ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

Revista da ORDEM DOS MÉDICOS

www.ordemdosmedicos.cv

III Série Nº 29 - Junho de 2023

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.

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

GARANTIA
SEGUROS
www.garantia.cv

SUMÁRIO

Editorial pág. 5

Formação Específica em Medicina Geral e Familiar em Cabo Verde

Cláudia Oliveira e Rui Nogueira

Artigos de Revisão pág.7

Gestão da Hipertensão Arterial: Um Ensaio em Cabo Verde

Alcides Queita
Ercília Rocha
Eunice Borges
Margarida Cardoso
Virgínia Mulas

Pesquisas pág. 18

Conhecimentos e necessidades em cuidados paliativos nos profissionais de saúde e familiares dos doentes oncológicos no Hospital Universitário Agostinho Neto

Belisa Bento Miranda Lopes
Marília De Assunção Rodrigues Ferreira Dourado
Valéria Patrícia Monteiro Andrade Semedo

História da Medicina em Cabo Verde pág. 30

Aproveitamento Terapêutico das Areias Vulcânicas do Tarrafal de S. Nicolau - Crenoterapia

Arsénio Pina

Imagens em Medicina pág. 34

Neurocisticercose: a importância do tratamento combinado

Ileydis Cabeça

FICHA TÉCNICA

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

Direcção da Revista
Flávia Semedo

Editora-chefe
Maria do Céu Teixeira

Editores-convidados
José Raposo
Jorge Barreto

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

Conselho Editorial
Luísa Santiago
Murtala Keita
Valéria Semedo

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

Colaboram neste nº
Cláudia Oliveira
Rui Nogueira
Alcides Queita
Ercília Rocha
Eunice Borges
Margarida Cardoso
Virgínia Mulas
Belisa Bento Miranda Lopes
Marília De Assunção Rodrigues Ferreira Dourado
Valéria Patrícia Monteiro Andrade Semedo
Arsénio Pina (participação póstuma)
Ileydis Cabeça

Tiragem
1000 exemplares

Formação Específica em Medicina Geral e Familiar em Cabo Verde

Dra. Cláudia Oliveira*

Dr. Rui Nogueira**

O conceito de Cuidados de Saúde Primários (CSP), instituído em 1978, na Conferência da Organização Mundial da Saúde que foi realizada em Alma Ata, mantem plena atualidade e importância: "Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente credíveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo comportável para as comunidades e para os países à medida que eles se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação."

A evidência da importância dos CSP foi reconhecida pelos trabalhos científicos de Barbara Starfielfd, na década de 70. Mais recentemente, Detollenaere et. al. (2018) mostram que um sistema forte de CSP pode atenuar a associação inversa entre desigualdades no rendimento e estado de saúde.

Para Cabo Verde, a aposta em CSP parece ser pertinente, tendo em conta a necessidade de desenvolvimento de cuidados de saúde centrados na pessoa numa abordagem global e personalizada, com evidente preocupação na promoção da saúde e na prevenção da doença. "O bom médico trata a doença, o grande médico trata o paciente que tem a doença", diz Willian Osler, o criador da medicina moderna.

O lançamento do Programa de Formação Específica em Exercício em Medicina Geral e Familiar veio colmatar uma necessidade na organização dos cuidados de saúde em Cabo Verde e responder a um justo anseio dos colegas clínicos gerais. A publicação da Portaria nº2/2022, de 19 de janeiro mais o desenvolvimento desse programa demonstram uma aposta inequívoca nos CSP em Cabo Verde.

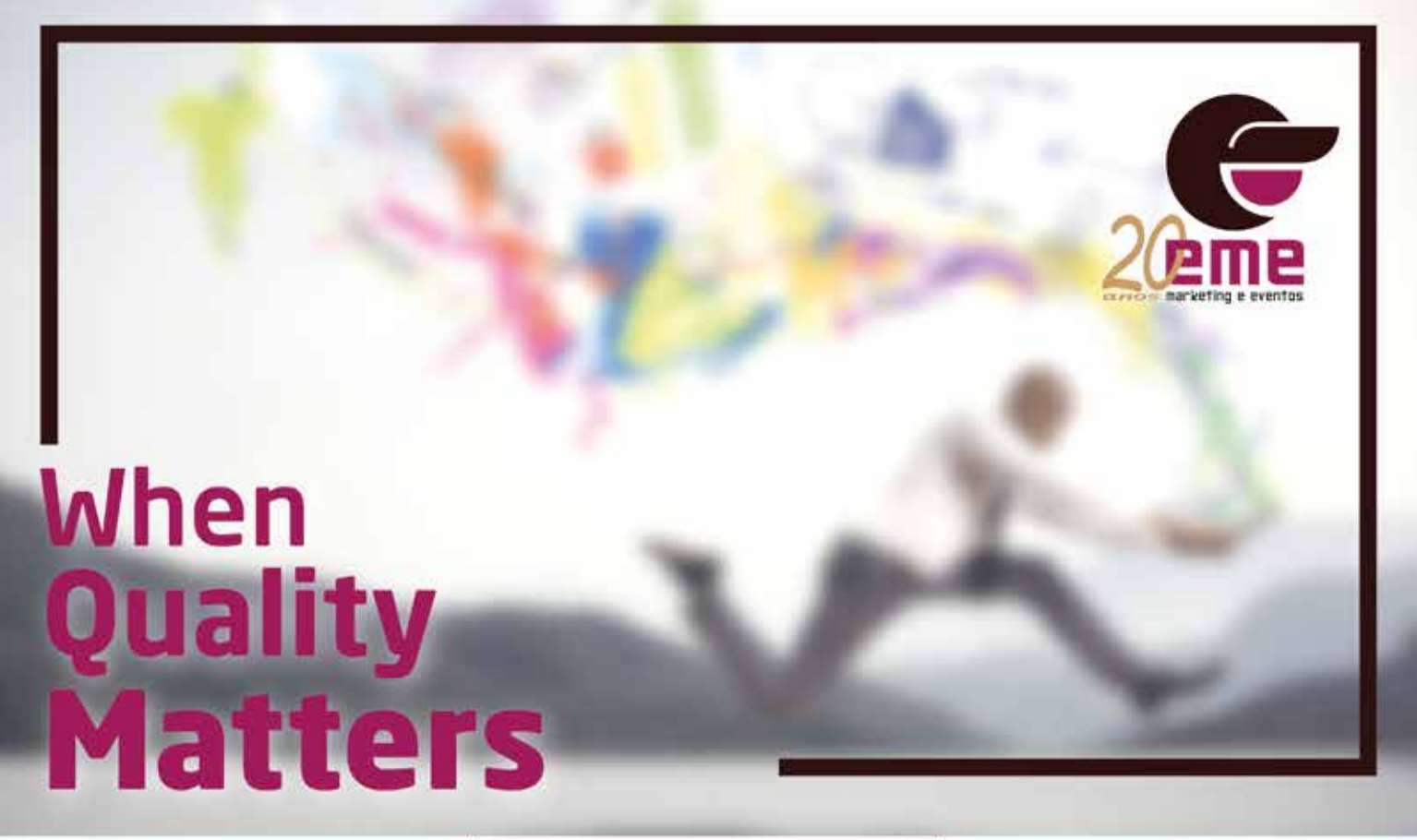
"Formar mais para cuidar melhor" poderá vir a ser o lema para mantermos bem vivo o interesse da formação ligada ao exercício clínico e ao desenvolvimento do conceito de centro de saúde e de CSP. Tendo em conta as necessidades de saúde da população e a dispersão geográfica, parece necessária a implantação na comunidade e uma política de desenvolvimento de uma relação com os municípios.

Quando se fala de saúde das pessoas, pensamos em cuidados na comunidade. E quando referimos comunidade, pensamos em município. Assim sendo, o envolvimento das estruturas municipais na política de saúde é uma necessidade em defesa e para a promoção da saúde das pessoas.

A criação de uma consulta de especialidade de Medicina Geral e Familiar, que garanta a continuidade de cuidados dirigidos e centrados na pessoa, com acessibilidade garantida de cuidados de saúde globais e de forma personalizada é um anseio legitimo dos colegas. O aproveitamento dos recursos existentes parece ser uma obrigação e um imperativo ético dificilmente evitável. Talvez estejamos bem perto de ver iniciar uma nova fase dos CSP em Cabo Verde com o desenvolvimento do conceito de consulta de especialidade médica no âmbito dos CSP. Progressivamente seria desejável e importante apoiar esta iniciativa e promover a sua disseminação. Os cuidados de saúde baseados em demanda espontânea e de caráter curativo são uma solução precária e de resultados muito falíveis. Mas os cuidados de saúde alicerçados em fundamentações científicas, exercidos por profissionais treinados em abordagem holística, numa perspetiva continua e de forma personalizada e acessível terão maior sucesso como está amplamente demonstrado. Como refere Ian Mc Winneya, a dimensão da relação personalizada "significa que o nosso relacionamento com o paciente é incondicional…termina apenas com a morte, com a separação geográfica ou por mútuo consenso."

*Médica especialista em Medicina geral e Familiar e membro do Grupo Coordenador da Formação em exercício em Medicina Geral e Familiar - Cabo Verde

** Médico especialista em Medicina geral e Familiar e membro do Grupo Coordenador da Formação em exercício em Medicina Geral e Familiar - Portugal



SUPORTES GRÁFICOS

- CARTÕES DE VISITA
- CONVITES
- DESDOBRÁVEIS
- BROCHURAS
- CARTAZES
- DÍSTICOS DECORATIVOS
- MENUS
- MANUAIS, REVISTAS, LIVROS E BOLETINS
- POSTAIS
- CRACHÁS

EVENTOS

- ORGANIZAÇÃO DE REUNIÕES, SEMINÁRIOS, CONFERÊNCIAS E CONGRESSOS
- DECORAÇÃO, MONTAGEM E DESMONTAGEM DE STANDS
- APRESENTAÇÃO PÚBLICA DE PRODUTOS E SERVIÇOS
- ORGANIZAÇÃO DE FESTAS TEMÁTICAS (ANIVERSÁRIOS, BATIZADOS, CASAMENTOS E NATAL)
- ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS CULTURAIS (SHOWS, FESTIVAIS, APRESENTAÇÕES)
- ORGANIZAÇÃO DE VISITAS DE CARÁTER INSTITUCIONAL / PROFISSIONAL

PUBLICIDADE

- ANÚNCIOS PARA TV E RÁDIO
- ANÚNCIOS PARA JORNAIS
- OUTDOORS
- PUBLICIDADE EM PONTOS DE VENDA
- MAILINGS

IDENTIDADE EMPRESARIAL

- LOGOTIPO
- DECORAÇÃO DE ESPAÇOS (ESCRITÓRIOS, AGÊNCIAS, RESTAURANTES, ETC)

FAZEMOS AINDA

- MARKETING DIGITAL
- GESTÃO DE REDES SOCIAIS
- WEB SITES
- ALUGUER DE EQUIPAMENTO DE TRADUÇÃO SIMULTÂNEA
- PESQUISAS E SONDAGENS DE OPINIÃO
- ESTUDOS DE MERCADO E PROMOÇÃO DE VENDAS

Av. Santiago, Palmarejo - c.p. 835
Telefone: (238) 261 49 39 / 15
Movel: (238) 927 89 68
E-mail: eme@eme.cv
Site: www.eme.cv

Gestão da Hipertensão Arterial: Um Ensaio em Cabo Verde

Hypertension Management: An Essay in Cape Verde

Manejo de la Hipertensión: Un Ensayo en Cabo Verde

Autores:
Alcides Queita [1]
Ercília Rocha [2]
Eunice Borges [3]
Margarida Cardoso [4]
Virgínia Mulas [5]

(1) Alcides Queita - Fisioterapeuta - Hospital Dr. Agostinho Neto - Praia - Cabo Verde

(2) Ercília Rocha - Psicóloga - Hospital Regional Santa Rita Vieira - Assomada - Cabo Verde

(3) Eunice Borges - Enfermeira - Hospital Dr. Agostinho Neto – Praia - Cabo Verde

(4) Margarida Cardoso - Enfermeira - Hospital Dr. Agostinho Neto – Praia - Cabo Verde

(5) Virgínia Mulas - Encarregada do Programa LuxDev – Cooperação de Luxemburgo – Praia - Cabo Verde

RESUMO

A hipertensão arterial é uma condição médica crónica caracterizada por níveis elevados de pressão arterial. É uma condição comum e perigosa que aumenta o risco de doenças cardiovasculares graves. O diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a adoção de um estilo de vida saudável são fundamentais para controlar a pressão arterial elevada e reduzir o risco de complicações.

