



ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

REVISTA da ORDEM DOS MÉDICOS



WWW.ORDEMDOSMEDICOS.CV



III Série N° 32 - Janeiro de 2025

Informação geral para os autores

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

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

Tem periodicidade bianual (no primeiro e segundo trimestres).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

emprofac  45 ANOS

Muito mais que medicamentos.



Helder Cardoso
- 2024 -

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 | 35110 62 Fax: +238 232 43 93

SUMÁRIO

Editorial

pág. 5

Avanços e Desafios: Um Mandato de Compromisso com a Excelência na Medicina em Cabo Verde

Dr. Danielson Veiga

Pesquisas

pág. 9

A Prática da Psiquiatria Forense na Comunidade de Países de Língua Portuguesa

Dra. Débora Silves Ferreira

Dr. Gustavo França

Dra. Marta Queirós

Nível de Conhecimento das Mulheres de Ribeira Grande de Santiago acerca do Pavimento Pélvico e as suas Disfunções

Dra. Celina da Rosa

Dra. Isabel Coutinho

Dra. Patrícia Silva

História da Medicina em Cabo Verde

pág. 27

Cooperação com parceiros internacionais: Pilar fundamental do desenvolvimento do sistema de saúde em Cabo Verde

Cabo Verdean American Medical Society

Dr. Júlio Teixeira

Cooperação Portugal – Cabo Verde para os Cuidados Paliativos

Dr. Hugo Ribeiro

Casos Clínicos

pág. 33

Espondilite Anquilosante - A propósito de um caso clínico

Dra. Claudia Alves

Dra. Valéria Semedo

Dra. Dúnia Correia

FICHA TÉCNICA

Propriedade

Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos

Achada Santo António,

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

Tel. 262 25 03 - Fax 262 30 99

Email: omecab@cvtelecom.cv

Site: www.ordemdosmedicos.cv

Direcção da Revista

Dra. Flávia Semedo

Editora-chefe

Dra. Maria do Céu Teixeira

Editores-convidados

José Raposo

Jorge Barreto

Equipa Redatorial

Dra. Valéria Semedo

Dra. Luisa Santiago

Dr. Murtala Keita

Dr. Helder Tavares

Dra. Neusa Semedo

Dr. Paulo Almeida

Dra. Antonieta Martins

Conselho Editorial

Dra. Luísa Santiago

Dr. Murtala Keita

Dra. Valéria Semedo

Edição

EME - Marketing e Eventos, Lda.

Av. Santiago, Palmarejo

C.P. 835, Praia

Tel. 261 49 39 / 49 15

Fax 261 15 64

Email: eme@eme.cv

Colaboram neste nº

Dr. Danielson Veiga

Dra. Débora Silves Ferreira

Dr. Gustavo França

Dra. Marta Queirós

Dra. Celina da Rosa

Dra. Isabel Coutinho

Dra. Patrícia Silva

Dr. Hugo Ribeiro

Dr. Júlio Teixeira

Tiragem

1000 exemplares

AVANÇOS E DESAFIOS: UM MANDATO DE COMPROMISSO COM A EXCELÊNCIA NA MEDICINA EM CABO VERDE

A classe médica sempre foi a base fundamental dos cuidados de saúde em Cabo Verde, impulsionando o bem-estar físico, mental e social da população. Após os dois mandatos em que tive o privilégio de liderar a Ordem dos Médicos de Cabo Verde (OMC), posso refletir com satisfação sobre os progressos feitos na promoção da medicina no nosso país.

Nosso compromisso sempre foi o de fortalecer a formação contínua dos médicos e aprimorar as condições de trabalho no setor da saúde, elementos essenciais para elevar o nível da medicina em Cabo Verde. Não restam dúvidas de que os médicos são uma das colunas que sustentam o Estado e a coesão social. O cultivar do humanismo na profissão médica e da dignidade da pessoa humana honram a vida e regula o capital social de qualquer nação. Sem a medicina e os médicos e, sem a contingência e a mitigação de doenças, todo o potencial humano e social perde sentido de ser e de desenvolvimento.

Durante esse período, priorizamos o fortalecimento de parcerias estratégicas com entidades internacionais de renome, como a Ordem dos Médicos de Portugal (OMP) e o Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM), além de estreitar laços com instituições nacionais fundamentais, como o Ministério da Saúde e a Cooperação Portuguesa. Essas colaborações foram essenciais para o aprimoramento da formação médica e para o reconhecimento formal das especialidades no país, com um impacto direto na qualidade dos serviços prestados à população e no desenvolvimento da carreira médica em Cabo Verde.

Através dessas parcerias, conseguimos elaborar e validar os currículos de cada especialidade, um passo importante para o reconhecimento oficial das especialidades médicas em Cabo Verde. Criamos também os alicerces para uma formação em formato misto, combinando ensino nas estruturas de saúde de Cabo Verde com o ensino em países como Portugal e Brasil, permitindo que nossos médicos tenham acesso a formações de alta qualidade e alinhadas com as melhores práticas internacionais.

A OMC tornou-se, assim, a única entidade com competência técnica para reconhecer as especialidades médicas no país, o que em muito fortaleceu a nossa credibilidade e autonomia. Além



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

disso, a OMC tem promovido diversas reuniões com instituições em Portugal e Cabo Verde com o objetivo de identificar novas oportunidades de colaboração. Entre os encontros, destaco aqueles com o Bastonário da OMP, representantes da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) de Portugal, o Ministro da Saúde de Portugal, a Comunidade Médica dos Países de Língua Portuguesa (CMLP), a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e hospitais de renome, como o Hospital Garcia de Horta e o Hospital de Santa Maria, em Lisboa, e o Hospital de São João, Hospital de Gaia e o Hospital de Santo António, no Porto. Em Cabo Verde, mantivemos diálogo constante com instituições como a Agência Reguladora do Ensino Superior (ARES), o Ministério da Saúde e a Cooperação Portuguesa, com o intuito de criar um ambiente favorável para o avanço contínuo e sustentável da formação especializada no país.

Todas estas ações visam garantir que os médicos cabo-verdianos tenham acesso a formação contínua e de qualidade, impactando diretamente a melhoria do atendimento médico à população. A capacitação dos médicos tem sido, e continuará sendo, a maior bandeira da OMC, pois acreditamos que a valorização da profissão médica em Cabo Verde está intimamente ligada à qualificação profissional e à satisfação dos doentes e utentes de saúde no país. Mediante a formação e a qualificação profissional dos médicos e um Sistema de Saúde com médicos bem preparados poderemos aumentar a confiança da população e a credibilidade dos profissionais de saúde nas estruturas públicas e privadas de saúde, criando assim um ciclo virtuoso de melhoria contínua no setor da saúde no país.

Nesse contexto, a OMC também desenvolveu um programa de estágio probatório, destinado aos médicos recém-licenciados que desejam integrar a carreira médica. A implementação deste estágio representa um avanço importante, permitindo a adaptação gradual dos médicos ao sistema de saúde cabo-verdiano. Além disso, a OMC integrou equipas de trabalho para regulamentar o internato de especialidade em Cabo Verde, uma medida essencial para melhorar as práticas de formação especializada, que foi oficialmente publicada em 2020.

As parcerias e a validação dos programas de especialidade, juntamente com a regulamentação do internato, proporcionaram a criação de infraestruturas necessárias para a implementação de formações especializadas robustas em Cabo Verde. O próximo desafio será a implementação prática e eficaz desses instrumentos, com programas regulares de formação médica especializada, em formatos inicialmente mistos em Cabo Verde e, em colaboração com países parceiros, o que contribuirá favoravelmente para o fortalecimento do nosso sistema de saúde.



Com grande orgulho, destaco o sucesso da formação especializada em Medicina Geral e Familiar, resultante de um protocolo de cooperação entre os governos de Cabo Verde e Portugal, em parceria com as ordens profissionais dos dois países. Este programa de formação trouxe-nos valiosas vantagens de aprendizagem, e hoje Cabo Verde conta com mais de 25 médicos especialistas nessa área, um marco significativo para o sistema de saúde do país.

Além disso, a formação em Mestrado Integrado de Medicina (MIM), realizada pela Universidade de Cabo Verde (UniCV) em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), tem tido destaque nas respetivas reitorias e sido amplamente elogiada pelos seus docentes e

académicos, reforçando a ideia de que Cabo Verde tem condições acima da média para avançar na formação médica com a prioridade e qualidade que merece.

A OMC continua a acreditar que o progresso está no fortalecimento da capacidade local. Por isso, temos investido na criação de protocolos de colaboração com diversas entidades e instituições de saúde, garantindo que os médicos tenham acesso a recursos e oportunidades de aprendizado contínuo. Protocolos com a Comissão para a Cidadania e Direitos Humanos, a Provedoria da Justiça, a Entidade Reguladora e Independente de Saúde (ERIS) e com o Hospital Universitário Dr. Agostinho Neto (HUAN) através dos Serviços de Investigação e Inovação, etc., reforçam o nosso compromisso com a qualidade da medicina no país.

Durante nosso mandato, também realizamos vários eventos científicos nacionais e internacionais, criando espaços para networking e atualização científica, essenciais para fortalecer nossas relações com outros profissionais e instituições internacionais, oferecendo oportunidades de formação, atualização e inovação prática dos nossos colegas médicos no SNS. Muitos foram os parceiros que colaboraram para o sucesso dessas atividades e neste sentido destaco instituições como a OMS, a UNICEF, a Inpharma, a Emprofac, o Ministério da Saúde, a KNOWER, a CMLP, entidades bancárias de Cabo Verde, entre outros.

Outro aspecto importante do nosso mandato tem a ver com a exploração da relação da OMC com a diáspora médica cabo-verdiana. A OMC reconhece o valioso contributo da diáspora cabo-verdiana para o desenvolvimento de Cabo Verde, especialmente no setor da saúde. A colaboração com a Associação de Saúde e Solidariedade da Diáspora Cabo-Verdiana (ASSDCV) e a Cabo Verdean American Medical Society (CAMS) resultou em debates, discussões, aprendizagem e inovação técnico-científicas valiosas para a medicina e a classe médica cabo-verdiana, sobretudo durante a pandemia da COVID-19, onde particularmente se destacou a CAMS que, até hoje, continua trazer a Cabo Verde oportunidades práticas de inovação e capacitação profissional de relevância imensurável para os serviços de saúde de Cabo Verde, essencialmente focalizados nas necessidades urgentes do SNS do país.

No entanto, sabendo que um dos maiores desafios

para o SNS envolve investimentos, infraestruturação e organização do sistema e, considerando importante os recursos disponíveis, é fundamental adotar medidas que promovam a formação e qualificação dos médicos e técnicos de saúde, que fomentem a melhoria das condições de trabalho, que promovam a meritocracia, a carreira médica e uma remuneração justa para a classe médica. Durante o nosso mandato, visitamos todas as estruturas de saúde do país e, em todas elas, a necessidade de melhorar as condições de trabalho, as oportunidades de formação e as condições de promoção da carreira médica foram sempre uma constante. Sem isso, corremos o risco de ver os médicos em busca de melhores condições em outros países e o nosso SNS a perder o seu capital humano, o motor essencial para o progresso e o desenvolvimento da nação.

