemosmedicos.cv](http://www.ordemosmedicos.cv)



III Série N° 31 - Setembro de 2024

# 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](mailto: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.

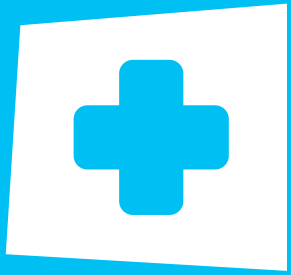
A seguir ao resumo, antes da descrição pormenorizada do trabalho, devem ser apontadas as palavras-chave.

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.



# GARANTIA SAÚDE

UM SEGURO DE SAÚDE DIFERENCIADO.  
AMPLA PROTEÇÃO E ACESSO À REDE MÉDICA PRIVADA  
A PREÇOS VANTAJOSOS.

PLANOS

**BASE | EXTRA | VIP**  
SUBSCREVA O SEU

## COBERTURAS:

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

# SUMÁRIO

## Editorial

pág. 5

2024 - Ano da Saúde Mental

Dr. Danielson Veiga

## Pesquisas

pág. 6

**Principais obstáculos e facilitadores no processo de implementação do sistema de gestão da qualidade baseada na norma ISO 9001 nas organizações de saúde em Cabo Verde**

Dr. João Gonçalves

Dr. Luís Velez Lapão

**Casuística da Consulta de Cuidados Paliativos do HUAN**

Dra. Valéria Semedo

Dra. Clara Brito

Dra. Tânia Jesus

**Escala de Rastreio da Depressão Perinatal: Estudo Psicométrico e Descritivo numa Amostra de Mulheres Cabo-verdianas**

Dra. Elisângela Gomes Moreira

Dra. Ana Telma Pereira

Dr. António Macedo

## História da Medicina em Cabo Verde

pág. 34

**Unindo inovação e acesso: construindo um futuro mais saudável para todos**

Dr. Dario Dantas dos Reis

## Casos Clínicos

pág. 44

**Plasmocitoma Solitário**

Dra. Ileydis Cabeça

Dra. Linette Fernandes

Dra. Hirondina Borges

# FICHA TÉCNICA

## Propriedade

Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos

Achada Santo António,

Av. OUA, C.P. 421, Praia,

Tel. 262 25 03 - Fax 262 30 99

Email: omecab@cvtelecom.cv

Site: www.ordemdosmedicos.cv

## Direcção da Revista

Dra. Flávia Semedo

## Editora-chefe

Dra. Maria do Céu Teixeira

## Editores-convidados

OMC deve acrescentar os nomes, caso sejam diferentes dos da edição anterior.

## Equipa Redatorial

Dra. Valéria Semedo

Dra. Luisa Santiago

Dr. Murtala Keita

Dr. Helder Tavares

Dra. Neusa Semedo

Dr. Paulo Almeida

Dra. Antonieta Martins

## Conselho Editorial

Dra. Luísa Santiago

Dr. Murtala Keita

Dra. Valéria Semedo

## Edição

EME - Marketing e Eventos, Lda.

Av. Santiago, Palmarejo

C.P. 835, Praia

Tel. 261 49 39 / 49 15

Fax 261 15 64

Email: eme@eme.cv

## Colaboram neste nº

Dr. Danielson Veiga

Dr. João Gonçalves

Dr. Luís Velez Lapão

Dra. Valéria Semedo

Dra. Clara Brito

Dra. Elisângela Gomes Moreira

Dra. Ana Telma Pereira

Dr. António Macedo

Dr. Dario Dantas dos Reis

Dra. Ileydis Cabeça

Dra. Linette Fernandes

Dra. Hirondina Borges

## Tiragem

1000 exemplares

## 2024, ANO DA SAÚDE MENTAL

O bem-estar psicológico é um aspeto integrado na definição de saúde e deve ser promovido de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas e, assim, maximizar as suas oportunidades. Os desafios da saúde mental em Cabo Verde são complexos e multifacetados, mas, com o apoio adequado, é possível promover o bem-estar mental e ajudar as pessoas a viverem vidas mais saudáveis e felizes.

Embora haja uma consciencialização crescente sobre a importância da saúde mental, infelizmente os serviços neste setor em Cabo Verde são ainda limitados e subfinanciados. Isto resulta em uma lacuna significativa entre a procura de cuidados e a disponibilidade real desses serviços no Sistema de Saúde.

É certo que também em Cabo Verde os estigmas culturais e sociais ainda cercam as questões da saúde mental. Outro aspeto importante refere-se à influência que os determinantes sociais exercem sobre a saúde mental. Vulnerabilidades culturais e comunitárias como a pobreza, o alcoolismo, a literacia na saúde, a segurança, o desemprego, e outras mais, têm impactos indesejáveis na saúde mental. É preciso um compromisso multissetorial no sentido de reforçar a literacia das comunidades, o seu bem-estar social e a sua confiança.

Contudo, também é preciso inovar e identificar modelos de prestação de cuidados seguros para os doentes, para as famílias e comunidades. Todos devemos unir esforços e contribuir de forma positiva e de um modo que impacte positivamente a vida das pessoas.

É também necessário um olhar sobre os que cuidam dos doentes: os seus familiares e os profissionais de saúde. Posto isto, deve-se definir estratégias claras de suporte às famílias, que, muitas vezes, assumem o papel de cuidadoras. Porém, depois de vários anos a cuidar, as famílias acabam fragmentadas, sobrecarregadas e empobrecidas e, entre outras necessidades enfrentam dificuldades financeiras com reflexos negativos, muitas vezes permanentes para o resto das suas vidas. É preciso, pois, um olhar sobre o cuidador.

Não obstante todos estes desafios, a consciencialização sobre a importância da saúde mental está crescendo cada vez mais em Cabo Verde, e o exemplo disto é o fato de o Governo de



**Dr. Danielson Veiga**  
*Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos*

Cabo Verde ter decretado 2024 como “Ano da Saúde Mental”. Esta é também uma oportunidade para as instituições com responsabilidade nesta matéria trabalharem juntas na identificação de soluções que nos permitam proporcionar bem-estar psicológico e qualidade de vida àqueles que são afetados por esta condição, incluindo os membros das famílias afetadas.

Apesar da resiliência que é peculiar para os cabo-verdianos, é essencial garantir o acesso a serviços de saúde mental para ajudar as pessoas, através de programas de consciencialização, campanhas educacionais e treinamento de profissionais de saúde, que francamente considero serem passos importantes para melhorar o cenário da saúde mental no nosso país.

A OMC considera-se parte da resposta e neste sentido compromete-se a cooperar e colaborar, em tudo que for necessário, com o Ministério da Saúde na procura de soluções para a promoção da saúde mental dos cabo-verdianos. Como associação profissional que é, a OMC irá desenvolver ações que fomentem discussões sobre este tema, para que, de forma colegial, sejam identificadas medidas concretas a favor das pessoas, famílias e comunidades frente a desafios e as melhores respostas para o sector da saúde mental em Cabo Verde.

Que 2024 seja um ano de viragem e um marco na história da saúde mental em Cabo Verde!



# Principais obstáculos e facilitadores no processo de implementação do sistema de gestão da qualidade baseada na norma ISO 9001 nas organizações de saúde em Cabo Verde

**Autor:**

Dr. João Gonçalves <sup>1,2</sup>

Dr. Luís Velez Lapão <sup>1,3</sup>

(1)– UNICV, Universidade de Cabo Verde

(2)– HUAN , Hospital Universitário Agostinho Neto

(3)– IHMT, Universidade Nova de Lisboa



## RESUMO

A criação de uma cultura de melhoria da qualidade tem sido um grande desafio para os serviços de saúde em todo o mundo. Para tal, é cada vez mais necessário a utilização sistemática de recursos de gestão que possibilitam a melhoria contínua na prestação dos cuidados de saúde à população. Vários autores consideram que a implementação de um sistema de gestão da qualidade baseado na Norma ISO 9001 se pode traduzir em benefícios relevantes para a organização, tanto internos, quanto externos. Em Cabo Verde, até recentemente, existiam 72 organizações certificadas pela norma

ISO 9001, destas, 10 estão identificadas como sendo da área da saúde. Apesar de ser uma ferramenta de gestão utilizada por milhares de organizações em todo o mundo, estudos persistem no relato sobre a existência de vários obstáculos que podem acontecer durante o processo da sua implementação, mas também dos fatores que facilitam a sua implementação. Foi feito um estudo com base na aplicação de um questionário online a 10 organizações certificadas da área da saúde em Cabo Verde. O artigo explora os resultados, em termos de facilitadores e barreiras. Conclui com um conjunto de recomendações.

## ABSTRAT

Creating a culture of quality improvement has been a major challenge for health services around the world. To this end, it is increasingly necessary to systematically use management resources that enable continuous improvement in the provision of health care to the population. Several authors consider that the implementation of a quality management system based on the ISO 9001 Standard can translate into relevant benefits for the organization, both internal and external. Until recently, in Cape Verde, there were 72 organizations certified by the ISO 9001 standard, of which 10 are identified as being in the health area. Despite being a management tool used by thousands of organizations around the world, studies persist in reporting the existence of several obstacles that can occur during the process of its implementation, but also the factors that facilitate its implementation. A study was carried out based on the application of an online questionnaire to 10 certified health organizations in Cape Verde. The article explores the results, in terms of facilitators and barriers. It concludes with a set of recommendations.

## INTRODUÇÃO

A melhoria da qualidade tem sido um grande desafio para os serviços de saúde em todo o mundo. Pelo que se torna cada vez mais necessário a utilização de recursos de gestão que possibilitem a melhoria contínua na prestação dos cuidados de saúde à população (Mosadeghrad, 2014).

Vários autores consideram que a implementação de um sistema de gestão da qualidade baseado na Norma ISO 9001 pode conduzir a benefícios para a organização, tanto internos, quanto externos (Andres-Jimenez et al., 2020; Fonseca et al., 2017; Georgiev & Georgiev, 2015).

Desde a sua primeira edição, em 1987, a série ISO 9000, o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) já foi implementado por mais de um milhão de organizações de todos os setores de atividade em todo mundo (Fonseca, 2015). A série ISO 9000 é uma norma genérica que pode ser implementada em qualquer tipo de organização independentemente da dimensão ou tipo de atividade, inclusive na área da saúde (Ratcliffe, 2009).

A ISO 9001, apesar de ser uma ferramenta de gestão utilizada por muitas organizações a nível mundial, estudos relatam, como em qualquer processo de implementação, a existência de vários obstáculos que podem surgir durante o processo da sua implementação numa organização, nomeadamente: resistência à mudança pelos profissionais, fraco envolvimento da gestão de topo, comunicação ineficiente, falta de recursos efetivos para o processo, falta de formação dos colaboradores, entre outros (Bounabri et al., 2018; Ciravegna Martins da Fonseca et al., 2017; Talib, F., & Rahman, 2015).

Assim como os obstáculos influenciam de forma negativa a implementação do SGQ numa organização, existem também aspetos que facilitam a implementação, nomeadamente: o envolvimento e apoio da gestão de topo e dos colaboradores, a comunicação fluente, assim como o bom desempenho da consultoria externa no processo de certificação (Fonseca, 2015; Pinto, A. & Soares, 2018; Pires, 2016; Sfakianaki & Kakouris, 2020; 2018; Fuentes et al., 2006).

Em Cabo Verde, a criação do Sistema Nacional da Qualidade através do Decreto Lei nº8/2010, Boletim Oficial (BO) N.º 11, I Série de 22/3/2010, estabeleceu as bases e o enquadramento legal e institucional para os assuntos relacionados com qualidade. Desta forma, deve-se proporcionar às organizações as melhores oportunidades no que diz respeito a inovações e qualidade, numa perspetiva de alinhar os serviços prestados com as necessidades concretas dos clientes.

Segundo THE ISO SURVEY (2021), em Cabo Verde até 2021 existiam 72 organizações certificadas pela norma ISO 9001, destas, 10 estão identificadas como sendo da área da saúde, sobretudo clínicas privadas que procuram ter na certificação um quadro de referência de trabalho, mas também de distinção dos seus serviços. O que motiva a realização deste estudo é a necessidade de uma análise dos principais obstáculos e facilitadores que essas organizações enfrentaram durante o processo de implementação do SGQ.

## PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Vários estudos relatam opiniões diferentes sobre os obstáculos no processo de implementação do SGQ

baseada na norma ISO 9001, sobretudo na área da saúde (Boiral, 2011; Talib, F., & Rahman, 2015). No entanto, a maior parte dos estudos sobre qualidade foram realizados em países desenvolvidos, sobretudo países europeus. Estão identificados poucos estudos realizados em países de média ou de baixa renda (Talib, F., & Rahman, 2015). No que diz respeito a Cabo Verde, não foi encontrada qualquer evidência documentada abordando esta temática.

Por este motivo, realizou-se esta investigação com o objetivo de explorar os resultados, em termos de facilitadores e barreiras que as organizações da área da saúde em Cabo Verde enfrentaram durante o processo de implementação do SGQ, pois acreditamos que o resultado desta pesquisa será útil para as organizações que pretendem implementar um SGQ e também servirá como referência para estudos futuros nesta área.

## PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

1. Quais foram os principais obstáculos no processo de implementação do sistema de gestão da qualidade baseada na norma ISO 9001 nas organizações de saúde certificadas em Cabo Verde?
2. Quais foram os principais facilitadores no processo de implementação do sistema de gestão da qualidade baseada na norma ISO 9001?

## OBJETIVOS

Identificar e analisar as principais barreiras e os facilitadores no processo de implementação do sistema de gestão da qualidade em organizações de saúde certificadas com a norma ISO 9001 em Cabo Verde.

## REVISÃO DA LITERATURA

### ISO 9001

A série ISO 9000, desde o lançamento da primeira edição em 1987, já passou por várias alterações, de forma a acompanhar a evolução e o desenvolvimento da sociedade e das organizações, a segunda edição

foi em 1994, a terceira edição em 2000, a quarta edição em 2008 e a mais recente, a quinta edição, em 2015. As normas da série ganharam ampla aceitação pela confiança que trazem e tornaram-se uma importante indicação de que a organização que as subscreve tem capacidade de responder, de forma constante, aos requisitos relevantes dos seus clientes (Pires, 2016).

A última edição da norma ISO 9000 trouxe várias alterações com o objetivo de tornar o sistema mais robusto, de forma a fazer face às críticas que podem pôr em causa a credibilidade dos certificados emitidos com base nos requisitos da mesma. Deste modo, os requisitos do sistema de qualidade passaram a integrar de maneira objetiva e concreta os princípios básicos de gestão da qualidade (Carpinetti, 2016).

De acordo com a NP EN ISO 9001:2015, um sistema de gestão da qualidade abrange atividades que permitem à organização projetar os seus objetivos, delimitar processos para obter os resultados desejados e administrar processos e recursos que interagem entre si, necessários para oferecer valor e obter resultados para as partes interessadas (IPQ, 2015).

## BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DO SGQ BASEADA NA ISO 9001

Alguns estudos indicam que a implementação de um sistema de gestão da qualidade baseada na norma ISO 9001 costuma encontrar vários obstáculos, desde resistência à mudança, falta de apoio da gestão de topo, falta de recursos, desconhecimento dos requisitos da norma por parte dos profissionais até desmotivação profissional, sobretudo devido à falta de estímulos por parte da gestão das organizações (Astrini, 2021; Pinto & Soares, 2018; Fonseca et al., 2017; Talib, F., & Rahman, 2015;). Outros destacam que as barreiras às iniciativas de implementação do SGQ estão, normalmente, relacionadas com o tipo de organização e dependem muito da forma como foi iniciado o processo de implementação. Realçam ainda que o processo deve ser iniciado pela gestão de topo que normalmente demonstra alguma distância em relação ao processo (Assarlind, M.; Gremyr, 2016). Um estudo realizado com 200 organizações de diferentes setores da economia em Marrocos identificou como principais obstáculos à



implementação do SGQ ISO 9001 a resistência à mudança, a burocracia e a fraca interdependência entre departamentos nas organizações (Bounabri et al., 2018). Já Betloch-Mas et al.,(2019). Num estudo realizado em Espanha, destacam a excessiva burocracia documental, o esforço extra dos profissionais e o custo da certificação, sobretudo no setor público, onde às vezes é difícil mobilizar fundos. Sfakianaki & Kakouris (2020), num estudo realizado na Grécia, relatam que os principais obstáculos à implementação da ISO 9001 estão associados principalmente a: burocracia, aumento da demanda em recursos financeiros para o processo de implementação, tempo, resistência à mudança e falta de compromisso da gestão de topo. OSMAN et al., (2016), através do estudo realizado em empresas sudanesas, outorgam que a implementação de um SGQ associado a mudanças de cultura organizacional faz com que a resistência aumente e influencie o comportamento das pessoas durante o processo, o que pode se tornar uma barreira e atrapalhar o decorrer do processo. Outros afirmam que o processo de mudança na organização pode acarretar resistência por parte

dos colaboradores, podendo se transformar numa barreira no processo de implementação do SGQ (CHIN, K; PUN, 2002). Há ainda outras organizações que acabam por abandonar o processo de implementação baseada na norma ISO 9001 devido à falta de comprometimento da gestão de topo, a restrições financeiras, cultura organizacional inadequada e excessiva burocracia encontrada no uso e interpretação errônea dos princípios da norma (Maekawa & Carvalho, 2013). Por último, Mosadeghrad (2013) relaciona o insucesso da implementação de um sistema de gestão da qualidade no setor da saúde a um conjunto de obstáculos, como o compromisso e envolvimento consistente da gestão de topo e dos colaboradores na implementação do SGQ, falta de uma cultura orientada para a qualidade, formação insuficiente em princípios e métodos do SGQ, planeamento deficiente para implantação do SGQ, recursos inadequados para implementar a iniciativa do SGQ, tempo limitado para implementação do SGQ e avaliação inadequada. O quadro nº 1 apresenta os principais obstáculos à implementação do SGQ de acordo com a literatura.