OBJETIVOS: Realizar uma revisão integrativa da literatura; Contextualizar a doença em Cabo Verde e apresentar um modelo de programa que visa contribuir para a prevenção da HTA no país.

MÉTODOS: Trata-se de uma revisão integrativa. As bases de dados eletrónicas foram The Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Observatório da Saúde do Instituto Nacional da Saúde Pública (INSP). Realizou-se a análise e síntese dos dados de forma descritiva e, em seguida, descreveu-se o valor das evidências adotadas para a elaboração da revisão integrativa.

RESULTADOS: Em Cabo Verde, no ano 2007, verificou-se a prevalência de 58,7% de HTA na faixa etária 55-64. Em 2007, a prevalência de HTA, ou seja, a prevalência de pessoas com TA sistólica ≥140 e/ou TA diastólica ≥ 90 mm Hg ou sob tratamento antihipertensivo foi de 38,7 % e, em 2019, de 30,8%.

CONCLUSÃO: Os dados mostram elevada associação da HTA a fatores de risco, tais como o avanço da idade, o tabagismo ativo, o sedentarismo, o excesso de peso, o consumo de álcool, a alimentação não saudável. Diante da prevalência de HTA na população cabo-verdiana e da sua forte associação a fatores de risco modificáveis, um dos maiores desafios para o país tem a ver com o enfoque na promoção da saúde e na prevenção da doença.

DESCRITORES: Hipertensão; Pressão Arterial, Fatores de Risco da Hipertensão Arterial; Estilo de Vida Saudável; Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Conduct an integrative literature review; contextualize the disease in Cape Verde and present a program model that aims to contribute to health promotion and prevention of HTA in the country.

METHODS: It is an integrative review. The electronic databases were The Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE; Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), PubMed and Health Observatory of the National Institute of Public Health (INSP). The analysis and synthesis of the data was carried out in a descriptive way, and then the value of the evidence adopted for the elaboration of the integrative review was described.

RESULTS: In Cape Verde in 2007, there was a prevalence of 58.7% of HTA in the age group 55-64. In 2007, the prevalence of hypertension, that is, people with systolic ED ≥140 and/or diastolic ED ≥90 mm Hg or under antihypertensive treatment was 38.7% and in 2019 it was 30.8%.

CONCLUSION: The data show a high association of hypertension with risk factors such as advancing age, low economic status, active smoking, overweight, alcohol consumption, and unhealthy diet. Given the prevalence of hypertension in the Cape Verdean population, and its strong association with modifiable risk factors, one of the greatest challenges for the country has to do with focusing on health promotion and disease prevention.

DESCRIPTORS: Hypertension; Blood Pressure, Risk Factors for Hypertension; Healthy lifestyle; Cardiovascular diseases.

RESUMEN

OBJETIVOS: Realizar una revisión integradora de la literatura; contextualizar la enfermedad en Cabo Verde y presentar un modelo de programa que tiene como objetivo contribuir a la promoción de la salud y la prevención de la ETS en el país.

MÉTODOS: Es una revisión integradora. Las bases de datos electrónicas fueron The Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE; Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), PubMed y Observatorio de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). El análisis y síntesis de los datos se realizó de forma descriptiva, y luego se describió el valor de la evidencia adoptada para la elaboración de la revisión integradora.

RESULTADOS: En Cabo Verde en 2007, hubo una prevalencia del 58,7% de ETS en el grupo de edad de 55 a 64 años. En 2007, la prevalencia de hipertensión, es decir, personas con DE sistólica ≥140 y / o DE diastólica ≥90 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo fue del 38,7% y en 2019 del 30,8%.

CONCLUSIÓN: Los datos muestran una alta asociación de la hipertensión con factores de riesgo como la edad avanzada, el bajo nivel económico, el tabaquismo activo, el sobrepeso, el consumo de alcohol y una dieta poco saludable. Dada la prevalencia de la hipertensión en la población caboverdiana y su fuerte asociación con factores de riesgo modificables, uno de los mayores desafíos para el país tiene que ver con centrarse en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

DESCRIPTORES: Hipertensión; Presión arterial, factores de riesgo de hipertensión; Estilo de vida saludable; Enfermedades cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA), que é uma das principais causas de morte prematura em todo o mundo, carateriza-se por uma pressão sanguínea excessiva na parede das artérias, acima dos valores considerados normais, que ocorre de forma crónica. Diagnostica-se HTA quando a pressão máxima é maior ou igual a 140 mmHg, ou a pressão mínima é maior ou igual a 90 mmHg1.

A HTA é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, especialmente a doença coronariana e o acidente vascular cerebral, e também para a doença renal crónica, a insuficiência cardíaca, a arritmia e a demência2.

Um dos objetivos globais relativos às doenças não transmissíveis é reduzir a prevalência da hipertensão arterial em 25% entre 2010 e 2025 3.

Nos Estados Unidos da América a HTA afeta cerca de 86 milhões de adultos ≥20 anos 4.

Na Europa, essa realidade é bastante expressiva pois 30% a 45% da população tem HTA, sendo que na maioria dos casos (90%) não existe uma causa conhecida associada5. Portugal é dos países da Europa com uma das mais elevadas taxas de HTA6. A sua elevada prevalência conduz a avultosos custos económicos, a nível individual e social6.

Em África, a pressão arterial elevada quase não existia no seio das populações nativas na primeira metade do século XX. Atualmente, a hipertensão afeta entre 30 e 50 por cento dessas populações. A prevalência e a incidência tanto da hipertensão como da pré-hipertensão são elevadas7.

A etiologia da HTA é multifatorial. Entre os fatores associados ao seu desenvolvimento estão a idade, o género, a etnia, o excesso de peso e a obesidade, a ingestão de sal e de álcool, o sedentarismo, a hereditariedade e os fatores socioeconômicos8. É uma patologia que acarreta aumento dos custos dos sistemas de saúde, com importante impacto socioeconómico, e contribui significativamente para a carga global das doenças e a perda de anos de vida por incapacidade3.

Diante do exposto, esta pesquisa foi elaborada com o objetivo de realizar uma revisão integrativa da literatura; contextualizar a doença em Cabo Verde e apresentar um modelo de programa que visa contribuir para a promoção de um estilo de vida saudável e a prevenção da HTA no país.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que é definida como um método de avaliação específico, que resume literatura empírica ou teórica com estudos de diferentes abordagens e tem a finalidade de fornecer maior compreensão sobre um determinado fenómeno ou problema de saúde, além de apresentar entendimento mais abrangente para as práticas e políticas de saúde9.

A busca foi feita através de literatura disponível em bases de dados na internet, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme). As bases de dados eletrónicas foram The Scientific Electornic Library Online (SciELO), MEDLINE; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Observatório da Saúde do Instituto Nacional da Saúde Pública (INSP), no período entre 22 de junho e 5 de julho de 2021.

Para a busca de dados utilizou-se como descritores "hipertensão", "pressão arterial", "fatores de risco da hipertensão arterial", "estilo de vida saudável", "doenças cardiovasculares", e suas respetivas traduções para os idiomas inglês e espanhol, tendo-se realizado o cruzamento entre eles.

Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram artigos originais; ser publicado entre o período de 2007 a 2021; em um dos três seguintes idiomas: português, inglês e espanhol).

Prosseguiu-se com a leitura dos títulos e resumos para se identificar se comtemplavam e retratavam estudos relacionados com a temática. Verificou-se a disponibilidade do texto na íntegra.

A amostra total foi de 30 estudos, de entre os quais apenas 7 foram selecionados para compor a amostra da revisão. Os restantes foram excluídos, por fugirem à temática. A análise e síntese dos dados foram realizadas de forma descritiva, levantando as informações relevantes sobre o conhecimento produzido e o tema explorado na revisão.

ARTIGOS SELECIONADOS

Tabela 1 – Síntese dos artigos selecionados para a revisão integrativa

Autor/Ano	Tipo de estudo	Principais resultados	Conclusão
Marques, P. Aline et al. - 2018	Revisão sistemática	A idade e o Índice de Massa Corporal (IMC) elevados foram os fatores relacionados com maior chance de ter HTA mais encontrados nos estudos. Outros fatores associados à HTA foram: sexo masculino, menor escolaridade, menor renda e circunferência da cintura elevada. Nunca ter fumado, nunca ter consumido álcool e ter cor branca apareceram como características relacionadas a menor chance de ter HTA.	As caraterísticas demográficas, socioeconómicas, comportamentais e antropométricas são importantes fatores associados a maior chance de ter HTA na população adulta. Entretanto, enquanto a maioria dos fatores associados à HTA for passível de intervenção, serão necessárias políticas de promoção da saúde mais amplas para reduzir as desigualdades socioeconómicas na prevalência de HTA.
Radovanov ic, A. T. Cremilde et al. - 2014	Estudo transversal, descritivo	Dentre os sujeitos, 23,03% referiram ser hipertensos, com prevalência maior no sexo feminino. O Odds Ratio apontou que tabagismo, índice de massa corporal, circunferência abdominal, diabetes mellitus e dislipidemia apresentaram associação positiva com HTA.	A elevada prevalência de HTA autorreferida e sua associação com outros fatores de risco cardiovasculares, como diabetes, obesidade e dislipidemia, apontam a necessidade de intervenções específicas de enfermagem e implementação de protocolo de atendimento que tenha como foco minimizar as complicações decorrentes da HTA, como também prevenir o surgimento de outras doenças cardiovasculares.
Guedes, G. Nirla & Lopes, V. O. Marcos - 2010	Revisão integrativa	Os antecedentes encontrados foram: aconselhamento/ educação, motivação, desenvolvimento de metas a partir do Modelo Transteórico, autoeficácia e grupos de apoio. Quanto aos consequentes foram evidenciados benefícios gerais para a saúde e benefícios fisiológicos, psicossociais, cognitivos e comportamentais. A análise conceitual subsidia uma assistência de qualidade e centrada no portador de HTA com vista ao controle da doença e prevenção de complicações	Forneceu uma compreensão geral do exercício físico, possibilitando a identificação dos atributos, dos fatores antecedentes e dos consequentes mais frequentemente associados ao conceito, subsidiando uma assistência de qualidade e centrada no portador de HTA com vista ao controlo da doença e prevenção de complicações. Desta forma, faz-se necessário o empenho dos enfermeiros para a compreensão destas condições, no sentido de buscar estratégias para o enfrentamento da HTA.