A OMC também tem investido no desenvolvimento de competências não técnicas (CNT), como conhecimentos e habilidades individuais que ajudam os nossos médicos a exercer melhor as suas funções, oferecendo-lhes cursos de inglês e promovendo formações sobre liderança na saúde. Em um mundo cada vez mais globalizado, a capacidade de comunicação e de liderança se tornou essencial para o sucesso na medicina. Pois, é importante desenvolver habilidades de comunicação, de informação e um conjunto de técnicas que permitem obter, processar e gerar informações a favor da qualificação e do sucesso profissional.

A Ordem dos Médicos de Cabo Verde também tem contribuído significativamente para a disseminação da investigação científica no país por meio da sua revista institucional. Esta publicação tem se consolidado como um importante canal de divulgação de casos clínicos e pesquisas, além de desempenhar um papel crucial na preservação da história da medicina em Cabo Verde, através da sua rubrica "História da Medicina em Cabo Verde". Dessa forma, a revista honra o esforço e o legado dos nossos predecessores, perpetuando marcos históricos da profissão.

Além disso, em parceria com a Inpharma, a OMC criou o prémio para o melhor artigo científico publicado em sua revista, com o objetivo de incentivar os médicos a se dedicarem à publicação científica. Este estímulo é de grande importância para a promoção de uma medicina de qualidade, pois fomenta a pesquisa, a troca de conhecimentos e a atualização constante

dos profissionais de saúde no país.

A OMC tem integrado a tecnologia como ferramenta para aproximar os médicos e facilitar o acesso às atividades desenvolvidas. As nossas sedes foram dotadas de equipamentos para a realização de atividades virtuais, permitindo que os médicos participem em eventos e formações à distância, ampliando assim o alcance ao conhecimento e a promoção das nossas ações.

Em resumo, entre os principais desafios da classe médica constam também factos de que no nosso SNS nos falta a criação de um plano de formação sustentável dos recurso humanos, a melhoria da carreira médica, a criação de um seguro de saúde mais justo, a instalação de um Centro de Transplante de Órgãos (sobretudo dos rins), de um Centro de Simulação Médica, a aprovação do Ato Médico, da Lei da Parceria Público-privada e da Proposta de Revisão dos Estatutos da OMC e do Estatuto do Médico Docente, a ativação do Conselho Nacional de Saúde, a promoção da meritocracia e da competência médica, da literacia em saúde, da relação médico-paciente e da Ética Profissional, entre outros.



Por fim, concluímos este mandato com a certeza de que o caminho trilhado até agora é o mais certo. Pois, é da vontade da classe médica ver construída o Hospital Nacional de Cabo Verde, ver reduzida a evacuação dos nossos doentes para o exterior, ter uma perspetiva justa e decisiva para o futuro dos médicos formados em Cabo Verde, conseguir assinar mais protocolos de formação com os nossos principais parceiros de saúde (CVAMS/EUA, Portugal e o Brasil).

A OMC, durante a sua longa história, através das suas instituições e associados, foi e tem sido um vetor

de intervenção na saúde e na nossa sociedade, na defesa primordial dos médicos e dos doentes cabo-verdianos e, através do apoio técnico-científico dos colégios e de todos os restantes órgãos, está habilitada a fazer uma missão de qualidade perante um futuro promissor para a medicina e todos os médicos cabo-verdianos.

Continuaremos a trabalhar incansavelmente para garantir que nossos médicos sejam cada vez mais bem capacitados e preparados para os desafios da profissão. A formação contínua e a valorização dos profissionais de saúde são essenciais para fortalecer o nosso sistema de saúde e melhorar a qualidade de

vida da nossa população.

Agradeço sinceramente aos membros dos órgãos da OMC e a todos que contribuíram para dignificar nossa instituição, elevando-a a um patamar ainda mais relevante.

Auguro muito sucesso à equipa eleita e, por minha vez, continuarei a colaborar com a OMC, a única entidade que representa exclusivamente os médicos em Cabo Verde, para fortalecer ainda mais a nossa profissão e o sistema de saúde no país.

Um bem-haja a todos!



A Prática da Psiquiatria Forense na Comunidade de Países de Língua Portuguesa

Autores:

Dra. Débora Silves Ferreira⁽¹⁾

Dr. Gustavo França⁽²⁾

Dra. Marta Queirós⁽³⁾

(1) Médica especializanda em Psiquiatria. Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães (Portugal)

(2) Assistente Hospitalar de Psiquiatria no Serviço de Saúde Mental Comunitário e na Unidade Funcional de Psiquiatria e Psicologia Forenses do Porto Ocidental, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (Portugal)

(3) Assistente Hospitalar de Psiquiatria na Unidade Funcional de Psiquiatria e Psicologia Forenses do Porto Ocidental, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (Portugal)



RESUMO

A Psiquiatria Forense lida com a interface entre a Medicina e o Direito e pode ser definida como uma sub-especialidade, na qual a proficiência clínica e científica é aplicada a temas e contextos legais.

Objetivos: analisar aspetos da prática forense no campo lusófono.

Métodos: trabalho exploratório com entrevistas semi-estruturadas a psiquiatras da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e revisão literária respaldada por pesquisa bibliográfica.

Resultados: os psiquiatras entrevistados relataram significativos desafios, como a falta de legislação adequada, a escassez de recursos e a falta de treino específico. Apesar da legislação que visa proteger os direitos dos doentes psiquiátricos, apenas Brasil, Cabo Verde e Portugal possuem legislação específica para regulamentar o tratamento involuntário e seguem princípios comuns, como diagnóstico e tratabilidade da condição psiquiátrica, risco para si mesmo, terceiros ou propriedade, e intervenção terapêutica. Em Angola e Moçambique, a lei de saúde mental aguarda aprovação jurídica. Frequentemente, tratamentos são “impostos” em

clínicas privadas na Guiné-Bissau. Outros países da CPLP, como São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, também carecem de quadros legais que protejam os direitos das pessoas submetidas a medidas coercitivas.

A legislação e a abordagem humanizada são aspectos cruciais para a psiquiatria forense. Recomenda-se a implementação de legislação ética e abrangente, o aumento dos recursos para a saúde mental e o desenvolvimento de programas de treinamento para profissionais da psiquiatria forense. Para uma melhor organização e humanização da psiquiatria forense, importa eliminar a escassez de recursos nos sistemas de saúde mental.

Key-words: “Forensic psychiatry”, “Portuguese speaking countries” and “Psychiatry practice”.

ABSTRAT

Forensic Psychiatry deals with the interface between Medicine and Law and can be defined as a subspecialty in which clinical and scientific proficiency is applied to legal issues and contexts.

Objectives: to analyze aspects of forensic practice in the Portuguese-speaking world.

Methods: exploratory work with semi-structured interviews with psychiatrists from the Community of Portuguese Language Countries (CPLP) and a literature review supported by bibliographic research.

Results: the psychiatrists interviewed reported significant challenges, such as the lack of adequate legislation, scarcity of resources and lack of specific training. Despite legislation aimed at protecting the rights of psychiatric patients, only Brazil, Cape Verde and Portugal have specific legislation to regulate involuntary treatment and follow common principles, such as diagnosis and treatability of the psychiatric condition, risk to self, third parties or property, and therapeutic intervention. In Angola and Mozambique, the mental health law awaits legal approval. Treatments are often “imposed” in private clinics in Guinea-Bissau. Other CPLP countries, such as São Tomé and Príncipe and Timor-Leste, also lack legal frameworks that protect the rights of people subjected to coercive measures.

Legislation and a humane approach are crucial aspects for forensic psychiatry. It is recommended to implement ethical and comprehensive legislation, increase resources for mental health and develop

training programs for forensic psychiatry professionals. In order to better organize and humanize forensic psychiatry, it is important to eliminate the shortage of resources in mental health systems.

Key-words: “Forensic psychiatry”, “Portuguese speaking countries” and “Psychiatry practice”.

INTRODUÇÃO

A Psiquiatria Forense terá surgido no século II d.C., sob o reinado de Marcus Aurelius, altura em que a lei permitia que parentes retivessem um lunático, mas se ele escapasse e causasse danos, os parentes poderiam ser executados (Spruitt, J. E., 1998). Essa lei estabeleceu uma forma curiosa de “negligência de parentesco”, com uma pena muito severa (Gutheil, T. G., 2005).

Os serviços de Psiquiatria Forense na África Ocidental têm origem nas sociedades coloniais entre os anos 1880 e a primeira metade do século XX. É relevante destacar a existência da ordem de asilo para doentes mentais no Gana, em torno de 1888, a qual incluía disposições para confinar pacientes mentais em instituições de cuidados, de maneira semelhante, essencialmente, a uma forma de aprisionamento (Kumi N.B., 2006). As práticas passadas ainda têm impacto nos dias atuais. Apesar de Macau não ser um membro da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), esteve sob administração de um dos países-membros, Portugal, até 1999. Foi nesse ano que o Decreto-Lei nº 31/99/M11 entrou em vigor, seguindo os princípios estabelecidos na Lei Portuguesa de Saúde Mental nº 36/98 de 24 de julho. Esse decreto ainda hoje regula o tratamento compulsivo em Macau.

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A Psiquiatria Forense lida com a interface entre a medicina e o direito e pode ser definida como uma subespecialidade da psiquiatria na qual a proficiência clínica e científica é aplicada a temas e contextos legais (Gutheil, T. G.; 2005).

O psiquiatra, no *setting* da psiquiatria forense, atende às necessidades do sistema legal e comunica eficientemente com diferentes profissionais, incluindo advogados, juizes e pacientes. Os psiquiatras forenses são responsáveis (pela avaliação

da capacidade mental) por avaliar a capacidade mental de indivíduos envolvidos em processos legais, bem como por fornecer testemunhos periciais sobre questões psiquiátricas (El Hamaoui, *et. al.*, 2009).

Assim, este estudo pretende investigar as semelhanças e diferenças na aplicação e nas abordagens da Psiquiatria Forense nas nações lusófonas.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, realizou-se uma investigação com entrevistas semi-estruturadas a psiquiatras da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), incluindo Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. Foram consideradas as seguintes variáveis: existência de Lei de Saúde Mental (LSM), regime de acompanhamento de maior (processos de interdição e de inabilitação), internamento involuntário, existência de tratamento involuntário em ambulatório, limite temporal do tratamento involuntário, determinação do tratamento involuntário e local de internamento para pacientes inimputáveis. Foi ainda realizada uma revisão literária não-sistemática respaldada pela base científica da *Pubmed*.