Quadro nº 1: Principais obstáculos à implementação da ISO 9001 nas organizações

Obstáculo	Referências
Custo associado ao processo	Sfakianaki & Kakouris, 2020 ; Bounabri et al., 2018; Talib, F., & Rahman, 2015; Boiral, 2011
Falta de comprometimento da gestão de topo	Sivaram et al. 2012; Psomas et al., 2008; Sampaio et al., 2009; Astrini, 2021 ; Bounabri et al., 2018; Pinto & Soares, 2018; Fonseca et al., 2017; Talib, F., & Rahman, 2015;
Falta de comprometimento dos colaboradores	Talib, F., & Rahman, 2015; Bounabri et al., 2018; Astrini, 2021; Pinto & Soares, 2018; Sivaram et al. 2012; Pinto & Soares, 2018
Demasiada burocracia	Bounabri et al., 2018 ; Sivaram et al. 2012; Betloch-Mas et al., 2019; Sfakianaki & Kakouris, 2020
Falta de comunicação	Bounabri et al., 2018; Boiral, 2011
Falta de formação	Ciravegna Martins da Fonseca et al., 2017; Psomas et al. 2010; Sampaio et al. 2009
Falta de tempo para se dedicar ao SGQ	Sivaram et al., 2012; Boiral, 2011

## FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO DO SGQ BASEADA NA ISO 9001

De acordo com Mosadeghrad (2013), a gestão da qualidade total deve ser institucionalizada nas organizações de saúde. O mesmo autor refere ainda que, para que as iniciativas de implementação do SGQ tenham sucesso, deve ser tido em conta um conjunto de facilitadores, nomeadamente liderança envolvente, programas de formação e condições para o envolvimento de colaboradores. Quando os colaboradores participam na tomada de decisão e têm formação adequada, isso pode se tornar um ponto forte no processo de implementação do SGQ (CHIN, K; PUN, 2002). Num hospital pediátrico em Espanha, conforme um estudo realizado, o que funcionou como facilitador no processo de implementação do SGQ foi o envolvimento

da gestão de topo e a comunicação (Cabero et al., 2018). Rokke & Yadav (2012) alegam que o ativo mais importante e valioso em qualquer organização são os seus recursos humanos e, conseqüentemente, o envolvimento destes é fundamental para que a implementação do SGQ tenha sucesso. Quanto à gestão de topo, estes autores reiteram que o compromisso da mesma é um aspeto crítico para o sucesso da implementação do SGQ, assim como da sua continuidade. Fernandes & Caseiro (2008) realizaram um estudo numa organização de ensino em Portugal e apontam o envolvimento da gestão de topo e dos colaboradores, assim como uma cultura voltada para qualidade como aspetos fundamentais para o sucesso do processo de implementação do SGQ numa organização.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório sobre os principais obstáculos e facilitadores no processo de implementação do sistema de gestão da qualidade baseada na norma ISO 9001 nas organizações da área da saúde em Cabo Verde.

Realizou-se um estudo através da aplicação de um questionário online do Google Forms® a todas as organizações identificadas como certificadas em SGQ da área da saúde em Cabo Verde.

A ferramenta de pesquisa neste caso, o questionário, foi elaborado depois de uma revisão bibliográfica sobre o tema da pesquisa, concretamente, tendo em conta os obstáculos, facilitadores e motivações no processo de implementação do SGQ, baseada na norma ISO 9001 nas organizações da área da saúde.

A aplicação do questionário decorreu durante os primeiros 15 dias do mês de julho de 2022.

O questionário foi dirigido a todos os diretores e responsáveis pela qualidade das organizações da saúde certificadas pela norma ISO 9001, através do envio do link via email. Participaram do estudo 10 organizações de saúde certificadas em Cabo Verde.

O questionário foi composto por quatro seções: a primeira seção com informações sobre a organização e o respondente; a segunda seção com questões sobre a implementação do SGQ, papel da consultoria, documentação do SGQ e os motivos

que levaram a organização a optar pela certificação na ISO 9001; a terceira seção inclui questões sobre os principais obstáculos; a quarta e última seção abrange questões sobre os facilitadores encontrados no processo de implementação do SGQ. Na terceira seção foi utilizada a escala de Likert, com recurso às seguintes expressões: Concordo Fortemente, Concordo, Discordo, Discordo Fortemente e Não Aplicável.

Uma transformação numérica foi feita para possibilitar a análise estatística dos dados. A análise estatística foi baseada no nível de concordância dos participantes do estudo com cada afirmação em uma escala que varia de 1 a 4.

Após a recolha, os dados foram exportados para uma folha Excel® e posteriormente analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS 25.0) para produção das análises estatísticas descritivas e percentagens.

## RESULTADOS

A amostra foi composta predominantemente por organizações do setor privado da saúde em Cabo Verde (90%), correspondendo a 9 das 10 organizações que participaram do estudo. Quanto à dimensão, 50% das organizações pertenciam à categoria pequenas empresas, com 10-49 empregados, 30% pertenciam à categoria microempresas, com até 9 empregados, e 20% pertenciam à categoria empresas de tamanho médio, empregando entre 10 a 50 empregados. No que se refere ao tempo de certificação das organizações que se encontram certificadas pela norma ISO 9001, 60% foi certificada há mais de 5 anos e o restante (40%) 2 anos. Todas recorreram à consultoria externa para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e a maioria (80%) achou muito útil o papel do consultor externo de acordo com a tabela nº 1.

Tabela nº 1 – Distribuição das variáveis do estudo (setor, dimensão, tempo de certificação, consultoria externa e papel do consultor externo)

Variáveis	Categorias	N	%
Setor	Público	9	90
	Privado	1	10
Dimensão da organização	Micro (até 9 empregados)	3	30
	Pequena (10-49 empregados)	5	50
	Média (49-99 empregados)	2	20
	Grande (mais de 100 empregados)	0	0
Tempo de certificação	0-2 Anos	0	0
	2-5 Anos	4	40
	Superior a 5 Anos	6	60
Consultoria Externa	Sim	10	100
	Não	0	0
Papel do Consultor Externo	Muito útil	8	80
	Pouco útil	1	1
	Inútil	1	10

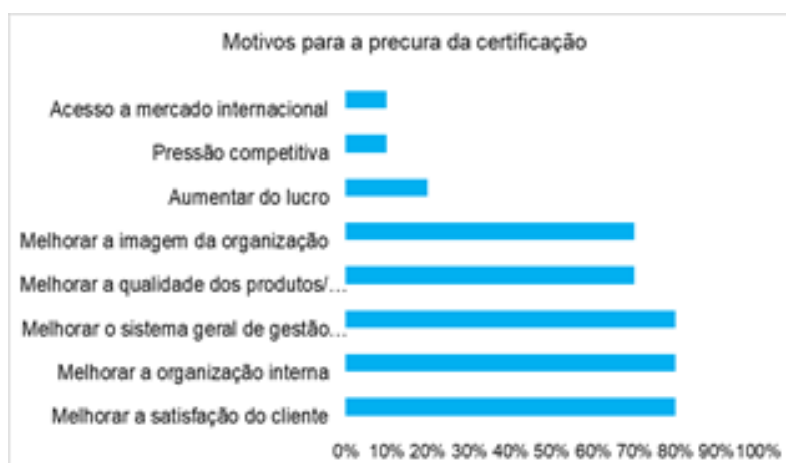


Figura nº 1 Distribuição das organizações por razões da procura da certificação

De acordo com a figura nº 1, as principais razões que levaram as organizações que participaram neste estudo a procurarem pela certificação foram: melhorar a satisfação do cliente (80%), melhorar a organização interna (80%), melhorar o sistema geral de gestão da organização (80%), assim como melhorar a imagem da organização (70%).

Quanto aos principais obstáculos, foram selecionados 22 obstáculos mais frequentes no processo de iniciativas de qualidade e em específico em relação ao ISO 9001, de acordo com a revisão bibliográfica. Tendo em conta as respostas dos respondentes, os obstáculos que mais impactam as organizações da área da saúde em Cabo Verde no processo da implementação do SGQ estão

relacionados com o custo associado ao processo de implementação, falta de tempo para se dedicarem ao processo de implementação, assim como o excesso de documentação, correspondendo a 80% e 70% da opinião dos respondentes, respetivamente, conforme ilustra a figura nº 2. De referir ainda que outros obstáculos, tais como falta de comunicação interna, resistência à mudança e atividades relacionadas com a implementação do SGQ vistas como trabalho extra também foram relevantes na opinião dos respondentes, correspondendo a 60% das opiniões, bem como demasiada burocracia, dificuldade em mudar a cultura, dificuldade em entender os requisitos da ISO 9001, correspondendo a 50% da opinião dos respondentes, conforme pode ser observado na figura nº 2.

### PRINCIPAIS OBSTÁCULOS À IMPLEMENTAÇÃO DA NORMA ISO 9001 EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

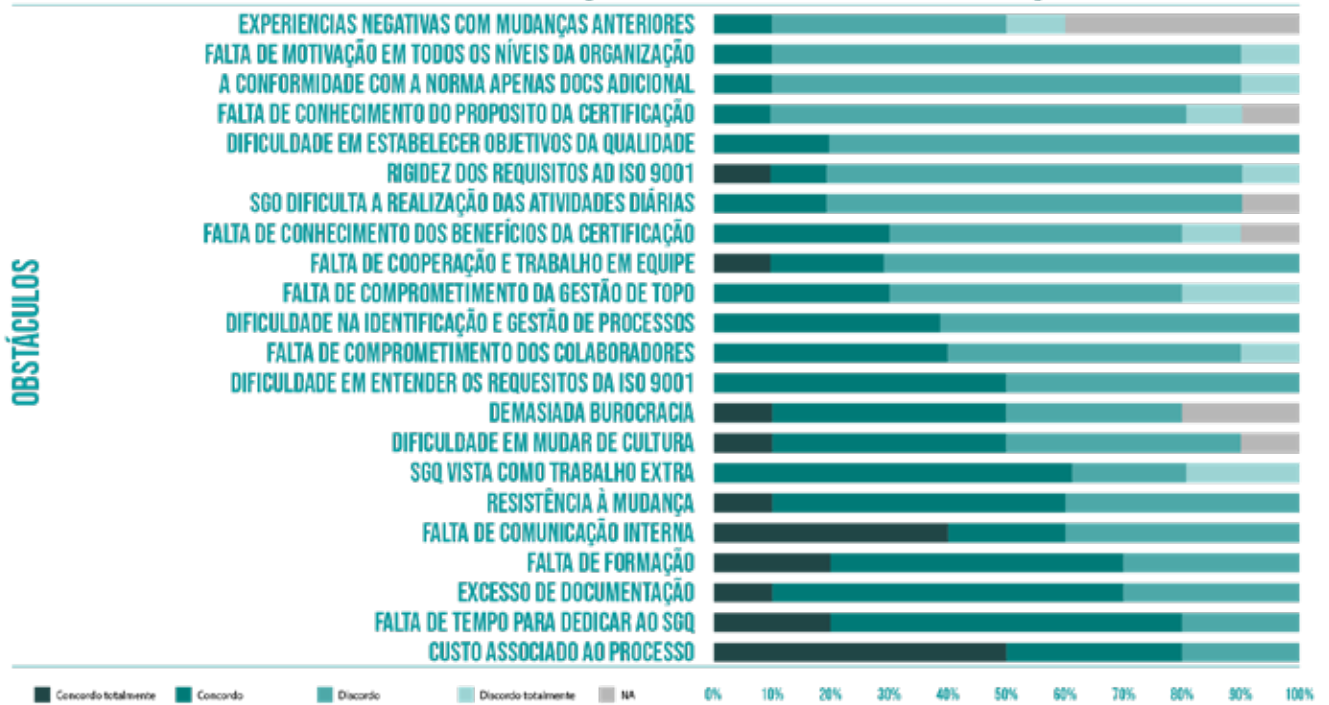


Figura nº 2 Principais obstáculos à certificação ISO 9001 nas organizações de saúde em Cabo Verde

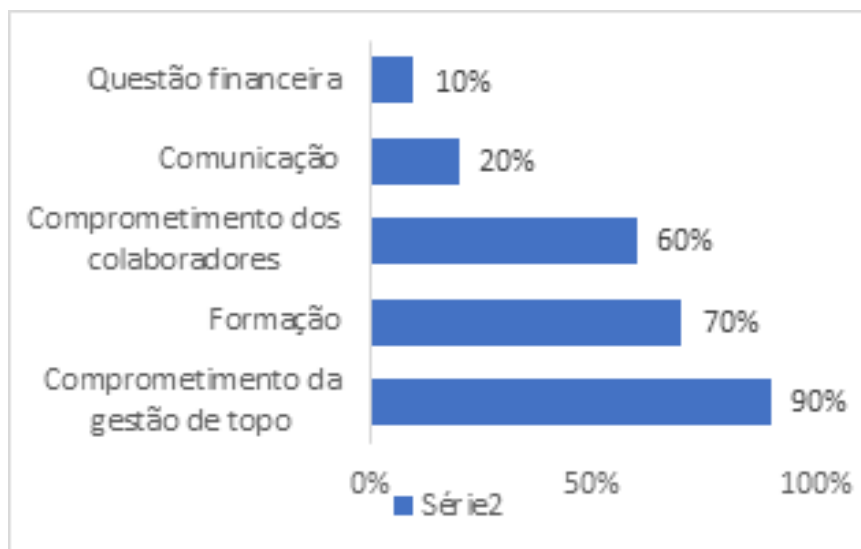


Figura nº 3 Principais facilitadores à certificação ISO 9001 nas organizações de saúde de Cabo Verde

A figura nº 3 representa a opinião dos respondentes quanto aos principais facilitadores da implementação do SGQ nas organizações de saúde de Cabo Verde, a maioria entende que o comprometimento da gestão de topo (90%), a formação (70%) e o comprometimento dos colaboradores (60%) são os principais facilitadores nesse processo.

### DISCUSSÃO

O processo de mudança que se dá numa organização com a implementação de um SGQ pode arrastar consigo vários obstáculos, como resistência à mudança, falta de recursos, falta de comprometimento da gestão de topo e de colaboradores, entre outros (Gill, 2003).

O nosso estudo abordou os principais obstáculos que podem impactar o processo de implementação de um SGQ baseada na norma ISO 9001 nas organizações de saúde certificadas em Cabo Verde. Os resultados demonstram que existe bastante alinhamento entre as barreiras e os facilitadores identificados na revisão da literatura e as respostas dos responsáveis pela qualidade das instituições cabo-verdianas de saúde, nomeadamente custo associado ao processo de implementação do SGQ e falta de tempo para se dedicar ao SGQ, dados que corroboram os achados de Sfakianaki & Kakouris, 2020, que constam do estudo realizado na Grécia, que relata a falta de recursos como uma barreira importante no processo de implementação do SGQ. Estes achados ainda são confirmados por outros estudos como os de Talib, F., & Rahman, 2015; Boiral, 2011.

Os nossos resultados também corroboram os de Bounabri et al., 2018, cujo estudo sobre as organizações marroquinas identificou como principais obstáculos ao processo de implementação do SGQ a falta de formação e o excesso de documentação. Esta descoberta é também auxiliada por estudos realizados por Betlloch-Mas et al., 2019; Fonseca et al., 2017; Psomas et al. 2010 e Sampaio et al. 2009.