Malta, C. Deborah et al. - 2017	Estudo transversal - 2013	A prevalência de HTA autorreferida entre os adultos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal foi de 24,1%. Foram identificadas as seguintes associações com HTA autorreferida: faixa etária, tomando 18 a 24 anos como referência, todas as faixas etárias apresentaram maior chance – de 25 a 34 anos até 65 anos ou mais; baixa escolaridade (9 a 11 anos de estudo; e 12 anos ou mais cor da pele preta ser ex-fumante; obesidade; diabetes); e colesterol elevado.	Cerca de um quarto da população adulta residente nas capitais brasileiras refere ter HTA. As informações do Vigitel são úteis para o monitoramento da HTA e identificação de seus fatores associados, subsidiando políticas públicas de promoção, vigilância e atenção à saúde.
Pinto, A. Saraiva, D. & Marques, E - 2020.	Revisão integrativa	Os resultados referem que o estilo de vida tem influência na saúde da pessoa com HTA. A maioria dos artigos focou-se nos itens que compõem o estilo de vida e outros relacionam-se com a influência da educação na saúde e o apoio dos familiares.	Na maioria dos artigos é recomendada a mudança do estilo de vida (alimentação saudável, prática regular de atividade física, diminuição do consumo de álcool e cessação tabágica) para promoção da saúde e prevenção das complicações da HTA.
Souzal A. BorgesII, J. MoreiraIII, T. 2016	revisão sistemática com meta-análise	O resumo do efeito apresentou um aumento médio de 2,45 pontos (IC 95% 1,02–3,87; p < 0,0008) na qualidade de vida de indivíduos que aderem a tratamento não -farmacológico para hipertensão arterial.	O tratamento não-farmacológico melhora a qualidade de vida geral e o domínio físico de pessoas com hipertensão arterial.
Vijver, V. Steven - 2013	Estudo transversal	A prevalência da HTA em África aumentou significativamente ao longo das duas últimas ou três décadas. Em 2000, havia aproximadamente 80 milhões de adultos com HTA na África a sul do Sahara e as projeções baseadas nos atuais dados epidemiológicos indicam que este número irá subir para 150 milhões até 2025. Ademais, há provas que indicam que as complicações relacionadas com a HTA e, em particular, com a trombose e o ataque cardíaco estão a tornar-se cada vez mais comuns no continente. Estas tendências têm estado fortemente ligadas às mudanças nos estilos de vida individuais e da sociedade.	Considerando que a pressão arterial elevada quase não existia no seio das populações nativas africanas na primeira metade do século XX, a hipertensão afeta agora entre 30 e 50 por cento dessas populações. A redução e o controlo da pressão arterial são a chave para a prevenção das doenças cardiovasculares. Muitos países em África estão a passar por uma rápida transição demográfica e epidemiológica. A prevalência e a incidência tanto da HTA como da pré-hipertensão são elevadas.

RESULTADOS

ESTADO DA ARTE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas em todo o mundo tenham HTA, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais3. Estima-se que 1 em cada 4 homens e 1 em cada 5 mulheres tenham hipertensão e que, em 2025, 1,56 bilhão de adultos viverão com hipertensão 10. A pressão arterial tende a aumentar com a idade, estima-se que cerca de dois terços das pessoas com idade superior a 65 anos são hipertensas, sendo este o grupo etário em que a hipertensão sistólica isolada é mais frequente5.

Cabo Verde, em termos epidemiológicos, está em fase de transição, mostrando que as doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas 11. Os dados do I Inquérito de Doenças não Transmissíveis (I IDNT), realizado em 2007, apontam para uma prevalência de HTA de cerca de 35% da população5. Em 2018, foram notificados pelas delegacias de saúde um total de 32.827 casos de HTA, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 6,03% por 100.000 habitantes12.

Nos Países de Língua Portuguesa (Tabela 2) observou-se tendências diversas na evolução da mortalidade proporcional e nas taxas de mortalidade por doença hipertensiva, de 1990 a 2015. Verificou-se maiores mortalidades proporcionais por doença hipertensiva no Brasil, em Moçambique e Angola13.

A doença hipertensiva é responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquémica e dos acidentes vasculares cerebrais, respetivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a HTA na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos14.

Nos estudos sobre Carga Global da Doença (GBD) a HTA aumentou substancialmente entre 1990 e 2015, assim como os óbitos e os anos de vidas perdidos por alguma incapacidade associada à HTA. Foi o fator de risco que mais contribuiu para os anos de vida perdidos por incapacidade (DALY) mundial, superando tabagismo e obesidade15.

Relativamente ao tratamento, a literatura aponta muitas orientações para o manejo da HTA, apresentando a modificação do estilo de vida como o primeiro passo que deve ser dado para o controlo da doença4. As recomendações para reduzir a pressão arterial e diminuir o risco de doença cardiovascular (com maiores resultados alcançados quando duas ou mais modificações no estilo de vida são combinadas), incluem: perda de peso; limite na ingestão do álcool; redução na ingestão de sódio; manter a ingestão adequada de potássio; manter a ingestão adequada de cálcio e magnésio; parar de fumar e reduzir a ingestão de gordura saturada; prática de exercícios aeróbicos pelo menos 30 minutos diários durante a maioria dos dias4.

Tabela 2 – Mortalidade proporcional e percentagem anual de mudança nas taxas de mortalidade em ambos os sexos, todas as idades, de 1990 a 2015, por doenças hipertensivas e população em 2015.

Países	Doença hipertensiva Mortalidade proporcional	População 2015*
Brasil	1,77 (+1,79)	205.002.000
Moçambique	1,46 (+0,27)	25.727.911
Angola	1,28 (-0,97)	25.789.024
Portugal	1,08 (+1,20)	10.374.822
Guiné-Bissau	0,53 (-0,43)	1.844.000
Timor-Leste	1,33 (+0,38)	1.212.107
Macau	ND	642.900
Cabo Verde	0,75 (-0,62)	524.833
São Tomé e Príncipe	0,44 (-0,55)	190.000

Fonte: Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

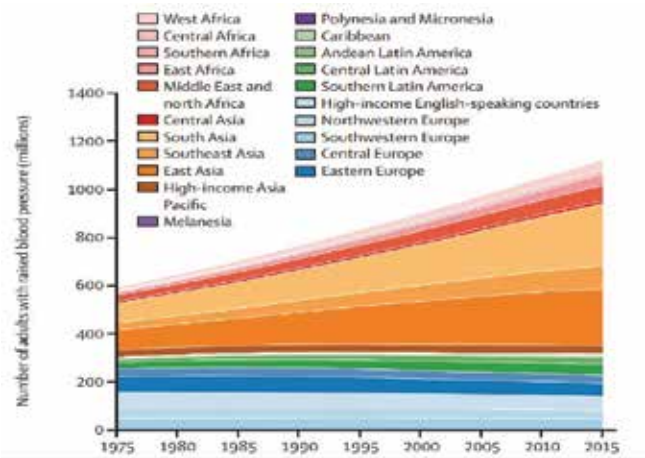


Figura 1 – Relação entre a pressão arterial sistólica média e diastólica média padronizada por idade em homens e mulheres com 18 anos e mais em 2015

Fonte: Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015

De acordo com o estudo " Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants", o número de adultos com HTA aumentou de 594 milhões em 1975 para 1,13 bilhões em 2015, sendo 597 milhões de homens e 529 milhões de mulheres16.

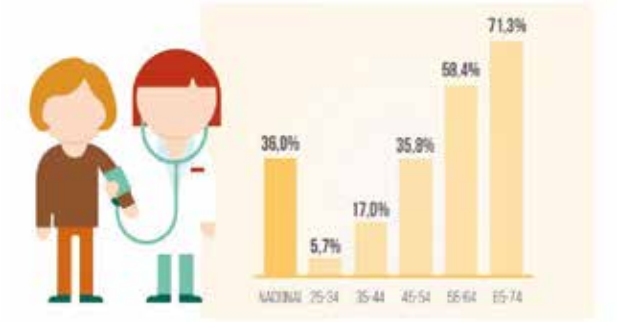


Figura 2 - Prevalência da hipertensão em Portugal por grupo etário, 2015

Fonte: Retrato da Saúde, 2018

Em Portugal, no ano 2018, a HTA aumentou com a idade, afetando mais de 71% dos portugueses na faixa etária dos 65-74 anos17.

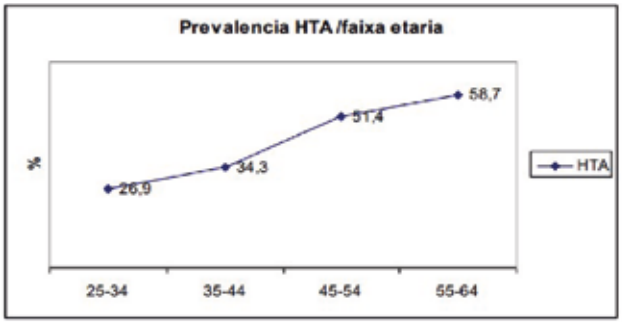


Gráfico 1 – Prevalência da HTA por sexo e faixa etária em Cabo Verde, 2007

Fonte: I IDNT; MS; INE; OMS, 2007

Em Cabo Verde, no ano 2007, verificou-se um nítido aumento da prevalência da HTA com a idade e na faixa etária de 55-64 anos; a proporção aumentou 58, 7%, como se pode constatar no gráfico 118. Entretanto, se levarmos em conta apenas os inquiridos com TA sistólica ≥140 e/ou TA diastólica ≥ 90 mmHg, a prevalência encontrada foi de 34,9%18.

Em 2019, a pressão arterial sistólica média, incluindo aqueles que estão medicados para HTA, foi de 128.8; a pressão diastólica média, incluindo aqueles que estão medicados para HTA, foi de79.1; a percentagem dos hipertensos com PAs ≥ 140 e/ou PAd ≥ 90 mmhg ou que estão medicados para HTA foi de 30,8%) e a percentagem dos hipertensos com PAs ≥ 140 e/ou PAd ≥ 90 mmHg ou que estão medicados para HTA e que não cumpria a medicação foi de 70.2%19.

Tabela 3 – Resultados da HTA para adultos de 18 a 69 anos, 2019

	Ambos Sexos	Masculino	Feminino
Pressão arterial sistólica média, incluindo aqueles que estão medicados para HTA	128.8	133.7	123.7
Pressão diastólica média, incluindo aqueles que estão medicados para HTA	79.1	80.3	77.9
Percentagem dos Hipertensos com PAs ≥ 140 e/ou PAd ≥ 90	30.8%	36.2%	25.1%
Percentagem dos Hipertensos com PAs ≥ 140 e/ou PAd ≥ 90 mmHg ou que estão medicados para HTA e que não cumprem a medicação	70.2%	83.3%	50.4%
mmHg ou que estão medicados para HTA. Hipertensos			

Fonte: II IDNT, 2019

Tabela 4 – Resultados dos fatores de risco referentes ao ano 2007 e 2019

Variaveis	2007	2019
Percentagem dos que consumiram álcool regularmente nos últimos 30 dias	40,3%	45%
Percentagem de fumadores	9,9%	9.6%
Percentagem dos que comeram menos de 5 porções de fruta ou vegetais por dia	86,1%	79,1%
Percentagem daqueles que não fazem actividade física intensa	68,7%	55,6%
Percentagem daqueles com sobrepeso (IMC ≥ 25kg/m2)	36,9%	44,2%
Percentagem de obesos (IMC ≥ 30 kg/m2)	10,5%	14,3%

Fonte: I IDNT, 2007; II IDNT, 2019

Em relação à alimentação saudável, a percentagem dos que sempre ou muitas vezes adicionam sal ou molhos salgados aos alimentos ou enquanto comem é de 8,5%; a percentagem daqueles que sempre ou quase sempre comem alimentos processados ricos em sal é de 10.2%; e a percentagem daqueles que sempre ou quase sempre comem ou bebem alimentos açucarados é de 30.6%19.