RESULTADOS

PANORAMA DA PSIQUIATRIA FORENSE NOS PAÍSES DA CPLP

Os nove participantes entrevistados relataram desafios significativos, como a falta de legislação adequada, a escassez de recursos e a falta de treino específico. Outros desafios enfrentados pelos profissionais de psiquiatria forense na CPLP, são a estigmatização da saúde mental e lacunas legais ou mesmo a inexistência de leis.

A Tabela 1 sumariza os dados obtidos nas entrevistas semi-estruturadas realizadas a profissionais de vários países da CPLP (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste).

De acordo com os dados dos participantes deste estudo, em geral, apesar de todos os países da CPLP procurarem ter uma legislação e a abordagem humanizada na psiquiatria forense e no cumprimento das *leges artis*, com a exceção de Brasil, Cabo Verde e Portugal, não existe uma Lei de Saúde Mental a regulamentar as práticas de saúde mental e o tratamento involuntário. Os mencionados países possuem legislação específica para regulamentar o tratamento involuntário e seguem princípios comuns, como diagnóstico e tratabilidade de condição psiquiátrica, risco para si mesmo, terceiros ou propriedade (Abdalla-Filho, E., *et.al.*; 2006) e intervenção terapêutica.

A maioria dos países oferece cuidados hospitalares para indivíduos com problemas mentais que cometem infrações. Contudo, a estrutura dos serviços varia, inclusive no que se refere aos locais onde são oferecidos (prisões, hospitais de alta segurança e departamentos psiquiátricos gerais). Os serviços forenses geralmente são centralizados, embora haja uma crescente demanda por cuidados fora do ambiente hospitalar. Ainda de acordo com os entrevistados, a temática relativa a tratamento involuntário/de inimputáveis é importante, por revelar dificuldades na sua prática clínica.

O grupo dos países que são regulamentados com Regime de Acompanhamento de Maior, isto é, processos de interdição e de inabilitação, é constituído por: Brasil, Portugal e Timor-Leste. Os restantes países não têm este estatuto nos seus códigos civis. À data da realização deste trabalho, não foram encontrados na *Pubmed* estudos que retratem especificamente a prática da psiquiatria forense na CPLP. No entanto, há quantidade maior de pesquisas sobre a prática local em Portugal, Brasil e no continente africano.

De acordo com a revisão literária realizada, na maioria dos países africanos, a Psiquiatria Forense adota a tradição legal romano-germânica (Ogunlesi, A. O., *et. al.*, (2012). Alguns estudos referem que, em muitos dos países africanos, são escassas as iniciativas conjuntas que reúnem todos os intervenientes, como a polícia, os departamentos de justiça, os estabelecimentos prisionais e os hospitais, para o desenvolvimento de serviços de saúde mental forense (Ogunlesi, A.O. *et. al.*; 2012). Alguns países não reconhecem a psiquiatria forense como uma especialidade separada, ao passo que outros fornecem um treinamento forense considerado



inadequado (Beis, P., *et. al.*; 2022). O continente africano enfrenta desafios organizacionais devido à falta de recursos nos sistemas de saúde mental e judiciais (Njenga F. G., 2006). A maioria dos profissionais que trabalham na psiquiatria forense inicia suas atividades sem receber uma preparação ou capacitação adequada.

Todavia, conforme observado por Njenga, a situação da Psiquiatria Forense em África não é compreendida o bastante para ser descrita consistente e uniformemente. Apesar de existir legislação sobre saúde mental e órgãos de revisão dos direitos humanos, a sua prática carece de melhor organização neste continente (El Hamaoui, *et. al.*, 2009).

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EM CONTEXTO PRISIONAL

Para este estudo, tivemos acesso a um estudo investigativo realizado em Maputo, Moçambique, conduzido com o objetivo de identificar a prevalência de transtornos mentais na população carcerária, envolvendo 151 indivíduos de duas prisões locais: o Centro de Reclusão Feminina de Ndlavela e a Cadeia Central de Maputo (Albino, V., 2010). Os resultados revelaram que 32 dos presos (21%) tinham patologia psiquiátrica, sendo a prevalência de perturbações do humor de 62,0%, seguida de Episódio Depressivo Maior (47,7%) e Síndromes Psicóticas ao

longo da vida (29,2%) e atuais (27,8%). Dentre os que tinham antecedentes pessoais psiquiátricos, apenas 13 presos (41%) estavam a realizar formas de tratamento, nomeadamente com práticas tradicionais. A maioria dos participantes era do sexo masculino (18 presos, 67,5%), o que poderia ser explicado pela natureza dos delitos e pela metodologia de seleção da amostra (Albino, V., 2010).

Além disso, este estudo também revelou que, em 2008, em Cabo Verde, indivíduos com condições neuropsiquiátricas na Cadeia Civil de São Vicente relataram vários incidentes de má conduta e abuso sexual durante episódios de descompensação psicopatológica (Albino, V., 2010). A direção de então dessa prisão reconheceu a complexidade da situação e que não estava preparada para lidar com presos com doença mental, particularmente para distinguir

se a violência resultante era devido a doença mental ou não. A falta de conhecimento e recursos para tal contribuiu para a negligência das vítimas (Albino, V., 2010).

DISCUSSÃO

Provavelmente, os cuidados com a saúde mental são os mais dependentes e afetados pela lei em todo o campo da medicina, o que reforça a necessidade de uma maior integração entre as abordagens psiquiátrica e legal de um determinado comportamento ou de determinada condição mental (Sharma S., Sharma G., 2006). Embora sejam várias as necessidades, a área da psiquiatria forense está em ascensão no contexto lusófono e global. À medida que os sistemas judiciais e de saúde mental nesses países evoluem, é esperado um aumento da procura por serviços de psiquiatria forense.

Para melhores cuidados de saúde, imprescindível é a influência da família, por possuir um papel importante no tratamento de pacientes com doença mental perante a prática da psiquiatria forense, resultando muitas vezes em internamentos involuntários em todos os países da CPLP, seja em hospitais públicos no Brasil, em Cabo Verde, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, Timor-Leste; em hospitais penitenciários psiquiátricos em Angola; ou ainda, em clínicas privadas na Guiné-Bissau.

Várias reflexões sobre o sistema prisional, os indivíduos presos, os funcionários e o sistema judicial sugerem que a prisão é uma fonte crónica de stress para os que sofrem de condições de saúde mental, como epilepsia, sequelas de lesões cerebrais traumáticas, perturbações de ajustamento, psicoses, neuroses e perturbações de personalidade. Tanto os agentes prisionais quanto os técnicos que trabalham nesses ambientes são igualmente impactados emocionalmente dada a atmosfera hostil (Albino, V., 2010). É crucial que as prisões implementem medidas para proteger presos vulneráveis e garantir o acesso a tratamento médico assistencial adequado, dado a inevitabilidade de doenças mentais na população carcerária. Espera-se que as prisões despreparadas para lidar com presos com doenças mentais destaquem a necessidade de implementar programas de triagem, diagnóstico e tratamento adequados ao contexto prisional.

LEI DE SAÚDE MENTAL

De acordo com a Tabela 1, pode-se assumir três grupos, no que tange a Lei de Saúde Mental (LSM): os países que têm LSM vigente (Brasil, Cabo Verde e Portugal), os países que, apesar de não terem LSM, têm propostas realizadas a aguardar aprovação (Angola e Moçambique), e países sem LSM (Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste).

Nos países em que há LSM, há espaço para melhorias, nomeadamente na regulamentação do internamento compulsivo e seu limite temporal. Nos demais países, que não dispõem de LSM, há uma necessidade premente de proteção da liberdade e autonomia das pessoas com transtornos mentais. Sobretudo os países africanos lusófonos devem trabalhar para a implementação ou fortalecimento das leis de saúde mental existentes, para que elas sejam mais eficazes na promoção e proteção da saúde mental. Ao superar a escassez de recursos, tanto humanos quanto judiciais, e ao fornecer treinamento especializado, é possível observar melhorias significativas.

REGIME DE ACOMPANHAMENTO DE MAIOR

Pacientes com doença mental, surdez, mudez ou cegueira, e que se revelem incapazes de administrar seus próprios assuntos e propriedades, podem ser legalmente protegidos apenas no Brasil, Portugal e Timor-Leste.

TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO

Segundo a Tabela 1, a aplicação de tratamento involuntário possui algumas diferenças, apenas Portugal exige o parecer de dois psiquiatras, enquanto que Brasil e Cabo Verde requerem que apenas um psiquiatra inicie o tratamento involuntário.

Dada a inexistência de Lei de Saúde Mental, direitos humanos são violados, levando a uma prática semelhante de tratamentos coercivos, não previstos na lei na maioria dos países africanos de língua portuguesa, a saber, Angola, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. Possivelmente, as discrepâncias entre os critérios de tratamento involuntário decorrem de variações tanto nas estruturas legais quanto nos padrões

gerais de tratamento em psiquiatria, assim como nos padrões de formação específica em psiquiatria forense.

TRATAMENTO PARA PACIENTES INIMPUTÁVEIS

Portugal conta com instalações de saúde mental, hospitais prisionais e unidades de internamento de segurança para pacientes inimputáveis. Esta prática também se assemelha à do Brasil, que utiliza hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial (CAPS). Em Cabo Verde, embora a legislação não estabeleça internamentos para pacientes inimputáveis, eles são igualmente admitidos em hospitais gerais e em unidades de internamento de psiquiatria geral. Os demais países da CPLP não dispõem de tratamento para pacientes inimputáveis.

As discrepâncias nos quadros legislativos de várias nações representam desafios para os esforços internacionais colaborativos no treinamento de psiquiatria forense. No entanto, recomenda-se estabelecer programas adicionais de residência nacional que envolvam parcerias com instituições estabelecidas em países onde o treinamento em psiquiatria forense é mais estruturado. Essas parcerias oferecem oportunidades para psiquiatras interessados em se especializar em psiquiatria forense realizarem programas de vínculo sob medida em instituições estabelecidas, adquirirem habilidades essenciais para estabelecer serviços para infratores com doenças mentais e, posteriormente, retornarem aos seus países de origem para treinar outros e adaptar essas habilidades para atender aos quadros legais existentes.

Com o crescimento do número de psiquiatras e profissionais de saúde mental em todas essas nações, existe otimismo em relação a um futuro ainda mais positivo do que o presente, o qual já apresenta melhorias em relação ao passado.

CONCLUSÃO

Reconhecida globalmente por sua importância, a Psiquiatria Forense, busca garantir justiça equitativa e imparcial, promovendo o bem-estar mental dos envolvidos em questões legais, facilitando sua reintegração psicossocial e a compreensão das doenças mentais e da saúde mental, reduzindo o

estigma associado e promovendo a aceitação dos aspectos ligados à saúde mental.

Porém, como mostra este estudo, a ausência de legislação específica pode expor as pessoas com doença mental à violação dos direitos humanos prejudicando também o acesso ao tratamento necessário. em países como Angola, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. Frequentemente, por anuência dos familiares perante pacientes psicóticos que recusam tratamento, são impostos tratamentos em internamento.