Quanto às motivações para a procura da certificação ISO 9001, a maioria dos respondentes (80%) assinalou motivos de ordem interna, como melhorar a satisfação dos clientes, melhorar a organização interna e melhorar o sistema de gestão interna da organização, contrariando os resultados encontrados por Martínez-Costa et al., 2008, que relata as principais motivações de origem externa, como pressão dos clientes, imagem corporativa e prestígio da organização. Estudos referem que as organizações que procuram a certificação devido a motivações internas normalmente obtêm melhores resultados neste processo, del Castillo-Peces et al., 2018.

No que diz respeito aos facilitadores do processo de implementação do SGQ nas organizações de saúde de Cabo Verde, os nossos resultados demonstraram que os aspetos que mais facilitaram a implementação do SGQ foram comprometimento da gestão de topo, formação dos colaboradores e seu comprometimento durante o processo, dados estes que vão ao encontro dos resultados de outros estudos, por exemplo Mosadeghrad, (2013), que considera o envolvimento

da gestão de topo como um pilar fundamental no processo de implementação do SGQ, assim como a formação dos envolvidos no processo.

## CONCLUSÕES

O processo de mudança numa organização normalmente é acompanhado por dúvidas e incertezas e a implementação de um SGQ baseada na norma ISO 9001 não é exceção, estudos realizados em organizações em várias latitudes relatam dificuldades durante a sua implementação.

O estudo realizado sobre as barreiras e os facilitadores na implementação de SGQ no contexto da saúde de Cabo Verde está em linha com o encontrado noutros estudos.

Os principais obstáculos à implementação do SGQ baseada na norma ISO 9001 nas instituições de saúde de Cabo Verde de acordo com a opinião dos respondentes foram o custo associado ao processo de implementação, a falta de tempo para se dedicarem ao SGQ e o excesso de documentação. Os principais facilitadores foram o envolvimento da gestão de topo, a formação e o envolvimento dos colaboradores.

As principais motivações para a implementação do SGQ foram de ordem interna.

De alguma forma os gestores de topo ao decidirem avançar com um processo de certificação estão a reconhecer a importância do SGQ.

Contudo, a não aplicação dos recursos necessários e o pouco acompanhamento do processo levam muitas vezes ao insucesso da implementação.

Este foi o primeiro estudo do género realizado com as instituições de saúde de Cabo Verde, espera-se que sirva de ajuda para as organizações cabo-verdianas, particularmente as da área da saúde, que pretendem implementar um SGQ baseado na norma ISO 9001 e que pretendem a certificação, pois pode servir como referência para se prepararem adequadamente de forma a minimizar os obstáculos que podem surgir durante o processo de implementação.

Este tipo de evidência devia ser conhecido ou pelo menos promovido entre os gestores da saúde.

Salientamos ainda o facto de os processos de certificação em Cabo Verde serem dominados pelas instituições privadas, mostrando ainda alguma incapacidade do sector público de promover práticas de melhoria da qualidade

De referir ainda que os sistemas de informação são essenciais para o suporte de um SGQ, sobretudo na área da saúde.

## REFERÊNCIAS

- Andres-Jimenez, J., Medina-Merodio, J. A., Fernandez-Sanz, L., Martinez-Herraiz, J.J., & RuizPardo, E. (2020). An intelligent framework for the evaluation of compliance with the requirements of ISO 9001:2015. *Sustainability (Switzerland)*, 12(13). <https://doi.org/10.3390/su12135471>
- Assarlind, M.; Gremyr, I. (2016). Chalmers Publication Library Initiating Quality Management in a Small Company. *TQM Journal*, 28(2), 166–179. <https://doi.org/10.1108/TQM-01-2014-0003>
- Astrini, N. (2021). ISO 9001 and performance: a method review. *Total Quality Management and Business Excellence*, 32(1–2), 5–32. <https://doi.org/10.1080/14783363.2018.1524293>
- Betloch-Mas, I., Ramón-Sapena, R., Abellán-García, C., & Pascual-Ramírez, J. C. (2019). Implementation and Operation of an Integrated Quality Management System in Accordance With ISO 9001:2015 in a Dermatology Department. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 110(2), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2019.01.003>
- Boiral, O. (2011). Managing with ISO Systems: Lessons from Practice \*. *Long Range Planning*, 44(3), 197–220. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2010.12.003>
- Bounabri, N., El Oumri, A. A., Saad, E., Zerrouk, L., & Ibnlfassi, A. (2018). Barriers to ISO 9001 implementation in moroccan organizations: Empirical study. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 11(1), 34–56. <https://doi.org/10.3926/jiem.2412>
- Cabero, M. J., Guerra, J. L., Gaité, L., Prellezo, S., Pulido, P., & Álvarez, L. (2018). Experience of implementing the ISO 9001:2015 standard for the accreditation of a paediatric hospital emergency department. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(4), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.02.005>
- Carpinetti, L. (2016). *Gestão da Qualidade: conceitos e técnicas (3a)*. Atlas.
- CHIN, .K; PUN, K.-F. (2002). A proposed framework for implementing TQM in Chinese organizations. *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 19 Is, 272–294. <https://doi.org/10.1108/02656710210415686>
- Ciravegna Martins da Fonseca, L. M., Domingues, J. P., Baylina Machado, P., & Calderón, M. (2017). Management system certification benefits: Where do we stand? *Journal of Industrial Engineering and Management*, 10(3), 476–494. <https://doi.org/10.3926/jiem.2350>
- del Castillo-Peces, C., Mercado-Idoeta, C., Prado-Roman, M., & del Castillo-Feito, C. (2018). The influence of motivations and other factors on the results of implementing ISO 9001 standards. *European Research on Management and Business Economics*, 24(1), 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.iedeen.2017.02.002>
- Fernandes, A., & Caseiro, N. (2008). PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO SGQ NUMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR: ABORDAGEM E POTENCIALIDADES. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Fonseca, L. M. (2015). FROM quality gurus and TQM to ISO 9001:2015: A review of several quality paths. *International Journal for Quality Research*, 9(1), 167–180.
- Fuentes, M. M. F., Montes, F. J. L., & Fernández, L. M. (2006). Total quality management, strategic orientation and organizational performance: The case of Spanish companies. *Total Quality Management and Business Excellence*, 17(3), 303–323. <https://doi.org/10.1080/14783360500451358>
- Georgiev, S., & Georgiev, E. (2015). Motivational factors for the adoption of ISO 9001 standards in eastern europe: The case of Bulgaria. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 8(3), 1020–1050. <https://doi.org/10.3926/jiem.1355>
- IPQ. (2015). *Sistemas de gestão da qualidade Fundamentos e vocabulário (ISO 9000:2015): Vol. 30 Edição (pp. 1–41)*.
- Maekawa, R., & Carvalho, M. M. De. (2013). Um estudo sobre a certificação ISO 9001 no Brasil: mapeamento de motivações, benefícios e dificuldades. 763–779.
- Martínez-Costa, M., Martínez-Lorente, A. R., & Choi, T. Y. (2008). Simultaneous consideration of TQM and ISO 9000 on performance and motivation: An empirical study of Spanish companies. *International Journal of Production Economics*, 113(1), 23–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2007.02.046>
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Obstacles to TQM success in healthcare systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 147–173. <https://doi.org/10.1108/09526861311297352>
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77–89. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>
- Pinto, A. & Soares, I. (2018). *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a Sua Implementação (L. Edições Sílabo (ed.); 2a)*.
- Pires, A. (2016). *Sistemas de Gestão da Qualidade: Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria e Serviços (L. Edições Sílabo (ed.); 2a Ed)*.
- Psomas, E. L., Fotopoulos, C. V., & Kafetzopoulos, D. P. (2008). Critical factors for effective implementation of ISO 9001 in SME service companies. <https://doi.org/10.1108/09604521011073731>
- Ratcliffe, R. L. (2009). Re-engineering hospital accreditation. *Clinical Governance: An International Journal*, 14(4), 315–335. <https://doi.org/10.1108/14777270911007836>
- Rokke, C., & Yadav, O. M. P. (2012). Challenges and Barriers to Total Quality Management: An Overview. 8(6), 653–665.



Sfakianaki, E., & Kakouris, A. P. (2020). Obstacles to ISO 9001 certification in SMEs. *Total Quality Management and Business Excellence*, 31(13–14), 1544–1564. <https://doi.org/10.1080/14783363.2018.1490640>

Sivaram, N. M., Muruges, R., Karthi, S., & Sreenivasa, C. G. (2012). Synergising total productive maintenance elements with ISO 9001: 2008 standard based quality management system. *Emerald*, October. <https://doi.org/10.1108/TQM-08-2012-0059>

Talib, F., & Rahman, Z. (2015). Identification and Prioritization of Barriers to Total Quality Management Implementation in Service Industry: An Analytic Hierarchy Process Approach. *The TQM Journal*, 27(5), 61–72.



farmácia

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



# Casuística da Consulta de Cuidados Paliativos do HUAN

## Autores:

Dra. Valéria Semedo<sup>(1)</sup>

Dra. Clara Brito<sup>(2)</sup>

Tânia Jesus<sup>(3)</sup>

(1) Médica, especialista em Medicina Interna, Pós-graduada em Cuidados Continuados e Paliativos; Responsável da Unidade de Cuidados Paliativos do HUAN.

(2) Médica, especialista em Medicina Interna e Diretora do Serviço de Cuidados Intensivos do HUAN

(3) Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina – Uni-CV/Universidade de Coimbra)



## RESUMO

Os cuidados paliativos emergiram como uma abordagem fundamental no cuidado de pacientes com doenças graves e avançadas, visando melhorar a qualidade de vida e proporcionar suporte integral aos pacientes e suas famílias. Integra um dos serviços essenciais a serem disponibilizados aos doentes pelas estruturas de saúde para se obter a cobertura universal da saúde.

Este artigo científico analisa a evolução da consulta

de cuidados paliativos nos últimos três anos, através de uma análise retrospectiva da base de dados dos doentes seguidos na consulta de cuidados paliativos no Hospital Universitário Dr. Agostinho Neto (HUAN). Pretende-se examinar essa evolução e refletir sobre suas implicações para os sistemas de saúde.

Este estudo revela o aumento progressivo de pacientes referenciados a este serviço, o que vai ao encontro do cenário mundial de aumento da necessidade de atendimento em cuidados paliativos.





## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos têm ganhado destaque crescente no cenário da saúde, refletindo uma mudança paradigmática em direção a uma abordagem centrada no paciente para o manejo de doenças graves e avançadas.

Nos últimos anos, houve um aumento significativo na demanda por cuidados paliativos em todo o mundo. Este aumento pode ser atribuído a vários fatores, incluindo o envelhecimento da população, o aumento da incidência de doenças crônicas, avanços na medicina que prolongam a vida e uma maior conscientização sobre os benefícios dos cuidados paliativos

Em 2011, as estimativas apontavam que aproximadamente 29 milhões de pessoas deviam necessitar de cuidados paliativos, no entanto, apenas 3 milhões receberam estes cuidados, sendo a maioria de países com elevados rendimentos, apesar de quase 80% das necessidades globais em cuidados paliativos dizerem respeito a doentes de países com baixo a médio rendimento. Infere-se assim que o desenvolvimento de programas de cuidados paliativos tem sido muito desigual a nível internacional.

## OBJETIVO

Analisar e caracterizar a consulta de cuidados paliativos do HUAN.

## METODOLOGIA

Estudo observacional e descritivo, através da análise retrospectiva da base de dados dos doentes referenciados à consulta de cuidados paliativos no período compreendido entre janeiro de 2021 e dezembro de 2023. Foram analisadas variáveis demográficas e clínicas (tipo de doença). A análise estatística dos dados foi realizada através do

programa EXCEL.

Definiu-se como população do presente estudo todos os doentes referenciados à consulta de cuidados paliativos do HUAN no período antes referido. A consulta de cuidados paliativos existe desde 2017, contudo a falta de registos consistentes levou a que se excluísse os dados referentes ao período entre 2017 e dezembro de 2020.

Foi considerado como critério de inclusão todos as consultas decorridas entre janeiro de 2021 e dezembro de 2023, não existindo critérios de exclusão.

Inicialmente foram identificados todos os processos clínicos correspondentes aos doentes referenciados à equipa no período estudado e posteriormente recolhidos os dados referentes ao tipo de consulta (primeira vs subsequente), caracterização demográfica e clínica dos pacientes avaliados nas consultas. Para a recolha destes dados foram examinados a base de dados de consulta de cuidados paliativos e o processo clínico dos doentes.

Foram definidas as seguintes variáveis em estudo: demográficas (sexo e idade), clínicas (patologia de base classificada como oncológica e não oncológica) e variáveis relativas à referenciação (entidade referenciadora).

## RESULTADOS

Durante o período de análise (três anos) foram realizados 1.140 atendimentos de doentes de cuidados paliativos, com a seguinte distribuição: 2021: 187 consultas; 2022: 372 consultas; 2023: 581 consultas.

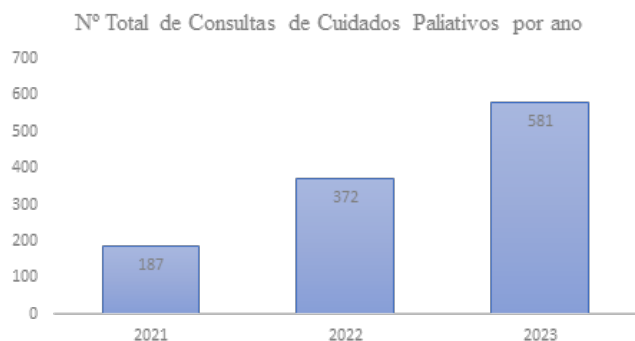


Tabela 1. Distribuição do número de consultas realizadas/ano

**Distribuição dos doentes por patologia**

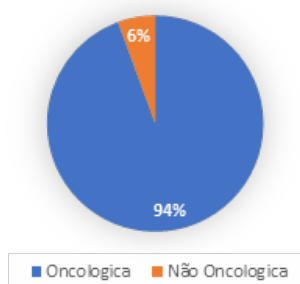


Gráfico 1. Distribuição dos doentes por tipo de patologia

Outros diagnósticos foram: cancro da cabeça, do pescoço (7.5%), cancro do pulmão (6%), cancro do ovário (5.5%). As neoplasias do foro hematológico (linfomas e mieloma múltiplo) corresponderam a 4,5% dos diagnósticos oncológicos.

Os cancros menos frequentes foram bexiga (2%), melanoma (2%), pénis (1,5%), cerebral (1%), Kaposi (1%), vagina (1%), endométrio (1%)

Dos restantes doentes (5,6%) que apresentavam patologias não oncológicas, a mais representada foi a insuficiência cardíaca congestiva. Outras doenças observadas na consulta de cuidados paliativos foram: esclerose lateral amiotrófica, demência, AVC, hipertensão arterial pulmonar e fragilidade do idoso.

Embora nos últimos anos as principais causas de morte em Cabo Verde tenham sido as doenças

cardiovasculares, seguidas das neoplasias, no presente estudo apenas 5,6% dos doentes apresentavam doenças não oncológicas, o que demonstra uma subvalorização da necessidade de apoio aos doentes deste foro.

Uma das possíveis causas desta situação de fraca referência de doentes não oncológicos é a dificuldade na identificação dos doentes e famílias que devem ser encaminhados para os cuidados paliativos.

Assim, torna-se importante apostar na formação dos profissionais nesta matéria, sobretudo para a referência dos doentes, não só com base nos diagnósticos, como também com base na situação de sofrimento que as patologias e situações determinam no doente e na família. É igualmente importante sensibilizar os profissionais de saúde sobre os critérios específicos de referência dentro de cada patologia.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A evolução da consulta de cuidados paliativos e o aumento progressivo de pacientes que procuram esse serviço refletem a importância crescente dos cuidados paliativos na saúde moderna. Embora apresente desafios significativos, também oferece oportunidades para melhorar o cuidado e a qualidade de vida dos pacientes com doenças graves e avançadas, promover a integração de cuidados paliativos em outras especialidades médicas e desenvolver modelos integradores e inovadores de prestação de cuidados, com menos custos e maior satisfação por parte dos doentes e das famílias.

É imperativo que os sistemas de saúde e as partes interessadas continuem a trabalhar em conjunto para atender às necessidades crescentes de cuidados paliativos e garantir que todos os pacientes tenham acesso a cuidados de qualidade no final da vida

Seguindo o modelo de Murtagh et al (2013), que identifica que, no mínimo, 63% das mortes deviam beneficiar de cuidados paliativos e, tendo em conta os dados do Instituto Nacional de Estatística (3.178 óbitos em 2021), estimamos que em Cabo Verde haverá cerca de 2.000 pessoas com necessidade de cuidados paliativos.

Para mitigar este facto, são necessárias várias medidas. Isso inclui o desenvolvimento de políticas e estratégias de saúde que priorizem os cuidados paliativos, o aumento do acesso aos serviços de cuidados paliativos em todos os níveis de prestação de cuidados. Neste ponto, considera-se absolutamente necessário expandir e fortalecer os serviços de cuidados paliativos, bem como garantir o acesso equitativo a esses serviços.