Tabela 5 – Resultados da alimentação saudável para adultos de 18-69 anos (incl. IC 95%) (ajuste se necessário), 2019

	Ambos Sexos	Masculino	Feminino
Percentagem dos que sempre ou muitas vezes adicionam sal ou molhos salgados aos alimentos ou enquanto comem	8.5%	8.3%	8.8%
Percentagem daqueles que sempre ou quase sempre comem alimentos processados ricos em sal	10.2%	10.5%	9.9%
Percentagem daqueles que sempre ou quase sempre comem ou bebem alimentos açucarados	30.6%	30.9%	30.2%
Percentagem daqueles que comem sempre ou quase sempre comidas gordurosas	15.5%	16.8%	14.2%

Fonte: II IDNT, 2019

DISCUSSÃO

Durante as últimas quatro décadas (1975-2015) os níveis mais elevados de tensão arterial mundial passaram dos países de alto rendimento para os países de baixo rendimento. Os resultados do estudo mostraram um aumento da pressão arterial nos países de baixa e média renda, especialmente na Ásia e na África Subsaariana. Por outro lado, os níveis permaneceram elevados na Europa Oriental e Central e na América Latina. Estima-se que 1,13 mil milhões de pessoas em todo o mundo têm hipertensão, a maioria (dois terços) a viver em países de baixo e médio rendimento 3. Menos de 1 em cada 5 pessoas com hipertensão têm o problema sob controlo3.

Nos artigos selecionados os fatores associados a maior probabilidade de HTA foram: avanço da idade, baixa classe económica, tabagismo ativo, excesso de peso e tolerância à glicose diminuída e/ou diabetes mellitus.

Em Portugal a HTA afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos. É mais prevalente nos homens do que nas mulheres e aumenta com a idade, afetando mais de 71% dos portugueses na faixa etária dos 65-74 anos17. Em Cabo Verde no ano 2007, verificou-se a prevalência de 58,7% da HTA na faixa etária de 55-6418. Em 2007 a prevalência da HTA, ou seja, pessoas com TA sistólica ≥140 e/ou TA diastólica ≥ 90 mm Hg ou sob tratamento anti-hipertensivo, foi de 38,7 % e em 2019 foi de 30,8%18.

Comparativamente aos resultados preliminares do I e II IDNT em relação aos fatores de riscos modificáveis (consumo de álcool, tabagismo, hábito alimentar, prática de atividade física, a IMC) nota-se que em 2019 ouve um aumento da percentagem dos que consumiram álcool regularmente nos últimos 30 dias e na IMC (percentagem daqueles em sobrepeso e percentagem de obesos).

Com a base na literatura, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a obesidade constituem fatores de risco para pressão arterial.

CONCLUSÃO

A HTA, no âmbito das doenças crónicas não transmissíveis, constitui um grave problema para a saúde pública. Os dados mostram elevada associação da HTA a fatores de risco como o avanço da idade, a baixa classe económica, o tabagismo ativo, o excesso de peso, o consumo de álcool, a alimentação não saudável.

Diante da prevalência da HTA na população cabo-verdiana e a sua forte associação a fatores de risco modificáveis, um dos maiores desafios para o país tem a ver com o enfoque na promoção da saúde e na prevenção da doença.

É necessário intervir sobretudo nos dois primeiros níveis de prevenção. A prevenção primária é realizada através do controlo dos fatores de risco associados, e a prevenção secundária desenvolvida através de rastreios e deteção.

Na gestão da HTA, para além das estatísticas clínicas e quantitativas, o foco deverá ser nos múltiplos fatores e determinantes existentes, num determinado grupo/população. O contínuo monitoramento da HTA e dos seus fatores associados é fundamental para o planeamento e a melhoria contínua de programas e ações de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Serviço Nacional de Saúde (SNS). Hipertensão arterial. Portugal. Acessado em 22 de junho de 2021. Disponivel em: Hipertensão arterial | SNS24 (portal-sns24-prd.azurewebsites.net).

2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Dia Mundial da Hipertensão 2020. Acessado em 22 de junho de 2021. Disponivel em: Dia Mundial da Hipertensão 2020 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org).

3. Malta, D. C., Gonçalves, R. P. F., Machado, I. E., et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. Acessado 23 de junho de 2021. https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1. 2018.

4. Medscape. Hypertension Treatment & Management. Acessado em 25 de junho de 2021. Disponível em: Hypertension Treatment & Management: Approach Considerations, Nonpharmacologic Therapy, Pharmacologic Therapy (medscape.com).

5. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. Acessado em 24 de junho de 2021. Disponivel em: sphta_83_2021_0506.pdf.

6. Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade, S. S. C. A., et al.

Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros.

Acessado 25 de junho de 2021. https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26972018. 2017.

7. Vijver, S.V., Oti, S. , Addo, J. et al. Review of community-based interventions for prevention of cardiovascular diseases in low- and middle-income countries. Acessado 25 de junho de 2021.

DOI:10.1080/13557858.2012.754409. 2013.

8. Roberta Coimbra Velez de Andrade, R. C. V. & Fernandes, R. C. P. Hypertension and work: risk factos. Acessado 25 de junho de 2021. Disponivel em: Occupational Risk Factors for Arterial Hypertension in Workers of High Speed Railway Line in Italy (peertechzpublications.com). 2016

9. Soares, E. F. G., Pardo, L. S., Cost, A. A. S., et al. Evidências da interrelação trabalho/ocupação e hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. Acessado 23 de junho de 2021. Disponível em: Evidências da interrelação trabalho/ocupação e hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa | Soares | Revista Brasileira em Promoção da Saúde (unifor.br). 2017.

10. Sobrinho, C. A. A. & Vilan, K. Pressão Arterial em Crianças. O Papel Fundamental da Atividade Física e da Gordura Corporal. Acessado 23 de junho de 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36660/abc.20210117.

11. República De Cabo Verde, Ministério da Saúde. Politica Nacional de Saúde: Reformar Para Uma Melhor Saúde. Acessado 25 de junho de 2021. Disponível em:

http://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE. 2007.

12. República De Cabo Verde, Ministério da Saúde. Relatório Estatístico 2018. Praia. Cabo Verde.

13. Revista Portuguesa de Cardiologia. Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa. Acessado Acessado 05 de julho de 2021.

Disponível em: Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa | Revista Portuguesa de Cardiologia (revportcardiol.org).

14. Passos, V. M. A., Assis, T. D. & Barreto, S M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Acessado 25 de junho de 2021. Disponível em: Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional (iec.gov.br).

15. Marques, P. A., Szwarcwald C. L., Pires, D. C. Factors associated with arterial hypertension:

a systematic review. Acessado 25 de junho de 2021. Disponível em:

Https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26972018.

16. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 populationbased measurement studies with 19·1 million participants. Lancet. 2017 Jan 7;389(10064):37-55. Acessado 25 de junho de 2021. Disponível em: DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31972-3. 2016.

17. Serviço Nacional de Saúde (SNS). Retrato da Saúde 2018. Portugal. Acessado 25 de junho de 2021. Disponível em: RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf (sns.gov.pt). 2018.

18. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Estatísticas. Organização Mundial da Saúde. Inquérito Sobre Factores de Risco das Doenças Não Transmissíveis IDNT 2007. Acessado 29 de junho de 2021.

Disponível em: Doenças Cardiovasculares (gov.cv).

19. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Estatísticas. Organização Mundial da Saúde Inquérito Sobre Factores de Risco das Doenças Não Transmissíveis IDNT 2019. Praia. Cabo verde.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

1. Alcides Alain Pires Queita: alcides.queita@student.unicv.edu.cv

2. Ercília Lima Dos Reis Freire de Carvalho Rocha: ercilia.rocha@student.unicv.edu.cv

3. Eunice Helena Semedo Borges: euniceh.borges@student.unicv.edu.cv

4. Margarida Helena Soares Cardoso: margarida.cardoso@student.unicv.edu.cv 5. Virgínia Mulas virgina.mulas@student.unicv.edu.cv

" A Linda Borboleta"

Um livro belo, inclusivo e multiformato!

Por: Teresa Mascarenhas
Rosiane Rocha
Germano Almeida

1.000$00

Conhecimentos e necessidades em cuidados paliativos nos profissionais de saúde e familiares dos doentes oncológicos no Hospital Universitário Agostinho Neto

Autores:

Belisa Bento Miranda Lopes [1]

Marília De Assunção Rodrigues Ferreira Dourado [2]

Valéria Patrícia Monteiro Andrade Semedo [3]

(1) Médica clínica geral

(2) Médica Especialidade em patologia e professora associada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

(3) Médica Especialista em medicina interna, HUAN

RESUMO

Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, os quais enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida. Estes cuidados podem ser a resposta mais adequada para os desafios que as doenças não transmissíveis, sobretudo as doenças oncológicas, têm representado para o sistema nacional de saúde de Cabo Verde. Este trabalho tem como objetivo avaliar os níveis de conhecimento sobre os cuidados paliativos dos familiares/cuidadores de doentes oncológicos e de profissionais de saúde do Hospital Universitário Agostinho Neto, na ilha de Santiago, Cabo Verde. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, quali-quantitativo, que foi desenvolvido a partir de uma amostragem não probabilística por conveniência, através da aplicação de questionário. Dos 105 participantes, 55 são profissionais de saúde e 50 familiares/cuidadores de doentes oncológicos; cerca de 63,6% dos profissionais de saúde possuem uma ideia clara sobre os cuidados paliativos, enquanto 58% dos familiares/cuidadores de doentes oncológicos afirmaram que nunca ouviram falar acerca de cuidados paliativos. Portanto, os profissionais de saúde possuem um bom nível de conhecimento, enquanto os familiares/cuidadores de doentes oncológicos têm um conhecimento insuficiente, embora ambos os grupos referem ter necessidade de formação na área dos cuidados paliativos. Espera-se que este estudo seja utilizado como ferramenta útil de reflexão e análise no âmbito do planeamento estratégico de formações em cuidados paliativos e sua implementação no local do estudo.

PALAVRAS-CHAVES: Cuidados paliativos; Conhecimento; Profissionais de saúde; Familiares; Cuidadores informais; Formação.

ABSTRACT

Palliative care aims to improve the quality of life of patients and their families facing problems associated with life-threatening illnesses. They may be the most adequate response to the challenges that non-communicable diseases, especially oncological diseases, have represented for the national health system of Cape Verde. This study aims to assess the levels of knowledge about palliative care of family members/caregivers of cancer patients and health professionals at the Agostinho Neto University Hospital, Santiago Island, Cape Verde. The descriptive, qualitative-quantitative study was developed from non-probabilistic convenience sampling, through the application of questionnaires. Of the 105 participants, 55 are health professionals and 50 relatives/caregivers of cancer patients, about 63.6% of health professionals have a clear idea about PC and while, 58% of relatives/caregivers of cancer patients stated that they had never heard talk about PC. Therefore, health professionals have a good adequate level of knowledge, while family members/caregivers of cancer patients have insufficient knowledge, although both refer to having training needs in the field of palliative care. It is expected that this study will be used as a useful tool for reflection and analysis in the strategic planning of training, implementation of palliative care at the study site.