Para promover a implementação de treinamentos estruturados e práticas de Psiquiatria Forense em África, oportuno seria aproveitar o momento atual para utilizar as redes de sociedades médicas da CPLP para permitir que países carentes de formação nesse campo, como Cabo Verde e Guiné-Bissau, beneficiem dessa interação. Tanto Portugal quanto o Brasil possuem especialização e subespecialização em Psiquiatria Forense, atendendo às necessidades dessa prática. Os serviços de psiquiatria do Brasil, Moçambique e Portugal investem na formação psiquiátrica com metodologias de ensino que incentivam o desenvolvimento do pensamento crítico (Pedro, M. R., *et. al.*; 2022).

Além disso, há uma necessidade de estabelecer iniciativas intersectoriais envolvendo representantes da Justiça, Polícia e Serviços Correcionais em todos os países. Especificamente em relação a África como um todo, desafios culturais, religiosos e linguísticos impactam significativamente a aplicação da psiquiatria nos sistemas judiciais e os diversos papéis dos profissionais de saúde que atuam dentro desses sistemas multifacetados.

A aquisição de conhecimento e compreensão da realidade da Psiquiatria Forense a nível global enfrenta desafios relacionados com a sua considerável diversidade dentro da CPLP, originada por vários fatores: aspetos culturais, políticos, legais e religiosos, entre outros. Ademais, há a dificuldade decorrente do desconhecimento de várias realidades culturais distintas, especialmente devido à escassez de publicações científicas na área da psiquiatria na CPLP.

Este estudo possui algumas limitações. Não se conseguiu contactar psiquiatras da Guiné- Equatorial. As entrevistas realizadas visaram obter dados sumários acerca da prática da psiquiatria forense

nos países da CPLP, não permitindo discernir outras lacunas legais, acesso aos serviços, as diferenças culturais e desafios éticos.

Não obstante, a publicação de artigos é uma mais-valia, mesmo não sendo abrangente, pois essa prática contribui progressivamente para reunir os elementos que compõem a diversidade presente nos países lusófonos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- Dr. Aristides Luz (Cabo Verde),
- Dr. Cleyser Costa Vangente (São Tomé e Príncipe),
- Dra. Conceição Fernandes (Macau e Portugal),
- Dr. Edmundo Soares Monteiro (Timor Leste)
- Dra. Fausta da Conceição (Angola),
- Dr. Jerónimo Té (Guiné-Bissau),
- Jéssica Schmeling (Brasil),
- Dra. Sámia Sulemane (Moçambique) e
- Dra. Virgínia Albino (Moçambique).

REFERÊNCIAS

- Abdalla-Filho E, Bertolote JM. Sistemas de psiquiatria forense no mundo [Forensic psychiatric systems in the world]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28 Suppl 2:S56-S61. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000600002>
- Albino, Virginia (2010). Saúde Mental nas Prisões de Maputo (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Beis P, Graf M, Hachtel H. Impact of Legal Traditions on Forensic Mental Health Treatment Worldwide. *Front Psychiatry.* 2022;13:876619. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.876619>
- Brasil. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2001.* Seção 1, p. 1.
- El Hamaoui Y, Moussaoui D, Okasha T. Forensic psychiatry in North Africa. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(5):507-510.
- Gutheil TG. The History of Forensic Psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2005;33(2):259-262.
- Kumi NB. Ghana's Mental Health Law. Human Rights meeting at European Parliament . 2006.
- Njenga FG. Forensic psychiatry: the African experience. *World*



Psychiatry. 2006;5(2):97.

Ogunlesi AO, Ogunwale A, De Wet P, Roos L, Kaliski S. Forensic psychiatry in Africa: prospects and challenges. Afr J Psychiatry. 2012;15:3-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v15i1.1>

Pedro MR, Palha AP, Ferreira MA. Psychiatry and mental health teaching programs of eight Portuguese-speaking schools of medicine: A comparative analysis. Front Public Health. 2022;10:936177. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.936177>

Portugal. Lei n.º 35/2023 de 21 de julho de 2023 sobre Saúde Mental. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339#:~:text=Lei%20n.%C2%BA%2035%2F2023%2C%20de%2021%20de%20julho&text=1%20%2D%20A%20presente%20lei%20disp%C3%B5e,2009%2C%20de%2012%20de%20outubro%3B>

República de Cabo Verde. Lei n.º 37/VIII/2013: Que estabelece os princípios gerais da saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica. «B. O.» da República de Cabo Verde. 2013;994 I Série — N O 39. <https://kiosk.incv.cv/1.139.1726/>

Sharma S, Sharma G. Exploring evolving concepts and challenges in forensic psychiatry. experience (commentary). World Psychiatry. 2006;5(2):97-8.

Spruitt JE. The penal conceptions of the Emperor Marcus Aurelius in respect of lunatics: reflections on D. 1,18,14. Int J Law Psychiatry. 1998;21(4):315-334.

Conflitos de Interesse: Declara-se não existirem conflitos de interesse nem de fontes de financiamento.

Tabela 1 – Sumário das entrevistas realizadas aos profissionais de Psiquiatria Forense da CPLP

PAÍS	EXISTÊNCIA DE LEI DE SAÚDE MENTAL (LSM)	REGIME DE ACOMPANHAMENTO DE MAIOR (PROCESSO DE INTERDIÇÃO DE INABILITAÇÃO)	INTERNAMENTO INVOLUNTÁRIO	EXISTÊNCIA DE TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO EM AMBULATÓRIO	LIMITE TEMPORAL DO TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO	DETERMINAÇÃO DO TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO	LOCAL DE INTERNAMENTO PARA PACIENTES INIMPUTÁVEIS
ANGOLA	Não	Não	Não	Não	Sem limite temporal	Um psiquiatra	Hospital penitenciário psiquiátrico
BRASIL	Sim (Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001)	Sim	Sim	Sim	Até 180 dias	Um médico do Estado onde se localize o estabelecimento	Hospitais psiquiátricos ou unidades de atenção psicossocial (CAPS)
CABO VERDE	Sim (Lei n.º 37/VIII/2013, de 7 de Agosto de 2013)	Não	Sim	Sim	Sem limite temporal	Um psiquiatra	Internamento hospitalar de Psiquiatria geral
GUINÉ-BISSAU	Não	Não	Não	Não	Sem limite temporal	Não há	Não existe
MOÇAMBIQUE	Não	Não	Não	Não	Sem limite temporal	Não há	Não existe
PORTUGAL	Sim (Lei n.º 35/2023 de 21 de julho de 2023)	Não	Sim	Sim	Sem limite temporal	Dois psiquiatras	Estabelecimentos de saúde mental, hospitais prisionais ou unidades de internamento de segurança
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	Não	Não	Não	Não	Sem limite temporal	Não há	Não existe
TIMOR LESTE	Não	Sim	Sim	Sim	Sem limite temporal	Não há	Estabelecimento prisional junto com outros reclusos

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

Nível de Conhecimento das Mulheres de Ribeira Grande de Santiago acerca do Pavimento Pélvico e as suas Disfunções

Autores:

Dra. Celina Gomes da Rosa⁽¹⁾

Dra. Patrícia Maia da Silva Martins⁽²⁾

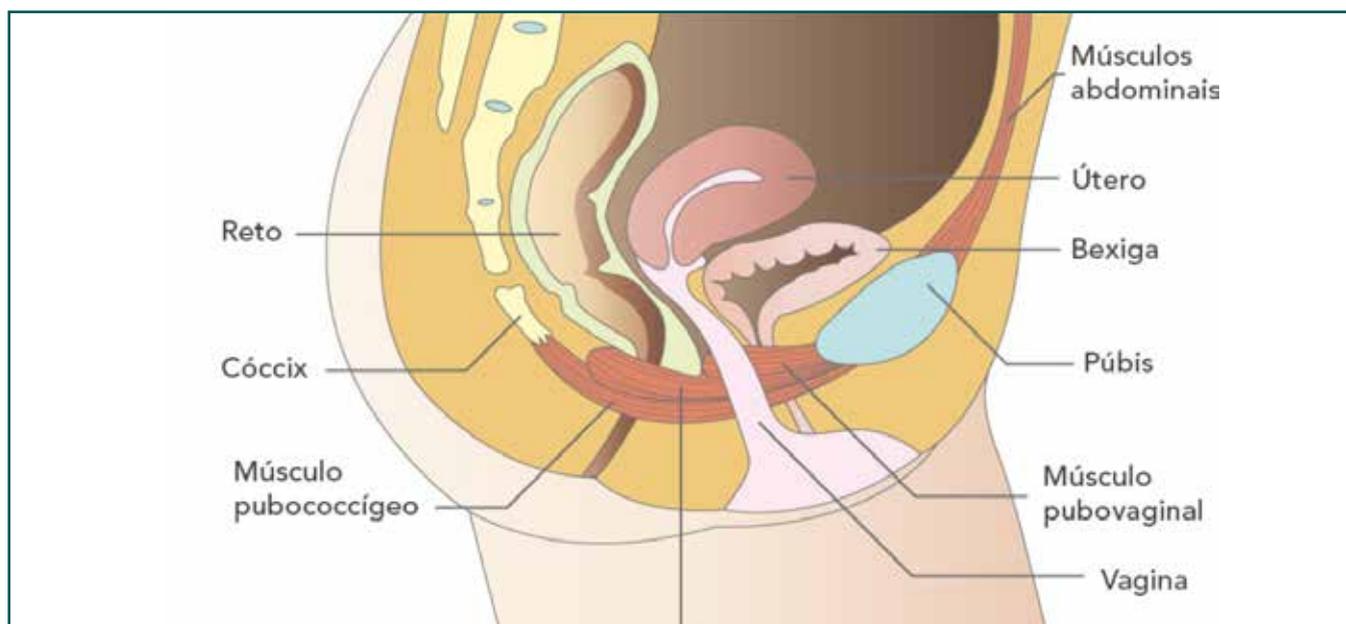
Dra. Maria Isabel Mosanto Pombas de Sousa Coutinho⁽³⁾

(1) Mestranda no ramo da Fisioterapia na Saúde da Mulher. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa-Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal

(2) Mestre em Fisioterapia na saúde da mulher. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa-Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal

(3) Doutorada em Ciências do Desporto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa-Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal

Conflito de interesses: não há conflitos de interesses a serem declarados.



RESUMO

A baixa literacia feminina sobre questões relacionadas com o pavimento pélvico, compromete a capacidade das mulheres procurarem os cuidados de saúde adequados e compromete a sua qualidade de vida.

Objetivos:

- **Geral:** Verificar qual o nível de conhecimento das mulheres de Ribeira Grande de Santiago acerca

do pavimento pélvico e as suas disfunções.

- **Específico:** Caracterizar a prevalência de disfunções do pavimento pélvico nestas mulheres e avaliar o impacto das disfunções na sua qualidade de vida.

Métodos: Estudo descritivo, quantitativo e transversal em mulheres de Ribeira Grande de Santiago, Cabo Verde. Para coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos: o questionário de

conscientização e compreensão do pavimento pélvico em mulheres portuguesas e o questionário ICIQ-SF.