O investimento em educação e treinamento em cuidados paliativos para profissionais de saúde e o fortalecimento da pesquisa nessa área é outro aspeto importante.

Conforme se verificou nesta casuística, tem havido um aumento crescente de pacientes referenciados à consulta, o que revela que os prestadores de serviços dão agora mais importância aos cuidados paliativos, sobretudo na área de oncologia. Contudo, ainda existe uma referência residual nas áreas não oncológicas. Isto demonstra a necessidade de reforço da formação e consciencialização dos profissionais

de saúde, com a integração dos cuidados paliativos na pré-graduação dos profissionais de saúde, bem como a promoção de formação pós-graduada nesta área.

Apesar dos desafios, vários estudos têm associado os cuidados paliativos à redução dos custos em saúde, favorecendo a relação custo-eficácia.

Com base nesta evidência, acredita-se que o desenvolvimento progressivo dos cuidados paliativos deverá constituir uma prioridade em termos de disponibilidade de serviços, de forma a alcançar a cobertura universal da saúde.

## BIBLIOGRAFIA

Hui, D., Elsayem, A., De la Cruz, M., Berger, A., Zhukovsky, D. S., Palla, S., ... & Bruera, E. (2010). Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *JAMA*, 303(11), 1054-1061.

Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733-742.

Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., ... & Rodin, G. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 383 (9930), 1721-1730.

World Health Organization. (2014). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>





# Escala de Rastreio da Depressão Perinatal: Estudo Psicométrico e Descritivo numa Amostra de Mulheres Cabo-verdianas

## Autor:

Dra. Elisângela Gomes Moreira (MMed)<sup>1,2</sup>;  
Dra. Ana Telma Pereira (PhD, Psych)<sup>1</sup>;  
Dr. António Macedo (PhD, Med)<sup>1</sup>

(1) – UNICV, Universidade de Cabo Verde

(2) – HUAN, Hospital Universitário Agostinho Neto

## CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existem fontes de financiamento.

## RESUMO

### INTRODUÇÃO

São poucos os estudos sobre a depressão perinatal (DPN) em Cabo Verde.

### OBJETIVOS

Analisar as propriedades psicométricas da Escala de Rastreio da Depressão Pós-parto (PDSS-7) e os correlatos sociodemográficos e psicossociais dos sintomas depressivos no período perinatal em mulheres de Cabo Verde.

### MATERIAL E MÉTODOS:

O estudo envolveu três sítios.

### AMOSTRAS

As grávidas/puerperas foram, respetivamente, 129/131 cabo-verdianas, 523/249 portuguesas e 200/121 brasileiras. Todas preencheram um questionário com questões sociodemográficas, obstétricas, psicossociais e com a escala PDSS-7. Foi realizada a análise fatorial confirmatória (AFC) dos itens da PDSS-7, o estudo da consistência interna. Foram também explorados os correlatos da DPN.

## RESULTADOS

A PDSS-7 possui validade de constructo na gravidez e no pós-parto, sendo unidimensional. A sua consistência interna ( $\alpha$ ) foi de .587 (gravidez) e de .628 (pós-parto). Em Cabo Verde, 18.6% grávidas e 12.2% puérperas tiveram pontuações na PDSS 1DP= $>$ Média. Os correlatos significativos dos sintomas depressivos nas grávidas de Cabo Verde foram a escolaridade, o estado civil, a qualidade da relação com o companheiro, a perceção de apoio social e a história prévia de sintomas depressivos. A idade, o estado civil e a escolaridade mostram uma tendência para uma associação com a sintomatologia depressiva no pós-parto.

## CONCLUSÃO

A PDSS-7 apresenta validade de construto e aceitável fidelidade, tendo potencial para a sua aplicabilidade em investigação e em clínica. Os fatores socio-demográficos, a história prévia de depressão, a qualidade das relações e da rede social de apoio podem estar implicados na maior vulnerabilidade para a DPN nas mulheres de Cabo Verde.

## PALAVRAS-CHAVE

Depressão, Depressão perinatal, Saúde Mental Materna, Pospartum Depression Screening Scale (PDSS-7), Validade e Fidelidade, Cabo Verde



## ABSTRACT

### INTRODUCTION

There are few studies on perinatal depression (PND) in Cape Verde.

### OBJECTIVES

To analyze the psychometric properties of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-7) and the socio-demographic and psychosocial correlates of depressive symptoms in the perinatal period, in women from Cape Verde.

### MATERIAL AND METHODS

The study involved three sites: Cape Verde, Portugal, and Brazil. Samples: The pregnant/puerperal women were 129/131 Cape verdeans, 523/249 Portuguese, and 200/121 Brazilian, respectively. All of them completed a questionnaire with socio-demographic, obstetric, and psychosocial questions and the PDSS-7 scale. The confirmatory factor analysis (CFA) of the PDSS-7 items and the internal consistency study of the scale were performed. The correlates of the PND were also explored.

### RESULTS

The PDSS-7 has construct validity in pregnancy and postpartum and is unidimensional. Its internal consistency ( $\alpha$ ) was .587 (Pregnancy) and .628 (Postpartum). In Cape Verde, 18.6% of pregnant and 12.2% of postpartum women had PDSS scores of  $1DP \geq$  Median. Significant correlates of depressive symptoms in Cape Verdean pregnant women were education, marital status, and relationship quality with the partner, perceived social support, and previous history of depressive symptoms. Age, marital status, and educational level showed a trend toward an association with depressive symptoms in the postpartum period.

### CONCLUSION

The PDSS-7 has construct validity and acceptable reliability, with potential for applicability in

research and clinical practice. Socio-demographic factors, previous history of depression, quality of relationships and social support network may be involved in increased vulnerability to PND in Cape Verde women.

### KEY WORDS

Depression, Perinatal depression, Maternal Mental Health, Postpartum Depression Screening scale (PDSS-7), Validity and Reliability, Cape Verde

## INTRODUÇÃO

A depressão é um problema de saúde pública, por ser comum e cada vez mais prevalente<sup>(1,2)</sup>, mas que é tratável<sup>(3)</sup>. A sua prevalência varia de acordo com a idade, atingindo o pico na idade adulta mais avançada (acima de 7.5% nas mulheres com 55-74 anos; acima de 5.5% nos homens). As perturbações depressivas foram responsáveis por um total global de mais de 50 milhões de anos de vida com incapacidade (YLD) em 2015.<sup>(4)</sup> Em 2030, prevê-se que seja a principal causa de incapacidade.<sup>(5)</sup>

O período perinatal, que vai da gestação ao pós-parto, é uma época de grandes transformações na vida. Ocorre uma reestruturação pessoal e familiar, mudanças na rotina, no padrão de sono, além de importantes alterações hormonais na mulher. A maternidade também envolve preocupação, medo, angústias, ansiedade e outras emoções. É normal que a mulher se sinta sobrecarregada, cansada e stressada.<sup>(6,7)</sup> Afinal, a maternidade nem sempre rima com felicidade.<sup>(8)</sup>

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam uma perturbação mental, e a depressão perinatal (DPN) pode atingir entre 3%-20% das mulheres neste período.<sup>(9,10-12)</sup> Segundo a American Psychiatric Association, 50% dos episódios de depressão maior que ocorrem no puerpério têm início na gravidez.<sup>(9,13,14)</sup>



A DPN é uma perturbação mental heterogénea que pode resultar de uma ampla variedade de deficiências médicas, sociais e psiquiátricas<sup>(15,16)</sup> e trazer graves consequências para a mãe, para o desenvolvimento do bebé e para a família.

No Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-V)<sup>(9)</sup>, a DPN está incluída nas Perturbações Depressivo Maior e no especificador “com início no periparto”, referindo-se aos sintomas depressivos com início durante o período gestacional e as quatro semanas após o parto. A Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID-10), considera que este período decorre até 6 semanas após o parto. Os limites temporais para determinar a ocorrência de DPN, indicados na DSM-V e CID-10 são demasiadamente curtos para a ocorrência do diagnóstico.<sup>(17-19)</sup>

A prevenção da DPN é viável e eficaz. Há um movimento crescente para integrar o rastreio de saúde mental nos cuidados de saúde primários<sup>(14)</sup>, uma vez que a maior parte das mulheres grávidas são seguidas nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários, onde depois do parto continuam a receber assistência.

Os cuidados pré-natais centram-se principalmente na saúde física das futuras mães e seus bebés, e os sintomas de saúde mental tendem a ser vistos pela grávida como uma parte natural da gravidez. Com efeito, a DPN muitas vezes não é reconhecida e muitas mulheres com sintomas durante a gravidez e o pós-parto não procuram ajuda.<sup>(20)</sup> Não obstante no pós-parto o foco das consultas passar a ser o bebé, deve-se aproveitar estas oportunidades para avaliar também a saúde da mãe, incluindo a sua saúde mental.<sup>(20,21)</sup>

A psiquiatria perinatal reúne evidências acerca da validade e da eficácia dos métodos e das estratégias de rastreio, prevenção, intervenção precoce e tratamento.<sup>(21)</sup>

A The American College of Obstetricians and Gynecologists<sup>(22)</sup> recomenda o rastreio universal da DPN como uma componente da assistência obstétrica de qualidade. Os sistemas de saúde devem ter em vigor e garantir um rastreio consistente da depressão, com ferramentas de avaliação validadas, realizar intervenções e monitorizações apropriadas das mulheres com perturbação depressiva perinatal ou em risco de a desenvolver.<sup>(22,23)</sup>

Os objetivos do presente estudo foram realizar o estudo das características psicométricas da Escala de Rastreio da Depressão Pós-parto (PDSS-7) e analisar os correlatos psicossociais e clínicos da DPN em Cabo Verde.

## MÉTODOS

### Procedimentos e amostras (Tabela 1)

Este estudo enquadra-se no projeto de investigação da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) e do Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (IPM-FMUC), que foi aprovado pela Comissão de Ética de Cabo Verde (Ref<sup>a</sup>. 31/2021).

O recrutamento dos participantes envolveu três sítios: Cabo Verde (centros de saúde e Hospital Central da Cidade da Praia, ilha de Santiago), Portugal e Brasil. As amostras de Cabo Verde foram recolhidas no âmbito do presente trabalho e as de Portugal e Brasil foram cedidas pelo IPM-FMUC para o presente estudo. Os critérios de inclusão foram: ter idade  $\geq 18$  anos, estar entre o segundo trimestre da gravidez e o sexto mês pós-parto. A participação envolveu o consentimento informado e o preenchimento de um questionário online (Cabo Verde, Portugal, Brasil) e/ou no formato papel e lápis (Portugal). Em Cabo Verde e no Brasil o preenchimento do questionário decorreu durante a pandemia da COVID-19 e em Portugal foi no período anterior ao seu início.



As características sociodemográficas e obstétricas das amostras encontram-se descritas na Tabela 1.

VARIÁVEL	GRAVIDEZ			PÓS - PARTO		
	PAÍS					
	CABO VERDE N = 129	PORTUGAL N = 523	BRASIL N = 200	CABO VERDE N = 131	PORTUGAL N = 247	BRASIL N = 121
<b>IDADE</b>	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX 29.16 (6.45) 18 - 43	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX 32.03 (5.32) 18 - 45	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX 31.29 (5.13) 22 - 43	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX 29.19 (6.34) 18 - 41	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX 32.96 (4.82) 20 - 40	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX 31.29 (5.13) 22 - 43
<b>ESTADO CIVIL</b>	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>SOLTEIRA</b>	109 (84.5)	23 (4.4)	66 (33.0)	99 (75.6)	-----	20 (16.5)
<b>CASADA</b>	20 (15.5)	498 (15.5)	131 (65.5)	32 (24.4)	247 (99.2)	101 (83.5)
<b>ESCOLARIDADE</b>	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1º CICLO	7(5.4)	1 (0.2)	-----	9 (6.9)	-----	-----
2º CICLO	10 (7.8)	7 (1.3)	7 (3.5)	16 (12.2)	-----	4 (1.6)
3º CICLO	24 (18.6)	65 (12.4)	36 (18.0)	35 (26.7)	31 (25.6)	21 (8.4)
SECUNDÁRIO	60 (46.5)	187 (35.8)	4 (2.0)	54 (41.2)	2 (1.7)	81 (32.5)
LICENCIATURA	27 (20.9)	166 (31.7)	105 (52.5)	15 (11.5)	61 (50.4)	83 (33.3)
MESTRADO	1(0.8)	83 (15.9)	13 (6.5)	2 (1.5)	15 (12.6)	52 (20.9)
DOCTORAMENTO	-----	6 (1.1)	21 (10.5)	-----	8 (6.6)	4 (1.6)
OUTRO	-----	8 (1.5)	9 (4.5)	-----	4 (3.3)	3 (1.2)
<b>SITUAÇÃO DO TRABALHO</b>	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>A TRABALHAR</b>	58 (45.0)	341 (65.2)	98 (49)	41 (31.3)	169 (67.9)	65 (53.7)
<b>DE BAIXA/ATESTADO</b>	20 (15.5)	63 (12)	69 (34.5)	30 (22.9)	22 (8.8)	5 (4.1)
<b>DESEMPREGADA</b>	51 (39.5)	105 (20.1)	5 (2.5)	60 (45.8)	52 (20.9)	41 (33.9)
<b>OUTRA</b>	-----	7 (1.3)	28 (14)	-----	4 (1.6)	10 (8.3)
	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX
<b>SEMANA DE GRAVIDEZ</b>	35.44 (4.59) 22 - 41	17.27 (4.83) 8 - 31	21.28 (5.13) 20 - 44	-----	-----	-----
<b>PARIDADE</b>	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>NULÍPARAS</b>	43 (33.3)	284 (54.3)	79 (39.5)	30 (22.9)	140 (56.2)	67 (55.4)
<b>PRIMÍPARAS</b>	38 (29.5)	205 (39.2)	56 (28.0)	43 (32.8)	109 (43.8)	53 (44.6)
<b>MULTÍPARAS</b>	48 (37.2)	34 (6.5)	65 (32.5)	58 (44.3)	-----	-----
<b>PDSS - 7</b>	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX P25 - P75 17.12 (4.78) 7 - 33 14 - 20	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX P25 - P75 11.10 (3.90) 7 - 29 8 - 13	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX P25 - P75 15.03 (6.18) 7 - 35 10 - 19	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX P25 - P75 15.67 (5.39) 7 - 32 11 - 19	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX P25 - P75 10.16 (4.19) 7 - 31 7 - 12	MÉDIA (DP) MÍN - MÁX P25 - P75 15.69 (7.05) 7 - 35 10 - 20.5

**Tabela 1:** Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e da PDSS-7 nas amostras dos três países na gravidez e no pós-parto.

## INSTRUMENTOS

O questionário incluía questões sobre os dados sociodemográficos (nacionalidade, escolaridade, idade, situação laboral atual, estado civil), obstétricos (semanas de gravidez, paridade) e ainda sobre:

### **História de sintomas depressivos e de perturbação mental ao longo da vida**

A história de sintomatologia depressiva ao longo da vida (HD-LV) foi avaliada com uma questão inicial sobre a presença dos dois sintomas centrais de depressão - humor depressivo e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades - durante duas semanas ou mais (critério A, DSM-V), que, caso fosse respondida afirmativamente, seria seguida de outras para avaliar o prejuízo socioprofissional causado pelos sintomas (prejuízo na vida diária e/ou procura de ajuda profissional e/ou prescrição de medicação para o problema de saúde mental). Com base nesta informação foi construída uma variável que incluía o prejuízo relacionado com os sintomas (HD-LV e Prejuízo), cujas categorias iam desde (0) ausência de HD-LV até (5) presença de HD-LV com máximo prejuízo. Duas questões adicionais foram usadas para avaliar a presença de um episódio com estas características numa gravidez/pós-parto.

Foi também utilizada uma questão (Sim/Não) para avaliar a história de problemas psicológicos/psiquiátricos(HPP-LV), que, se fosse respondida afirmativamente, seria seguida de um pedido de descrição do problema. Foram aplicadas as questões, já referidas, para avaliar o prejuízo socioprofissional causado pelos sintomas (HPP-LV e Prejuízo).

### **Variáveis psicossociais**

Três questões avaliaram a relação com o marido/companheiro/namorado [boa (1); razoável (2); má (3); não tenho companheiro/marido/namorado (4)]; o apoio do marido/companheiro/namorado [nada (1); poucas vezes (2); algumas vezes (3); muitas vezes (4); sempre (5); não tenho marido/companheiro/

namorado (6)] e o apoio de amigos/familiares [desde nada (1) até sempre (5)].

### **Escala de Rastreio da Depressão Pós-parto – PDSS-7<sup>(3,10)</sup>**

A Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) é um questionário de autopreenchimento do tipo Likert com 35 afirmações/itens que foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a DPP.<sup>(24)</sup> Cada item é respondido numa escala Likert de 5 pontos, que vai desde discordo muito (1) até concordo muito (5). Quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior é a gravidade dos sintomas.

No estudo original da PDSS24, a AFC mostrou que a escala avalia 7 dimensões - perturbações do sono/alimentação, ansiedade/insegurança, compromisso emocional, confusão mental, perda do self, culpa/vergonha e ideação suicida - que apresentaram elevada consistência interna (Alfa de Cronbach/ $\alpha$  de .83 até .94).

A versão portuguesa de PDSS (35 itens) foi aplicada em mulheres no pós-parto<sup>(25)</sup> e com ligeiras alterações à formulação dos itens, também na gravidez<sup>(26)</sup>, mostrando adequadas qualidades psicométricas nestes dois períodos.

Mais tarde foram desenvolvidas versões reduzidas, com 21 itens na gravidez (PDSS-21), com 24 itens no pós-parto (PDSS-24)<sup>(27)</sup> e com 7 itens (PDSS-7) na gravidez e pós-parto.<sup>(3,10)</sup>

A PDSS-7 é composta por 7 afirmações/itens, que representam cada uma das dimensões avaliadas pela PDSS e que avaliam os sentimentos de fracasso, a angústia/ansiedade, a irritabilidade, a ideação suicida, as dificuldades de sono, perda do self e comprometimento cognitivo. O estudo das propriedades psicométricas (AFC) da versão em português/europeu e em português/Brasil da PDSS-7 na gravidez e no pós-parto indicou a sua validade de construto e unifatorialidade. A PDSS-7 apresentou elevada consistência interna nas amostras portuguesas e do Brasil (gravidez  $\alpha$ =.82/.83, pós-



parto  $\alpha=.84/.86$ , respetivamente), com todos os itens a contribuir para a mesma.<sup>(3)</sup>

### **Análise estatística**

Os dados foram analisados com o software Statistical Package for Social Sciences (versão 26.0, SPSS). O software AMOS 25.0 foi usado para realizar a AFC e explorar a validade de construto da PDSS-7 nas grávidas e puérperas de Cabo Verde. Foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para analisar a fidedignidade da PDSS-7:  $\alpha$  inaceitável  $<.60$ ; indesejável  $.60-.65$ ; minimamente aceitável  $.65-.70$ ; adequada  $.70$ ; respeitável  $.70-.80$ ; muito boa  $.80-.90$ ; possível excessiva homogeneidade dos itens  $>.90$ ).<sup>(28)</sup>

## **RESULTADOS**

### **Validade de construto da PDSS-7 nas grávidas e puérperas de Cabo Verde**

De forma a testar a estrutura fatorial da PDSS-7 para a gravidez e pós-parto, foi elaborada a AFC, partindo do modelo unifactorial obtido com amostras de mulheres Portuguesas e Brasileiras.<sup>(3)</sup>

No primeiro ensaio, o modelo apresentou índices de ajustamento aceitáveis, apesar de nem todos os itens terem apresentado cargas fatoriais superiores a  $.40$  no fator tanto na gravidez como no pós-parto (Tabela 2).

Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os índices de modificação (IM) do modelo, tendo correlacionado quatro pares de erros com  $IM > 11.000$  na gravidez e dois pares no pós-parto, tal como sugerido por Marôco<sup>(29)</sup> (Fig 2 e 3).

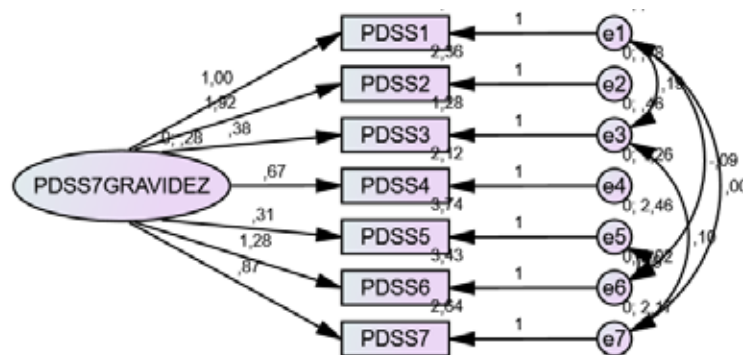
Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento na gravidez ( $\chi^2/d.f.=1.467$ ; CFI=.928, TLI=.883, GFI=.961; RMSEA=.060,  $p < .001$ ) e no pós-parto. ( $\chi^2/d.f.=1.800$ ; CFI=.943, TLI=.908, GFI=.974; RMSEA=.056,  $p < .001$ )

O coeficiente alfa de Cronbach da PDSS-7 na gravidez foi de  $.587$  e no pós-parto de  $.626$ . Comprovou-se que todos os itens da escala contribuem de forma razoável para a consistência interna da PDSS-7.

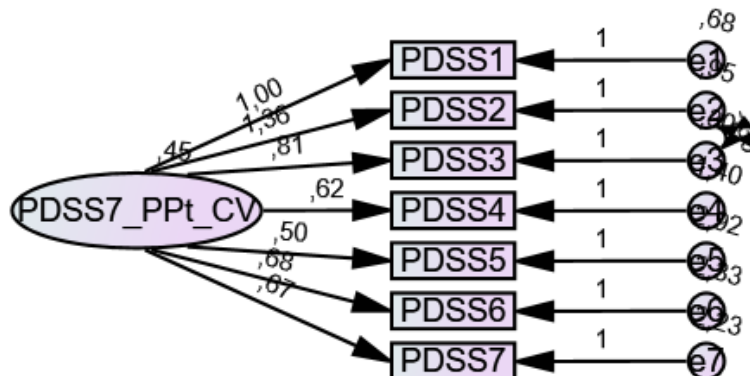
As medidas de tendência central e de dispersão das pontuações da PDSS-7 na gravidez e pós-parto encontram-se descritas na Tabela 1.

	PDSS - 7	GRAVIDEZ	PÓS - PARTO
	ÍTEM	PESOS FACTORIAIS	
1	SENTI - ME UM FRACASSO	.625	.735
2	SENTI - ME VERDADEIRAMENTE ANGUISTIADA (OPRIMIDA)	.684	.688
3	PENSEI QUE A MORTE SERIA A ÚNICA SOLUÇÃO PARA SAIR DESTE PESADELO	.729	.829
4	TIVE MEDO DE NUNCA MAIS SER A MESMA PESSOA	.329	.429
5	DEI VOLTAS NA CAMA DURANTE MUITO TEMPO A TENTAR ADORMECER (À NOITE)	.229	.289
6	TENHO ANDADO MUITO IRRITÁVEL	.276	.376
7	TENHO TIDO DIFICULDADES EM TOMAR DECISÕES MESMO SIMPLES	.281	.331
ALFA DE CRONBACH		.587	.626

**Tabela 2:** Pesos factoriais dos itens da PDSS-7 na gravidez e no pós-parto (1º ensaio)



**Figura 1:** PDSS-7-Gravidez – Modelo factorial



**Figura 2:** PDSS-7-Pós-parto – Modelo factorial

\* Correlatos da depressão perinatal atual (PDSS-7) nas amostras de Cabo Verde



### **Caracterização das variáveis psicossociais e clínicas**

As mulheres grávidas e as puérperas que descreveram ter HD-LV foram 64.3% (n=83) e 61.8% (n=81), respetivamente. Este episódio ocorreu numa gravidez anterior em 27.9%/27.5% das grávidas/puérperas e num pós-parto prévio em 8.5%/13.7% das grávidas/puérperas. O prejuízo no funcionamento socioprofissional associado aos sintomas depressivos foi elevado (respostas muito e muitíssimo) em 8.6%/7.7% das grávidas/puérperas e moderado em outras tantas (8.6% grávidas; 7.7% puérperas). As grávidas/puérperas que procuraram ajuda profissional para este problema foram 11.0%/7.6%, sendo a maior parte das vezes o apoio de um psicólogo (6.2%/6.1%). A maioria das mulheres na gravidez (65.1%) e no pós-parto (62.6%) não chegou a fazer medicação para os sintomas (apenas .08% grávidas e 4.6% puérperas a efetuaram).

As grávidas e puérperas que tiveram HPP-LV foram 7.0% (n=9) e 4.6% (n=6), respetivamente. Os problemas/perturbações mentais descritos pelas grávidas foram depressão (1.6%), ansiedade (3.1%), DPP (.8%) e violência sexual (.8%) e os referidos pelas puérperas foram depressão (2.1%), melancolia (.8%), depressão e ansiedade (.8%) e perturbação do sono/insónia (.8%). Nas amostras da gravidez/pós-parto, 2.3%/3.8% das mulheres procuraram ajuda profissional para o problema, 1.6%/2.3% tiveram prejuízo no funcionamento social-laboral devido ao problema de saúde mental e 2.3%/2.3% fizeram a medicação, respetivamente.

As grávidas/puérperas que não tinham parceiro, no último ano, foram 18.6%/19.1%, respetivamente. A relação com o parceiro foi descrita como má por .8% das puérperas (mas por nenhuma grávida), como razoável por 38.8%/37.4% grávidas/puérperas e como boa por 42.6%/42.7%. A ajuda/apoio social-emocional que tiveram do parceiro foi pouco frequente para 4.7% grávidas/ 6.9% puérperas e o apoio de familiares e amigos foi reduzido para 17.8%/19.1% grávidas/puérperas (Tabela 3).

### **Relação das variáveis com os sintomas depressivos atuais (PDSS-7)**

A gravidade dos sintomas depressivos (PDSS-7) na gravidez atual associou-se significativamente à escolaridade mais baixa ( $r=-.207$ ,  $p=.018$ ), ao estado civil solteira ( $M=17.49$ ,  $DP=4.78$  versus casada/união de facto  $M=15.15$ ,  $DP=4.40$ ,  $t(127)=2.032$ ,  $p=.044$ ) à HD-LV (sem HD-LV:  $M=15.83$ ,  $DP=4.48$  versus com HD-LV:  $M=17.84$ ,  $DP=4.82$ ,  $t(127)=-2.33$ ,  $p=.021$ ) e à HD-LV com prejuízo no funcionamento (HD-LV e Prejuízo) ( $r=.300$ ,  $p=.001$ ). Apresentaram ainda níveis significativamente mais elevados de sintomas depressivos, as grávidas que descreveram ter um relacionamento razoável com o parceiro (versus as que o consideraram bom), as que não tinham parceiro no último ano ou que percecionaram um baixo apoio deste (versus as que descreveram ter apoio elevado) e as que percecionaram baixo apoio dos familiares/amigos (versus as que tiveram apoio elevado) (Tabela 3).



		GRAVIDEZ (N = 129)				
RELAÇÃO COM M/C/N	SEM M/C/N N=24 (18.6%) 1 M (DP)	RAZOÁVEL N=50 (38.8%) 2 M (DP)	BOA N=24 (18.6%) 3 M (DP)	TESTE	P	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS
	17.88 (4.62)	18.08 (4.71)	31.29 (5.13)	F (2,126) = 3.116	.048*	2 > 3* ‡
APOIO COM M/C/N	SEM M/C/N, BAIXO APOIO N=30 (23.3%) 1 M (DP)	ALGUM N=14 (10.9%) 2 M (DP)	ELEVADO N=85 (65.6%) 3 M (DP)	TESTE	P	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS
	18.67 (5.26)	18.07 (3.45)	16.42 (4.69)	F (2,126) = 2.825	.063T	1 > 3* ‡
APOIO F/A	BAIXO N=23 (17.8%) 1	ALGUM N=14 (17.8%) 2	ELEVADO N=92 (71.3%) 3	TESTE	P	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS
	19.48 (4.90)	16.64 (4.41)	16.61 (4.68)	H = 5.763	.056T	1 > 3* ‡

		PÓS - PARTO (N = 131)				
RELAÇÃO COM M/C/N	SEM M/C/N; MÁ N=26 (19.1%) 1 M (DP)	RAZOÁVEL/MÁ N=50 (37.4%) 2 M (DP)	BOA N=56 (42.7%) 3 M (DP)	TESTE	P	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS
	16.44 (5.51)	15.59 (5.63)	15.13 (5.06)	F (2,126) = .496	.061	----
APOIO COM M/C/N	SEM M/C/N, BAIXO APOIO N=33 (25.2%) 1 M (DP)	ALGUM N=20 (15.3%) 2 M (DP)	ELEVADO N=78 (59.5%) 3 M (DP)	TESTE	P	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS
	16.33 (5.45)	15.55 (6.46)	15.22 (5.04)	F (2,126) = .478	.062	----
APOIO F/A	BAIXO N=25 (19.1%) 1 M (DP)	ALGUM N=22 (16.8%) 2 M (DP)	ELEVADO N=84 (64.2%) 3 M (DP)	TESTE	P	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS
	15.55 (5.56)	16.54 (5.11)	15.32 (5.41)	F (2,126) = .478	.062	----

**Tabela 3:** Sintomas depressivos nos grupos grávidas (N=129) e de puérperas (N=131) que diferem quanto à percepção da relação com o marido, companheiro ou namorado e do apoio recebido.

\*p<.05; T – Tendência para a significância; M/C/N – marido/companheiro/namorado, F/A – Familiares e amigos; ‡ Teste de Comparações LSD; H = Teste de Kruskal-Wallis; † Teste U de Mann-whitney; Relação com M/C/N (Relação com Marido/Companheiro/Namorado): 1- Sem M/C/M e má: Responderam não ter M/C/N ou que arelação era Má; 2 – razoável: responderam Razoável; 3 – Boa: Responderam Boa; Apoio M/C/N: 1- Sem M/C/N, Baixo apoio: responderam Não ter M/C/N ou responderam ter nenhum ou poucas vezes apoio; baixo 2- Algum: responderam ter apoio Algumas vezes; 3 - Elevado:: Respostas foram Muitas vezes e Sempre; Apoio F/A: 1 - baixo: respostas Nada e Poucas vezes, 2- Algum: respostas Algumas vezes); 3- Elevado: Respostas Muitas vezes e Sempre;

No pós-parto, o estado civil solteiro ( $M=16.15$ ,  $DP=5.68$  versus casada/união de facto  $M=14.22$ ,  $DP=4.10$ ,  $t(129)=1.778$ ,  $p=.08$ ), a idade ( $r=.148$ ,  $p=.09$ ), a escolaridade mais baixa ( $r=-.153$ ,  $p=.08$ ) mostraram uma tendência para se associar à gravidade dos sintomas depressivos atuais.

### **Níveis de sintomatologia depressiva (PDSS-7) nas grávidas e puérperas de Cabo Verde: comparação com as mulheres portuguesas e brasileiras**

As grávidas de Cabo Verde ( $M=17.12$ ;  $DP=4.78$ ) apresentaram pontuações médias na PDSS-7 significativamente mais elevadas do que as brasileiras ( $M=15.03$ ;  $DP=6.48$ ) e do que portuguesas ( $Média=11.10$ ;  $DP=3.90$ ). As grávidas brasileiras tiveram ainda pontuações médias na PDSS-7 mais elevadas do que portuguesas ( $H=168.71$ ,  $p<.001$ ). No pós-parto, as puérperas Cabo-verdianas ( $M=15.67$ ;  $DP=5.39$ ) e as brasileiras ( $M=15.69$ ;  $DP=4.19$ ) tiveram pontuações médias na PDSS-7, significativamente mais elevadas do que as portuguesas ( $Média=10.16$ ;  $DP= 5.39$ ;  $H=129.29$ ,  $p<.01$ ).

As percentagens de mulheres grávidas com pontuações elevadas na PDSS-7 (1 DP= $>$ média) foram 14.6% ( $n=76$ ) em Portugal, 18.6% ( $n=24$ ) em Cabo Verde e 19.6% ( $n=39$ ) no Brasil e no pós-parto foram 14.5% ( $n=36$ ), 12.2% ( $n=16$ ) e 19.0% ( $n=23$ ), respetivamente.

## **DISCUSSÃO**

Os objetivos deste estudo foram analisar as propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento da Depressão Pós-parto (PDSS-7) em amostras de grávidas e puérperas cabo-verdianas e os correlatos sociodemográficos e clínicos da sintomatologia depressiva perinatal.

Os resultados da AFC evidenciam a validade de construto da PDSS-7. Constatou-se que todos os itens da escala contribuem de forma razoável para a consistência interna da PDSS-7 ( $\alpha$ : .59 para gravidez; .63 para pós-parto). A PDSS-7 apresenta

validade de construto nas amostras de grávidas e de puérperas de Cabo Verde, Portugal e Brasil(3), mas menor consistência interna nas de Cabo Verde. Colocamos a hipótese de que a baixa escolaridade e o conseqüente pouco domínio da língua possa ter levado à má interpretação dos itens e contribuído para a baixa consistência interna. Com efeito, as amostras de grávidas e puérperas de Cabo Verde têm mais participantes com o 1º e 2º ciclo do ensino básico e menos com a licenciatura, mestrado e doutoramento do que as de Portugal e Brasil. Estudos futuros devem continuar a investigação sobre as características psicométricas da PDSS na população cabo-verdiana, com amostras mais representativas.

As grávidas e puérperas cabo-verdianas com pontuações elevadas (1DP= $>$ Média) na PDSS-7 foram, respetivamente, 18.6% e 12.2% (as portuguesas foram 14.6% e 14.5% e as brasileiras 19.6% e 19%, respetivamente). As grávidas de Cabo Verde apresentaram médias de sintomatologia depressiva mais elevadas do que as mulheres dos outros países e as grávidas e puérperas portuguesas tiveram níveis médios mais baixos de sintomas depressivos do que as dos outros dois países. As percentagens de DPN encontradas nos três países enquadram-se dentro dos limites de variação descritos na literatura.(9-11) As diferenças entre os países nas taxas/níveis de depressão podem ser explicadas pelo facto da prevalência da DPN ser significativamente maior nos países de baixo e médio rendimento do que em países de alto rendimento.(30) Uma outra explicação pode ser o facto de a avaliação nas amostras do Brasil e de Cabo Verde ter decorrido durante a pandemia COVID-19, que determinou um aumento da perturbação mental, inclusive da depressão.(31)

Constatou-se uma desproporcionalidade entre o grande número de mulheres grávidas e puérperas que descreveu problemas de saúde mental prévios (HD-LV e HPP-LV), incluindo no período perinatal e o número das que efetuaram uma busca ativa

para obter ajuda dos profissionais de saúde para o problema e que tomaram medicação nessa altura. Por conseguinte, a DPN e outros problemas de saúde mental podem ser subdiagnosticados e subtratados. Estes achados destacam a importância da realização da consulta tanto para as gestantes como para as puérperas, que se dirija não só aos aspetos obstétricos, mas também que foque a avaliação da sua saúde psicológica/mental.

A *American College of Obstetricians and Gynecologists*, em 2018<sup>(22)</sup>, recomenda o rastreio universal da depressão nas mulheres grávidas e puérperas como um componente da assistência obstétrica de qualidade. Aconselha ainda que se uma mulher for rastreada com depressão durante a gravidez, um rastreio adicional deva ser considerado no pós-parto. Isso porque Segundo a *American Psychiatric Association*, 50% dos episódios de depressão que ocorrem no puerpério desenvolvem-se no início da gravidez.<sup>(14)</sup> O desenho transversal do presente estudo, que é uma das suas limitações, não permitiu fazer a análise da evolução da sintomatologia depressiva entre a gravidez e o pós-parto, o que poderá ser efetuado em trabalhos longitudinais futuros.

No presente estudo, as grávidas e as puérperas que referiram ter HPP-LV descreveram que os problemas de saúde mental foram melancolia, depressão, DPP, ansiedade, comorbilidade depressão/ansiedade, comorbilidade ansiedade/perturbação do sono (insónia) e violência sexual.

A HD-LV relacionou-se com o aumento da sintomatologia depressiva (PDSS-7) na gravidez atual, mas não no pós-parto. Já a HPP-LV não se associou à sintomatologia depressiva (PDSS-7), nem na gravidez, nem no pós-parto, o que não confirma os achados da literatura, que evidenciam que a mesma é preditiva da recorrência da perturbação mental no período perinatal. Por exemplo, Rocha et al.<sup>(32)</sup> mostraram que as mulheres com um quadro depressivo maior anterior à gravidez evidenciaram mais probabilidade

de desenvolver DPN do que as mulheres que não apresentavam sintomas de depressão antes da gravidez. Thomas et al.<sup>(33)</sup> observaram que não só o histórico de depressão, mas também de ansiedade pré-natal constituem dos preditores mais fortes para a DPN. Broberg et al.<sup>(13)</sup> e Mersha et al.<sup>7</sup> constataram que cerca de 20% das mulheres com história de depressão antes da gravidez experimentaram depressão grave recorrente durante a gravidez ou pós-parto e que 56% das mulheres com ansiedade antes da gravidez experimentam ansiedade neste período.

No presente estudo, as variáveis sociodemográficas, baixa escolaridade e estado civil (solteiro) relacionaram-se significativamente com a sintomatologia depressiva durante a gravidez. No pós-parto, a idade (mais elevada), o estado civil (solteiro) e a baixa escolaridade mostraram uma tendência para uma associação com a gravidade da sintomatologia depressiva. A qualidade das relações com o parceiro e a rede de apoio social (baixo apoio dos familiares/amigos e do parceiro) tiveram impacto negativo na saúde mental das grávidas de Cabo Verde. Estes achados confirmam o encontrado na literatura. As grávidas e puérperas que vivem com desigualdades sociais podem estar em maior risco de desenvolver DPN.<sup>(34)</sup> A baixa escolaridade materna, o baixo nível socioeconómico, a falta de apoio social, a situação conjugal e o mau relacionamento conjugal têm sido consistentemente identificados como fatores de risco robustos para a DPN.<sup>(13, 33, 35, 36)</sup>

## CONCLUSÃO

A PDSS-7 apresenta razoáveis qualidades psicométricas nas amostras de Cabo Verde, poderá ser útil na investigação e na clínica, principalmente no rastreio da DPN, levando pouco tempo a aplicar. Torna-se importante ampliar o rastreio da DPN, incluí-lo sistematicamente no processo do ciclo gravídico-puerperal para viabilizar a intervenção

o mais precocemente possível. As mulheres com problemas de saúde mental prévios, com mais idade, as solteiras, as que têm baixa escolaridade, problemas relacionais com o parceiro e recebem menos apoio social podem ter maior vulnerabilidade para a DPN.

## REFERÊNCIAS

- [1] Rafferty J, Mattson G, Earls M. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression into Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2019;143(1):e20183260. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3260>
- [2] Eduardo, J. Relatório da OMS revela: Cabo Verde tem mais de 24 mil pessoas que sofrem de depressão. Portal de Angola [online]; 28 February 2017. Disponível em: <https://www.portaldeangola.com/2017/02/28/relatorio-da-oms-revela-cabo-verde-tem-mais-de-24-mil-pessoas-que-sofrem-de-depressao/>
- [3] Pereira AT, Barros M, Aguiar M, Azevedo J, Marques M, Carvalho F, et al. Postpartum depression screening scale-7: A valid and reliable short version both for Portugal and Brasil. *European Psychiatry*. 2021;64(S1):S607–S607.
- [4] Carvalho, Á. Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência em casos de emergência [ebook]. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- [5] Hidalgo IJ, Salmerón L, Boix-Gras C, Rosa M, Rabadán F, Vizcaino C, et al. Effectiveness of physical exercise in the treatment of depression in older adults as an alternative to antidepressant drugs in primary care. *BMC Psychiatry*. 2019;19:1-7.
- [6] Krob AD, Godoy J, Leite KP, Mori SG. Depressão na Gestaçao e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. *Revista Psicologia e Saúde*. 2017;9(3):3–16.
- [7] Mersha AG, Abebe SA, Sori LM, Abegaz TM. Prevalence and Associated Factors of Perinatal Depression in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression Research and Treatment*. 2018:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/1813834>
- [8] Pereira AT, Macedo FA. Introdução. In: Macedo AF, Pereira AT, editors. *Saúde Mental Perinatal. Maternidade nem sempre rima com felicidade*. Lisboa: LIDEL; 2014.
- [9] APA, American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- [10] Pereira AT, Azevedo J, Soares MJ, Marques C, Marques M, Barros M., et al. Screening Accuracy of the Portuguese version of the Postpartum Depression Screening Scale-7 according to DSM-5 criteria, *European Psychiatry*. 2022;65(S1):S88.
- [11] Silveira M, Gurgel R, Carvalho Í, Trindade M. Postpartum depression in women who survived severe maternal morbidity. *Cad. Saúde Colet*. 2018;26(4):67-70.
- [12] Xavier S, Soares MJ, Azevedo J, Marques C, Meneses MS, Marques M, et al. Prevalence and comorbidity of major depression and anxiety disorders in the postpartum. *European Psychiatry*. 2019;56(S1):S607–S607.
- [13] Broberg, L., Backhausen, M., Damm, P., Bech, P., Tabor, A., Hegaard, H. K. Effect of supervised exercise in groups on psychological well-being among pregnant women at risk of depression (the EWE Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18:210. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1938-z>
- [14] O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013;9:379–407.
- [15] Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2018;61(3):591–603.
- [16] Morrell J, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, et al. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technology Assessment*. 2016;20(37):1-414.
- [17] Cantilino A, Fonseca ZC, Sougey B, Rennó J. Perturbações psiquiátricas no pós-parto. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(6): 278–284.
- [18] Fonseca A, Canavarro MC. Depressão pós-parto. PROPSICO: Programa de atualização em psicologia clínica e da saúde - ciclo 1 [ebook]; Porto Alegre, Brasil: Artmed Panamericana Editora; 2019. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/45085>
- [19] Helena E, De Brum M. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico postpartum depression. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 2017;17(2): 92–100.
- [20] San Martin Porter MA, Betts K, Kisely S, Pecoraro G, Alati R. Screening for perinatal depression and predictors of underscreening: Findings of the born in Queensland study. *Medical Journal of Australia*. 2019;210(1):32–37.
- [21] Pereira AT, Nogueira V, Marques M, Macedo A. *Psiquiatria perinatal*. In Firmino H, Santiago LM, Nogueira V, Andrade J, editors. *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. Lisboa: LIDEL; 2019. pp. 289–307.
- [22] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. ACOG Committee Opinion. Number 757. American College of Obstetricians and Gynecologist. *Obstet Gynecol*. 2018;132:e208-e212.
- [23] Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Simas TAM, et al. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstet Gynecol*. 2017;129(3):422–430.
- [24] Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale:





Development and psychometric testing. *Nursing Research*. 2000;49(5):272-282.

[25] Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, et al. The Portuguese version of the postpartum depression screening scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010;31(2):90-100.

[26] Pereira AT, Bos SC, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, et al. The postpartum depression screening scale: is it valid to screen for antenatal depression? *Arch Womens Ment Health*. 2011;14:227-238.

[27] Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the postpartum depression screening scale: as accurate as the original version. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:67-77.

[28] Devellis RF. Scale development. Theory and applications. London: Sage Publications; 1991.

[29] Marôco, J. Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações. Pêro-Pinheiro, Portugal: Caflesia - Soluções Gráficas; 2014.

[30] Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2017;219:86-92.

[31] Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277:55-64.

[32] Rocha NCS, Batista EEV, Silva VAA, Medeiros DVRD, Silveira EPP, Pereira RGX, et al. A depressão perinatal e o impacto que as intervenções nutricionais podem ter sobre os sintomas depressivos perinatal depression and the impact interventions may have on depressive symptoms resumo. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 2019;29(2):93-107.

[33] Thomas SA, Drummond AE, Lincoln NB, Palmer RL, Das Nair R, Latimer NR, et al. Behavioural activation therapy for post-stroke depression: the BEADS feasibility RCT. *Health Technology Assessment*. 2019;23(47):vii-176.

[34] Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Interventions for Perinatal Depression [ebook]. 2nd ed. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario; 2018. Disponível em: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>

[35] Adler L, Tsamir J, Katz R, Koren G, Yehoshua I. Associations of sociodemographic and clinical factors with perinatal depression among Israeli women: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2019;19:2-8.

[36] Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams MA, Author C. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries HHS Public Access. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(10),973-982.



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](mailto: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](mailto:lac.plateau@cvtelecom.cv)

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

## Unindo inovação e acesso: construindo um futuro mais saudável para todos

Autor:

Dr. Dario Dantas dos Reis



«I HAVE A DREAM» - MARTIN L. KING

«YES, WE CAN» - BARACK OBAMA

Em 1975 iniciou-se um ciclo novo na vida de Cabo Verde. O anterior ciclo, que começara no já longínquo século XV, quando estas ilhas do Atlântico Médio, a algumas centenas de quilómetros da costa do grande continente africano, foram encontradas por navegadores vindos do Norte. Durante quase cinco séculos o «ram-ram» da vida nestas ilhas pouco se alterou: saía governador e entrava governador, chegava barco e saía barco, caía chuva e não caía chuva, sobrevivia à seca ou não sobrevivia à seca, chegava doença nova, voltava doença antiga. Morreu muita gente de fome e doença, mas, ao fim e ao cabo, alguns conseguiram sobreviver. As atividades no arquipélago, incluindo as da área da saúde, quase sempre comandadas a partir do Reino de Portugal, estavam ligadas a uma monótona mistura de pequeninas estórias sem que uma ideia maior de mudança tivesse surgido ou, pelo menos, tivesse ganhado alguma força.

Na segunda metade do século XX, alguns cabo-verdianos começaram a acreditar que toda uma

rotina anestesiante e monótona de cinco séculos poderia ser mudada, que poderia ser melhor do que fora até ali. Já se passaram muitos dias desde essa época distante. À data, muitos criadores de opinião e muitos analistas consideravam Cabo Verde como um país improvável, se não mesmo inviável. E as razões para isso abundavam. Analisemos uma fotografia rápida, a preto e branco do tal país improvável, que um viajante atento fez, em Julho de 1975:

Dez pequenas ilhas desprovidas de riquezas minerais, com uma economia depauperada e um clima semidesértico, com chuvas muito irregulares condicionando secas assassinas, com ausência de qualquer curso de água permanente, com penúria de água potável, com gestão de lixo e excreta muito deficiente ou mesmo inexistente em várias ilhas, com penúria importante de recursos humanos em todas as domínios, dispondo de infraestruturas da saúde e educação que além de insuficientes, eram vetustas e degradadas e com falta quase total de medicamentos essenciais.



Em decorrência de tudo isso, falamos de dez pequenos territórios com:

- **Apenas 15% da população era alfabetizada;**
- **Metade da população vivia abaixo do limiar da pobreza;**
- **Apenas 7% da população dispunha de água canalizada nas moradias;**
- **Somente 12% da população usufruía de um sistema de evacuação de águas residuais;**
- **Ausência de um programa institucionalizado de imunização das crianças;**
- **Prevalência elevada de doenças infecciosas e parasitárias;**
- **Elevada mortalidade infantil – 108%o;**
- **Elevada mortalidade de menores de 5 anos;**
- **Elevada mortalidade materna;**
- **Esperança média de vida abaixo dos 60 anos;**

Ademais, se consultarmos relatos de um passado mesmo distante, ficamos com a incômoda sensação de que a história de Cabo Verde é uma sequência onde se alternam secas e epidemias mortíferas separadas por intervalos maiores ou menores para que as pessoas respirassem e se reproduzissem. Nenhuma doença matou tanta gente em Cabo Verde como as fomes que, invariavelmente, acompanhavam as secas. E isto tudo se passava num tempo em que as comunicações eram difíceis e os parques socorros, quando existiam, pecavam sempre por atrasados e muito aquém do necessário. A juntar a isso tudo, a solidariedade internacional era, nesse tempo, letra morta ou quase. Presos nas suas ilhas e abraçados pelo mar, os ilhéus morriam pacífica e abundantemente como se de um ritual obrigatório e inevitável se tratasse. Conhecer um

pouco do passado destas ilhas é preciso para se compreender o que tem sido a enorme resiliência deste povo sofredor.

Não obstante todas estas limitações – estruturais umas e circunstanciais outras – os avanços realizados no domínio da saúde, nos últimos 50 anos, foram em Cabo Verde, apesar de tudo, significativos.

Como foi isso tudo possível, dispendo Cabo Verde, em 1975, apenas de uma dúzia de quadros médicos impreparados e inexperientes, mais duas ou três dúzias de ex-guerrilheiros vindos das matas e bolanhas da Guiné-Bissau, jovens na sua maioria, conhecendo mal o país real e sem competências nos domínios da administração pública, da organização da justiça, da legislação, da agricultura, da educação e da saúde? Como? Esses quadros poderiam, quando muito, dirigir talvez um consultório médico, uma farmácia, uma enfermaria ou até mesmo um hospital ou uma fazenda. Mas um país? Aqui, como algumas vezes acontece noutros lados, a sorte protegeu esses jovens inexperientes, mas ousados.

O mundo saíra, em 1945, de mais um conflito global com consequências catastróficas para vencedores e vencidos. Apenas um grupo de abutres terá talvez lucrado com o conflito. A SOLIDARIEDADE estava na ordem do dia e alguns homens bons e visionários procuravam mesmo criar condições a nível planetário para que aquele horror jamais se repetisse.

A **ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS** nasceu desse sonho, no pós-guerra imediato. Um conjunto de circunstâncias, ocorridas em 1977 e 1978, protegeram e ajudaram Cabo Verde nos seus primeiros passos na área da saúde. Tivéssemos chegado à independência dez anos antes e teríamos começado com uma falsa partida. Vizinhos nossos, tão capazes como nós, tão interessados como nós, mas também tão ignorantes e ingênuos como nós, tiveram falsas partidas com reflexos imediatos no bem-estar das suas

populações e grandes dificuldades em encontrar posteriormente os caminhos corretos. Três grupos de fatores convergiram a nosso favor:

– **O papel da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde:** em maio de 1977, menos de dois anos após a independência de Cabo Verde, na Assembleia Mundial da Saúde, foi contratualizada uma parceria verdadeiramente revolucionária entre os governos dos países integrantes da ONU e a OMS e que se designava «Saúde para todos até ao ano 2000» que, para os descrentes, mais parecia um slogan publicitário. Ela proclamava:

«O principal objetivo social da OMS nos próximos decénios é o de fazer aceder, até ao ano 2000, todos habitantes da terra a um nível de saúde que lhes permita usufruir de uma vida social e economicamente produtiva».

Mas para os que compreendiam o seu sentido profundo, essa proclamação, mais do que um alvo, era todo um processo com um título absolutamente motivador.

Em 1978, no ano seguinte, na Conferência Internacional de Alma Ata, foi desenhada a estratégia para a operacionalização da parceria «Saúde para todos até ao ano 2000». Entendia ela que:

«Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até ao ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os Cuidados Primários de Saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida...».

Cabo Verde abraçou e absorveu estas duas proclamações, a de Genève e a de Alma Ata, para pôr de pé a sua Política de Saúde. O papel que

a OMS teve no desenho da estratégia capaz de pôr de pé uma filosofia e uma política criadoras de um Sistema Nacional de Saúde adequado às necessidades e recursos do país, aberto a todos os cabo-verdianos e baseado nos Cuidados Primários de Saúde, foi determinante. Não menos importante foi ainda o papel da OMS **no aconselhamento e nas sugestões, na formação de quadros e mesmo no apoio financeiro**. A OMS ajudou a criar as ideias-mestra para a saúde de tal sorte que, em Cabo Verde, os sucessivos governos que dirigiram o país, mesmo pertencentes a forças políticas diferentes, mantiveram a filosofia na ação. As pequenas diferenças na ação dependeram quase sempre mais da pessoa dos ministros e suas equipas do que da política sanitária adotada. A O.N.U., através da O.M.S., funcionou como um autêntico assessor de luxo e financiador privilegiado do nosso Ministério da Saúde.

– **O papel da solidariedade internacional:** acarinhou e apoiou o novo país. Da ex-União Soviética aos EUA, de Portugal a Cuba, da República da África do Sul ao Egito, do Brasil ao Japão, do Senegal à Nigéria ou ainda do Canadá à China, foi fundamental na formação dos recursos humanos, na cooperação técnica, no fornecimento de equipamentos, no financiamento do Orçamento do Estado ou no tratamento de doentes transferidos para o exterior por incapacidade nossa, como foi, e é ainda, o caso de Portugal.

– Todavia, a **contrapartida cabo-verdiana** neste processo foi, sem qualquer dúvida, condição *sine qua non* para o êxito da ideia «Saúde para Todos» e da sua operacionalização no terreno com os Cuidados Primários de Saúde. **Muito realismo e solidariedade, bem como a força do acreditar, estiveram quase sempre presentes, pelo menos nos primeiros anos pós-independência**, da parte não só dos decisores e dos executores, mas também, e principalmente,



do cabo-verdiano comum, que, de um modo geral, compreendeu e aceitou a mensagem nova.

Os resultados obtidos nestas cinco primeiras décadas **demonstram que algo importante e significativo foi conseguido em Cabo Verde** no domínio da saúde e dos seus principais determinantes, desde 1975. Com efeito:

1. **A pobreza** é, sem dúvida, um dos mais importantes condicionantes da saúde. Em 1975, metade dos cabo-verdianos, ou mesmo mais, estavam mergulhados num nível abaixo do limiar da pobreza. Quarenta anos mais tarde, metade dos cabo-verdianos que estavam em 1975 afogados na pobreza já tinham conseguido subir acima do limiar da pobreza.
2. **A alfabetização, uma condição importante para o desenvolvimento e para a saúde**, bafejava, em 1970, apenas 39% da população. Essa cifra saltou, já em 2015, para 88%.
3. **A água canalizada** nas habitações, que era uma realidade apenas para 7% da população, passou para 65% em 2015.
4. **A evacuação de águas residuais para a rede pública ou para fossas sépticas**, que beneficiava apenas 13% da população, passou, ainda em 1980, para 72%.
5. **A mortalidade infantil**, que era de 108%, em 1975, baixou para 10%, em 2022.
6. **A mortalidade de menores de 5 anos**, em 2020, era de 14%.
7. **A mortalidade materna**, sem números fiáveis em 1975, era, em 2022, de 42 mortes maternas por cada 100.000 nados-vivos. A título de comparação e para termos noção da importância desse número, mostro o panorama em alguns países onde o português

é falado: Brasil tinha 72; Moçambique, 127; São Tomé e Príncipe, 146; Timor-Leste, 204; Angola, 222, e Guiné-Bissau, 725.

8. **A Esperança Média de Vida** em 2021 era de 74,05%, contra 58,79%, em 1975.
9. **O Programa Alargado de Vacinação**, importante escudo protetor contra as infeções nas crianças, foi iniciado no país em 1977. Não existia qualquer iniciativa semelhante antes de 1975. Os componentes do programa foram-lhe sendo progressivamente acrescentados. Hoje, dá proteção às seguintes patologias e agentes de doença: tuberculose, pólio, difteria, tétano, tosse convulsa, H. Influenza, Hepatite B, sarampo, rubéola, parotidite, Vírus do Papiloma Humano. Em 2017, foi introduzida a vacina Salk, com vírus inativado, incluída na adaptação estratégica para a consolidação da erradicação da pólio no mundo.

Em Cabo Verde, hoje, 91% das crianças entre os 12 e os 23 meses de idade têm todas as vacinas do nosso Programa Alargado de Vacinação.

10. Um enorme esforço foi consentido pelo país na **formação de quadros para a saúde**: a dúzia de **médicos** existente em 1975 passou para mais de 600 e os 128 **enfermeiros** dessa altura passaram para mais de 800. Resultados semelhantes para outros profissionais de saúde (farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, etc.)
11. No tocante a **infraestruturas e equipamentos** para a saúde realizaram-se também progressos:

Os dois hospitais centrais foram conservados, mas sofreram importante remodelação estrutural nas suas instalações, passando a dispor também de equipamentos novos e mais e melhores recursos humanos.

- Hospitais Regionais - 4
  - Centros de Saúde - 20
  - Unidades Sanitárias de Base - 120
12. **Estudos Superiores de Medicina:** foi criado o Mestrado Integrado de Medicina na universidade pública de Cabo Verde, já no século XXI, numa parceria venturosa entre os governos de Cabo Verde e de Portugal e as universidades de Cabo Verde e de Coimbra. Os novos médicos já começaram a sair desta complicada e arrojada, mas, também, exitosa iniciativa.
13. **Licenciatura em Enfermagem:** passou a ser exigido oficialmente aos candidatos a enfermeiros uma licenciatura de quatro anos e em cada ano são dezenas de licenciados que entram para o mercado do trabalho.

Destacámos acima 13 pontos, mas poderiam ser outros tantos os principais ganhos no domínio da saúde em Cabo Verde. A Saúde para Todos e os Cuidados Primários de Saúde constituíram e constituem ainda a pedra angular desta construção. Não obstante isso, é altura de avaliarmos o que foi feito e refletir sobre o modelo que temos utilizado desde os anos 70 do século passado na saúde. Pelo menos duas ordens de razões nos obrigam a isso:

1. Por um lado, a filosofia de atuação, embora coloque sempre o indivíduo no centro das preocupações, tem priorizado a saúde da comunidade ou a saúde pública. O indivíduo, que é o átomo integrante dessa grande molécula que é a comunidade e cuja saúde já beneficia, e muito, da saúde do grande todo, tem sido um pouco secundarizado relativamente a alguns dos seus problemas face ao interesse maior, que era e é o da saúde da comunidade e, sendo pouco favorável a relação custo-benefício que essa perspetiva mais

individualista acarreta. O indivíduo tem sempre alguns problemas mais complicados de saúde que não decorrem dos da comunidade e, embora pesem pouco nas grandes estatísticas, perturbam o seu bem-estar, exigindo, por vezes, soluções complexas que os profissionais especializados têm que gerir, utilizando geralmente tecnologias sofisticadas: é uma queimadura extensa a exigir uma unidade especial de elevados custos para o seu tratamento ou uma cardiopatia isquémica a exigir plastia coronária ou uma hérnia discal muito dolorosa que impõe intervenção cirúrgica, etc., etc. Como resolver isso sem profissionais preparados e sem os equipamentos necessários para diagnosticar e intervir? Até aqui temos recorrido quase sempre à transferência desses doentes para Portugal, que, solidariamente, nos tem ajudado a resolvê-los. Mas... até quando?

2. Por outro lado, os nossos dinâmicos padrões sanitários, **o etário e o epidemiológico**, alteraram-se e já não são o que eram, em 1975. As patologias crónicas, geralmente degenerativas, já conquistaram, desde há mais de vinte anos, o lugar cimeiro ocupado séculos antes pelas doenças infecciosas em Cabo Verde. A pirâmide etária começa a esboçar um estreitamento na sua base e alargamento no vértice, revelando já os primeiros sinais de envelhecimento da população. Chegados a este ponto, há que perguntar:

- Continuamos com o mesmo modelo?
- Adaptamos esse modelo aos novos tempos?
- Substituímos o modelo?

Os resultados alcançados com o modelo vigente desde 1978 são, como vimos, bons, mas não totalmente satisfatórios. No contexto do nosso continente, e mesmo no do sul americano, os resultados podem considerar-se satisfatórios.

Todavia, se confrontarmos os números com os dos países de alguns outros mundos, ou mesmo com a média mundial, estes pecam por pouco. As razões deste relativo insucesso vamos encontrá-las:

1. No interior do próprio setor da saúde (algum laxismo dos profissionais, deficiente programação, insuficiente formação, fraca qualidade dos cuidados prestados, dificuldades no acesso ao sistema por parte de certos segmentos da população, etc.).
2. Nos sucessivos governos que afetaram geralmente verbas insuficientes à saúde no Orçamento do Estado. Para além disso, estando a saúde subordinada a direitos fundamentais cuja gestão se faz noutros setores da governação, esta fica em parte dependente desses setores. Refiro-me aos direitos à habitação, à alimentação, ao saneamento ambiental, à educação e à previdência social, entre outros. É, pois, um horizonte muito amplo, que vai para além dos cuidados de saúde e que atravessa horizontalmente praticamente todos os setores do Estado. E a verdade é que ao fim destas décadas de percurso como país independente e com os limitados meios de que dispõe, ainda não conseguiu gerir a contento os problemas da pobreza, da habitação, da segurança alimentar e mesmo o da coordenação intersetorial, todos com reflexos negativos na saúde dos indivíduos.
3. Na evolução demográfica, que induziu uma acentuada subida da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população. Do mesmo modo, a mudança do quadro epidemiológico, que trouxe uma clara redução das doenças infecciosas e parasitárias face a um crescimento expressivo das patologias crônicas degenerativas.

A pergunta feita mais acima sobre que modelo utilizar, tem uma resposta óbvia se quisermos

otimizar os indicadores, bem como elevar a satisfação da população: SIM, vamos manter o modelo, mas procurando **melhorar o que não está ainda bem, corrigir o que está errado, completar o que está incompleto e acrescentar o que for pertinente:**

- O **financiamento** do setor, importante elemento para o êxito e a sustentabilidade do programa, só será satisfatório se o governo entender a saúde como um fator central do desenvolvimento, compreendendo que sem saúde o desenvolvimento será precário, e sem desenvolvimento a saúde será, ela também, precária.
- A **equidade** no acesso e na prestação de cuidados de saúde de qualidade ao longo de toda a vida tem de ser igualmente uma das principais preocupações do sistema. Há ainda segmentos da população que, por uma razão ou por outra, têm dificuldades no acesso ao sistema e às prestações dos cuidados de saúde. O respeito pela **autonomia** do utente e pela **confidencialidade** dos serviços prestados são dois pilares éticos do Sistema de Saúde que não podem ser esquecidos.
- A **cooperação intersetorial** deve ser melhorada, fazendo compreender aos departamentos do saneamento básico, da veterinária, do aprovisionamento da água potável, da agricultura, da preservação do ambiente e da solidariedade, que A SAÚDE É SÓ UMA e que as intervenções nas respectivas áreas influenciam o estado de saúde da população.
- Uma vigilância estreita na execução do **Programa Alargado de Vacinação** em cada concelho, para evitar a redução das taxas de imunização, é imperiosa. Deverá manter-se também abertura para ampliar o leque das patologias abrangidas pelo programa, sempre que isso se justificar.
- Um **sistema de vigilância e informação epidemio-**

**lógica ativo e competente** é fundamental como sentinela para identificar as fases iniciais de surtos epidêmicos no país e mesmo na nossa sub-região como as epidemias mais recentes no país e na nossa sub-região no-lo mostraram.

- O **envelhecimento**, consequência do desenvolvimento socioeconômico dos indivíduos e das comunidades, vem colocar novas questões. Com as pessoas a viver até mais tarde haverá cada vez mais **doentes pré-terminais ou mesmo terminais** a precisarem de cuidados paliativos para aliviar a sua dor e lhes permitir morrer com dignidade. Em Cabo Verde não há ainda nenhuma unidade com esse objetivo. Uma instituição privada de solidariedade social, em São Filipe, na ilha do Fogo, numa parceria público-privada, está a construir o nosso primeiro centro de cuidados paliativos. **Os idosos, precisando de cuidados de saúde por terem perdido a sua autonomia e que necessitam de cuidados continuados**, não têm lugar nos hospitais que não estão nem logística nem culturalmente preparados para gerir essas situações. O sistema de saúde deve preparar-se também para gerir outras patologias dos idosos, mais ou menos frequentes, como as doenças articulares crônicas, os distúrbios mentais ou outras perturbações de saúde decorrentes da solidão e das dificuldades financeiras dos idosos.
- Os **doentes portadores de deficiências motoras ou de outra ordem**, de maior ou menor grau, têm, como seres humanos que são, os seus direitos que devem ser respeitados pela comunidade. Não importa que sejam uma minoria. É esta atenção prestada às minorias que caracteriza afinal a qualidade das sociedades humanas.
- Os **desastres de viação e as vítimas de violência**, bem como as **doenças súbitas com potencial ameaçador da vida** continuam em alta no país.

Justifica-se já preparar e pôr de pé uma **urgência pré-hospitalar**, ainda inexistente, para apoiar estas situações com profissionais preparados, medicamentos e equipamentos adequados.

- A **aterosclerose e os seus condicionantes (hipertensão arterial sistémica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidade, tabagismo, etc.) estão em crescendo em Cabo Verde** não só porque a sua incidência tem crescido em números absolutos, mas também porque o efetivo de idosos, que são o principal alvo destas patologias, vem aumentando a cada ano. A aterosclerose, com as suas várias localizações, ocupa já o primeiro lugar nas listas de morbi-mortalidade entre nós. Sendo esta uma doença vascular para a qual não existem ainda meios eficazes para induzir a involução das lesões e para a qual estão identificados já os principais fatores de risco, há que visitar os programas de luta contra esses fatores de risco de modo a sermos mais eficazes e intervirmos mais cedo na prevenção possível. A intervenção deverá ser em simultâneo e de uma forma global sobre o mosaico dos fatores de risco. Como doença de etiologia pluri-fatorial é mais produtivo **centrarmos a atenção sobre o mosaico de condicionantes da aterosclerose**. É pouco relevante pensar e agir fator a fator. Por exemplo, um diabético é muitas vezes hipertenso, obeso dislipidémico, ou tudo isso ou apenas parte, ou ainda tudo isso ao mesmo tempo. Os condicionantes constituem uma malha interativa que tem de ser atacada globalmente. Talvez assim as estatísticas das cardiopatias isquémicas, ou das insuficiências arteriais cerebrais ou das insuficiências renais terminais, ou das amputações dos membros por gangrena ou da cegueira por retinopatia diabética melhorariam e os doentes viveriam menos infelizes. Os custos das sobrelotadas unidades de hemodiálise tornar-se-iam porventura mais comportáveis. E já que





se está a pensar entre nós no transplante renal como meio imediato de reduzir os custos das unidades de hemodiálise, devemos considerar que o transplante exitoso é mais do que um ato cirúrgico.

- Os números da **mortalidade materna** em pleno século XXI exigem uma intervenção mais rigorosa e atenta na saúde da mulher para os reduzir. Exige-se não só maior rigor e responsabilidade aos prestadores dos cuidados, como também a participação responsável e consciente da mulher. É um indicador particularmente sensível dos resultados das políticas de saúde.
- É possível melhorar os indicadores da **mortalidade infantil** e da **mortalidade de menores de cinco anos** se quisermos caminhar para uma sociedade que viva mais e melhor. A nossa maior dificuldade localiza-se no controle da mortalidade no período neonatal, embora as metas propostas pela OMS até 2020 já as tenhamos ultrapassado.
- A **pobreza** tem sido nossa convidada desde que o primeiro homem terá pisado nestas ilhas. Ela mora em casas insalubres nos bairros periféricos, bebe água de potabilidade duvidosa, alimenta-se muito mal, facilita a propagação das doenças transmissíveis, tem frequentemente hábitos tóxicos, é pouco escolarizada e frequenta as prisões com frequência. O combate a esta praga tem tomado várias formas ao longo dos anos, mas todas elas infrutíferas. Sem um real desenvolvimento, sustentável e duradouro, não se pode pensar em acabar com a pobreza ou sequer reduzi-la de forma significativa. O mundo teima em ser injusto, embora aplique aqui e ali remédios no tecido da pobreza apenas para calar um pouco a sua boa consciência. Os ingénuos propõem que se faça a erradicação da pobreza enquanto os realistas acham ser melhor falar

apenas em redução da pobreza. Para já, o nosso sistema deve lutar para manter efetivo o acesso destes autênticos condenados da humanidade (indivíduos transparentes com quem convivemos, mas geralmente não vemos) à prestação dos cuidados de saúde sempre em condições de equidade. Em Cabo Verde vamos lutando, mas ainda com resultados pouco satisfatórios.

- O **engajamento pessoal** do indivíduo na promoção e na defesa da saúde é um fator destacado para o êxito das políticas de saúde. A intervenção junto das populações por parte das autoridades sanitárias tem de continuar a ser constante, ouvindo sugestões e propostas e mostrando de forma motivadora a responsabilidade de todos e de cada um. O indivíduo, a família e a comunidade têm uma palavra, quando se trata da sua saúde.
- O aproveitamento de algumas das **novas tecnologias** em favor da «Saúde Para Todos» implica, no nosso caso, aquisição de equipamentos e formação dos recursos. Num país espalhado por nove ilhas e com dificuldades de ligação entre elas e, por vezes, até dentro da própria ilha, a telemedicina é um recurso de particular importância. Há já alguns anos que foi montado no país um sistema que permite a comunicação em tempo real e por imagem, dos concelhos com os dois hospitais centrais. Esta importante ferramenta tem sido subutilizada. Ela poderá contribuir de forma importante na melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações, na redução do trânsito de doentes de um concelho para outro, ou ainda de uma ilha para outra, e no reforço das competências médicas. Outro exemplo de aproveitamento das novas tecnologias é a Unidade de Cuidados Intensivos no Hospital Dr. Agostinho Neto, criada já no último suspiro da pandemia da COVID-19. Impõe-se que os dois hospitais centrais reúnam a sua massa

cinzenta, e em conjunto, escolham, de acordo com critérios realistas e coerentes, as prioridades para os próximos anos a serem apresentadas e discutidas com o Governo. A Ordem dos Médicos, um pouco omissa e esquecida nestas opções, seria um parceiro privilegiado nesse «brain storming».

É necessário reduzir as nossas despesas com os doentes transferidos para o exterior e diminuir também o importante esforço que está a ser consentido pelo Governo português ao aceitar esta sobrecarga para o seu já sobrecarregado sistema de saúde. **Para tal impõe-se melhorar a qualidade dos cuidados diferenciados prestados nos dois hospitais centrais.**

A qualidade dos serviços hospitalares conquista-se. Não aparece espontaneamente gerada. A cultura de qualidade ganha-se com capacidade pessoal, competência, estudo, experiência, bom senso e bom espírito de equipa. Já se começou a criá-la, mas estamos a andar muito devagar. O caminho será feito de algumas desilusões e derrotas, mas também de vitórias. Quer umas quer outras vão ser necessárias para se alcançar a qualidade que almejamos nos cuidados de saúde diferenciados nos dois hospitais centrais.

- Com a criação de estudos superiores em Medicina e Enfermagem, a **investigação** surge, com muito maior acuidade, como fator necessário a quem quer formar profissionais de alto nível, resolver problemas clínicos complexos e conhecer melhor a saúde e a doença, a vida e a morte. Os hospitais centrais terão de estar com alguma preparação mental para encarar a pesquisa como uma atividade necessária no seu trabalho. Outras estruturas de saúde, sozinhas ou em parcerias, deverão também ter este item nas suas agendas. Os países do terceiro e quarto mundos não o são apenas pela sua debilidade financeira e fracos indicadores sanitários, o nível da pesquisa que

fazem ou não fazem é um indicador que também é usado para os caracterizar. O desenvolvimento de hábitos de rigor na atividade diária e a adoção de um espírito de inquietação científica face a fenómenos que se vivem quotidianamente ajuda a criar uma cultura de pesquisa. O governo deverá também aceitar a importância da investigação e os gastos que lhe são inerentes, mormente nas instituições onde se processa ou vai se processar o ensino superior, como é o caso do Hospital Dr. Agostinho Neto. Devemos, todavia, dizer que foi uma surpresa para muitos de nós a classificação de «Universitário» deste hospital conseguida por «decreto».

- O **setor privado**, que era praticamente inexistente em 1978, tem agora razoável expressividade mormente nas duas principais cidades cabo-verdianas. Pode dizer-se que, neste momento, o setor público e o setor privado caminham de costas voltadas. Há que aproveitar as potencialidades do setor privado, sem lhe retirar a sua especificidade, mas exigindo a aceitação das proclamações da «Saúde para Todos» e dos «Cuidados Primários de Saúde» na construção do edifício da saúde em Cabo Verde. O diálogo entre estes dois setores só poderá trazer benefícios ao Sistema de Saúde de Cabo Verde.
- Por último, é fundamental que este sistema mantenha a capacidade de se **auto-avaliar**, subjetivamente, a partir da perceção da satisfação dos utentes ou, objetivamente, a partir dos indicadores. É esta avaliação que vai permitir manter o remodelado modelo de «Saúde para Todos» na rota correta.



## EM CONCLUSÃO DIREI QUE:

**"Sem facciosismos ou otimismo consequentes, é possível dizer que Cabo Verde está hoje numa posição incomparavelmente mais favorável para criar um Sistema de Saúde mais inclusivo, mais justo, mais abrangente, mais competente e mais resiliente, capaz de criar as condições que nos podem levar a um desenvolvimento sustentável num futuro próximo."**

## BIBLIOGRAFIA

- OMS. Alma-Ata 1978: les soins de santé primaires. Genève, Organization Mondiale de la santé, 1978.

- OMS. Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève. Organization Mondiale de la Santé, 1978.

- VIEIRA, A. L. S. R. História da Medicina em Cabo Verde, 1999. Ed. Do Ministério da Saúde de Cabo Verde e Sociedade Cabo-verdiana de Tabacos, Lda. 1999.

- OMS. La santé pour tous au XXI siècle. 1999, Genève. Organization de la Santé, 1999.

- ALBUQUERQUE e COL. História Geral de Cabo Verde, vol. I e II, 2001. Ed. do Instituto de Investigação Tropical e Instituto de Investigação Cultural. 2001.

- INE, Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva III, 2018. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde e Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde, 2018.

- Atlas Mundial de Dados, 2022. Knoema Corporation, 2022.

# 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](mailto:santaisabel@cvtelecom.cv)



# Plasmocitoma Solitário

## Autoras:

**Dra. Ileydis Cabeça<sup>1</sup>;**

**Dra. Linette Fernandes<sup>2</sup>;**

**Dra. Hirondina Borges<sup>3</sup>.**

<sup>(1)</sup> Neurocirurgiã - Serviço de Neurocirurgia do HUAN

<sup>(2)</sup> Hematologista - Serviço de Hematologia do HUAN

<sup>(3)</sup> Oncologista - Serviço de Oncologia do HUAN

## INTRODUÇÃO

A neoplasia de células plasmocitárias pode se apresentar como uma lesão isolada (plasmocitoma) ou com múltiplas lesões (mieloma múltiplo), sendo caracterizada por proliferação irreversível de um clone de plasmócitos, produzindo imunoglobulina monoclonal.

Os plasmocitomas são tumores compostos por plasmócitos com variáveis graus de maturação, histologicamente idênticos aos observados no mieloma múltiplo. O plasmocitoma compreende 5% das neoplasias plasmocitárias e acomete mais frequentemente os homens, na proporção 3:14,5. Embora a idade dos pacientes seja variável, a média ao diagnóstico é de aproximadamente 55 anos, sendo raro antes dos 30 anos.

A forma localizada dos plasmocitomas foi descrita pela primeira vez em 1905 por Schridde, podendo ser subdividida em dois grupos, de acordo com a sua localização: plasmocitoma solitário do osso e plasmocitoma extramedular. O primeiro diz respeito a uma neoplasia de células plasmocitárias restrita a um osso, que pode eventualmente disseminar-se, e se tornar indistinguível do mieloma múltiplo.

O plasmocitoma extramedular corresponde ao tumor localizado nos tecidos moles. O plasmocitoma solitário ósseo é caracterizado pela presença de um plasmocitoma na ausência de múltiplas lesões osteolíticas ou outros achados compatíveis com mieloma múltiplo.

O plasmocitomas extramedulares corresponde ao tumor localizado nos tecidos moles.

Apesar disso, cerca de 50% dos pacientes com plasmocitoma solitário ósseo vão desenvolver mieloma múltiplo num período de 10 anos. Localizam-se mais frequentemente na coluna vertebral, seguido pelo sacro, ílaco, fêmur, esterno, maxilar e crânio. As vértebras torácicas mais comumente envolvidas são as lombares, sacrais e cervicais.

Quanto às manifestações clínicas mais frequentes, destaca-se a dor óssea e/ou fraturas patológicas. A dor lombar intensa e sinais de compressão medular podem ocorrer no plasmocitoma solitário envolvendo vértebras. Fraturas patológicas ou extensão para partes moles, como nos arcos costais, podem resultar em massa palpável.

Para o diagnóstico de plasmocitoma solitário ósseo é necessário o exame histopatológico, comprovando o tumor ósseo solitário ou tecido mole com evidência de clone de plasmócitos. Igualmente importante para o diagnóstico diferencial e estadiamento é a avaliação radiológica completa (para avaliar a presença de outras lesões líticas); aspirado e biópsia de medula óssea sem evidências de doença plasmocitária clonal, pois a forma solitária não pode apresentar evidência de doença plasmocitária clonal na medula óssea

A presença de anemia, hipercalcemia ou insuficiência renal ocorrem mais frequentemente em outra desordem proliferativa plasmocitária, nomeada-

mente no Mieloma Múltiplo. Ocasionalmente, podem apresentar plasmócitos clonais em quantidade menor que 10%, devendo ser tratados de forma similar aos portadores de plasmocitoma solitário.

A abordagem multidisciplinar desses casos é mandatória.

A radioterapia local é o tratamento de escolha para o plasmocitoma solitário ósseo. O paciente deve receber uma dose de 40 a 50 Gy por, aproximadamente, quatro semanas e o tratamento radioterápico deve ser realizado, mesmo que o plasmocitoma tenha sido aparentemente removido para fins diagnósticos.

Os fatores prognósticos mais importantes no plasmocitoma são idade e comprometimento do esqueleto axial. Pacientes com menos de 60 anos e com tumores menores que 5 cm apresentam maior taxa de sobrevida.

O objetivo deste estudo é relatar um caso de um plasmocitoma solitário ósseo, localizado na coluna vertebral, destacando os aspectos essenciais na caracterização desta entidade.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 54 anos, mestiço, solteiro, natural de Salineiro, agricultor. Recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Dr. Agostinho Neto por um quadro clínico com início há 6 meses, caracterizado por dorso-lombalgia inicialmente mecânica que melhorava parcialmente com tratamento com AINES e outros analgésicos não opioides. Nos últimos 4 meses apresentou diminuição da força muscular nos membros inferiores com agravamento progressivo. Desde o último mês com quadro de paraplegia dos membros inferiores. Ao exame físico destacava-se paraparésia flácida com tendência a espasticidade de membros inferiores e disfunção de esfíncter vesical

e rectal, constatando-se nível sensitivo metamérico em D10.

Dos exames realizados destaca-se a TAC de tórax simples que evidenciou extensa lesão óssea vertebral. Realizou ainda TAC de coluna dorsolumbar com contraste que evidenciou a presença de massa que se estende desde a vertebra D8 até o nível vertebral de D10, com destruição do corpo vertebral, captando contraste de forma homogênea, ocupando 100% do canal raquidiano, com as seguintes dimensões: 3.89 cm longitudinal e 2.73 cm transversal.

As análises gerais (hemograma, PSA total, glicemia, ureia, ácido úrico, creatinina, bilirrubinas cálcio, magnésio GOT, GPT, G-GT) não apresentaram alterações.

Foram realizados exames para descartar mieloma múltiplo, nomeadamente: eletroforese de proteínas séricas, sem evidência de pico monoclonal, proteínas totais 7.4g/dl, albumina 3.5 g/dl, relação albumina/globulina 0.9. Imunoeletroforese de proteínas séricas – sem alterações qualitativas, mielograma sem infiltração plasmocitária e survey ósseo com ausência de lesões líticas ou blásticas.

Foi decidido realizar cirurgia com exérese de lesão. Foi realizado biópsia da peça e estudo histológico evidenciou neoplasia mesenquimal de baixo grau e foi sugerido realização de imunohistoquímica para melhor caracterização.

O paciente apresentou reversão total da paraparésia e do transtorno esfíncterianos 24 h pós cirurgia. Foi encaminhado para seguimento em consulta de Oncologia para concluir o estudo, estadiamento e tratamento definitivo. A imunohistoquímica revelou tecido medular extensamente ocupado por neoplasia de plasmócitos, com morfologia de plasmócito maduro.

Assim foi estabelecido o diagnóstico de plasmocitoma solitário, sem evidência de doença sistêmica



e atualmente encontra-se em seguimento também pela hematologia, tendo sido proposto para evacuação.

Ressalva-se, contudo, que depois de cirurgia descompressiva de exéreses o paciente recuperou completamente a força muscular e até a data encontra-se assintomático, deambulando sem dificuldade e sem limitação funcional.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Este artigo pretende relatar um caso de plasmocitoma solitário ósseo localizado na coluna vertebral, destacando a eficácia do tratamento cirúrgico, com impacto positivo na qualidade de vida do doente.

Também nesta revisão foi elucidado sobre a caracterização e a abordagem de pacientes com suspeita de plasmocitoma.

**Figura 1** - Imagens da TAC da coluna vertebral



**Figura 2** - Imagens da TAC da coluna vertebral





## CONCLUSÃO

Apesar da terapêutica de eleição ser a radioterapia, destaca-se a importância da cirurgia na recuperação motora do paciente, permitindo-o manter a sua funcionalidade e permitindo melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Contudo é importante salientar que mesmo após RT, o seguimento regular é fundamental para monitorizar a resposta ao tratamento.

O tratamento do plasmocitoma deve ser multidisciplinar e personalizado, de acordo com as características individuais do paciente, nomeadamente a idade, o envolvimento do esqueleto axial entre outros aspectos, de forma a que o tratamento permita controlar a doença, aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente.

## BIBLIOGRAFIA

Kyle, R. A., & Rajkumar, S. V. (2009). Multiple myeloma. *New England Journal of Medicine*, 361(10), 1001-1014. doi: 10.1056/NEJMra0804577

Dimopoulos, M. A., Terpos, E., & Comenzo, R. L. (2009). Plasmacytoma and multiple myeloma. *Hematology*, 2009(1), 487-495. doi: 10.1182/asheducation-2009.1.487

Soutar, R., Lucraft, H., Jackson, G., Reece, A., Bird, J., Low, E., ... & Cook, G. (2004). Guidelines on the diagnosis and management of solitary plasmacytoma of bone and solitary extramedullary plasmacytoma. *Clinical Oncology*, 16(6), 405-413. doi: 10.1016/j.clon.2004.06.007

# emprofac 45 ANOS

Muito mais que medicamentos



Helder Cardoso  
- 2021 -

A criança simboliza o povo Cabo-verdiano.

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

A tonalidade dominante é o azul, a cor que representa a Saúde e a empresa.

P'lo Artista  
Helder Cardoso

#### SEDE

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

#### DRB (Direção Regional de Barlavento)

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