KEY WORDS: Palliative care; Knowledge; Health professionals; Relatives; Informal caregivers; Formation

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde conseguiu avanços muito significativos, com ganhos na saúde e no bem-estar das populações (Ministério da Saúde da República de Cabo Verde, 2014), traduzidos por indicadores que mostram a diminuição da taxa de mortalidade infantil, acompanhada do aumento da esperança média de vida. Acompanhando estes indicadores de saúde, verificou-se uma mudança no perfil das doenças da população, com aumento das doenças não transmissíveis (Delgado et al., 2017), tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças oncológicas. Por isso, as doenças crónicas requerem a prestação de cuidados de saúde mais adequados às necessidades, principalmente nas fases mais avançadas, em que os cuidados paliativos (CP) podem ser a melhor resposta, porque abordam o doente em todas as suas dimensões e são cuidados holísticos de qualidade. Por outro lado, devem ser integrados nos sistemas de saúde e fazer parte da cobertura universal de saúde às populações, que é uma das metas que devem ser atingidas por todas as nações do mundo que assumiram, em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável proposto palas Nações Unidas (World Health Organization, 2021). Cabo Verde foi um dos países que adotou esse compromisso (Instituto Nacional de Estatística, 2020), e isto demostra a relevância do acesso e da disponibilização dos CP.

Os CP são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. Têm como principais objetivos a prevenção e o alívio do sofrimento, através da identificação precoce e avaliação correta e do tratamento da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (World Health Organization, 2020).

Qualquer pessoa, de qualquer idade, com uma doença grave pode usufruir e ser referenciada para receber CP. É considerado doença grave "uma

condição que carrega um alto risco de mortalidade, tem impacto negativo na qualidade de vida e função diária do doente, e/ou é penoso em sintomas e tratamentos, ou no estresse do cuidador (Tatum & Millis, 2020).

Os CP podem ser iniciados em qualquer momento da trajetória da doença, ou seja, podem ser também prestados juntamente com a terapêutica curativa ou que pretendem o prolongamento da vida (Tatum & Millis, 2020). A Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) recomenda referenciação precoce para os CP juntamente com o tratamento ativo do cancro (Ferrell et al., 2017).

Os CP podem ser realizados em qualquer local onde se possa prestar cuidados, e requerem uma equipa interdisciplinar, que deve incluir como base médicos, enfermeiros e assistentes sociais. A equipa interdisciplinar deve ser bem coordenada, formada e treinada de tal forma que oferece um melhor cuidado, centrado no doente e na família (Ferrell et al., 2018).

Apreciando a situação dos CP em Cabo Verde, onde existem poucos estudos que versam sobre este assunto, e perante a existência de doentes com doença terminal que requeriam CP, contudo não tiveram acesso a estes, despertou o nosso interesse em aprofundar o conhecimento nesta matéria e conhecer mais a situação com vista a melhor contribuir para o desenvolvimento dos CP no país, principalmente na cidade da Praia.

Por isso, o objetivo principal deste trabalho consiste em avaliar os níveis de conhecimentos dos PS e familiares/cuidadores dos doentes oncológicos (F/CDO) sobre os CP, no Hospital Universitário Agostinho Neto (HUAN), ilha de Santiago.

Os objetivos específicos consistem em:

- Identificar quais as necessidades de formação em CP dos profissionais de saúde e F/CDO;
- Identificar as necessidades de implementação de serviços em CP;
- Propor ações de formação para os profissionais de saúde e de informação da população em CP

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo de caráter descritivo, quali-quantitativo, a partir de uma amostragem não probabilística por conveniência.

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Agostinho Neto (HUAN), nos seguintes serviços: cirurgia; medicina interna; oncologia; ortopedia e maternidade. O HUAN está situado na cidade da Praia, ilha de Santiago, em Cabo Verde. O HUAN é a maior estrutura hospitalar de Cabo Verde, localiza-se na zona do Plateau, no centro histórico da cidade da Praia, na região sudeste da ilha de Santiago, integrada na freguesia de Nossa Senhora da Graça (Silva, 2014).

POPULAÇÃO – ALVO/AMOSTRA

A amostra foi constituída por PS que trabalham nos diferentes serviços do HUAN e por familiares/cuidadores que acompanharam os doentes oncológicos nas consultas do mesmo hospital. Os critérios de inclusão dos familiares/cuidadores foram: serem maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que acompanham os doentes com diagnóstico de qualquer tipo de neoplasia maligna nas consultas de oncologia e de CP no HUAN; para os PS (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionais) os critérios eleitos foram: de ambos os sexos, que trabalham ou possuem doentes internados nos serviços de cirurgia, medicina interna, maternidade, oncologia e ortopedia do HUAN. Os critérios de exclusão foram para os PS: ser estagiário, não dominar a língua portuguesa; para os familiares/cuidadores: acompanhar doentes oncológicos pediátricos.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

Durante a investigação foi aplicado um questionário aos familiares/cuidadores de doentes oncológicos e um outro aos PS nos diversos serviços do HUAN. O questionário foi elaborado maioritariamente pelas investigadoras, contudo, algumas perguntas foram baseadas em 2 questionários de opinião (S. A. P. Lopes & Ribeiro, 2013; Mendes & Caldas, n.d.), de acesso livre e que não requeriam autorização para serem usados. O questionário que foi aplicado aos PS era de autopreenchimento e continha as seguintes variáveis: género; idade; profissão; ano de formação; local de trabalho; anos de trabalho como profissional de saúde; conhecimento sobre o que são, objetivos, destinatários e formação sobre CP; doentes internados no hospital; comunicação nos CP entre profissional da saúde, doentes e os seus respetivos familiares/cuidadores, intervenção como profissional de saúde em CP e implementação de serviços de CP.

Já o questionário que foi aplicado aos F/CDO foi preenchido pela própria investigadora, por inquérito e possuía as seguintes variáveis: género, objetivos e destinatários dos CP; doentes internados no hospital; participação em consultas e implementação de serviços de CP, idade, local de residência, habilitações literárias e profissão¸ conhecimento sobre o que são os CP.

Foi solicitada autorização formal da direção do Hospital Universitário Agostinho Neto e da Comissão Nacional de Proteção de Dados, e foi também submetido o projeto ao Comité Nacional de Ética de Pesquisa em Saúde de Cabo Verde e solicitado um termo de consentimento livre e esclarecimento aos indivíduos que aceitassem participar do estudo.

A análise dos dados foi realizada através do IBM SPSS 26, tendo sido a análise sido feita mediante a aplicação da estatística descritiva.

RESULTADOS

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A amostra é constituída por 105 participantes, entre os quais 55 são PS e os restantes, 50, são F/CDO. A maioria dos participantes são do sexo feminino (81,6%), pertencem à ilha de Santiago (89%). Quanto aos F/CDO, a maioria dos participantes são desempregados (24%), da faixa etária de 20/30 anos (28%) e possuem ensino primário (32%). Quanto aos PS, a maior parte dos indivíduos são enfermeiros (58,2%), pertencem ao serviço de cirurgia (32%), está na faixa etária entre os 40 e os 49 anos (45,5%) e possui licenciatura (100%), e por fim têm uma média de 14 anos como profissional de saúde. O desvio padrão é de 9,4 (tabela 1).

CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES/CUIDADORES DOS DOENTES ONCOLÓGICOS ACERCA DOS CP

Entre os PS, 63,6% possuem uma ideia clara sobre os CP (gráfico 1). A maioria dos participantes afirmou que controlar os sintomas da doença e/ou efeitos secundários dos tratamentos a que os doentes são submetidos e ajudar os seus familiares a lidar melhor com a situação de doença são os objetivos dos CP. Relativamente a quem se destinam os CP, a maior parte respondeu que se destinam aos doentes em fim de vida e às pessoas em qualquer fase de doença incurável. Cerca de 61,8% dos PS respondeu que a equipa básica dos CP é constituída por médicos, enfermeiros e psicólogos. A maioria dos participantes (83,6%) afirma que no quadro da aplicação dos CP é muito importante a comunicação entre os profissionais de saúde, os doentes e os familiares (tabela 2).

Cerca de 58% dos F/CDO afirmou que nunca ouviu falar acerca dos CP (gráfico1). A maior parte não sabe quais são os objetivos e nem a quem se destinam os CP. Cerca de 56% afirmou que não sabe se o doente tem de estar internado no Hospital para receber os CP (tabela 2).

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CP

A maioria dos PS teve alguma disciplina durante a sua formação académica sobre os CP (65,5%) e cerca de 92,7 % dos participantes responderam que gostariam de frequentar alguma formação especifica sobre CP. A maior parte dos PS afirma não ter conhecimento da existência de qualquer formação especifica na cidade da Praia sobre CP (56,4%). Cerca de 60% dos PS tem conhecimento da existência de alguma equipa de CP na cidade da Praia. A maioria dos indivíduos (76,4%) respondeu que acha muito importante implementar serviços de cuidados paliativos no HUAN (tabela 3).

FORMAÇÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES DE DOENTES ONCOLÓGICOS EM CP

A maioria dos F/CDO acha que na cidade da Praia não há consultas de CP (82%). Todos os indivíduos acham relevante a realização de formação/palestra sobre os CP para família/cuidador de doentes oncológicos e cerca de 86% acha muito importante a implementação de serviços de CP no HUAN (tabela 3).

DISCUSSÃO

Foram feitos estudos semelhantes em diferentes países, como Portugal (Dixe et al., 2020), Turquia (Kahveci & Gokcinar, 2014), Estados Unidos da América (Jinhai Huo et al., 2019), India (Gopal & Archana, 2016), Arábia Saudita (Alkhudairi, 2019; Ibraheem & Ghazwani, 2021), Suécia (Westerlund et al., 2018), Nigéria (Eleke et al., 2020) e Moçambique (Pinto et al., 2020), tendo como foco o conhecimento da população sobre cuidados paliativos, nos quais demonstrou-se que esse conhecimento é inadequado e com lacunas.

De entre esses estudos, alguns (Ibraheem & Ghazwani, 2021; Kahveci & Gokcinar, 2014), que avaliaram o conhecimento dos familiares acerca dos cuidados paliativos, o resultado obtido revelou que esse conhecimento é insuficiente. Por isso, é de extrema importância o conhecimento dos CP pelos familiares, visto que pode ajudar a aumentar a aceitação e o acesso a cuidados paliativos oportunos para os doentes. Inversamente, a falta de consciência e as perceções equivocadas podem ser uma barreira para os doentes, que devido a isso mesmo, são referenciados para os cuidados paliativos apenas nas últimas semanas e dias de vida (Dionne-Odom et al., 2019; Jinhai Huo et al., 2019).

Tendo em conta o resultado deste estudo, a maior parte dos PS são do sexo feminino e possuem um certo nível de conhecimento, contudo este não é adequado porque a maioria não escolhe abordar os problemas psicológicos no decorrer de uma doença grave e ajudar o doente a perceber e aceitar as suas opções de tratamento. Quanto a quem se destinam os CP, uma minoria dos profissionais de saúde escolheu as opções: doentes com cancro e principalmente doentes idosos. Em relação à equipa básica dos CP, os profissionais de saúde também não possuem conhecimento muito adequado sobre isso (Dixe et al., 2020; Ferrell et al., 2018; Tatum & Millis, 2020).

Os CP fazem parte do programa de prevenção e rastreio dos cancros, o qual tem como um dos objetivos fornecer informação e formação adequadas aos profissionais de saúde, principalmente os que não possuem especialidade médica oncológica (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2015). Neste contexto de importância dos cuidados paliativos na sociedade e de envelhecimento da população, o Ministério de Saúde de Cabo Verde criou um manual que visa orientar os cuidadores para lidar com os seus doentes. Portanto, pensa-se que com a criação deste manual os cuidados paliativos estão a ser divulgadas junto da população cabo-verdiana (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2021). Enquanto os F/CDO, apesar de terem um baixo nível de conhecimento, acham que deve haver formação para os familiares/cuidadores dos doentes oncológicos e que é necessária a implementação de serviços de cuidados paliativos no HUAN. A formação em CP é de extrema importância para o sucesso da implementação dos

serviços de CP, visto que a medicina paliativa exige conhecimentos específicos, atitudes e aptidões próprias (Neto, 2014).