Resultados: A amostra foi constituída por 158 mulheres, tendo 70,3% respondido que nunca ouviu falar de pavimento pélvico. Relativamente às disfunções, 11,4% das mulheres referiu perda involuntária de urina, nenhuma apontou perda involuntária de fezes, 17,1% teve perda involuntária de gases, 13,3% teve a sensação de peso/bola na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída e 17,7% referiu dor na vagina, vulva e ânus. No que se refere à pergunta se procurou tratamento ou falou com alguém para pedir ajuda, 27 das inquiridas relataram que sim, 23 referiram que falaram com médicos, 3 com ginecologistas e somente 1 com o parceiro. Nenhuma das inquiridas referiu que procurou/falou com um fisioterapeuta.

No que concerne ao questionário ICIQ-SF, constatou-se que 33,3% das mulheres com Incontinência Urinária referiu que isso teve um impacto moderado na sua qualidade de vida.

Conclusão: As mulheres de Ribeira Grande de Santiago apresentam um baixo nível de conhecimento acerca do pavimento pélvico e das suas disfunções. A prevalência de disfunções nestas mulheres é baixa, mas com um impacto moderado na qualidade de vida das mulheres incontinentes.

Palavras-chaves: Pavimento Pélvico, Disfunções do Pavimento Pélvico, Conhecimento.

ABSTRACT

Introduction: The low female literacy on issues related to the pelvic floor, compromises the ability of women to seek adequate health care and compromises their quality of life.

Objectives: to verify the level of knowledge of women in Ribeira Grande de Santiago about the pelvic floor and its dysfunctions. The specific objective is to characterize the prevalence of pelvic

floor dysfunctions in these women and to evaluate the impact of dysfunctions on their quality of life.

Methods: Descriptive, quantitative and cross-sectional study in women from Ribeira Grande de Santiago, Cape Verde. For data collection, two instruments were used: the questionnaire of awareness and understanding of the pelvic floor in Portuguese women and the questionnaire ICIQ-SF.

Results: The sample consisted of 158 women, 70.3% of whom answered that they had never heard of the pelvic floor. Regarding the dysfunctions, 11.4% of the women reported involuntary loss of urine, none reported involuntary loss of feces, 17.1% had involuntary loss of gas, 13.3% had the sensation of heaviness/ball in the vagina or anus or sensation of a drooping vagina and 17.7% reported pain in the vagina, vulva and anus. Regarding the question whether they sought treatment or spoke to someone to ask for help, 27 of the respondents reported that they did, where 23 reported that they spoke to doctors, 3 to gynecologists and only 1 to their partner. None of the interviewees reported that they sought/spoke with a physiotherapist. Regarding the ICIQ-SF questionnaire, it was found that 33.3% of women with urinary incontinence had a moderate impact on their quality of life.

Conclusion: Women from Ribeira Grande de Santiago have a low level of knowledge about the pelvic floor and its dysfunctions. The prevalence of dysfunctions in these women is low but with a moderate impact on the quality of life of incontinent women.

Keywords: Pelvic floor, pelvic floor dysfunctions, knowledge.

INTRODUÇÃO

O pavimento pélvico é composto por músculos, fâscias, ligamentos e uma rede neural e vascular que agem em conjunto para o suporte da bexiga, útero e reto, controlo postural, manutenção da continência urinária e anal, micção, defecação, bem como função sexual e reprodutiva (1).

A integridade anatômica, função adequada e interação entre estas estruturas, são essenciais para o normal funcionamento do pavimento pélvico (2). Quando tal não acontece, podem surgir disfunções como a incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso dos órgãos pélvicos e disfunções sexuais

Ribeira Grande de Santiago é um concelho do interior da ilha de Santiago/ Cabo Verde que é constituído maioritariamente por população do sexo feminino (51,0%). Antigamente, as mulheres tinham um grande número de filhos. Somando a isso, a maioria dos partos eram vaginais, assistidos em casa



PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

por parteiras. Além disso, trata-se de uma comunidade com baixo nível de escolaridade feminina (48,3%), comparando com outros concelhos

da ilha de Santiago. A percentagem de mulheres que nunca frequentaram a escola situa-se nos 60,6%, o que pode justificar o desconhecimento acerca das complicações que podem ocorrer no pós-parto e quais os profissionais capacitados para o tratamento (4-5).

Assim, o presente estudo teve como objetivo geral verificar o nível de conhecimento das mulheres de Ribeira Grande de Santiago acerca do pavimento pélvico e as suas disfunções. Além deste, tem como objetivo caracterizar a prevalência da disfunção do pavimento pélvico nestas mulheres.

Diversos estudos referem uma baixa literacia feminina sobre questões relacionadas com seu pavimento pélvico, quer a nível de funções, disfunções e, opções de tratamento (6-7). Essa falta de conhecimento parece prejudicar a capacidade das mulheres procurarem atendimento em saúde, reduzindo suas hipóteses de receber tratamento adequado para disfunções do pavimento pélvico.

Objetivos

Esta investigação teve por base os seguintes objetivos:

- **Objetivo geral:** verificar qual o nível de conhecimento das mulheres de Ribeira Grande de Santiago acerca do pavimento pélvico e as suas disfunções.
- **Objetivos específicos:** caracterizar os dados sociodemográficos da amostra: caracterizar a prevalência das disfunções do pavimento pélvico e avaliar o impacto das disfunções na qualidade de vida das mulheres.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi desenhado um estudo descritivo, quantitativo e transversal, efetuado através da aplicação de dois questionários, cujos dados foram recolhidos num único momento.

Nesta pesquisa foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência e a população foi constituída pelas mulheres de Ribeira Grande de Santiago/ Cabo Verde, que pertencem à freguesia de Santíssimo Nome de Jesus.

Foram incluídas neste estudo: mulheres residentes nas localidades da freguesia do Santíssimo Nome de Jesus e com idade igual ou superior a 18 anos, e excluídas mulheres que não entendem português e mulheres com incapacidade de preenchimento do questionário.

A recolha dos dados foi realizada através da aplicação dos questionários: *Consciencialização e compreensão do pavimento pélvico em mulheres portuguesas* e o questionário ICIQ- SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*).

Os dados foram recolhidos no mês de janeiro e fevereiro de 2023, pela investigadora principal, com a colaboração de três fisioterapeutas, um enfermeiro e uma médica. Os questionários foram entregues, de forma presencial, em casa de cada uma das participantes. Inicialmente, a investigadora e/ou colaboradores distribuíram uma folha de informação ao participante que continha informações sobre o estudo. As mulheres que aceitaram participar assinalaram com um X no local que dizia: aceito participar no estudo e autorizo que os dados sejam utilizados em contexto de investigação científica.

Os resultados foram analisados no software estatístico Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics), versão 26. Os resultados foram considerados significativos ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A amostra analisada no presente estudo é constituída por 158 inquiridas, a maioria com idade compreendida entre 18 a 28 anos (31,0%) e residente em São Martinho

Grande (25,9%), que possuem o ensino básico (48,7%), e a maioria são empregadas (44,3%).

CARACTERIZAÇÃO DAS DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

Relativamente às disfunções, 11,4% das mulheres referem perda involuntária de urina, nenhuma referiu perda involuntária de fezes, 17,1 % tiveram perda involuntária de gases, 13,3% tiveram a sensação de peso/bola na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída e 17,7% referem dor na vagina, vulva e ânus.

CONHECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO

No que toca à pergunta se já ouviu falar do pavimento, se recebeu/procurou informação sobre esta região e quem lhe deu esta informação, a maioria (70,3%) das inquiridas responderam que não ouviram falar do pavimento pélvico, somente 12,7% relataram que procuraram esta informação.

Das 20 inquiridas que receberam esta informação, 5,0% referiram que foi através de um ginecologista, 2,6% encontraram-na na internet, 1,3% conseguiram-na através de amigos, livros e escola respetivamente e apenas 0,6% relatam que foi através de um urologista ou médico de família. Nenhuma mulher referiu que recebeu esta informação do fisioterapeuta.

Dos sujeitos que conheciam os músculos do pavimento pélvico, 27% obtiveram o conhecimento em universidades, 16% do acompanhamento com fisioterapeutas e 9% na internet.

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS DISFUNÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES

No que concerne ao questionário ICIQ-SF, a maioria (72,2%) das mulheres com Incontinência Urinária deste estudo foi classificada com um impacto moderado, grave e muito grave na sua qualidade de vida.

ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foi detetado associação significativa entre o conhecimento do pavimento pélvico e a habilitação académica ($p=0,010$).

DISCUSSÕES

No presente estudo, 70,3% das mulheres responderam que não tinham conhecimento sobre o pavimento pélvico e somente 12,7% relataram que procuraram esta informação. Das 20 inquiridas que receberam esta informação, 5,0% referiram que foi através de um ginecologista, 2,6% foi na internet, 1,3% através de amigos, livros e escola, respetivamente, e apenas 0,6% relata que foi através de um urologista ou médico de família.

A amostra analisada nesta investigação foi constituída por 158 inquiridas, a maioria com idade compreendida entre 18 a 28 anos (31,0%) e residente em São Martinho Grande (25,9%), que possuem o ensino básico (48,7%), e a maioria eram empregadas (44,3%).

De acordo com os resultados obtidos através dos dados socio-demográficos e de Saúde verifica-se alguma semelhança com o estudo realizado por Neels *et al.* (3), um estudo descritivo, transversal, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento da função do pavimento pélvico em mulheres jovens nulíparas, em que a amostra foi constituída por 212 mulheres com idade média de 21,6 anos, a maioria tinha o ensino secundário (50%).

Contrariamente à presente investigação, Faria *et al.* (8) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar e descrever os conhecimentos que as mulheres da população portuguesa com idade compreendida entre os 18 e os 40 anos têm sobre o pavimento pélvico e as suas disfunções. O estudo foi realizado numa amostra de 1993 mulheres, em que 38,4% (761) tinham idade compreendida entre 33 e 40

anos e a maioria 73,2% (1459) das inquiridas tinham habilitações literárias ao nível do ensino superior.

Em conformidade com o presente estudo, Kasawara *et al.* (9) realizaram um estudo transversal em 161 inquiridas, com a finalidade de determinar o conhecimento entre a população que pesquisa na internet sobre os músculos do pavimento pélvico, as funções desses músculos e a fisioterapia da saúde da mulher que se centra nas disfunções do pavimento pélvico. Identificaram que 45% das participantes relataram nunca ter ouvido sobre os músculos do pavimento pélvico, e 50% desconheciam o papel da fisioterapia pélvica. Dos sujeitos que conheciam os músculos do pavimento pélvico, 27% obtiveram o conhecimento em universidades, 16% no acompanhamento com fisioterapeutas e 9% na internet.

Freitas *et al.* (7) também realizaram um estudo transversal com 133 mulheres, maiores de 18 anos e que vivem na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, e observaram que há um baixo nível de conhecimento do pavimento pélvico nessas mulheres.

Contrariamente ao presente estudo, Neels *et al.* (3) realizaram um estudo transversal com 212 mulheres nulíparas em que verificaram que quase todas as mulheres (193) sabiam que o pavimento pélvico contém músculos e quase todas também localizaram corretamente o pavimento pélvico na figura do corpo feminino, e 155 das participantes sabiam pelo menos uma função do pavimento pélvico.

Relativamente às disfunções, 11,4% das mulheres referem perda involuntária de urina, nenhuma referiu perda involuntária de fezes, 17,1% tiveram perda involuntária de gases, 13,3% tiveram a sensação de peso/bola na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída e 17,7% referem dor na vagina, vulva e ânus.

Os resultados desse estudo assemelham-se ao estudo de Gonçalves, Souza & Inhoti (10), um estudo observacional, descritivo realizados em 53

acadêmicas, cujo objetivo era analisar a prevalência da incontinência urinária, comparando o score e os sintomas de ansiedade em função das variáveis sociodemográficas e clínicas das acadêmicas do centro universitário metropolitano de Maringá, Paraná, em que a maioria das mulheres relataram que não apresentam incontinência urinária.

lamundo *et al.* (11) também realizaram um estudo transversal com 707 participantes em que tinham como objetivo analisar a prevalência das disfunções do pavimento pélvico em mulheres universitárias e fatores associados às disfunções do pavimento pélvico em que apenas 119 (16,8%) apresentavam incontinência urinária, 23 (3,2%) incontinência fecal e 218 (30,8) disfunções sexuais.

Em discordância com o presente estudo, Sawai *et al.* (12) realizaram um estudo transversal com 294 funcionários de um hospital público no Japão em que observaram que há uma alta prevalência de disfunções do pavimento pélvico. Com a aplicação do questionário ICIQ-SF, foi constatado que das 18 mulheres com incontinência urinária, a maioria (72,22%) foi classificada com um impacto moderado, grave e muito grave na sua qualidade de vida.

O nível da qualidade de vida relacionado com a incontinência, segundo a classificação do ICIQ-SF, varia de muito grave a nenhuma gravidade (13).

Contrariamente ao presente estudo, Fernandes & Ognibene (14) realizaram um estudo exploratório de caráter transversal, quantitativo e descritivo com 79 participantes com incontinência urinária em que a média do score foi 1,39, que é considerado um impacto leve.

Carvalho, Ibiapina & Machado (13) realizaram um estudo analítico, transversal com 167 mulheres com o objetivo de avaliar a força muscular do pavimento pélvico de mulheres com disfunção pélvica, analisaram as características socio-demográficas e clínicas, a qualidade de vida relacionada com a

incontinência e força muscular pélvica em que a maioria foi classificada com um impacto muito grave (76,6%) na qualidade de vida relacionada com a incontinência.

No presente estudo não foi observado a relação entre a prevalência de disfunções do pavimento pélvico com o conhecimento do pavimento pélvico, mas foi observada uma relação entre habilitações acadêmicas e conhecimentos do pavimento pélvico, o que vai ao encontro do estudo de Freitas (7), um estudo transversal realizado com 133 mulheres em que não foi encontrada nenhuma relação entre conhecimentos e sintomas de incontinência urinária, porém, foi encontrada correlação entre conhecimento do pavimento pélvico e nível de escolaridade.

CONCLUSÃO

Este estudo verificou que as mulheres de Ribeira Grande de Santiago possuem um baixo nível de conhecimento sobre o pavimento pélvico, as disfunções pélvicas e a atuação do fisioterapeuta nesta área. As mulheres deste estudo apresentam uma baixa prevalência de DPP, sendo as que referiam ter incontinência urinária a maioria e que possuía um impacto moderado na sua qualidade de vida.

O tabu social pode ser um dos motivos que interfere na aprendizagem acerca desta temática, sendo visto como um assunto constrangedor, dificultando o aprendizado das pessoas. Algumas medidas básicas devem ser tomadas, como divulgar informações sobre o assunto, o que poderia reduzir os tabus e receios de discutir abertamente com os profissionais de saúde a respeito das disfunções do pavimento pélvico e as opções de tratamento.

Destaca-se ainda a necessidade de desenvolvimento de novos estudos que permitam intervenções educacionais sobre as disfunções do pavimento



pélvico e o tratamento fisioterapêutico. Ainda, para estudos futuros sugere-se a utilização de questionários que avaliem a qualidade de vida em todas as disfunções pélvicas e não só na IU.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- Carência de bibliografia extensa sobre o assunto, principalmente em português. Falta de interesse por parte de algumas mulheres em participar no estudo;
- Questionário com muitos termos técnicos, dificultando a compreensão de pessoas leigas;
- Utilização de questionários que avaliam a qualidade de vida somente na Incontinência Urinária.

TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres em estudo

		Frequência (N)	Porcentagem (%)
Idade	18-28 anos	49	31,0
	29-38 anos	31	19,6
	39-48	38	24,1
	49-58	26	16,5
	>58	12	7,6
	Sem resposta	2	1,3
Morada	Calabaceira Cidade Velha	28	17,7
	Cidade Velha	30	19,0
	Botarama	8	5,1
	João Varela	16	10,1
	São Martinho Grande	41	25,9
	Salineiro	31	19,6
	Sem resposta	4	2,5
Habilitações Académicas	Ensino Básico	77	48,7
	Ensino Secundário	64	40,5
	Bacharelato/Licenciatura	16	10,1
	Outro	1	0,6
Profissão	Empregada	70	44,3
	Desempregada	58	36,7
	Estudante	21	13,3
	Reformada	1	0,6
	Sem resposta	8	5,1



Tabela 2 - Caracterização das disfunções do pavimento pélvico

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Situação que desencadeou/ desencadeia perda Involuntária de urina	Nunca passei por esta situação	140	88,6
	Tossir/Espirrar/Rir/Saltar/A fazer esforços	10	6,3
	Nas relações sexuais	2	1,3
	Associado a uma vontade súbita de urinar/defecar	2	1,3
	Espontaneamente sem me aperceber	4	2,5
Situação que desencadeou/ desencadeia perda involuntária de fezes	Nunca passei por esta situação	158	100,0
Situações que desencadeia perda involuntária de gases	Nunca passei por esta situação	131	82,9
	Tossir/Espirrar/Rir/Saltar/A fazer esforços	10	6,3
	Nas Relações sexuais	2	1,3
	Espontaneamente sem me aperceber	14	8,9
	Sem resposta	1	0,6
Situação que desencadeou/ desencadeia perda de ar pela vagina	Nunca passei por esta situação	136	86,1
	Tossir/Espirrar/Rir/Saltar/A fazer esforços	2	1,3
	Nas Relações sexuais	10	6,3
	Espontaneamente sem me aperceber	6	3,8
	Sem resposta	4	2,5
Situação que desencadeou/ desencadeia sensação de peso/ bola na vagina ou ânus ou sensação de vagina descaída	Nunca passei por esta situação	137	86,7
	Tossir/Espirar/Rir/Saltar/A fazer esforços	12	7,6
	Espontaneamente sem me aperceber	8	5,1
	Sem resposta	1	0,6
Situação que desencadeou/ desencadeia dor na região da vagina, vulva e/ânus	Nunca passei por esta situação	130	82,3
	Tossir/Espirrar/Rir/Saltar/ A fazer esforços	7	4,4
	Nas relações sexuais	7	4,4
	Espontaneamente sem me aperceber	11	7,0
	Sem resposta	3	1,9



Tabela 3 - Procura de ajuda/tratamento para as disfunções do pavimento pélvico

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Procurou tratamento	Não	37	23,4
	Nunca tive nenhuma das situações descritas	79	50,0
		27	17,1
	Sim	15	9,5
Com quem Falou	Médico	23	14,6
	Parceiro	1	0,63
	Ginecologista	3	1,9
Se não falou com ninguém, por que razão o fez	Os sintomas não me incomodavam	11	7
	Considero que seja uma Condição normal da vida da mulher	13	8,2
	Não sei com que (profissional/ especialista) falar	3	1,9
	Outro	1	0,63
	Sem resposta	9	5,7

Tabela 4 - Conhecimento do pavimento pélvico

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Já ouviu falar do pavimento pélvico	Sim	47	29,7
	Não	111	70,3
Recebeu/ procurou informação sobre o pavimento pélvico	Não	126	79,7
	Sim	20	12,7
	Sem resposta	12	7,6
Quem lhe deu/ onde procurou essa informação	Ginecologista	8	5,0
	Urologista	1	0,6
	Médico de Família	1	0,6
	Amigos	2	1,3
	Internet	4	2,6
	Livros	2	1,3
	Escola	2	1,3
Na sua opinião para que servem os músculos do pavimento pélvico	Suporte de bexiga, útero e reto	16	10,1
	Mantêm a continência de Urina, fezes e gases, evitadas perdas involuntárias	21	13,3
	Contribuem para o prazer na relação sexual	4	2,5
	Não sei qual é a função dos músculos do pavimento pélvico	109	69,0
	Sem resposta	8	5,1

Tabela 5 - Associação entre habilitações académicas vs conhecimento do pavimento

		Já ouviu falar do pavimento pélvico		Valor do P
		Sim	Não	
Habilitações académicas	Ensino Básico	14(29,80%)	63 (56,80%)	0.010
	Ensino Secundário	27(57,40%)	37(33,30%)	
	Bacharelato/Licenciatura	6(12,80%)	10(9,00%)	
	Outro	0(0,0)	1(0,90%)	

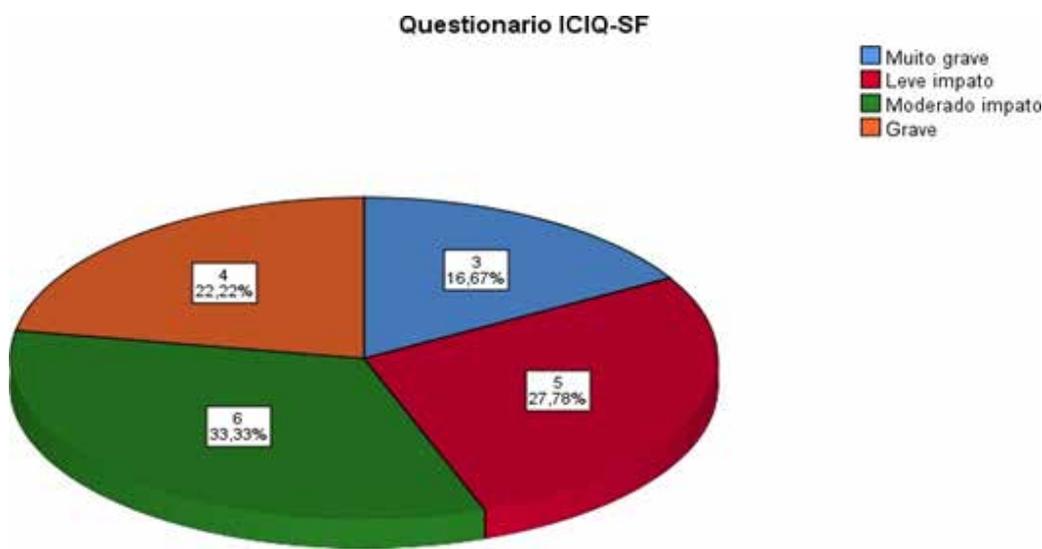


Gráfico 1 - International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF).