CONCLUSÃO

Os familiares/cuidadores de doentes oncológicos possuem baixo nível de conhecimento dos CP, enquanto os PS do HUAN possuem um certo nível de conhecimento, contudo ambos os conhecimentos são inadequados, por isso precisam ser melhorados, principalmente entre os elementos do sexo feminino.

Portanto, espera-se que este estudo seja o ponto de partida para reflexão e análise no quadro do planeamento estratégico de formação e implementação de cuidados paliativos no local do estudo e em todo o território nacional de forma a se identificar os pontos prioritários de atuação.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Alkhudairi, H. M. (2019). General public awareness, knowledge, and beliefs toward palliative care in a Saudi population. Journal of Nature and Science of Medicine, 2(1), 48–53. https://doi.org/10.4103/JNSM.JNSM_37_18

Delgado, A. P., Ferrinho, P., & Tolentino, A. C. (2017). Educação médica em cabo verde no contexto de pequeno estado insular : o desafio da sua implantação. Universidade Nova de Lisboa.

Dionne-Odom, J. N., Ornstein, K. A., & Kent, E. E. (2019). What do family caregivers know about palliative care? Results from a national survey. Palliative & Supportive Care, 17(6), 643–649. https://doi.org/10.1017/S1478951519000154

Dixe, M. dos A., Santo, I. D. de O., Lopes, S., Catarino, H., Duarte, S., Querido, A., & Laranjeira, C. (2020). Knowledge and myths about palliative care among the general public and health care professionals in Portugal. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(13), 1–12. https://doi.org/10.3390/ijerph17134630

Eleke, C., Azuonwu, G., Agu, I. S., Nnorom, R. M., Ogini, A. N., Eleke-Bempong, E., & Uzoma, R. A. (2020). Knowledge of palliative care among professional nurses in south east Nigeria: A needs assessment for continuing education. International Journal of Africa Nursing Sciences, 13, 100237. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100237

Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., Firn, J. I., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Phillips, T., Stovall, E. L., Zimmermann, C., & Smith, T. J. (2017). Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. Journal of Clinical Oncology, 35(1), 96–112. https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474

Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, 21(12), 1684–1689. https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431

Ibraheem, N., & Ghazwani, E. (2021). Caregivers' awareness and perception of palliative care at Najran University Hospital, Najran region, Saudi Arabia. International Journal of Medicine in Developing Countries, 5(April), 1127–1133. https://doi.org/10.24911/ijmdc.51-1612183365

Jinhai Huo, Young-Rock, H., Reetu, G., Sandhya, Y., Issac W, H., Jiang, B., & Diana J, W. (2019). Knowledge of Palliative Care Among American Adults: 2018 Health Information National Trends Survey. Journal of Pain and Symptom Management, 58(1), 39-47.e3. https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2019.03.014

Kahveci, K., & Gokcinar, D. (2014). Knowledge about palliative care in the families of patients. Acta Medica Mediterranea, 30(6), 1369–1373.

Lopes, S. A. P., & Ribeiro, O. (2013). Susana Alexandra Pires Lopes Cuidados Paliativos: Conhecimentos dos Estudantes de Licenciatura em Enfermagem. Instituto Politécnico de Viseu.

Mendes, E. S. R., & Caldas, J. C. S. (n.d.). Conhecimentos sobre cuidados paliativos: opinião de uma amostra da população portuguesa. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte/CESPU.

Ministério da Saúde da Republica de Cabo Verde. (2014, February 21). Pacto Nacional Da Saúde. https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/252-pacto-nacional-de-saude/file

Ministério da Saúde de Cabo Verde. (2015). MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS. https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CPV_B5_Manual de Prevenção e Controlo de Doenças Oncológicas 2015.pdf

Ministério da Saúde de Cabo Verde. (2021). Guia do cuidador do doente em cuidados paliativos.

Mnisterio da Saúde e de Segurança Social da República de Cabo verde. (2019). Relatório estatístico 2018. Ministério Da Saúde e de Segurança Social Da República de Cabo Verde, 115. http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-1/538-relatorio-estatistico-2018-final/file?fbclid=IwAR0UfluOb4f-rihkD-qI2YzBJADrKuACN-wYg8BBDsiwsFM0fRafc2tteqZc

Neto, I. G. (2014, March). A propósito da criação da Competência de Medicina Paliativa. Revista Cuidados Paliativos, 1(1), 13–16.

Pinto, E., Marcos, G., Walters, C., Gonçalves, F., Sacarlal, J., Castro, L., & Rego, G. (2020). Palliative care in Mozambique: Physicians' knowledge, attitudes and practices. PLoS ONE, 15(8 August). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238023

Silva, M. N. L. (2014). Percepção dos utentes sobre o processo da triagem com classificação de risco: Atendimento de urgência do adulto no Hospital Agostinho Neto. Universidade de Cabo Verde e Universidade Estatual Paulista.

Tatum, P. E., & Millis, S. S. (2020). An Overview Hospice Palliative care Serious illness Interdisciplinary team End of life. Medical Clinics of NA, 104(3), 359–373. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.01.001

Westerlund, C., Tishelman, C., Benkel, I., Fürst, C. J., Molander, U., Rasmussen, B. H., Sauter, S., & Lindqvist, O. (2018). Public awareness of palliative care in Sweden. Scandinavian Journal of Public Health, 46(4), 478–487. https://doi.org/10.1177/1403494817751329

World Health Organization. (2020, August 5). Palliative care. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

World Health Organization. (2021). Universal health coverage. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

TABELAS

Tabela 1- Caraterização Sociodemográfica da Amostra

		PS	F/CDO	Total
		N (%)	N (%)	N (%)
Sexo	Feminino	44 (80%)	42 (84%)	86 (81,9%)
	Masculino	11 (20%)	8 (16%)	19 (18,1%)
Faixa etária	[20;30[	9 (16,4%)	14 (28%)	23 (21,9%)
	[30;40[	11 (20%)	12 (24%)	23 (21,9%)
	[40;50[	25 (45,5%)	10 (20%)	35 (33,3%)
	[50;60[	10 (18,2%)	12 (24%)	22 (21%)
	[60;70[		1 (2%)	1 (1%)
	[70;80[		1 (2%)	1 (1%)
Profissão	Auxiliar de limpeza		3 (6%)	3 (2,9%)
	Cabeleireira		1(2%)	1 (1%)
	Cuidador de idoso		1 (2%)	1 (1%)
	Comerciante		2 (4%)	2 (1,9%)
	Contabilista		1(2%)	1 (1%)
	Cozinheira		3 (6%)	3 (2,9%)
	Desempregada		12 (24%)	12 (11,4%)
	Estudante		5 (10%)	5 (4,8%)
	Enfermeiro	32 (58,2%)	1 (2%)	33 (31,4%)
	Engenheira		2 (4%)	2 (1,9%)
	Funcionário/empresa privada		9 (18%)	9 (8,6%)
	Fisioterapeuta	2 (3,6%)		2 (1,9%)
	Funcionário Público		2 (4%)	2 (1,9%)
	Guarda		1 (2%)	1 (1%)
	Médico	19 (34,5%)		19 (18,1%)
	Professor		2 (4%)	2 (1,9%)
	Peixeira		2 (4%)	2 (1,9%)
	Psicóloga	2 (3,6%)		2 (1,9%)
	Técnico Profissional		3 (6%)	3 (2,9%)
Habilitações Literárias	Ensino Primário		16 (32%)	16 (15,2%)
	Ensino Secundário		15(30)	15 (14,3%)
	Formação Profissional		5 (10%)	5 (4,8%)
	Licenciatura	55 (100%)	13 (26%)	68 (64,8%)
	Sem escolaridade		1 (2%)	1 (1%)
Local de residência (por ilha)	Boa Vista		1 (2%)	1 (1-%)
	Sal		4 (8%)	4 (4%)
	Santiago	55 (100%)	39 (78%)	94 (89%)
	São Nicolau		2 (4%)	2 (2%)
	São Vicente		4 (8%)	4 (4%)

Local de trabalho (HUAN)	Cirurgia	18 (32 %)
	HUAN[1]	4 (7,3%)
	Maternidade	6 (10,9 %)
	Medicina	14 (25,5%)
	Oncologia	6 (10,9%)
	Ortopedia	7 (12,7%)
Anos como PS	Média	14
	Desvio Padrão	9,4
	Mínimo	1
	Máximo	35

[1] Outros serviços

Gráfico 1- Conhecimentos sobre o que são CP dos profissionais de saúde e F/CDO

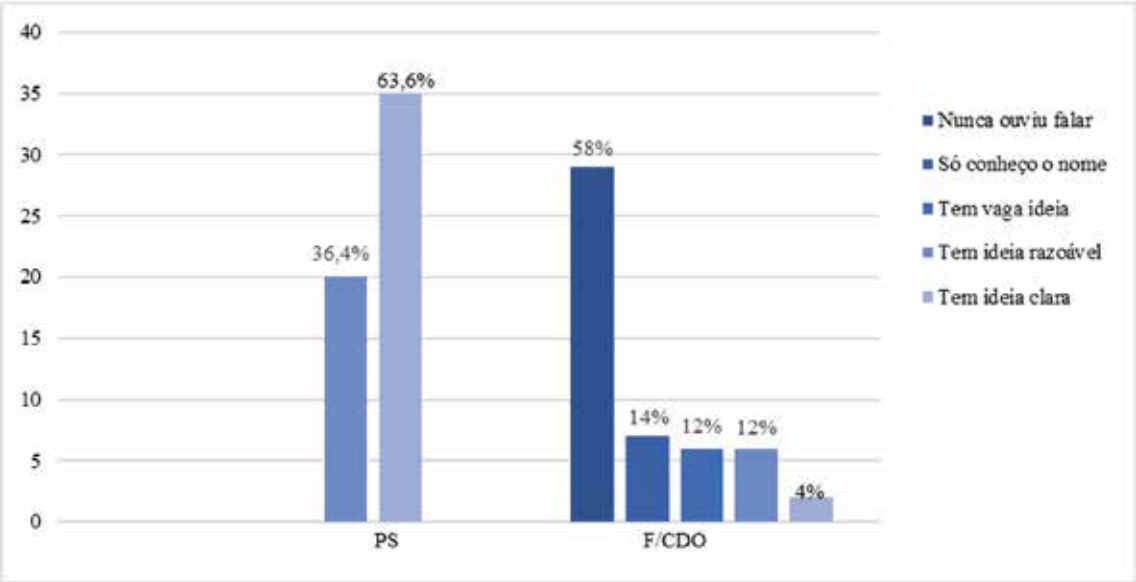


Tabela 2 :Conhecimento acerca dos CP entre os PS e F/CDO

		PS (N/%)	F/CDO (N/%)
Objetivos de CP			
Abordar problemas psicológicos que surjam no decorrer de uma doença grave	Não	36 (65,5%)	44 (88%)
	Sim	19 (34,5%)	6 (12%)
Controlar os sintomas da doença e/ou efeitos secu ndários de tratamentos que os doentes estejam a fazer ou tenham feito	Não	26 (47,3)	44(88%)
	Sim	29 (52,7)	6 (12%)
Ajudar os familiares e amigos dos doentes a lidar melhor com a situação de doença	Não	20 (36,4%)	35 (70%)
	Sim	35 (63,6%)	15 (30%)
Ajudar o doente a perceber e aceitar as suas opções de tratamento	Não	34 (61,8%)	44 (88%)
	Sim	21 (38,2%)	6 (12%)
Ajudar o doente a recuperar, dentro do possível, a sua autonomia nas suas atividades de vida diária	Não	28(50,9%)	36 (72%)
	Sim	27 (49,1%)	14 (28%)

Não sei	Não		19 (38%)
	Sim		31 (62%)
A quem se destinam os CP?			
Doentes em fim de vida	Não	27 (49,1%)	39 (78%)
	Sim	28 (50,9%)	11 (22 %)
Doentes com cancro	Não	39 (70,9%)	37 (74%)
	Sim	16 (29,1%)	13 (26%)
Doentes idosos	Não	49 (89,1%)	46 (92%)
	Sim	6 (10,9%)	4 (8%)
Pessoas qualquer fase de doença incurável	Não	7 (12,7%)	39 (78%)
	Sim	48 (87,3%)	11 (20%)
Não sei	Não		20 (40%)
	Sim		30 (60%)
Doentes tem de estar internados no Hospital para receber CP?	Não	55 (100%)	17 (34%)
	Sim		5 (10%)
	Não sei		28 (56%)
Equipa básica dos CP	MD[1], AS[2] e EF[3]	12(21,8%)	
	MD, EF e PC[4]	34(61,8%)	
	MD, PS e AS	9 (16,4%)	
Importância comunicação nos CP entre os profissionais de saúde, doentes e os familiares	Importante	9 (16,4%)	
	Muito importante	46 (83,6%)	

[1]Médico [2]Assistente Social [3]Enfermeiro [4]Psicóloga

Tabela 3: Formação, consultas, equipas sobre CP, implementação de serviço de CP no HUAN

		PS		F/CDO	
		N	%	N	%
Alguma formação académica (disciplina) sobre CP?	Não	19	34,5		
	Sim	36	65,5		
Gostaria de frequentar formação especifica sobre CP?	Não	4	7,3		
	Sim	51	92,7		
Formação/palestra sobre CP para família/cuidador DO[1]	Sim			50	100,0
Conhecimento de existência de alguma formação especifica na cidade da Praia CP?	Não	31	56,4		
	Sim	24	43,6		
Conhecimento da existência de alguma instituição na cidade da Praia que presta CP?	Não	12	21,8		
	Sim	43	78,2		
Conhecimento de equipa de CP na cidade da Praia?	Não	22	40,0		
	Sim	33	60,0		
Cidade da Praia c/consulta dos CP	Não			41	82,0
	Sim			9	18,0
Necessária implementação de serviços CP HUAN?	Importante	12	21,8	7	14,0
	Indiferente	1	1,8		
	Muito importante	42	76,4	43	86,0

[1]Doente oncológicos

LABO JOVEM

Laboratório de Análises Clínicas
de Dra. Isaura Gomes

Desde 1989
A sua melhor escolha

+ DE 300 TIPOS DE EXAME

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

Posto de colheita Porto Novo Santo Antão

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

Posto de colheita São Nicolau

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

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

Exames com resultado no mesmo dia

2310 827 953 93 16

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

Farmácia Jovem

Segunda a Sexta-feira
8H00 às 19H00

Sábados
9H00 às 12H30

Av.12 de Setembro Mindelo-São Vicente
Contacto: 002382324530
Farmacia JOVEM LDA

CVit®
1g VITAMINA C
c/ AROMA NATURAL de LARANJA
SEM AÇUCAR
CVit®
1g VITAMINA C
c/ AROMA NATURAL de LARANJA
SEM AÇUCAR / SANS SUCRE
20 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES
COMPRIMÉS EFFERVESCENT
Sabor a Laranja
Inpharma

Aproveitamento Terapêutico das Areias Vulcânicas do Tarrafal de S. Nicolau - Crenoterapia

Autor:
Arsénio Pina, Médico Pediatra*

INTRODUÇÃO

É de longa data a tradição sanicolauense de tratamento de certas doenças dos ossos, articulações e músculos, do tipo chamado reumatismo, com as areias quentes do Tarrafal. Havia – e creio que ainda há – idosas especializadas nesse tipo de tratamento, que iam passando o *savoir faire* às filhas, pelo que a técnica não se teria perdido.

Desconheço a origem dessa técnica, parecendo óbvio que a terapêutica nasceu empiricamente à semelhança do que aconteceu noutras paragens em que se utilizam lamas quentes, peloides e limos, como veremos mais adiante.

Diga-se, de passagem, que para os benefícios do tratamento nas termas de águas minero-medicinais, de lamas, peloides, etc., contribuem, também, as condições, comodidades, clima e beleza dos sítios onde se localizam essas estações de tratamento. Na grande maioria das termas europeias, os hotéis são acoplados às mesmas e têm dietas para todas as patologias, o que reforça a acção crenoterápica.

O Tarrafal tem um clima quente e seco com brisa marítima na maior parte do ano. É, portanto, um ambiente propício e indicado para doenças do foro reumático e alérgico, e, associando-lhe água mineral do tipo água do Torno ou de Mané Baú (águas semelhantes à do Luso, portanto, hipomineralizadas, carbonatadas cálcicas, mas ligeiramente mais mineralizadas) poderá ter indicação para outras doenças do tipo renal, urogenital e gastrointestinal.

A água do Torno está, actualmente, canalizada para o Tarrafal, o que não põe problemas de acesso. A de Mané Baú de outrora, praticamente

de composição idêntica à do Torno, provavelmente já não existe ou é diminuta. Mesmo que tenha desaparecido, penso que poderia e deveria ser prospetada através de galeria ou recarregado o seu lençol freático com a construção, a montante, de diques e represas, até porque, em S. Nicolau, praticamente nada se fez no capítulo de luta anti-erosiva e de correcção torrencial com diques, represas, banquetas e arborização.

CONCEITO DE ÁGUA MINERAL E CRENOTERAPIA

Vamos referir-nos, em primeiro lugar, às águas minerais ou minero-medicinais, e, mais adiante, falaremos das areias vulcânicas. Não entrarei em pormenores porque, se se optar pelo aproveitamento das nossas águas minero-medicinais, há que formar pessoal nessa área, especialização de médicos e outros técnicos.

A água tem na terra uma formação especial, pela sua pressão própria, certamente elevada, em circunstâncias muito particulares no grande laboratório da crusta terrestre.

Saindo para o exterior, essas condições modificam-se francamente: dá-se uma descompressão rápida, a água sofre a acção da luz, do ar, perde gases, exercendo-se sobre ela as complexas influências do ambiente.

O prof. Landouzy, da Faculdade de Medicina de Paris, que deu muito do seu esforço e saber ao estudo das águas minerais, introduziu o neologismo crenoterapia para designar o conjunto de métodos terapêuticos respeitantes às nascentes minero-medicinais, estabelecendo a diferença que há entre os conceitos expressos por esse termo e pelo de hidroterapia. Nesta o substrato hídrico é sempre idêntico a si mesmo, para simples aplicação externa, com métodos uniformes em que apenas pode variar a temperatura, a duração dos banhos, a pressão dos duches.

Na crenoterapia, ao contrário, os agentes são variados não só em composição química e em propriedades físicas como também em arranjo ou componentes, o que lhes confere uma actividade muito especial, principalmente à emergência, fazendo deles verdadeiros medicamentos naturais susceptíveis de serem utilizados intus e extra, como modificadores, por vezes de muito notáveis efeitos em todo o organismo.

Como qualquer medicamento, a água mineral necessita de ser objecto de estudos experimentais tendentes a esclarecer a sede e o mecanismo da sua acção fisiológica, pois para isso não basta a análise clínica. Não foi, no entanto, pela experimentação laboratorial que se tornaram conhecidos os antigos "simples", medicamentos naturais conhecidos há muitos séculos. Foi o empirismo que os marcou e recomendou. O mesmo se deu com as águas minerais.

Os conhecimentos actuais sobre o valor terapêutico das águas minerais assenta, pode dizer-se, exclusivamente, na observação empírica que se transmitiu de geração em geração e pela fama dos bons resultados com elas obtidas em diferentes doenças. Depois, a clínica, que é um empirismo esclarecido, verificou a verdade dessas afirmações e foi precisando as melhores circunstâncias em que se obtinham os benefícios das águas.

IMPORTÂNCIA DO TERMALISMO

A importância das águas minero-medicinais vem, antes de tudo, dos seus efeitos como agentes terapêuticos, reconhecidos de longa data, mas, a par deste aspecto de ordem médica, a exploração das riquezas hidro-minerais oferece outros rendimentos, mormente no que respeita

à fortuna nacional. As águas minerais são filões líquidos, análogos aos de minérios, mas não sujeitos, como estes, a tratamentos que os modificam.

Geralmente, não há que ir buscá-las, como aos minérios, às entranhas da terra: elas mesmas vêm ter ao exterior. São riquezas do solo. Isolá-las e recolhê-las de maneira apropriada – eis tudo.

Como dissemos acima, é proveitoso associar às termas ou estações de tratamento crenoterápico, o turismo. É deveras notável a importância do termalismo em certos países, sobretudo europeus, marcando consideravelmente a sua vida económica e financeira.

Em Portugal, as termas têm tido cada vez mais procura e rendimento. A França afirma ter a rede termal mais rica e variada do mundo. Procura atrair clientes para as suas termas, atribuindo a estas uma especialização, levada, por vezes, a extremos que não tem verdadeiro fundamento científico. O movimento, em certas estações, é notável: 60 a 80 milhares de aquistas, avultando, entre elas, Vichy, que já tem registado 180.000 aquistas/ano.

ORIGEM DAS ÁGUAS MINERAIS

Não vou deter-me neste capítulo, por ser mais ou menos evidente e do conhecimento de todos. A água do Torno, por exemplo, ou a que aparece na Ribeira do Paul em Santo Antão, originam-se nas águas das chuvas que ficam armazenadas nas covas ou crateras de vulcões antigos extintos, do Monte Gordo, em S. Nicolau, e no sítio chamado Cova, em Santo Antão, águas que se vão infiltrando, contactando com rochas e produtos minerais, reaparecendo, enriquecidas de sais e gases, mais abaixo, à superfície.

As qualidades que nelas mais prendem a atenção são, sem dúvida, a mineralização e temperatura. As águas minerais podem aparecer no exterior sob a forma de bica, caso não muito frequente, ou surgir de forma pouco cómoda para a sua utilização. Geralmente, há que procurar o filão e os seus possíveis ramos (a de Mané Baú, presume-se ser ramo da do Torno, do Monte Gordo) à profundidade que for indispensável e tratar de trazê-las à superfície com o devido resguardo. A galeria feita pela cooperação francesa na Fajã para a captação da água do Torno, que foi até ao fundo da cratera do vulcão extinto, é um exemplo disso, bem como de furos noutras ilhas.

CRENOTERAPIA NO TARRAFAL

O ideal será associar a crenoterapia ao turismo com criação de condições e centros de lazer para quem quiser ir ao Tarrafal tratar-se. Tal empresa não parece difícil, dado o clima relativamente ameno durante grande parte do ano, existência de outros locais aprazíveis e verdejantes na ilha, de praias, sol durante todo o ano, acesso por mar e via aérea, cais acostável, existência de um centro de saúde moderno com médico permanente e camas para internamento, água canalizada, electricidade permanente e projectos de construção de hotéis.

Em Portugal, por exemplo, tem havido investimentos importantes do privado, mormente por parte das unidades hoteleiras que disso retiram benefícios quase imediatos. Impressionou-me imenso o desenvolvimento da vila de S. Pedro do Sul, provocado pelas actividades das termas que se modernizaram nestes últimos anos, criando todas as condições médicas e técnicas para um termalismo moderno.

Sugiro que se associe ao tratamento pelas areias vulcânicas – particularmente indicadas para

todos os tipos de reumatismo – o uso da água do Torno ou de Mané Baú, águas minero-medicinais hipomineralizadas, bicarbonatadas cálcicas (provavelmente rádio activas), recomendadas na provocação da diurese, reumatismo, certas formas de hipertensão, afecções uro genitais e renais, indicações semelhantes às das águas do Luso.

Como complemento importante da aplicação da crenoterapia recorre-se, frequentemente, a massagens, exercícios ginásticos e fisioterapia convenientemente estabelecidos e bem orientados. Como, actualmente, dispomos de técnicos fisioterapeutas, nada impede que a futura estação de crenoterapia do Tarrafal tenha uma componente fisioterapeuta associada, e, com o tempo, médico privativo com formação em hidrologia médica e crenoterapia.

As termas em Portugal – e em todo o mundo – rendem muito dinheiro. Além do seu interesse médico, constituem um chamariz para o turismo e um factor de desenvolvimento de toda uma série de actividades complementares satélites. As termas portuguesas constituem um complexo turístico-terapêutico de se lhe tirar o chapéu.

Referi-me ao interesse e bênção do nosso clima para o turismo, infelizmente madrasta para as chuvas. De recordar que o turismo começou na Ilha do Sal porque um milionário belga que sofria de artrite reumatóide e tinha dores insuportáveis quase permanentes, de passagem pela ilha, sentiu-se aliviado das dores e com souplesse para se movimentar sem muletas, o que o levou a não seguir viagem e ficar a residir no Sal, vindo a construir o Hotel Morabeza e toda a infra-estrutura que conhecemos.

***Publicação póstuma**

Neurocisticercose: a importância do tratamento combinado

Autora:
Ileydis Cabeça, Médica, Especialista em Neurocirurgia, Serviço de Neurocirurgia, Hospital Universitário Agostinho Neto

INTRODUÇÃO:

A neurocisticercose rancimosa é uma infeção parasitária do sistema nervoso central, provocado pelo parasita Taenia Solium, no estágio lavral intermédio/quistica. A infeção é responsável pelos sintomas, assim como a resposta inflamatória local desencadeada pelo hospedeiro.

O SNC é afetado pela presença do parasita propriamente dito, pela reação inflamatória, pela fibrose residual, pelo granuloma e pela calcificação. O SNC reage com a formação de um tecido inflamatório, o que causa fenómenos degenerativos nos neurónios circunjacentes, com desmielinização da substância branca, proliferação glial e infiltração de células.

O cistocero pode localizar-se no parênquima ou extraparenquimatoso (cistos subaracnoideos ou intraventriculares), estando estes associados a quadros de hipertensão intracraneana devido a obstrução da drenagem do LCR.

A apresentação da forma extraparenquimatosa pode ser grave, pois é frequente haver complicações associadas a esta forma, uma vez que as vesiculas podem crescer e alcançar tamanhos muito grandes, associando-se a sintomatologia mais grave, nomeadamente a HTIC.

O cisticerco racemoso é uma forma da larva da Taenia solium que desenvolve várias vesículas, mas não apresenta escólex. Este tem preferência pelas cisternas do espaço subaracnóideo e pode atingir grande tamanho, comprimindo e deformando consideravelmente o cérebro.

Apesar de ter uma expressão clinica bastante variada, a forma mais comum de apresentação clinica é a epilepsia, podendo apresentar também sintomas relacionados com hipertensão intracraneana, meningite ou ser assintomática. Em uma revisão sistemática foram verificados os seguintes achados clínicos: convulsões (79 %), cefaleias (40%), deficites neurológicos focais (16%), sinais de HTIC (12%). Menos de 10% podem apresentar ataxia, alterações visuais, etc.

O diagnóstico é estabelecido com base nos achados de neuroimagem e do líquido cefalorraquidico.

O tratamento da neurocisticercose pode ser complexo e deve ser individualizado para cada caso. Os antiparasitários como o albendazol e o praziquantel são os de eleição, sendo o albendazol aquele mais utilizado e eventualmente mais eficaz e com menor incidência de efeito adverso. A dose preconizada é 15 mg/kg/dia durante 7 dias.

Contudo é de referir que os cistos são autolimitados e de degeneração natural.

Sabe-se que a atividade inflamatória gerada pela libertação de antigénios é mais danosa do que a presença do parasita, e o uso de medicamentos anti-inflamatórios como os corticoides é mandatório. A dexametasona é a mais frequentemente utilizada. Está indicado o seu uso enquanto é realizado o tratamento antiparasitário, mas estes devem ser reintroduzidos em casos de agravamento ou por recrudescência dos sintomas.

Por vezes há necessidade de se utilizar tratamento sintomático, nomeadamente os antiepiléticos. A monoterapia resulta na grande maioria dos doentes.

Apesar do exposto, o tratamento cirúrgico é muitas vezes indicado, essencialmente nos casos de neurocicticercose com hipertensão intracraniana, sendo a derivação ventrículo peritoneal o tratamento de eleição. Também pode ser realizado exérese de cistos grandes ou nos casos de compressão medular e de síndrome da cauda equina. Ou cauda equina devido às formas medulares.

Descrevemos um caso de neurocisticercose racimosa, com envolvimento da fossa posterior e hidrocefalia associada, cujo tratamento cirúrgico foi necessário para resolução completa da doença. Salienta-se a necessidade de um rigoroso seguimento dos doentes para um adequado tratamento.

CASO CLINICO:

Utente de 58 anos de idade, sexo masculino, residente na ilha de Santiago, com antecedentes de alcoolismo crónico. Referia queixas de cefaleia holocraneana com 1 ano de evolução, que, no último mês, apresentava agravamento progressivo definido por aumento de frequência e de intensidade.

Recorreu ao serviço de urgência do hospital Dr. Agostinho Neto por crises convulsivas tónico-clónica generalizada complexa. Nega história de traumatismos.

Do exame físico apresentava bradilalia, bradicinesia, confusão mental, dismetria e ataxia. Força muscular grau 5 nos membros superiores e inferiores.

Apirético, sem rigidez de nuca. Estável hemodinamicamente.

Realizou TC CE, que demostrou quisto no hemisfério cerebeloso esquerdo com calcificações no seu interior. De referir ainda outras calcificações de localização supratentorial.

O quisto comunica com o 4º ventrículo, condicionando dilatação do sistema ventricular supratentorial. Estes achados permitiram evocar o diagnóstico de Neurocisticercose racimosa com hidrocefalia obstrutiva supratentorial secundária.

Face ao diagnótico, decidiu-se internar o doente para tratamento. Iniciou dexametasona 4 mg ev 8/8h, manitol 20% 80 ml ev 4/4h (com redução após 6 dias de tratamento) e carbamazepina 200 mg vo 8/8h e albendazol 400 mg vo 8/8h , este ultimo por 10 dias.

Após 10 dias de tratamento, repetiu TC CE evolutiva, que evidenciou diminuição do tamanho do quisto localizado na fossa posterior. Clinicamente houve melhoria, embora ainda com queixas de cefaleia ligeira, holocraneana e ataxia.

Decidido prolongar o tratamento por mais 7 dias (dexametasona e albendazol), ao fim do qual repetiu novamente TC CE, já sem imagem de quisto, contudo manteve a hidrocefalia.

Assim, decidiu-se colocar derivação ventrículo-peritoneal de pressão média. O procedimento decorreu sem intercorrências e ao fim de 7 dias internado, teve alta, com seguimento em ambulatório.

Atualmente o paciente está em seguimento na consulta externa, sem déficite neurológico, com total resolução dos sintomas.

COMENTÁRIOS

A neurocisticercose racemosa exige um seguimento clinico e imagiológico apertado. A adequada interpretação da neuroimagem e a realização de controle imagiológico são necessárias, pois pode determinar a necessidade de tratamento cirúrgico. O tratamento é complexo e depende de vários aspetos, nomeadamente da localização, do estádio de evolução do parasita e das manifestações clínicas.

O internamento dos doentes com NC racemosa é mandatário para uma avaliação clínica e imagiológica apertada, permitindo adequar a terapêutica à situação clínica do doente.

Neste caso houve melhoria clínica com terapêutica medicamentosa, mas manteve hidrocefalia, o que determinou a necessidade de intervenção cirúrgica.

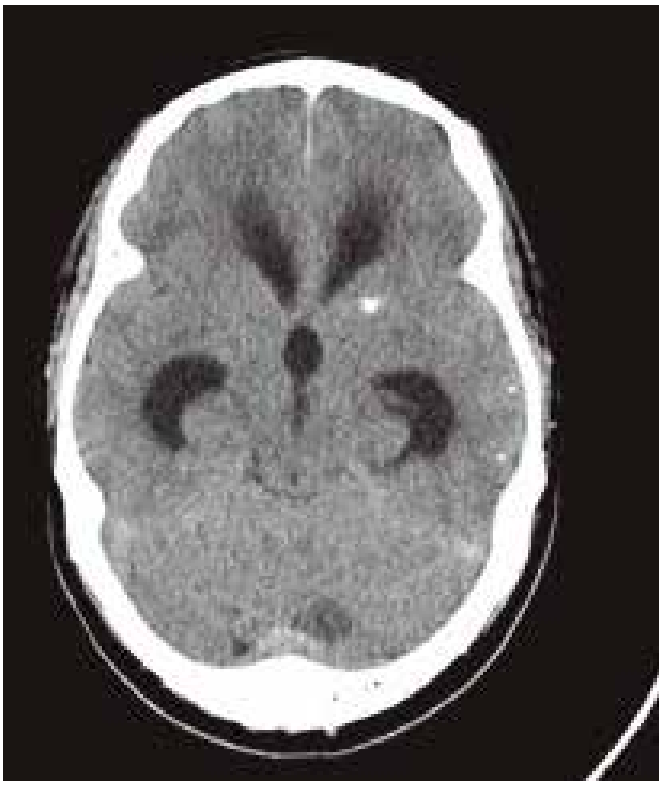


Imagem 1 - Colapso do IV ventrículo, quisto na fossa posterior.

Imagem 2 - IV ventriculo normal (após tratamento de neurocisticercose e colocação de derivação ventriculo-peritoneal).

BIBLIOGRAFIA

- Neurocisticercose, Osvaldo M. Takayanagui1 e João P. Leite1. Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 34(3): 283-290, mai-jun, 2001

- Neurocisticercosis racemosa, Palacios-Ordóñez EV, Lozano-Rodas Y, Portilla-Paredes FC. Neurocisticercosis racemosa. Rev Soc Peru Med Interna. 2019;32(1):29-33

- Tratamento de neurocisticercose racemosa espinhal, NMM. Canas, SL Calado, J. Vale. Revista de Neurologia , 2005-40: 544-547 Volume 40

Não tenha medo
DE IR DEVAGAR
Tenha medo de
FICAR PARADO

"a qualidade em análises clínicas"

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

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

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

FARMÁCIA

SANTA ISABEL

HORÁRIO
Segunda à Sexta
08 às 20Horas

Sábado
09 às 13horas

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

Não deixe a vida te surpreender!

INPS
INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
AO MEU LADO. A VIDA TODA.

Inscreva-te na Segurança Social e tenha uma velhice digna e segura!

Para mais informações, acesse o Portaldo INPS através do **https://inps.cv/pensoes/**

PENSÃO DE VELHICE

emprofac

Muito mais que medicamentos

Se é médic@, solicite-nos o seu acesso à área reservada do nosso site através do email:

dips@emprofac.cv

(Delegada de Informação a Profissionais de Saúde)

TENHA ACESSO EXCLUSIVO:

- Ao portfólio de produtos da EMPROFAC;
- À disponibilidade de stock dos medicamentos;
- À escala de comparticipações.

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