REFERÊNCIAS

- Oliveira, A. M. & Rodrigues, J. S. Atuação da fisioterapia na prevenção do prolapso de órgão pélvico: cinesioterapia. 2021,3(3):1-15,ISSN: 2675-343X.
- Amorim, E. et al. Reabilitação do pavimento pélvico—a realidade atual Pelvic floor rehabilitation—state of the art, 2022.
- Neels, H. et al. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *Journal of physical therapy science*. 2016. 28(5), 1524-1533.
- Instituto Nacional de Estatísticas de Cabo Verde. Dia Mundial do Município de Ribeira Grande de Santiago. Praia. 2016.
- Instituto Nacional de Estatísticas de Cabo Verde. Recenseamento Geral da População e Habitação: Educação. 2010.
- Andrade, R. L. et al. An education program about pelvic floor muscles improved women’s knowledge but not pelvic floor muscle function, urinary incontinence or sexual function: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*. 2018. 64(2), 91-96.

7. Freitas, L. M. et al. Pelvic floor muscle knowledge and relationship with muscle strength in Brazilian women: a cross-sectional study. *International urogynecology*. 2019 30(11), 1903- 1909.
8. Faria, C. Conscientização e compreensão do pavimento pélvico e suas disfunções em mulheres portuguesas dos 18 anos aos 40 anos de idade. 2022.
9. Kasawara K. T. et al. Assessing knowledge on pelvic floor muscles and role of physiotherapy in urogynecology among Internet users. *HealthMED*. 2015. 9(10):419-24.
10. Gonçalves, V., de Souza, T. M., & Inhoti, P. A. Prevalência da Incontinência Urinária em Acadêmicas de um Centro Universitário na Cidade de Maringá-pr. *coletânea de Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia*. 2022. 1(1).
11. Iamundo, L. F. et al. Prevalence and factors associated with pelvic floor dysfunction in university women: a cross-sectional study. *Fisioterapia em Movimento*. 2022. 35.
12. Sawai, M. et al. Prevalence of symptoms of pelvic floor dysfunction and related factors among Japanese female healthcare workers. *LUTS: Lower*. 2022.
13. Carvalho, K. B., Ibiapina, F. T., & Machado, C. D. Força muscular do assoalho pélvico em mulheres com queixas de disfunção pélvica. *Fisioterapia Brasil*. 2021. 22(3), 425-441.
14. Fernandes, C., & Ognibeni, L. C. Prevalência e Fatores de risco associados a incontinência urinária em acadêmicas do curso de fisioterapia. *Revista Uningá*, 58, eUJ3233-eUJ3233. 2021.



Laboratório
de Análises Clínicas



“a qualidade em análises clínicas”

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

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

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

Cooperação parceiros internacionais: pilar fundamental do desenvolvimento do sistema de saúde em Cabo Verde



Cabo Verde sempre privilegiou a cooperação como um pilar fundamental do desenvolvimento do país. Na área da saúde, a colaboração com múltiplos parceiros, nacionais e internacionais, tem contribuído de forma clara para o desenvolvimento do sistema de saúde em Cabo Verde e para a melhoria das condições de saúde dos cabo-verdianos.

Nesta edição, apresentamos dois artigos que abordam dois projetos de cooperação em curso, ambos com uma vertente mais técnica e igualmente inovadores, envolvendo profissionais de saúde de Cabo Verde, Portugal e a diáspora cabo-verdiana radicada nos Estados Unidos da América.

A equipa Editorial

Cabo Verdean American Medical Society (CAMS)

Autor:

Dr. Júlio Teixeira, MD⁽¹⁾

(1) Cardiologista, Presidente Associação dos Médicos CV-EUA, e Doreen de Faria



A diáspora exerce um papel fundamental na história cabo-verdiana. Além da questão económica, a memória e a saudade refletem-se em toda a vivência do cabo-verdiano, na sua arte, na sua cultura e, portanto, na sua identidade. Esta nostalgia, que inspira, também permitiu projetar Cabo Verde no Mundo, contribuindo para o seu desenvolvimento social e económico.

Os nossos maiores compositores de mornas, como Eugénio Tavares, B. Leza e Manuel de Novas, viveram parte das suas vidas na diáspora, onde alimentaram a sua inspiração e contribuíram de forma inegável para a cultura/música cabo-verdiana. Cesária Évora, mundialmente conhecida, teve o privilégio de levar o nome de Cabo Verde para os quatro cantos o mundo, e isto reflete-se também no turismo e na economia do país.

Com os anos, esta diáspora tem-se enriquecido

e tornado cada vez mais diferenciada, ocupando lugares de destaque quer na arte e no desporto, quer na saúde.

Esta diáspora, que mantém laços e interesse ativos em Cabo Verde, agora não envia apenas remessas de produtos não perecíveis. Agora trazem consigo experiências, conhecimentos e habilidades adquiridos em diferentes contextos e no âmbito da saúde acrescentam uma vivência de práticas atuais, inovadoras e *know how*, que deve ser aproveitada para fortalecer o sistema de saúde em Cabo Verde.

Ainda sobre este aspeto, destaco alguns pontos de reflexão. Ora vejamos:

- Cabo Verde, um país de desenvolvimento médio, com baixo rendimento per capita. O poder de compra local, com base no rendimento médio das famílias, não oferece garantias ao mercado

privado de saúde. Em termos económicos, sabe-se que a remessa dos nossos emigrantes contribui aproximadamente para 1/3 do PIB e aumenta o poder de compra. Esta capacidade de compra estimula o investimento no setor privado da saúde, em complemento/alternativa do setor público, melhorando o acesso à saúde;

- Em Cabo Verde, as doenças cardíacas e cerebrovasculares são as principais causas de óbito, seguindo-se as doenças oncológicas. Esta transição epidemiológica traz desafios ao sistema nacional de saúde, quer em termos de recursos humanos (profissionais especialistas em número adequado para a população), quer em recursos materiais (infraestruturas, tecnologia), que inviabilizam a implementação das atuais modalidades terapêuticas, nomeadamente radioterapia, cateterismo cardíaco, intervenções cirúrgicas complexas entre outros. Uma das respostas que Cabo Verde mantém para minimizar esta fragilidade é a evacuação para Portugal, através de acordos entre os governos dos dois países. Contudo, existe uma lista de espera enorme, que, por vezes, inviabiliza a evacuação. Com base nisto, muitos cabo-verdianos deslocam-se regularmente para realizar consultas nos EUA (Boston e Providence, etc.), Portugal, França, entre outros países, e utilizam como porta de entrada as relações pessoais com a Diáspora Cabo-Verdiana.
- Ao longo dos anos, tem havido uma série de iniciativas de colaboração entre a diáspora médica e as autoridades de saúde em Cabo Verde. Estas iniciativas incluem programas de capacitação, missões médicas, partilha das melhores práticas e consultoria especializada.

Tenho participado em várias missões cirúrgicas no serviço de cirurgia do HUAN, mas acredito que há

formas mais eficazes de apoiar o sistema de saúde em Cabo Verde. Com o início da pandemia da COVID 19, mais concretamente desde 2020, começamos a criar uma rede de profissionais de saúde de ascendência cabo-verdiana nos Estados Unidos, que veio a ser organizada sob a modalidade de sociedade profissional sem fins lucrativos, constituída atualmente por cerca de 150 profissionais de saúde inscritos, congregando todas as especialidades médicas, muitos com carreiras académicas brilhantes, professores catedráticos em universidades de renome.

Esta associação, denominada Cabo Verdean American Medical Society (CAMS), estabeleceu ponte com profissionais de saúde, organizações profissionais, estruturas de saúde e universidades com o objetivo de fortalecer as relações e de melhor conhecer a prática da medicina em Cabo Verde e os desafios dos serviços de saúde no país.

A CVMAS tem como objetivo formalizar e expandir esta rede (network) de forma a romper barreiras e otimizar a colaboração entre pares, com uma relação de proximidade entre os colegas de Cabo Verde e os da Diáspora Cabo-Verdiana.

Em abril de 2022 realizamos o primeiro intercâmbio Cultural - Científico em Cabo Verde com imersão clínica em várias especialidades.

Em 2023, realizámos mais uma missão a Cabo Verde, que incluiu atividades clínicas e académicas.

A colaboração entre a Ordem dos Médicos de Cabo Verde e a Cabo Verdean American Medical Society tem sido uma oportunidade de nos aproximar dos médicos em Cabo Verde e de partilha de conhecimentos. Juntos, temos identificado alguns desafios para a classe médica, com especial destaque para a formação contínua- especialização, pós-graduações, fellowships, entre outros.



Queremos que esta diáspora médica cabo-verdiana, representada por várias centenas de profissionais de saúde, possa ser a 11ª ilha de Cabo Verde. Assim, os desafios que Cabo Verde enfrenta, sendo um país insular de poucos recursos, poderão ser mitigados por uma colaboração com a sua Diáspora, de forma a

ampliar os recursos nacionais disponíveis.

Como resultado dessas colaborações, houve melhorias significativas em áreas como acesso a cuidados de saúde de qualidade, desenvolvimento de infraestrutura médica e implementação de políticas de saúde eficazes.

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

Cooperação Portugal – Cabo Verde para os Cuidados Paliativos

Autor:

Dr. Hugo Ribeiro, MD, PhD⁽¹⁾

(1) Coordenador científico – Iniciativa Médica 3M (grupo médico de intervenção cívica pela Medicina Paliativa, Medicina da Dor e Geriatria)

Médico – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos - Gaia

Professor convidado – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



Os fundamentos da bioética pressupõem que todos nós sabemos dar resposta à “agenda do doente”, ou seja, à atenuação do seu sofrimento multidimensional, que passa por uma efetiva estratégia terapêutica multimodal para o controlo de sintomas, sendo central reconhecer a importância do apoio à família, estratégias de comunicação adequada e trabalho em equipa.

A medicina paliativa ocupa-se dos doentes com doença avançada, particularmente os que tenham alta complexidade clínica, caracterizada por uma intensidade de sofrimento que não responde a estratégias terapêuticas básicas e/ou uma flutuação frequente do agravamento sintomático, em doentes em que as alterações corporais e a funcionalidade global também apresentam flutuações exuberantes,

de acordo com a fisiopatologia das doenças subjacentes.

A medicina paliativa é, por isso, uma área científica fundamental da medicina contemporânea, atendendo à complexidade crescente dos doentes, direta e indiretamente relacionada com a maior longevidade e com a acumulação de carga de doenças crónicas. Todos nós devemos ter formação básica pré e pós-graduada nesta área, e alguns de nós devem diferenciar-se, constituindo equipas especializadas em cuidados paliativos.



As missões de formação que tivemos oportunidade de realizar em Cabo Verde, em janeiro de 2023 e em janeiro de 2024, na cidade da Praia (com transmissão para todo o país) permitiram a formação básica de dezenas de profissionais cabo-verdianos em cuidados paliativos, ajudando as autoridades locais a constituir equipas especializadas. O objetivo essencial foi e é tornar Cabo Verde um país com cobertura de cuidados

paliativos em todo o território, autossuficiente na formação básica e diferenciada nesta área, constituindo-se como um farol de esperança em África.

Queremos o mesmo para toda a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Este é o primeiro passo para que possamos começar com investigação clínica multicêntrica e multinacional entre os nossos países, algo que acreditamos ser necessário e lógico, atendendo aos laços que nos unem e à nossa língua comum.

A partilha de experiência(s), de conhecimento(s), da ciência ao humanismo, em contextos nacionais distintos, permite um desenvolvimento profissional e pessoal muito singulares. E este valor acrescentado em saúde é bilateral. Deixo-vos alguns exemplos pessoais do meu próprio crescimento.

Em Cabo Verde reconheci uma cultura e dinâmica interpessoal e multidisciplinar muito positiva, o que nos ajudou a repensar as nossas dinâmicas internas e a contribuir para a discussão de novos modelos organizacionais, particularmente nos cuidados de saúde primários. Trouxe novas perspetivas sobre comunicação com os doentes e outros profissionais. Trouxe reflexões sobre política, economia e gestão da saúde, atendendo à realidade insular e, portanto, um contexto organizacional extremamente desafiante. Trouxe amizade e a possibilidade de cooperação além dos laços profissionais, e isso é o mais enriquecedor.



Espondilite Anquilosante - A propósito de um caso clínico

Autor:Dra. Claudia Alves⁽¹⁾Dra. Valéria Semedo⁽²⁾Dra. Dúnia Correia⁽³⁾

(1) Aluna do 6º ano de Medicina - UNICV

(2) Medicina Interna- HUAN

(3) Reumatologia-HUAN

RESUMO

A espondilite anquilosante (EA) é uma doença inflamatória crónica que afeta predominantemente as articulações sacroilíacas e a coluna vertebral, resultando em dor lombar, rigidez e eventual fusão das vértebras. Neste artigo científico, os autores descrevem o caso de um paciente com dor lombar inflamatória crónica, cuja investigação permitiu diagnosticar espondilite anquilosante. Este artigo pretende chamar a atenção para a necessidade de investigação da lombalgia inflamatória e dos achados radiológicos, característicos desta entidade.

INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante (EA) integra o grupo das espondiloartropatias e é descrita como uma doença autoimune sistémica e progressiva, caracterizada por inflamação do esqueleto axial, das pequenas, médias e grandes articulações, acompanhada de sintomas constitucionais. Afeta aproximadamente 0,1-0,5% da população, acometendo predominantemente adultos jovens, com pico de incidência entre 20 e 40 anos. O sexo masculino é mais frequentemente afetado do que o feminino em uma proporção de 2-3:1. Destaca-se que tem frequência aumentada de 10 a 20 vezes em parentes de 1º grau com diagnósti-

co de EA comparativamente à população geral.

A sua etiologia permanece desconhecida, embora haja evidências de uma interação complexa entre fatores genéticos, imunológicos e ambientais. Os fatores genéticos desempenham um papel significativo, especialmente a presença do antígeno leucocitário humano B27 (HLA-B27), que está presente em até 90% dos pacientes com EA. Por outro lado, fatores ambientais, como infeções intestinais por certos microrganismos, podem desencadear a resposta autoimune em indivíduos geneticamente suscetíveis. As manifestações clínicas associadas à doença incluem dor lombar crónica de ritmo inflamatório (dor lombar que piora durante o repouso noturno e melhora com exercício associado a rigidez matinal com mais de 30 min de duração) e entesites. As manifestações extra-articulares podem ocorrer em até 1/3 dos pacientes e incluem uveíte anterior, conjuntivite, uretrite, dactilite, entre outros. Em fases avançadas pode ser evidente as deformações da coluna vertebral, associadas a inflamação crónica. A coluna em bambu, a cifose aumentada e a redução progressiva da mobilidade da coluna, em especial a diminuição da expansibilidade torácica, podem ocorrer nas fases mais tardias da doença, sobretudo se esta não for adequadamente tratada.



Destaca-se que novos conceitos classificatórios para a espondiloartrite axial foram propostos pelo grupo ASAS (Assessments of Spondyloarthritis International Society) e enfatizam a clínica de dor lombar inflamatória com mais de três meses de evolução em indivíduos com menos de 45 anos, associado ao diagnóstico radiológico de sacroileíte e a presença de HLA-B27 ou a presença de outra manifestação característica da EA (artrite, entesite, uveíte, dactilite, doenças inflamatórias intestinais, PCR elevada e história familiar de EA).

O diagnóstico de EA é baseado em aspetos clínicos e radiológicos, que são considerados indispensáveis, de acordo com os critérios vigentes de Nova York. Para o diagnóstico definitivo de EA, de acordo com os Critérios de Nova Iorque Modificados, o paciente deve ter pelo menos um dos seguintes achados radiográficos: Sacroileíte bilateral grau ≥ 2 ou unilateral grau 3 ou 4 associado a, no mínimo, uma das características clínicas compatíveis com EA, de entre as quais: lombalgia e rigidez articular por mais de 3 meses, que melhoram com exercício, sem alívio com o repouso; limitação da mobilidade da coluna lombar nos planos sagital e frontal; limitação da expansibilidade torácica, relativamente ao normal para o sexo e a idade.

Chama-se a atenção que nos casos precoces, a radiografia das articulações sacroilíacas pode não evidenciar alterações. A RMN das referidas articulações é o exame mais sensível para detetar e classificar a sacroileíte.

O tratamento da EA visa aliviar a dor, preservar a função articular e prevenir a progressão da doença. A terapia medicamentosa inclui anti-inflamatórios não esteroides (AINE), corticosteroides, agentes modificadores da doença (como o metotrexato), terapias biológicas que visam bloquear citocinas pró-

inflamatórias (por exemplo, inibidores do TNF- α e IL-17), e mais recentemente, terapias de direcionamento seletivo como a inibição da Janus cinase (JAK). A fisioterapia desempenha um papel crucial no manejo da EA, ajudando a manter a mobilidade e fortalecer os músculos paravertebrais.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 37 anos de idade, que recorre a consulta de medicina interna por quadro de lombalgia inflamatória com cerca de 6 meses de evolução. Sem antecedentes patológicos relevantes. Nega outros sintomas, nomeadamente entesites ou tendinite, olho vermelho, corrimento uretral ou infeções gastrointestinais recentes.

Do exame físico destaca-se a avaliação da coluna lombar, utilizando-se o teste de Schober (resultado de 13 cm), teste de flecha (resultado normal), e das articulações sacroilíacas (sinais de Menell e de Gaenslen e teste de Patrick positivos).

Perante este caso foi colocado a hipótese de espondilartropatia e solicitado exames radiológicos e analíticos. O RX de articulação sacroilíaca, que mostrou sacroileíte bilateral e as análises revelaram VS 50 mm/1^ªh e HLA B27 positivo, sem outras alterações dignas de registo.

Assim, foi estabelecido o diagnóstico definitivo de espondilite anquilosante e foi iniciada terapêutica com Naproxeno 500 mg 2 x dia, associado a fisioterapia motora.

Na consulta de seguimento o paciente referiu melhoria dos sintomas, nomeadamente da lombalgia e da rigidez matinal.

Foi encaminhado para seguimento na consulta de

reumatologia do HUAN.



Figura 1 - RX de articulação sacroilíaca revela diminuição do espaço articular em ambos os lados da articulação sacroilíaca, presença de esclerose óssea, osteófitos, áreas de erosão óssea nas margens das articulações, compatível com sacroileíte bilateral

COMENTÁRIOS FINAIS

A história natural da EA é, na maioria das vezes, benigna, pois em menos de 20% dos pacientes ocorre progressão para uma forma incapacitante. Contudo, o atraso no diagnóstico pode associar-se a perda de mobilidade permanente da coluna vertebral, com impacto negativo na qualidade de vida do doente.

Deve ser colocado a hipótese de diagnóstico de EA sempre que o paciente tenha dores nas costas, com características inflamatórias, de início insidioso, com mais de três meses de evolução, associadas a rigidez matinal, melhorando com o exercício, particularmente se surgem antes dos 40 anos de idade.

As autoras descrevem este caso para destacar a importância da investigação da lombalgia inflamatória, pois o atraso no diagnóstico associa-se a progressão da doença. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são cruciais para prevenir a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem em primeiro lugar a Deus, que é o único digno de glória e louvor, e, em segundo lugar, à Ordem dos Médicos Cabo-verdianos pelo convite para a realização deste artigo dada a sua praticidade diagnóstica e relevância clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carneiro, S. Alves, C., Soares, A., Almeida, R. Espondilite Anquilosante: Uma revisão Sistemática da Literatura. Revista Científica Multidisciplinar do Núcleo do Conhecimento, 4, 51-66;
2. Bárbara Leite, Luilson Junior, Barbara Cabrobó et col. Espondilite anquilosante no sexo feminino associado à hiper mobilidade articular e HLA-B27 negativo: relato de caso, Rev Med (São Paulo). 2018 jul.-ago.;97(4):433-7;
3. Sieper, J., Rudwaleit, M., Baraliakos, X., Brandt, J., Braun, J., Burgos-Vargas, R., Dougados, M., Hermann, K. A., Landewé, R., Maksymowych, W. P., & Van Der Heijde, D. (n.d.). The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases, 68(Suppl 2), ii1-ii44. <https://doi.org/10.1136/ard.2008.104018>
4. Yaseen, K. (2022, November). Espondilite anquilosante. Manuais MSD Edição Para Profissionais; Manuais MSD. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-dos-tecidos-conjuntivo-e-musculoesquel%C3%A9tico/doen%C3%A7as-articulares/espondilite-anquilosante>

7^A EDIÇÃO
Desafios da
Publicidade
Digital



PRÉMIO
NACIONAL de
PUBLICIDADE

Inscrições abertas de 1 a 31 de janeiro de 2025

Celebrando a Criatividade

AUTORIA E
ORGANIZAÇÃO:



Ministério da Cultura
e das Indústrias Criativas

PATROCINADOR
GOLD:



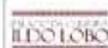
PATROCINADOR
BRONZE:



PARCEIROS OPERACIONAIS:



Ministério da Cultura
e das Indústrias Criativas



Associação de Cinema e
Audiovisual de Cabo Verde

APOIO:

Lisbon
Digital
School



MEDIA PARTNERS:

