



PRÓ- SAÚDE

Distribuição nacional e gratuita

Revista de Saúde da Região Sanitária Santiago Norte - Nº 1 - Set. 2011



As pessoas

no centro da nossa atenção



Propriedade

A Revista Pró-Saúde é uma revista da Região Sanitária Santiago Norte que tem por finalidade divulgar a RSSN e a produção de artigos, opiniões e conhecimentos das diferentes áreas do saber sobre práticas de saúde. Destina-se à comunidade de profissionais de saúde, pesquisadores em saúde e em áreas sociais afins e à sociedade em geral.

Director da RSSN

Dr. Tomas A. De Só Valdez

Director Executivo

Dr. João Baptista Semedo

Editores Associados

Dr. Mário Luís Tavares Mendes
Dr. Cecílio Tavares
Dr. Tomas de Só Valdez
Osvaldina Brito, Jornalista
Domingos Cardoso, Jornalista

Secretária

Sueli Alves Vaz

Consultores

Dra. Carla Duarte, Cirurgiã-Dentista
Dra. Conceição Carvalho, Pediatra, MS,
Dr. Dario Dantas dos Reis, Cardiologista
Dr. Ernesto Rocha, Ginecologista-Obstetra, HBS
Dr. Helder Tavares, Nefrologista, HAN

Design Gráfico

JD Editorial
Tel.: 992 52 70

Tiragem

500 exemplares

Autorização Ministerial de 12/05/2011

Correspondências

Gabinete Técnico da RSSN
Achada Falcão, Santa Catarina,
Ilha de Santiago - Cabo Verde - CP 62

Assinaturas e Publicidades

Pedidos de informações sobre assinaturas e publicidades podem ser obtidos por:
Tel: 00 238 – 265 50 57/58 ; Fax: 00238 – 265 54 35
e-mail: semedojo@hotmail.com

Sumário

4-13

Entrevista

Região Sanitária Santiago Norte aproxima Saúde das Pessoas

14-17

Divulgação

Hospital Regional Santiago Norte em números

18-23

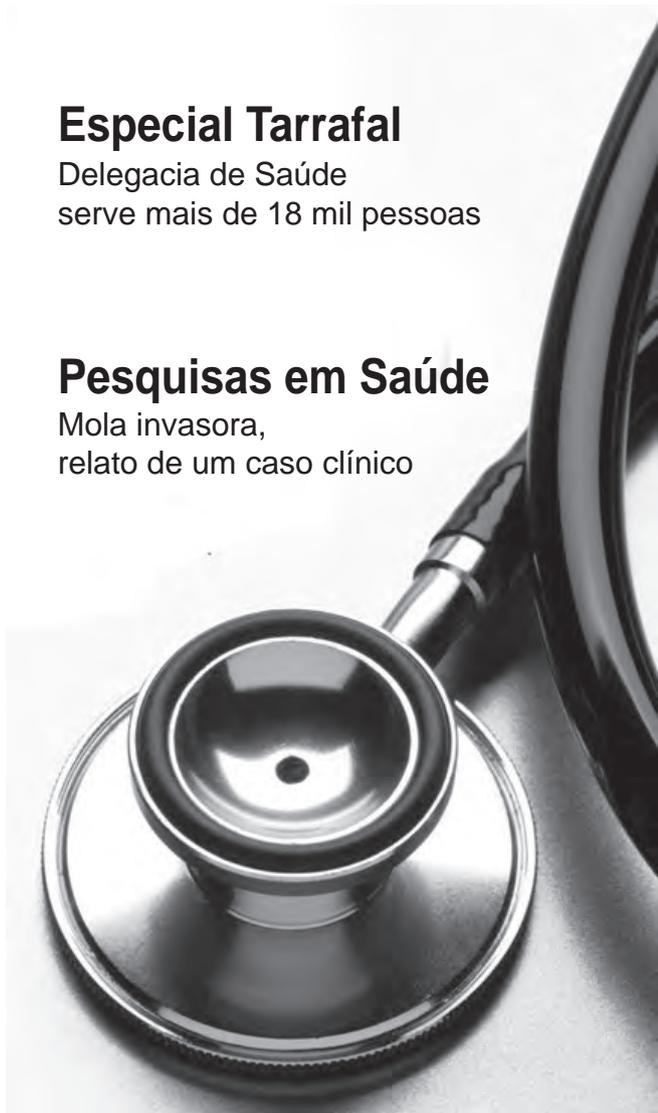
Especial Tarrafal

Delegacia de Saúde serve mais de 18 mil pessoas

36-39

Pesquisas em Saúde

Mola invasora, relato de um caso clínico



Editorial



Dr. TOMÁS DE SÓ VALDEZ
Director da RSSN

Caro leitor,

A Pró-Saúde, *a favor da saúde, em defesa da saúde*, é uma revista de saúde da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN). É uma revista que pretende ser de carácter generalista. De um lado, traz artigos de pesquisa ou de revisão do estado da arte sobre diversos temas de interesse para os profissionais de saúde, por outro lado aborda questões de saúde de interesse para o público em geral. Claro está que, para os profissionais de saúde, esta revista pretende ser um espaço de encontro para a comunicação. Uma comunicação entre os profissionais de saúde, não somente em exercício de sua profissão na RSSN, mas de diversos profissionais trabalhando em outras áreas do saber relacionadas com a saúde e em outros espaços geográficos distintos da RSSN. Por isso, a distribuição da Pró-Saúde será de âmbito nacional. Para o público em geral, esta revista pretende ser um veículo de informação. Uma informação que consubstancia o dever de informar enquanto forma de prestação de contas e de devolução ao público sobre o trabalho realizado. Mas também informação, como esteio de educação para a saúde, a favor e em defesa da saúde das populações. Pois somos um serviço público.

Neste primeiríssimo número da Pró-Saúde são abordados temas diversos, com destaques sobre a apresentação da Região Sanitária Santiago Norte e do Hospital Regional Dr Santa-Rita Vieira. E ainda como destaque especial, a Delegacia de Saúde do Tarrafal. Os artigos de pesquisa versam sobre diversas áreas da saúde: a psicologia, a obstetrícia, a saúde buco-dentária no contexto escolar e a parasitologia no contexto de laboratório de

análises clínicas. Esperamos ter conseguido materializar a linha editorial da Pró-Saúde com esta miscelânea. O leitor nos dirá, pois temos um espaço de opinião e de sugestão. Este número representa a nossa primeira viagem nesta jornada que esperamos ser interessante e enriquecedora para todos: os profissionais de saúde, o público e as instituições.

De um projecto-piloto para a experimentação das reformas do sector da saúde, a Região Sanitária Santiago Norte quer afirmar-se a nível nacional contribuindo para a melhoria global da saúde dos cabo-verdianos. Um em cada quatro cidadãos residentes no país, vive em Santiago Norte. E é este, o tamanho do nosso querer e a nossa força moral.

Neste primeiro número queremos home-

Os artigos de pesquisa versam sobre diversas áreas da saúde: a psicologia, a obstetrícia, a saúde buco-dentária no contexto escolar e a parasitologia no contexto de laboratório de análises clínicas.

nagear a todos os profissionais de saúde da RSSN que dia-a-dia participam com o seu trabalho na edificação da saúde desta população e minimizam o sofrimento de tantos. E de forma particular agradecer os que contribuíram com os seus artigos para que este número desse à estampa.

Junte-se a nós na Pró-Saúde e divulgue a saúde.

Tenha uma boa leitura!

Entrevista com

TOMÁ



RSSN aproxima sa

S VALDEZ

A Região Sanitária de Santiago Norte (RSSN) serve cerca de 30% da população do país e ocupa 70% da ilha de Santiago. Tomás Valdez, Director Regional, faz aqui uma radiografia da região, os constrangimentos e os ganhos conseguidos até agora, sendo verdade que “segundo o relatório estatístico do Ministério da Saúde de 2009, pela primeira vez, a taxa da mortalidade geral de todos os municípios da RSSN se situaram abaixo da média nacional”.

Entrevista conduzida por: **Osvaldina Brito**

saúde das pessoas

- Pró-saúde: Como surgiu a ideia de criação da Região Sanitária Santiago Norte?

- Dr. Tomás Valdez: A ideia da criação da RSSN, do ponto de vista histórico, foi um processo longo, pois a carta sanitária de CV já indicava a necessidade de criação de Regiões Sanitárias. Portanto, o processo de regionalização na área de saúde é uma necessidade que consta também da política nacional de saúde.

Entretanto, com o apoio da co- operação Luxemburguesa foi possível a implementação dessa ideia, primeiramente como um processo piloto nos municípios que constituem a parte Norte da ilha de Santiago. Essa configuração recebeu o nome de RSSN e o processo da sua implementação começou em 2004, numa primeira fase particularmente de infra-estruturação e paralelamente de formação de quadros especializados para trabalhar na região.

E na segunda fase, a questão do arranjo institucional que tem a ver com a criação dos estatutos que regulam o funcionamento da região, concedendo-lhe a autonomia financeira. Este processo institucional culminou com a adopção de um estatuto próprio para o hospital regional.

Esses instrumentos embora sendo administrativos e legais revestem-se de extrema importância, pois abriram o caminho do ponto de vista legal para a instalação de outras regiões sanitárias e de outros hospitais regionais para os quais o país ainda não dispunha de instrumentos legais.

- Qual a área da Região?

- A RSSN inicialmente englobou 3 municípios - Santa Catarina, Tarrafal e São Miguel. Na altura da adopção do estatuto da RSSN, o município de Santa Cruz passou a fazer parte da Região e esse período coincidiu ainda com a criação dos municípios de São Salvador do Mundo (Picos) e de São Lourenço dos Órgãos que também passaram a fazer parte da região. Desse modo, hoje, a RSSN é constituída por 6 municípios. Um em cada quatro cabo-verdianos reside na Região Sanitária Santiago Norte. A

RSSN ocupa 70% da Ilha de Santiago. É a maior área sanitária do país.

- Qual é o propósito da criação da RSSN?

- O propósito da Região nesta primeira fase é de servir como um espaço de experimentação de algumas reformas para o sector da saúde, reformas essas que particularmente estão relacionadas com as reformas organizacionais. Portanto, criou-se uma nova estrutura organizacional que não existia anteriormente, a figura de uma região sanitária e de um hospital regional.

Mas para além desse propósito existe o objectivo principal que é melhorar as condições de saúde das populações da RSSN. Pois, anteriormente ao processo de implementação da RSSN, havia um défice em termos de recursos humanos para a saúde na região, quer seja de enfermeiros, médicos, administradores, técnicos de laboratórios e outros, e, também, em termos de infra-estruturas.



De modo que, o processo de melhoria das condições de vida das populações da região teve também como efeito imediato a melhoria do acesso aos cuidados de saúde através do reforço das infra-estruturas na região e o reforço dos recursos humanos.

Outro propósito era de aproximar os cuidados de saúde à população e também criar na região, que representa cerca de 30% da população de Cabo Verde, uma capacidade de resposta técnica às condições de saúde locais, através da criação de um *plateau* técnico no hospital regional, particularmente algumas especialidades consideradas como básicas, seja nas áreas de cirurgia, pediatria, ginecologia-obstetrícia. E ainda ter um bloco operatório funcional, um serviço de radiologia e laboratório de média complexidade.

- Como descreve o funcionamento da RSSN?

- Existem os serviços que estão orientados para prestar os cuida-

dos técnicos propriamente ditos. Nessa perspectiva, o hospital regional encontra-se no centro das unidades que prestam os cuidados. O HR é uma estrutura programada para atender os cuidados de saúde de média complexidade. E temos em cada município centros de saúde, cuja vocação principal é a oferta de cuidados primários de saúde particularmente as de promoção de saúde, as actividades de prevenção e também acções curativas. De modo que, esses centros de saúde em situações específicas de demandas de maior complexidade possam de maneira organizada fazer as suas referências para o hospital regional.

Numa outra perspectiva, a região tem seus órgãos de gestão do ponto de vista da organização e de gestão e da administração na RSSN. O Gabinete Técnico da

RSSN é um gabinete que tem a função de cooperar na coordenação e gestão dessas unidades de saúde de acordo com o previsto na política nacional de saúde e no plano nacional de desenvolvimento sanitário, devendo portanto propor medidas de políticas, coordenar e monitorar a implementação dessas medidas a nível do HR e dos centros de saúde.

Portanto, para que de facto a nível de toda a Região possa ser assegurada a unicidade no processo de gestão participam ainda outras entidades como o director da região, a comissão deliberativa e o conselho consultivo para a RSSN. Essas comissões são de extrema importância pois permitem aos parceiros participarem no processo de planeamento, monitoramento e execução de todas as actividades a nível da saúde na região. Mas também é um espaço em que os parceiros podem participar enquanto actores na construção do processo de saúde das populações da região.

De modo que nessa comissão deliberativa participam representantes das câmaras municipais, de

o processo de melhoria das condições de vida das populações da região teve também como efeito imediato a melhoria do acesso aos cuidados de saúde através do reforço das infra-estruturas na região e o reforço dos recursos humanos.





A organização dos serviços de saúde em regiões sanitárias diminui o impacto negativo da atomização das estruturas de saúde.

algumas instituições governamentais nomeadamente o Ministério das Finanças, da Solidariedade, o INPS e todos os Delegados de Saúde e ainda o director do hospital regional.

Já no conselho consultivo participam os presidentes das câmaras municipais e das assembleias municipais e representantes das organizações não governamentais e das associações dos profissionais de saúde.

- Quais as vantagens da RSSN?

- A regionalização em saúde é uma experiência que existe a nível mundial. A organização dos serviços de saúde em regiões sanitárias diminui o impacto negativo da atomização das estruturas de saúde permitindo partilhar os recursos que são escassos a nível de um determinado território regionalizado. As vantagens que a RSSN traz ao país e particularmente ao Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde são várias.

Por um lado, a região tem como vantagem criar oportunidades de economia de escala, isso significa que para pequenas populações di-



facilmente se pode investir em determinados tipos de equipamentos, ou criar determinados tipos de serviços. Ou seja, considera-se inviável, seja do ponto de vista económico ou de produtividade, implementar um serviço de cirurgia para uma população de 3 a 5 mil pessoas. Sabe-se que mais do que em qualquer outra área, na saúde a quantidade é um pressuposto necessário para a obtenção da qualidade.

Não é desejável ter determinadas valências que vão prestar serviços uma vez por dia ou por semana. Para além de ser má para o profissional, é economicamente ineficiente para os serviços de saúde e é insustentável economicamente e até moralmente. Outra vantagem é a partilha de recursos entre as unidades de saúde. De realçar ainda os efeitos positivos da harmonização de práticas e da gestão participativa e colegial.

- Quais são os grandes constrangimentos que a Região tem enfrentado desde a sua criação?

- Falou-se muito e tem se falado da RSSN porque houve todo um processo necessário e que ainda continua a ser necessário em fazer um certo *marketing* social para

dar a conhecer a região. Mas isso criou naturalmente muitas expectativas à população, particularmente em pensar que a nível da região se pode prestar todos os tipos de cuidados, o que não corresponde à realidade. Pois, a região está inserida na perspectiva de uma pirâmide sanitária hierarquizada, solidária e de complementaridade.

Isso quer dizer que os Centros de Saúde que fazem parte da região prestam cuidados de baixa complexidade direccionados para as valências de cuidados primários e o Hospital Regional, os de média complexidade.

Mas o facto de a região estar inserida numa organização hierarquizada faz com que o Hospital Central da Praia seja um hospital de referência para as unidades de saúde da RSSN, particularmente para o HRSN. Isso significa que não é pretensão, nem intenção ter condições para prestar todos os cuidados de saúde a população na região.

Por outro lado, deparou-se com outros constrangimentos de menor impacto, mas considerados normais num processo de implementação de um projecto desta envergadura.

Situações essas consideradas comuns devido ao pouco tempo de





funcionamento da região, que está em processo de afirmação e consolidação, pois só tem três anos de existência, por isso a região precisa de algum tempo para consolidar os ganhos, corrigir os erros e afirmar-se a nível nacional e produzir os devidos impactos no Sistema Nacional de Saúde Cabo-verdiano. Uma situação particular a ser referida como de constrangimento tem a ver com a forte mobilidade dos técnicos de saúde afectos à RSSN.

- Como avalia a partilha de recursos entre as estruturas da Região?

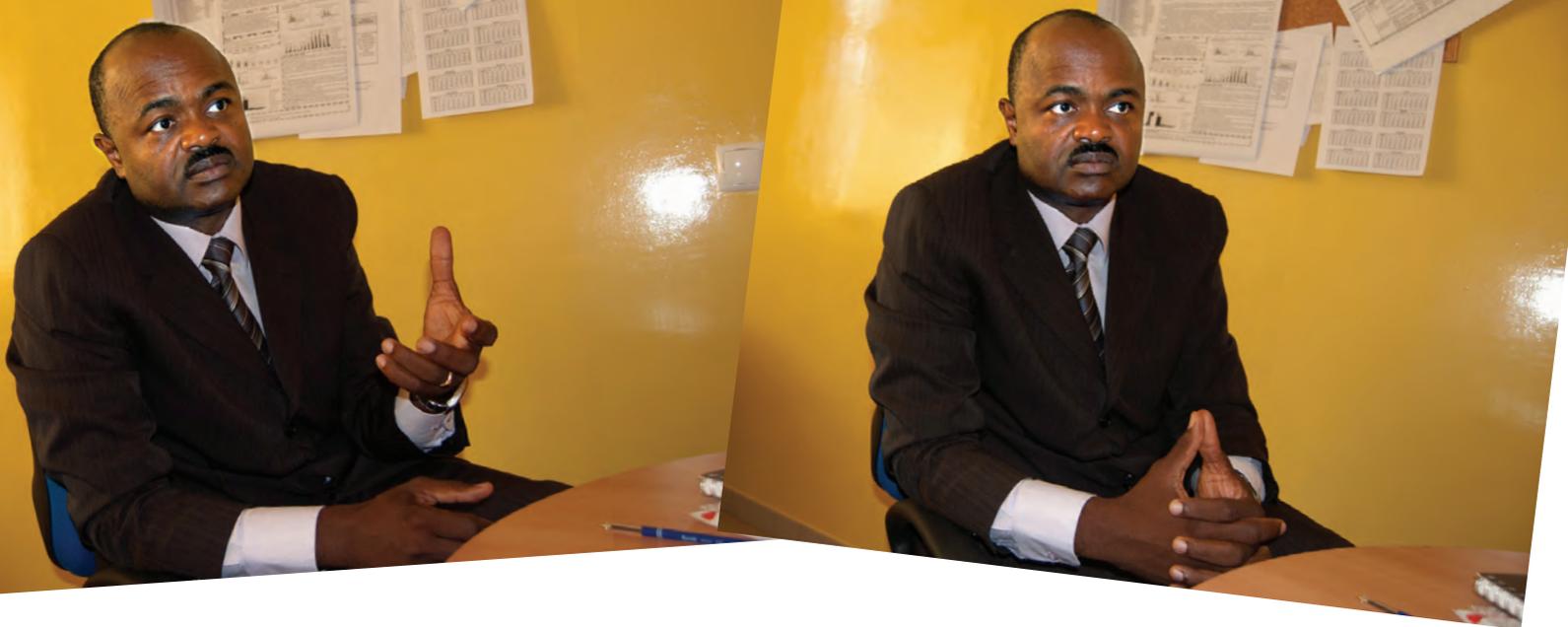
- Esse processo de partilha de recursos é algo que nos é muito cara e que damos uma importância extrema. Entendemos perfeitamente esta filosofia de que na saúde não se pode ter tudo para todos e em toda a parte, então tem que existir na pirâmide de saúde um processo de complementaridade e solidariedade entre as estruturas.

E nessa sequência quando a população não consegue ir de encontro às estruturas, as estruturas criam condições necessárias para ir de encontro à população. Exemplo dessa prática é a actividade da colecta descentralizada do Laboratório de Análises Clínicas do HRSN que há mais de um ano realiza colecta de amostras para exames nos Centros de Saúde da região, o que permite a população o acesso às análises clínicas localmente. Esta prática elimina a necessidade de deslocação dos utentes para fazer a marcação de análises, e depois deslocar-se para realizar os exames e uma terceira deslocação para ir buscar os resultados dessas análises. Com isso, entre outros impactos diminui os gastos indirectos relacionados com a saúde nomeadamente com os transportes. E torna os Centros de Saúde mais atractivos para os utentes.

Um outro exemplo tem a ver com as colectas de sangue promovidas junto dos doadores voluntários. A realização de colecta de sangue é feita de maneira rotineira em vários municípios da região, de forma a garantir a gratuidade nas situações de transfusões sanguíneas quando necessário, gratuidade essa que na região está próxima dos 100%.

Por outro lado existe um quadro de deslocação de especialistas, pediatras, ginecologistas, cirurgiões, psicólogas, nutricionista para todos os Centros de Saúde aumentando assim consideravelmente o acesso dos utentes aos cuidados diferenciados. Uma forma de partilhar recursos e tornar os centros de saúde mais atractivos. Esses são alguns dos ganhos que a região tem conseguido tanto para a população como para a saúde em termos de partilha de recursos.





- As estruturas da região dispõem de todas as condições necessárias para o seu funcionamento?

- Falando das condições objectivamente necessárias, pode se dizer que já estão criadas, para que os Centros de Saúde e HRSN possam prestar os cuidados de saúde às suas populações. Mas também é obvio que sempre há um certo espaço para melhoria e crescimento.

Existem algumas condições que diferem os centros uns dos outros. Mas paulatinamente estão sendo criadas as condições necessárias para o funcionamento de todas as unidades, seja na perspectiva dos recursos humanos, dos equipamentos ou de organização para a prestação de cuidados. Nos municípios com maior densidade populacional, como os casos de Sta. Catarina, Tarrafal, Sta. Cruz e Calheta de São Miguel os serviços funcio-

nam 24h com a presença física de médicos e enfermeiros. Essas são algumas das condições que foram criadas. Relativamente aos municípios de São Salvador do Mundo e São Lourenço dos Órgãos ainda trabalham com enfermeiros em regime de presença física ou regime de chamada, mas está-se a trabalhar na perspectiva de adequação do horário de trabalho dos mesmos.

Apesar de algumas dificuldades a situação actual difere substancialmente daquela que existia na região no início de sua implementação em 2004/2005. Por isso, pode se dizer que a região precisará ainda de mais uns 5 anos para de facto se consolidar e entrar na sua velocidade cruzeiro e preparada para prestar serviços na sua plenitude.

Hoje a partir dos Centros de Saúde da RSSN os pacientes são transferidos preferencialmente para o HRSN e não mais de forma sistemática para o HAN na Praia. Os da-

dos estatísticos são consistentes e demonstram que as transferências para o HRSN Dr Santa-Rita Vieira representam entre 70 a 75% de todas as transferências realizadas pelos Centros de Saúde.

- Quantas unidades de saúde tem a região?

- A região conta com um Hospital Regional, um Gabinete Técnico, sete Centros de Saúde, incluindo o Centro de Saúde Reprodutiva de Assomada, dez Postos Sanitários e mais de duas dezenas de Unidades Sanitárias de Base.

- Em relação aos Postos Sanitários existe um défice em termos de procura e prestação de serviço?

- Existe. E é encarado como um ponto fraco na região, e provavelmente de todo o Sistema Nacional de Saúde cabo-verdiano. Por isso é preciso rever e ordenar os conteúdos funcionais dos Postos Sanitá-



A maior parte da prestação de cuidados acontece nos Bancos de Urgências e por vezes não são devidamente contra-referenciados.



rios que constam na carta sanitária, na política nacional de saúde e no plano nacional do desenvolvimento sanitário e adequar os mecanismos de supervisão e monitoramento destas unidades. É preciso ver em que moldes esses serviços serão prestados, porque na verdade há uma baixa procura dos postos sanitários e também uma baixa oferta de cuidados particularmente de promoção e prevenção.

Isso acontece porque na prática existe uma cultura de espera da procura dos cuidados por parte da população, no entanto esta não deveria ser a filosofia para os Postos Sanitários, pois os postos são uma extensão dos Centros de Saúde e deviam ter como vocação principal desenvolver as actividades de promoção de cuidados de saúde junto da população e outras acções que contribuam e reforçam a saúde das populações. Salienta dizer que esta filosofia tem encontrado alguma dificuldade na sua implementação. Penso que ainda há muito por fazer, seja a nível da região, seja a nível do país para que os Postos Sanitários deixem de ser o elo fraco da pirâmide sanitária.

- **Quais as dificuldades de contra-referência?**

- Apesar de existirem dificuldades também relacionadas com a

referência, é de realçar que neste contexto o mais importante será falar da contra-referência. Começaria por dizer que os Postos Sanitários queixam-se dos Centros de Saúde por não lhes fazerem devidamente a contra-referência e os Centros de Saúde também queixam-se do Hospital Regional na mesma óptica e este que por sua vez contesta que o Hospital Central não faz a contra-referência de forma mais adequada. É esta a realidade hoje.

Este problema, na minha opinião, depende muito também de como o sistema na realidade funciona e como tudo está montado. A maior parte da prestação de cuidados acontece nos Bancos de Urgências e por vezes não são devidamente contra-referenciados. Se compararmos com os pacientes que estão hospitalizados em qualquer que seja a estrutura de saúde, aí já o problema não se coloca tanto. É claro que muitas das vezes quem são os portadores do documento de contra-referência são os próprios pacientes e não apresentam à estrutura de origem o referido documento, e como desconhecem da sua importância extraviam-se sem que a estrutura que o referenciou possa acompanhar o período pós alta.

Mas esta situação complexa constitui realidade em muitos outros sistemas de saúde muito mais con-

solidados. Penso que a informatização de todo o processo de atendimento aos doentes caso seja possível, poderá minimizar este problema.

- **Qual é a diferença entre um hospital central e um hospital regional?**

- Na nossa pirâmide sanitária os Hospitais Centrais são os hospitais de referência a nível nacional e os de maior complexidade, melhor capacitados para dar respostas às necessidades que as outras estruturas de saúde não dispõem de condições ou se calhar nem precisam dispor. Pois é inviável em todos os sentidos colocar determinadas especialidades para números de populações bastante reduzidos. É necessário informar a população sobre este condicionalismo de forma a perceber que não é possível ter algumas especialidades que devem existir somente em hospitais centrais.

Entretanto compete ao Hospital Regional responder às demandas de média complexidade, nomeadamente nas especialidades de pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e ainda alguma capacidade de diagnóstico compatível com as suas atribuições. O Hospital Central está na rectaguarda do sistema nacional e responde as demandas de maior complexidade.

- Quais foram os investidores do projecto de criação da RSSN?

- Para a sua implementação, a Região Sanitária foi co-financiada pelos governos de Cabo Verde e do Luxemburgo. O financiamento inicial do projecto, ronda os 17 milhões de euros. Sabe-se que o custo inicial do projecto foi largamente ultrapassado com os investimentos do governo de Cabo Verde particularmente em termos de recursos humanos afectos à RSSN que ultrapassa o quadro inicial que estava desenhado.

- Quais os principais eixos da RSSN?

- O primeiro eixo continua a ser o reforço da capacidade institucional a nível da região, ou seja, tudo aquilo que tem a ver com a afirmação da região, desde as questões relacionadas com a gestão e organização.

Um outro eixo tem a ver em como assegurar a prestação de cuidados de saúde de forma mais racional e mais próxima da população e com maior qualidade técnica. Este eixo tem a ver com todas as actividades de reforço do *plateau* técnico, seja em termos de equipamentos ou de recursos humanos para a saúde ou mesmo actividades de formação e de capacitação.

Um outro eixo importantíssimo é a questão de parceria e inter-sectorialidade. Tudo que tem a ver com as actividades relacionadas com a promoção de factores que influenciam positivamente a saúde e a melhoria de condições de saúde das populações. Pois temos consciência que a construção social da saúde é uma tarefa de todos os actores e não uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde. Entendemos que é uma tarefa de toda a sociedade e de todas as instituições do estado em manter e promover a saúde das populações, ou seja, todos devem compreender que construir a saúde é uma tarefa de todos

Outro eixo tem a ver com a questão de sustentabilidade financeira. Estamos a tentar estabelecer contactos e parcerias com outras organizações relacionadas com o pagamento indirecto principalmente para incentivar este tipo de processo. E por outro lado tem havido contactos com as associações de mutualidade a nível da região e um processo de discussão que interessa a ambas as partes

Não esquecendo que aquilo que se pediu à região é que a região seja um modelo e um projecto-piloto para as reformas do sector da saúde. Para tal elegemos há 3

anos três metas principais: precisamos primeiro dentro da própria região diminuir, se possível eliminar as desigualdades no que se refere a questão de saúde a nível dos municípios.

No início tínhamos municípios com indicadores extremamente baixos, mas hoje se encontram ombreado com outros municípios melhores posicionados. Isso significa que houve um trabalho extremamente importante e contínuo que foi realizado pelos profissionais das Delegacias de Saúde desses municípios. Neste momento admitimos que a primeira etapa está praticamente conseguida.

A segunda meta definida é de que os indicadores de saúde na RSSN possam ser equiparados com os indicadores de saúde a nível de Cabo Verde.

Importa salientar que segundo o relatório estatístico do Ministério da Saúde de 2009, pela primeira vez, todos os 6 municípios da RSSN se situaram abaixo da média nacional da taxa de mortalidade geral. Esses indicadores encorajam os profissionais de saúde da RSSN e mostram que estamos no caminho certo e dessa forma nos remetem para a 3ª meta que é de sermos um modelo para o SNS.



Importa salientar que segundo o relatório estatístico do Ministério da Saúde de 2009, pela primeira vez, todos os 6 municípios da RSSN se situaram abaixo da média nacional da taxa de mortalidade geral.



HRSN em números

Cobre 120.222 pessoas das quais 20.606 foram atendidas só nos serviços de urgência em 2010

Hospital Regional Santiago Norte (HRSN), está situado na localidade de Achada Falcão, concelho de Santa Catarina, fazendo parte integrante das infra-estruturas de saúde da Região Sanitária Santiago Norte, onde desempenha o papel de *pivot*. Edificado no âmbito da implementação da Região Sanitária de Santiago Norte (RSSN), é um projecto piloto de descentralização e regionalização dos serviços de saúde no país, financiado pelo governo de Cabo Verde e pela Cooperação Luxemburguesa através do Projecto Lux-Development 056/CVE, tendo como propósito oferecer cuidados secundários de saúde à população norte de Santiago, que, de acordo com o Censo de 2010, representa 1/3 da população de Cabo Verde, ou seja, cerca de 120.222 habitantes. A RSSN é constituída por seis municípios - Santa

Catarina, Tarrafal, São Miguel, São Salvador do Mundo, Santa Cruz e São Lourenço dos Órgãos -, cada um com a sua estrutura de saúde que prestam serviços a nível de atenção primária, tendo como retaguarda o HRSN.

O HRSN é um serviço autónomo do Ministério da Saúde que foi inaugurado em Janeiro de 2008, e entrou em funcionamento em Abril do mesmo ano.

É um hospital de média complexidade, de nível secundário com 90 camas. Está preparado para oferecer os seguintes serviços: Medicina Geral, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Oftalmologia, Pediatria, Psicologia Clínica, Estomatologia, Fisioterapia e Nutrição. Garante o atendimento permanente de urgência por 24 horas, com presença física do corpo médico e de enfermagem. Dispõe ainda de

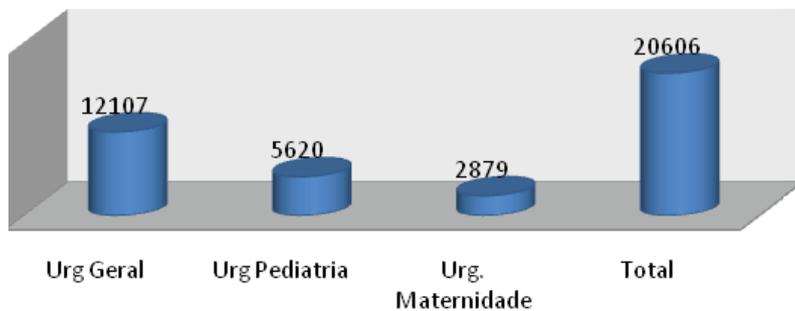
um serviço de internamento para as doenças Infecto-contagiosas, nomeadamente os pacientes com tuberculose. Apresenta como unidade do serviço de Gineco-Obstetrícia, a Maternidade, para além do Bloco Operatório, que é a unidade do serviço de Cirurgia. O hospital está dotado de serviços de apoio ao diagnóstico, como serviço de Laboratório de Análises Clínicas (LAC) e exames por imagens, tais como, Radiologia e Ecografia. Trabalha em rede apoiando as estruturas de saúde de nível primário, tanto na realização de exames complementares, através de colheitas descentralizadas, como no apoio na realização de consultas itinerantes de especialidades, com o envio de especialistas para as diversas estruturas da região, adoptando o princípio de racionalidade e partilha de recursos.



Atendimento de Urgência no Hospital Regional Santiago Norte

Em de 2010, foram atendidos no Serviço de Urgência do HRSN- 20.606 utentes, o que representa uma média diária de 56.45 atendimentos. Dos atendimentos, 58,75%, foram no Serviço de Urgência Geral; 27,27% Urgência de Pediatria e 13,97 Urgência de Maternidade.

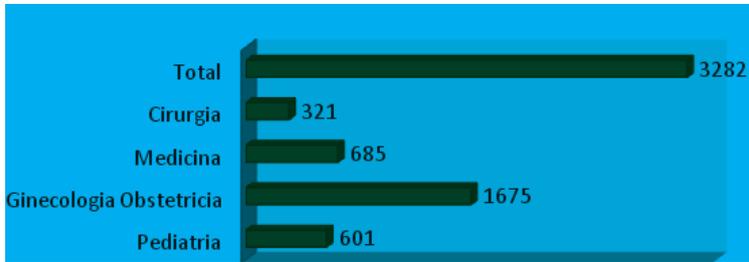
Atendimento:Urgência- HRSN-2010



Dr. Paulo Soares, Director do HRSN

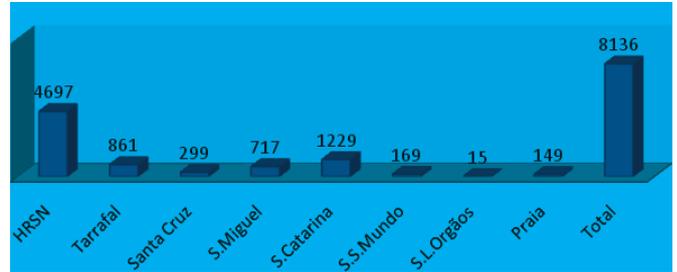
Internamentos no Hospital

Grafico: Internamentos HRSN - 2010

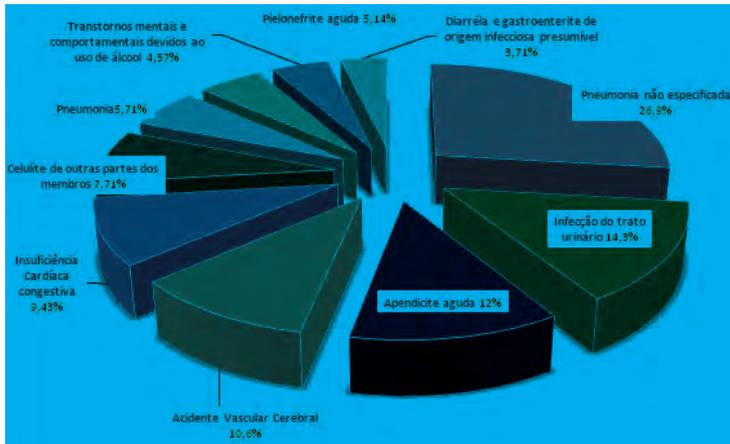


O gráfico ilustra claramente destacando o serviço de Ginecologia Obstetrícia como a principal unidade de internamento, registando cerca de 51% do total. Isto devido aos casos de obstetrícia, concretamente o atendimento ao parto que é a principal causa de hospitalização no HRSN.

RX - Realizados no HRSN por local de procedência - 2010



Principais causas do Internamento no HRSN-2010



Não inclui os internamentos feitos no serviço de Ginecologia Obstetrícia (1.675), cuja principal causa de internamento é atenção ao parto (1.317).

Das causas de internamento
26,8%
(94) resultaram de pneumonia

Totais dos utentes atendidos no Laboratório de Análises Clínicas do HRSN-2010 (incluindo os das colecta descentralizadas)

Estruturas de Saúde	Nº	Taxa em %
HRSN	11609	48%
Tarrafal	443	2%
Santa Cruz	724	3%
S. Miguel	1227	5%
S. Catarina	9014	37%
S.S. Mundo	1014	4%
S.L. Órgãos	402	2%
Total	24.43	100%

Foram atendidas 24.433 utentes no Laboratório de Análises Clínicas do HRSN, onde 48% dos utentes são provenientes do HRSN e 53% das estruturas de saúde da região através das colecta descentralizadas

Indicadores de Hospitalização

Serviço	Nº de Camas	Doentes Internados	Dias Hospitalização	Demora Média	Taxa de Ocupação	Óbitos	%
Medicina	24	602	6372	10,5	72,7	39	6,478
Infeciologia	10	83	2601	31,33	71,2	11	13,25
Pediatria	22	601	3857	6,41	48,03	36	5,99
Maternidade	18	1675	4516	2,69	68,73	0	0
Ginecologia							
Cirurgia Geral	16	321	2176	6,77	37,06	1	0,312
Total	90	3282	19522	5,94	59,42	87	2,6

Regional Santiago Norte

7. Farmácia do HRSN- Receitas aviadas – 2010

Receitas aviadas	Receitas Médica			Receita
	Nº de Receitas	Com / Antibiótico	Com/ Inject.	Gratis
Total	4606	2326	304	620

A farmácia do Hospital esta vocacionada mais para o aviação dos medicamentos para consumo hospitalar. Este quadro revela alguns medicamentos aviados para os pacientes no ambulatório

Enfermaria de Cirurgia			
Anos	2008	2009	2010
Internamento	114	265	321
Óbitos	1	2	1

Pediatria:

Pediatria			
Anos	2008	2009	2010
Atendimento	4840	5806	5620
Internamento	394	452	601
Óbitos	12	33	26
Óbitos%	3.04%	7.30%	5.99%

Cirurgias realizadas no HRSN-2010

Designações	Total	Média/dia
Cirurgias Geral	446	1,22
Ligadura tubária	37	0,1
Cesariana	182	0,5
Total	671	1,84

Medicina:

Medicina			
Anos	2008	2009	2010
Atendimento	1234	13094	12107
Internamento	509	520	683
Óbitos	49	48	50
Óbitos%	9.62%	9.23%	7.32%

Ginecologia Obstetria:

Ginecologia Obstetria			
Anos	2008	2009	2010
Internamento	1110	1263	1675
IVG			74
Parto	832	981	1317
Cesariana	24	106	182
Cesariana%	2.88%	10.80%	13.8%

Do total dos partos
13%
 resultaram em cesarianas



Delegacia de Saúde do Tarrafal

Serve mais de 18 mil pessoas residentes no concelho mais a norte de Santiago, onde trabalham 5 médicos



A nova dinâmica trazida pela instauração desta Região Sanitária constitui uma mais-valia na organização dos serviços de saúde.

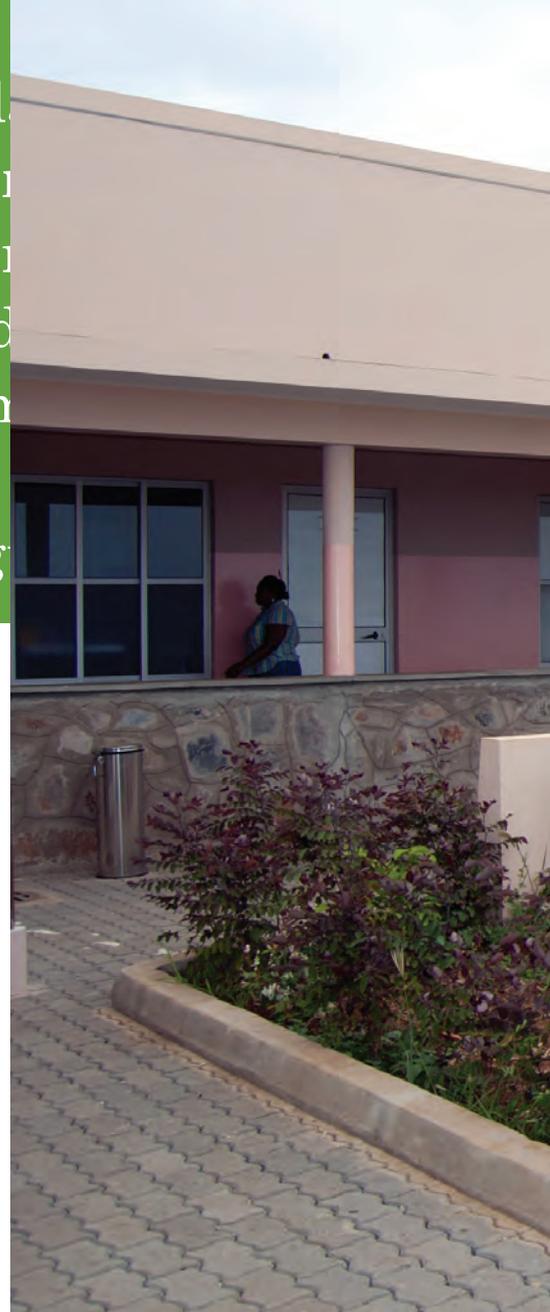
Atende a uma população estimada em 18.565 habitantes, com predominância do sexo feminino (54.8%) em relação ao masculino (45.2%). A nova dinâmica trazida pela instauração desta Região Sanitária constitui uma mais-valia na organização dos serviços de saúde.

POPULAÇÃO ALVO PARA 2011:

População Alvo	Nº
População Geral	18.565
Mulheres de 15 a 49 anos	4.974
Crianças menores de 1 ano	347
Crianças de 1 a 4 anos	1.718



A unidade
atende
permanente
tanto o dia
Enfermeiros
horas,
conseguiu



RECURSOS HUMANOS:

Pessoal Técnico: A Delegacia de Saúde do Tarrafal conta neste momento com 5 Médicos de Clínica Geral incluindo o Delegado de Saúde, 1 Estomatologista, 12 Enfermeiros, 1 Técnico de Estatística, 1 Técnico de Laboratório, 2 Técnicas de Farmácia, assim como o pessoal administrativo.

Dispõe também de outros colaboradores, designadamente, Condutores, Agentes de Serviços Gerais, Auxiliares Administrativos, entre outros.

INFRA-ESTRUTURAS:

O Centro de Saúde foi inaugurado a 2 de Março de 2011, construído de raiz. Está localizado na zona de Pedreira, localidade intermédia entre as duas maiores comunidades do concelho - Cidade do Mangui e Chão Bom - e possui serviço de internamento, com excelentes condições logísticas para atendimento ao público, privacidade, segurança e conforto, tanto para os profissionais como para os pacientes. Conta ainda com os Postos Sanitários de Chão Bom e Chão de Junco, e 4 Unidades Sanitárias de Base em diferentes localidades.

SERVIÇOS PRESTADOS:

A unidade oferece atendimento com permanência física tanto de Médicos e Enfermeiros por 24 horas, um avanço conseguido desde 2005. Consultas externas de Clínica Geral diárias no Centro de Saúde

e periódicas nos Postos Sanitários, com visitas itinerantes de Médicos, de Enfermeiros assim como do serviço de Saúde Reprodutiva. O atendimento diário em Saúde Reprodutiva no próprio Centro de Saúde para grávidas, mulheres em idade fértil, crianças, adolescentes e jovens e ainda consultas de especialidade feitas por técnicos do HRSN nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia e Psicologia, esta com regularidade mensal, estão ao dispor dos pacientes, sendo que foram atendidos por especialistas em 2010 perto de 1000 pacientes, com grande vantagem para os utentes em termos de acesso aos cuidados de saúde com menor custo. Aqui são realizados também exames complementares de diagnóstico, nomeadamente de Electrocardiogramas, tanto de urgência como em regime ambulatorio.

A unidade possui um serviço de Saúde Oral muito bem equipado, com a presença de um Cirurgião Dentista. O serviço presta cuidados básicos como extracções, pequenas cirurgias, limpeza e com a possibilidade de já este ano passar a colocação de próteses dentárias. Atende também os casos de urgência no horário laboral e pós laboral. Este serviço é uma das grandes mais-valias para o Centro de Saúde do Tarrafal pois era um serviço público inexistente que agora é acessível aos tarrafalenses.

Funciona aqui também um serviço de Laboratório de Análises Clí-

nicas que realiza exames básicos de urgência e de rotina com disponibilidade permanente até às 15:00 horas, e em regime de chamada a partir dessa hora. Em 2010 foram realizadas 9.528 análises num total de 3.366 doentes atendidos nesse serviço. O Serviço de Farmácia faz o aviamento de medicamentos na farmácia do centro rotineiramente, com 7.174 receitas aviadas durante o ano de 2010. Esse serviço é assegurado por 2 Técnicas de Farmácia, que trabalham em regime de chamada no horário pós-laboral e fins-de-semana e feriados.

Pensámos ter para breve um Serviço Básico de Radiologia e de Ecografia.



INDICADORES DE SAÚDE IMPORTANTES DE 2010:

- Mortalidade Infantil decrescente com 2 óbitos em crianças menores de 1 ano
- Mortalidade Materna inexistente;
- Cobertura Vacinal: Passou de 57.4% em 2008 para 98.3% em 2011
- Média de consultas por grávida: 7
- Principais motivos de consulta: Hipertensão Arterial, Infecções Respiratórias, Diabetes Mellitus além das doenças sazonais (Infecções Respiratórias e Digestivas)
- Principais causas de transferências: complicações da gravidez e do parto, traumatismos e suspeita de abdómen agudo, sendo que no ano transacto 230 doentes foram transferidos, 166 (72.1%) foram enviados ao HRSN.
- Principais causas de óbito: Senilidade (30%), AVC (30%) com Traumatismos, Enfarte do Miocárdio e Neoplasias logo a seguir.



TAXA DE COBERTURA VACINAL 2010

ANTIGÉNIOS	2009	2010
BCG	40.7%	83.6% (276)
Hepatite B III	57.5%	97.9% (323)
Polio III	59.7%	100.6% (332)
Penta III	59.7%	96.1% (317)
Sarampo	58.0%	105% (347)
Completo. Vacinados	57.0%	104% (346)

Fonte: Dados provisórios do PNSR. Denominador 330 crianças < 1 ano 2010

DOENÇAS COM PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SAÚDE PÚBLICA 2010

DOENÇA	Transitados	Novos	Recaídas	Alta Cura	Abandonos
Tuberculose	01	10	00	05	00
HIV / Sida	47	17	00	00	00
PALUDISMO	00	01	00	01	00
DENGUE	00	33	00	33	00
GRIPE A	00	00	00	00	00



A luta contra o VIH/SIDA ganhou relevância com o reforço da estratégia de prevenção de transmissão vertical (de Mãe para Filho) com a disponibilização de testes rápidos de despiste de HIV no Centro de Saúde do Tarrafal a todas as grávidas atendidas nas consultas de pré-natal.

- 136 Pós-testes de HIV realizados em Voluntários e casos clínicos
- 259 Pós-testes em grávidas (1 positivo já conhecido)



TESTES DE HIV REALIZADOS EM 2010

Designação	Nº
Total de Testes de HIV realizados	395
Total de Testes de HIV Negativos	378
Total de Testes HIV Positivos (Casos Novos)	17

PRINCIPAIS ACTIVIDADES REALIZADAS EM 2011:

Campanha de Vacinação contra a Póliomielite (Parealisia Infantil);

- Saúde Escolar implementada;
- Realização de várias actividades de promoção da saúde: 4 Feiras de Saúde;
- Rastreio de Factores de Risco para a Diabetes e Hipertensão Arterial (realização de testes de Glicemia, medição da Tensão Arterial, pesagem e cálculo do Índice de Massa Corporal) em actividades comunitárias;
- Encontros com os pacientes para divulgação de mensagens e informações para adopção de estilos de vida saudável;
- Dossier Família implementado



em Chão Bom.

PRINCIPAIS PARCEIROS: a nível Central: Ministério da Saúde; a nível Regional: RSSN; a nível Local: Câmara Municipal do Tarrafal.

DESAFIOS PARA 2011:

- Organização administrativa em consonância com os novos desafios, buscando a equidade, a sustentabilidade e qualidade;
- Reforço da prestação nas comunidades, com consultas Médicas e de Enfermagem assim como o reforço das actividades de Luta anti-vectorial e actividades de Saúde Reprodutiva.
- Luta contra a Dengue e doenças transmitidas por vec-

tores e doenças hídricas;

- Organização de consultas de crónicos (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial)
- Reforço de Programas Saúde Pública (criação do Gabinete de Saúde Pública)
- Formação Técnica;
- Reforço de parcerias.

PRINCIPAIS CONSTRANGIMENTOS:

Ainda em fase inicial de funcionamento do novo Centro de Saúde, falta ainda reforçar a dotação de recursos humanos, designadamente, um Administrador, mas também pessoal não especializado. Um desafio importante continua a ser a sustentabilidade, particularmente



Dr. HÉLDER ALMADA, O Delegado de Saúde

Estudos e Pesquisas





Evanilda Veiga



Carlos Martins



Ana Odete Miranda

Parasitoses Intestinais

Uma abordagem de situações
diagnosticadas no Laboratório de Análises
(LAC) do HRSN de 2007 – 2010

Autor: PIRES, Cecílio

Co-autores: M., MIRANDA Ana Odete V.; MARTINS, Carlos M.C.; VEIGA, Evanilda O.M.
Hospital Regional Santiago Norte Dr. Santa Rita Vieira, Laboratório Análises Clínicas
Tel. 2657600 E-mail: cecilana20@hotmail.com

RESUMO

Em Cabo Verde as Parasitoses Intestinais representam um problema de saúde pública. A frequência de parasitas intestinais varia de acordo com múltiplos factores como: saneamento básico deficiente, idade, hábitos de higiene e nível socio-económico. Com este trabalho pretende-se dar a conhecer os principais parasitas diagnosticados nos utentes que recorrem ao Laboratório de Análises Clínicas (LAB) do Hospital Regional de Santiago Norte (HRSN) e a determinação da sua prevalência durante os últimos 4 anos.

Nos 4 anos em estudo - 2007 a 2010 - foram analisadas 9.646 amostras de fezes utilizando a técnica de Willis, com um índice de positividade de 48,80% (4.707) positivas e 4.939 (51,20%) negativas, sendo a Entamoeba coli, Giardia lamblia, Entamoeba nana e Entamoeba histolytica, os parasitas mais frequentes.

Este estudo oferece pistas importantes para a percepção da realidade em termos de Parasitoses Intestinais na Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), o que abre a possibilidade da realização de estudo e investigação complementares de modo a ter uma estratificação geográfica dos principais parasitas, visando a comparação entre esta e as posteriores taxas de prevalência das parasitoses que virão a ser determinadas nos diferentes concelhos da RSSN.

Palavras-chaves: Prevalência, Diagnósticos, Parasitoses Intestinais, RSSN, Técnica de Willis.

INTRODUÇÃO

As Parasitoses Intestinais constituem um grave problema de saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento, sendo um dos principais factores debilitantes da população. Cerca de 2 milhões de pessoas adquirem Parasitoses Intestinais e alguns milhões morrem por ano, sendo a segunda causa de morte em África (WHO, 2002).

Dos protozoários, destacam-se Entamoeba histolytica e Giardia sp. (Ferreira et al., 2000). A Amebíase Intestinal causada por Entamoeba histolytica é a terceira doença parasitária responsável por mortes, depois do Paludismo e Schistosomose (Ouattara et al., 2010).

Estima-se que em países em vias de desenvolvimento as crianças apresentam três a quatro vezes mais episódios de diarreia por ano do que as que vivem em países de: elevado nível de saneamento básico e com sistemas adequados de suprimento de água.

Com poucas excepções a análise laboratorial é indispensável para o diagnóstico definitivo. Esta análise envolve: A detecção da presença de ovos, larvas, quistos ou outras formas de parasita; E distinguir essas formas entre si e dos artefactos. Os métodos de diagnóstico mais comuns são: Coprocultura, exame directo em suspensão salina (Willis), esfregaço espesso de Kato (Kato e Miura 1954); método de concentração formol-éter; por flutuação e ainda os métodos: imunológico/serológico e imunofluorescência/Elisa.

O objectivo deste trabalho é dar a conhecer os principais parasitas diagnosticados nos utentes que recorrem ao LAC do HRSN e a determinação da sua prevalência nos últimos 4 anos.

Cerca de 2 milhões de pessoas adquirem Parasitoses Intestinais e alguns milhões morrem por ano, sendo a segunda causa de morte em África (WHO, 2002).

MATERIAL E MÉTODOS

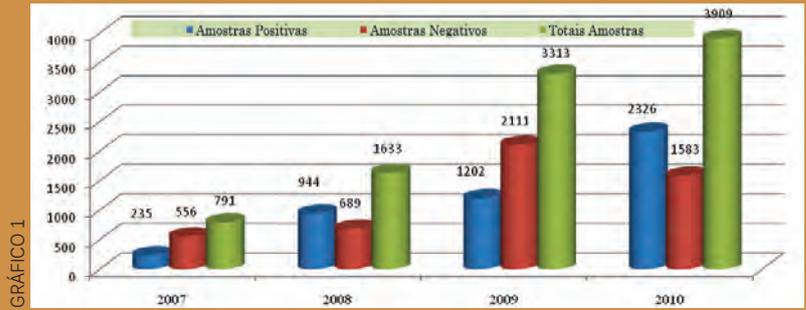
Este trabalho foi realizado pelos técnicos do LAC do HRSN. As amostras analisadas foram dos pacientes que recorreram ao Laboratório de análises clínicas do HRSN durante os anos de 2007 a 2010.

Para a pesquisa dos parasitas, usou-se a técnica de Willis que consiste na mistura de uma porção de fezes a uma solução salina de densidade elevada, e desta forma os ovos e quistos, por serem menos densos, têm tendência a flutuarem e aderem as lamelas na superfície. As informações obtidas foram colocadas numa base de dados e tratados usando o Excel, e agrupados em forma de gráficos.

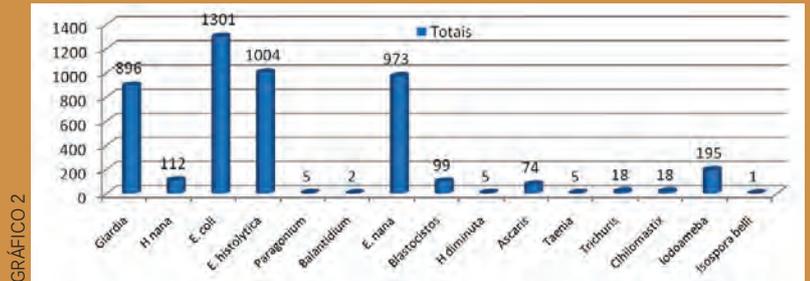
RESULTADOS

Nos 4 anos foram analisadas 9.646 amostras de fezes, com um índice de positividade de 48,80% (4.707) positivas, e 4.939 (51,20%) negativas. A *Entamoeba coli*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba nana* e *Entamoeba histolytica*, foram os parasitas mais frequentes.

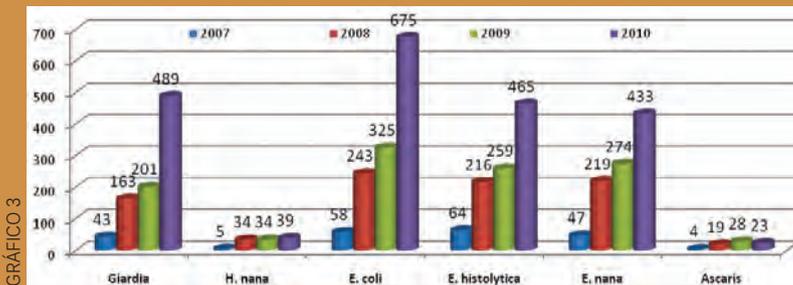
Durante 2007 foram analisadas 791 amostras, sendo: 235 positivas (29,71%); 556 Negativas (70,29%); em 2008 foram analisadas 1.633 amostras, sendo: 944 (57,80%) positivas e 689 (42,20%) negativas; em 2009 analisadas 3.313 amostras, sendo 1.202 (36,28) positivas e 2.111 (63,72%) negativas e em 2010 analisadas 3.909 amostras e destas 2.326 (59,50%) positivas e 1.583 (40,50%) negativas.



Comparação da positividade e negatividade das amostras analisadas no LAC (2007 - 2009)



Distribuição de totais dos parasitas diagnosticados de 2007 a 2010 no LAC (Fonte: LAC)



Os parasitas mais frequentes nas amostras analisadas

DISCUSSÃO

Das análises efectuadas 4.707 foram positivas (48,80%), que repartem-se em: *Entamoeba coli* 1301 casos (13,50%); *Entamoeba histolytica* 1004 casos (10,4%); *Entamoeba nana* 973 casos (10,1%); *Giardia lamblia* 896 casos (9,30%). No total dos exames coprológicos efectuados, encontrou-se: Amebíases em 30% dos casos, sendo a *Entamoeba coli* a parasitose mais prevalente, 1.301 casos, seguido da *Entamoeba histolytica*, 1.004 casos, e a *Entamoeba nana* 112 casos. Os flagelados com uma prevalência de 9,68 %, dominado pela *Giardia lamblia* 896 casos, seguido da *Chilomastix mesnili* 15 casos. Destacar também a presença dos *Ascarídeos* (74); *Oxiurídeos* (18), *Hymenolepis nana* (112), *Iodoameba butschili* (195).

Uma análise comparativa dos dados não foi possível uma vez que há falta de dados relativo a estudos semelhantes realizados na RSSN e mesmo a nível de Santiago. Clinicamente as enteroparasitoses apresentavam as sintomatologias gastrointestinais como dores abdominais, obstipação, epigastralgia, náuseas, diar-

reia. De realçar a estreita relação entre a presença dos sintomas e a positividade das amostras. Pensamos que as principais vias de transmissão dos parasitas continuam a ser a ingestão de alimentos, água, vegetais, e as más condições sanitárias, sendo primordial o papel das moscas domésticas na disseminação dos parasitas.

A positividade das amostras aumenta com a idade até aos 10 anos, continuando até aos 20 anos. A partir dessa idade diminui bruscamente e baixa nos adultos. Esta diferença, que se nota nos adultos e crianças, deve-se ao facto destas estarem mais expostas as infestações frequentes e mesmo a auto-infecção, pela falta de cuidados de higiene e asseio característicos da idade.

O método de diagnóstico, embora revelou ser sensível, há de continuar ainda a ser o método utilizado no laboratório HRSN. No entanto, futuramente está-se a pensar adoptar a técnica de formol-éter por ser uma das técnicas de maior reprodutibilidade utilizada em Parasitologia Médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abla Bouda Benzerroug, Rapport de mission, Enquête sur la prévalence des parasitoses intestinales dans les écoles primaires et jardins d'enfants au Cap Vert, Mai - Juin 2004, Rapport PAM- ICASE.

Ferreira, FC, Egrejas, G. 1945. As protozooses intestinais em Cabo Verde; Anais do Instituto Higiene Medicina Tropical, Lisboa, Portugal.

Fontes, LT .1999. Parasitology Training Manual, IHMT, pag. 123 - 165, Lisboa Portugal.

Mineno T, Avery MA (2003) Giardiasis: recent progress in chemotherapy and drug development. Curr Pharm Design 9: 841-855.

Ouattara1, Mamadou, Ni-caise A. N'Gue'ssan, Ahoua Yapi1, Eliezer K. N'Goran. Prevalence and Spatial Distribution of *Entamoeba histolytica*/ *dispar* and *Giardia lamblia* among Schoolchildren in Agboville Area (Côte d'Ivoire). PLOS Neglected Tropical Diseases. V. 4, e. 574, 2010. 5

WHO, Helminthes control in school-age children, a guide for managers of control programmers, A Montresor et al, 2002.

MENOS ÁLCOOL MAIS VIDA!



Ministério da Saúde
Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário

NÃ FUMAR...



...é a melhor opção!

Design: **DIKOR** / 2009



Ministério da Saúde



CENTRO NACIONAL DE
DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO

Estudos e Pesquisas

INTRODUÇÃO

A assunção de que o comportamento ou a personalidade estão relacionados com a saúde não é nova. Os Gregos e os Romanos descreveram associações entre a personalidade e saúde e tal ligação tem, desde essa altura, continuado a fazer parte das teorizações da medicina e até da teoria psicanalítica. Contudo, a investigação científica das relações entre comportamento e saúde é uma aventura relativamente recente. Até os «estudo clássicos» que identificaram a relação entre o consumo do tabaco e a doença, foram conduzidos na década de 1950 e as investigações consideradas relevantes ainda são mais recentes. O primeiro tema de pesquisa foi o da identificação dos comportamentos que, como o fumar ou os hábitos alimentares, conferem um risco indirecto para se contrair uma doença. Um segundo cenário de pesquisa centrou-se no estudo dos comportamentos que moderam directamente o risco de contrair doenças. Aqui, inclui-se o exercício físico, e talvez o mais interessante, de acordo com uma perspectiva psicológica, é que inclui as diferenças individuais, designadamente os comportamentos de tipo A e C.



Por: Dra. **Ercília C. Rocha**
Psicóloga Clínica
E-mail: Ercy_carvalhoyahoo.com



COMPORTAMENTO E SAÚDE



Evidência científica da associação entre comportamento e saúde -



A RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO E SAÚDE

Uma das primeiras evidências para provar a relação entre comportamento e saúde é proveniente do Alameda Conuntry Study. Este estudo longitudinal, efectuado durante um período de mais de 20 anos, avaliou cerca de 7.000 indivíduos saudáveis e identificou os factores associados à saúde ou à doença durante este período e que haviam sido medidos inicialmente. Um dos seus relatórios iniciais foi o primeiro a esclarecer a associação entre “factores relacionados com o estilo de vida” e o aumento da longevidade. Os comportamentos são agora conhecidos como os alameda Seven: dormir 7-8 horas por

dia; tomar o pequeno-almoço diariamente; não fumar; raramente comer entre as refeições; ter ou estar perto do peso ideal; consumo moderado de álcool, exercício físico regular.

Comparações entre culturas diferentes, também mostraram uma associação entre comportamento e saúde. A longevidade dos abrakasianos, um povo que vive numa zona remota da Rússia e que sobrevive até idades muito avançadas, por exemplo, foi atribuída à genética e a uma variedade de factores comportamentais, incluído uma dieta pobre em gordura animal e rica em vegetais, altos níveis de suporte social, não consumo do álcool ou nicotina e uma actividade física vigorosa.

A evidência da associação entre comportamento e saúde é agora esmagadora. Peto e Lopez (1990), por exemplo, estimaram que 75% das mortes por cancro são atribuíveis, em parte, pelo menos, ao comportamento. Outros, incluindo World Bank (1993), referiram que um número significativo de doenças crónicas e metade das mortes prematuras podem ser atribuídas a factores comportamentais. Cinco comportamentos em particular estão associados ao risco de doença: fumar, abuso de álcool, alimentação deficiente, baixos níveis de exercício físico e relações sexuais sem protecção.

sociação entre Estudos Realizados

CONSUMO EXCESSIVO DO ÁLCOOL

O consumo excessivo do álcool pode ter um impacto negativo sobre a saúde quer a curto quer a longo prazo. Contribui para muitas doenças, nomeadamente, cirrose do fígado, hipertensão e outras. Por outro lado, o efeito mais pernicioso do álcool, pode ser comportamental. Estima-se que 20% das admissões psiquiátricas, 60% das tentativas de suicídio, 30% dos divórcios, e 40% dos incidentes de violência doméstica estão associados de algum modo ao abuso do álcool. Geralmente há uma relação linear entre consumo do álcool e as taxas de doença.



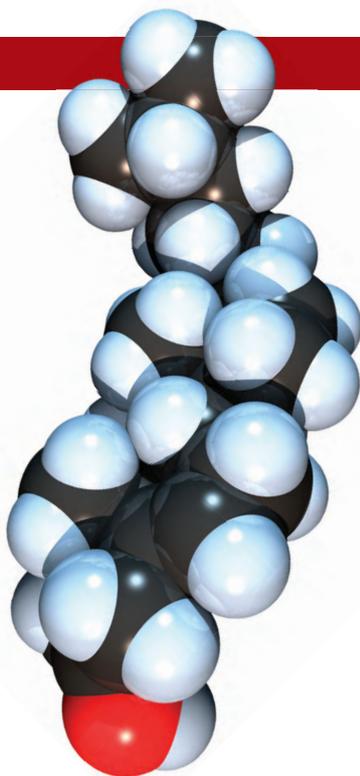
FUMAR

Fumar duplica o risco de morte prematura. O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. De acordo com estimativas da OMS, morrem anualmente cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo, em consequência deste consumo, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia (OMS). Caso não sejam tomadas medidas de prevenção e controlo, daqui a vinte ou trinta anos, poder-se-á assistir a cerca de dez milhões de mortes anuais a nível mundial, sendo metade indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2003).

Este comportamento é responsável por cerca de 30% de casos de doença coronária, 75% de casos de cancro, 80% de casos de doenças respiratórias crónicas e 90% de mortes associados a cancro dos pulmões. Os riscos atribuídos ao fumo passivo também são substanciais: estima-se que 25% dos cancros do pulmão que ocorrem em não fumadores são atribuídos a fumo passivo.

COLESTEROL

Elevados níveis sanguíneos de colesterol aumentam o risco de doença coronária. O estudo MRFIT, por exemplo, acompanhou cerca de 350 mil adultos durante 6 anos e encontrou uma relação linear entre o nível de colesterol e a incidência de doença coronária ou trombose (Neaton e col., 1992). Embora os níveis de colesterol podem ser mediados por outros factores como o stress e a quantidade de exercício físico, o método mais frequentemente utilizado pelas autoridades públicas de saúde para controlar os níveis de colesterol das populações é o de promoção de medidas de dietética. De uma forma geral é promovido os hábitos alimentares saudáveis.





COMPORTAMENTO TIPO A - HOSTILIDADE

Tendo sido identificado em primeiro lugar por dois cardiologistas, Rosenman e Friedman, o comportamento do tipo A foi definido como excesso de competitividade, urgência e hostilidade. Estudos de caso e estudos longitudinais mostraram associações significativas entre o comportamento de tipo A e a doença coronária. A evidência mais convincente da ligação entre a hostilidade e a doença coronária provem de estudos longitudinais. Num desses estudos, Barefoot e colaboradores (1983) seguiram 255 médicos durante 25 anos e concluíram que aqueles que tinham pontuações acima da média, nas medidas de hostilidade realizadas durante o treino, eram cerca de 5 vezes mais propensos a experimentar enfarte do miocárdio, durante esse período, do que os cotados abaixo da média.

COMPORTAMENTO SEXUAL DE ALTO RISCO

Estimativas mundiais sobre prevalência de VIH/SIDA apontavam até Dezembro de 2008, um total de 33,4 milhões de pessoas infectadas com VIH, dos quais 31,3 milhões de adultos, 15,7 milhões de mulheres; 2,1 milhões crianças de menos de 15 anos. Em cabo verde, evidencia-se uma propagação do vírus pela via sexual, em particular heterossexual com uma taxa de mais de 90% dos casos. As relações sexuais sem planeamento, com parceiros múltiplos e sem uso do preservativo, constituem comportamentos de risco para contrair doenças sexualmente transmissíveis.



SUMÁRIO E CONCLUSÕES

Desde a década de 50, existe evidência irrefutável de que determinados comportamentos contribuem para o desenvolvimento de doenças. Este reconhecimento originou, em parte, um movimento no sentido de aumentar a responsabilidade individual, com o objectivo de facilitar a modificação do comportamento. Este foi um movimento que se centrou no aumento da responsabilidade individual na promoção da saúde. Alertou ainda, para necessidade de

existirem iniciativas de saúde pública com objectivo de atingir factores individuais para melhoria da saúde da população.

De acordo com dados do Ministério da saúde, nos últimos anos, as doenças cardiovasculares e cancro apresentam-se como principais causas de óbitos tendo sempre como factores comuns o excesso de peso, consumo de tabaco, álcool, maus hábitos alimentares e falta de actividade física. Todos esses factores são mo-

dificáveis, envolvendo em parte a responsabilidade individual na adopção de comportamentos relacionados com a saúde.

Megaestudo americano nomeado “O Projeto da Longevidade” é realizado por pesquisadores da Universidade da Califórnia e finalizado este ano, Abril 2011. Durante 20 anos, o Dr Howard Friedan e a Dra Leslie Martin, ambos psicólogos e professores da Universidade da Califórnia, analisaram os dados de 1.500 pessoas



EXERCÍCIO FÍSICO

A prática do exercício físico é um factor de protecção contra várias doenças, designadamente, doença coronária, permitindo a redução da pressão sanguínea e dos níveis de colesterol. É também muito importante para o controlo do peso e, particularmente nas mulheres, protege contra a osteoporose.

COMPORTAMENTO TIPO C

O comportamento do Tipo C foi definido por cooperativo, não assertivo, é o que não expressa as emoções negativas, em particular a cólera. Diversos estudos demonstraram uma relação entre a personalidade de Tipo C e a incidência ou progressão do cancro. Shaffer e colaboradores (1987), por exemplo, seguiram 972 médicos durante um período de 30 anos e verificaram que os participantes no estudo que eram caracterizados por altos níveis de expressão emocional tinham menos de 1% de risco de desenvolver cancro. Por sua vez, os participantes caracterizados como “solitários” e que inibiam a expressão emocional estariam 16 vezes mais propensos a desenvolver cancro do que os primeiros.

que participaram de uma pesquisa sobre a relação entre personalidade e expectativa de vida, o “Longevity Project”, da Universidade da Califórnia que se iniciou em 1921 pelo Dr Lewis Terman, psicólogo e professor considerado “génio” da Universidade Standford.

Revisaram todos os dados sobre personalidade, estilo de vida, estado de saúde e principalmente, incluíram a causa de morte dessas pessoas, e a partir disto, separaram as caracte-

rísticas prevalentes dos que viveram por mais tempo.

Segundo os pesquisadores, a principal característica predominante na infância dos que viveram mais tempo com saúde foi o senso de responsabilidade. “Eram crianças mais sérias e mantiveram esta característica de forma consistente durante a vida. A hipótese que colocam é que essas pessoas evitavam comportamento de risco e cuidavam mais do seu bem-estar e do próximo”.

REFERÊNCIAS

1. Ogden J. Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores. 1999.
2. REVISTA TOXICODEPENDÊNCIAS | EDIÇÃO IDT | VOLUME 15 | NÚMERO 1 | 2009 | pp. 77-86
3. United Nations Office on Drugs and Crime (2003). Global illicit trends. New York.
4. World Health Organization (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva.
5. World Health Organization (1999). Global status report on alcohol. Geneva.
6. American Medical Association. Drivers Impaired by Alcohol -Council on Scientific Affairs (. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/article/2036-8134.html>).
7. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/smoking.html>
8. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthtopics_a.html
9. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/alcoholism.html>
10. <http://www.apa.org/centrodeapooyo/alcohol.aspx>

Estudos e Pesquisas

Dra Ludmilde Filomena Rodrigues Pina
Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
Trabalha no Serviço da maternidade do HRSN
Email:ludmilde@yahoo.com.br

Dra Elsa Leonor Teixeira Semedo
Especialista em Cirurgia Geral
Pós-graduada em Ecografia de Medicina interna
Trabalha no Serviço de Cirurgia do HRSN
Email:esemedo@yahoo.com

Dra Alina Mendóca Arroyo
Especialista I grau em Ginecologia e Obstetrícia
MSc em Atenção Integral à Mulher
Trabalha no Serviço da Maternidade do HRSN



Mola invasora, relato

A Mola Invasora (MI) é uma das entidades de tumores trofoblásticos gestacionais (TTG), caracterizada pela proliferação trofoblástica persistente, que por vezes perfuram-no e destroem os vasos uterinos, causando hemorragia peritoneal e ocasionam metástases pulmonar e pélvica (vagina, vulva e ligamento largo)¹ (Neme, 2006, 341-346), metástases estas, em até 20% dos casos² (Bristow,2006,555).

È a sequela mais comum da Mola Hidatiforme (MH), representando 70 a 90% dos casos de DTG persistente².

Clinicamente, se define por sangramento vaginal irregular metrorrágico ou intermitente, associado ao volume uterino desproporcional

à idade gestacional encontrada, hipoinvolução uterina e ovariana bem como níveis séricos de β HCG persistentemente elevados após esvaziamento molar, amenorreia pós-sinéquia uterina³ (Leveno, 2005, 170).

O diagnóstico é dado, pelo estudo histopatológico do conteúdo uterino esvaziado.

O tratamento , na maioria dos casos (90%) é quimioterápico¹, e em 10%, recorre-se a histerec-tomia total¹ com ou sem ooforec-tomia³.

Por se tratar de uma condição rara, apresenta-se , caso clínico de uma paciente atendida na maternidade do Hospital Regional Santiago Norte (HRSN).

RELATO DE CASO:

E.J.B.P: 18 anos, primigesta no curso de 12 semanas e 3 dias pela data da última menstruação (DUM), internou no serviço de Maternidade do HRSN, no dia 20/04/11, com queixas de dor em baixo ventre, sangramento vaginal e vômitos.

Exame físico: Bom estado geral, lúcida, orientada e coerente, mucosas húmidas e coradas, TA=100/70mmhg, TAX=36,8°C, FC=88bpm, FR = 16rpm, aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações , abdómen mole depressível , doloroso á palpação profunda no hipogastro, sangramento escasso ao especular e ao toque vaginal, útero aumentado de volume para + ou - 12 semanas, colo fechado.



O tratamento, na maioria dos casos (90%) é quimioterápico¹, e em 10%, recorre-se a histerectomia total¹ com ou sem ooforectomia³.

ato de caso clínico

Exames complementares: Hemoglobina 10,6g/dl, leucócitos 9000mm³, aguarda ecografia pélvica.

Hipótese diagnóstica: Ameaça de aborto.

Tratamento: sintomáticos.

5º dia após a internação, evoluiu com piora da dor no hipogástrico e aumento de sangramento vaginal e aos exames especular e toque vaginal, apresentava-se com sangramento profuso, útero aumentado para 14 semanas e colo uterino pérvio para 3 cm. Realizada curetagem uterina com extração de grande quantidade de material vesicular enviado para estudo histopatológico; solicitado β HCG quantitativo e Rx tórax, este último, sem anormalidades. Procedimento sem intercorrências, evolução favorável ao uso de uterotônicos e antibiótico profilático, alta dois dias após, com retorno para avaliar resultados pendentes.

Sete dias (02/05/11) após o esvaziamento molar, reinternada com dor abdominal difusa, aumento volume abdominal e sangramento vaginal fétido.

Ao exame físico: Regular estado geral, sudorética, agitada, palidez cutâneo-mucosa (3+/4+), TA=90/60mmhg, FC=112bpm, FR=20rpm, abdómen distendido, doloroso difusamente de forma acentuada, blumberg positivo, massa tumoral em hemi-abdómen direito que se estende da fossa ilíaca ao hipocôndrio, hemi-abdómen contra-lateral e órgãos pélvicos não avaliados adequadamente, devido a dor.

Exames complementares: Hemoglobina 7,8g/dl, leucócitos 15200.

Hipóteses diagnósticas:

- Abdómen agudo, com sinais de choque hipovolêmico, secundário a:

1) Complicações de Mola Hidatiforme

2) Perfuração uterina pós-curetagem?

Tratamento: Hidratação e transfusão de concentrado de hemácias, antibioticoterapia, laparotomia exploradora sob anestesia geral.

No trans-operatório constata-se:

- 1 - Grande quantidade de líquido fluido, serossanguinolento.
- 2 - Útero amolecido aumentado de volume para 16 semanas de gestação, sem nenhuma perfuração e/ou alterações externas.
- 3 - Tumorações gigante, predominantemente císticas, que se estendem das fossas ilíacas até os hipocôndrios bilateralmente, com origem nos anexos. Nestes, sinais de necrose em mais de 90% de sua superfície (áreas negras erodadas e outras com drenagem de fluido serossanguinolento).
- 4 - Omento (ligamento largo) rugoso em toda a sua superfície.

Realizado anexectomia bilateral, hysterectomia total e omentectomia.

Resultado de β HCG colhido no dia de esvaziamento molar (25/04): superior a 200.000mUI/ml. Solicitado novo β HCG quantitativo.

Associou-se acompanhamento psicológico diário e com boa evolução clínica, teve alta após 12 dias, com retorno para controle.

DISCUSSÃO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é dividida em mola hidatiforme(MH) e tumores trofoblásticos gestacionais(TTG)¹. Destes últimos, fazem parte a mola invasora(MI), o coriocarcinoma e o tumor metastático do sitio placentário^{1,3,11}.

Aproximadamente 50% dos casos de TTG, sucedem MH, 25% após abortamento e 25%, após uma gestação aparentemente normal¹.

Clinicamente, o sinal mais comum, é o sangramento vaginal irregular continuo ou intermitente com hemorragia súbita^{3,4} e muitas vezes maciça e em termos diagnósticos, as principais características, são a elevação e/ou persistência dos níveis séricos quantitativos de β HCG após o esvaziamento uterino¹ e o resultado anátomo-patológico do conteúdo uterino esvaziado em que especificamente para MI, se relaciona ao crescimento trofoblástico exagerado e sua penetração no miométrio com in-

vasão principalmente para os órgãos pélvicos^{3,5,10}. Da hiperestimulação dos elementos luteínicos, consequente aos altos níveis de gonodotrofina coriônica humana (hCG), surgem cistos teca-luteínicos^{1,7}, que podem atingir até 10cm de diâmetro e sofrem torção, infarto e hemorragia^{4,6}.

Com relação ao prognóstico, os TTG, se dividem em doenças não – metastáticas e metastáticas, esta por sua vez, em alto e baixo risco, cuja incidência respectivamente é de 40% e 5%¹. Para as de alto risco, são considerados os seguintes factores, em que a presença de apenas um, se associa ao pior prognóstico^{2,11}:

- Nível β HCG pré-esvaziamento superior a 40.000mUI/ml
- Volume uterino aumentado em relação á idade gestacional
- Ovários com cistos tecaluteínicos maiores que 6cm
- Idade superior a 40 anos
- Doenças associadas (pré-eclâmpsia, coagulopatias, hipertireoidismo)
- Gestação a termo, antecedente
- Duração da doença mais de 4 meses
- Metástases para o cérebro e fígado
- Falha prévia de quimioterapia

Em relação ao tratamento, a quimioterapia com agente único é dada para doença não-metastática ou de baixo risco^{1,4}. Para as de alto risco, conforme descrito acima, usa-se

combinação de quimioterápicos e em casos raros (ovários infartados e/ou mulheres com mais de 40 anos e prole constituída), hysterectomia com ou sem ooforectomia^{3,4}.

Para o seguimento, no mínimo de 1 ano, deve-se^{1,2}:

- Medir β HCG a cada 2 semanas e quando os níveis séricos atingirem o nível inferior (menor que 5mUI/ml), faz-se a testagem mensal por 6 meses e após a cada 2 meses por 1 ano.
- O desaparecimento completo de hCG, em pacientes operadas de hysterectomia total, é geralmente obtido em oito semanas.
- Manter a terapêutica em causa, enquanto os níveis de hCG continuarem a regredir.
- Após 1 ano de seguimento adequado, nova gestação é permitida.

No nosso caso, temos uma jovem de 18 anos, nulípara, cuja a clínica inicialmente, coincide com o que a literatura mundial relata (sangramento vaginal, como principal sintoma), mas também, vômitos incoercíveis, uma das características de MH.

O achado de MH, como primeira hipótese diagnóstica, se deu , não através da ecografia pélvica, pela impossibilidade de sua realização com urgência, devido a não existência de meios na época, no hospital, mas sim, no acto da curetagem uterina, consequente a evolução, conforme

FOTO 1: Conteúdo, predominantemente vesicular do esvaziamento uterino



FOTO 2: Cistos teca-luteínicos gigantes



já se relatou. Tirou-se grande quantidade de material vesicular (foto 1) e apesar de ter sido um procedimento demorado, decorreu sem intercorrências e com a cavidade uterina aparentemente limpa e útero contraído e intra-pélvico. O material resultante, foi enviado para o estudo anátomo-patológico e no mesmo dia (25/04), colhido β HCG sérico, ambos encaminhados para o HAN.

Os resultados, só chegaram ao nosso serviço, do β HCG sérico (“valor superior a 200.000mUI/ml”) no dia 05/05 e do anátomo-patológico (“mola hidatiforme completa com marcada atipia no sitio de implantação trofoblástica, vigilância para excluir a existência do componente invasivo”) no dia 27/06, respectivamente 10 e 58 dias, após o envio das amostras.

Neste tempo de espera, a paciente desenvolveu quadro de abdómen agudo e á laparotomia exploradora (03/05), constatou-se, o que pouco a literatura menciona, pela sua raridade: Cistos teca-luteínicos gigantes (foto 2), ovários necrosados e com focos de hemorragia em mais de 90% de suas superfícies, bem como a recidiva uterina da doença evidenciada pelo aumento do volume do útero para aproximadamente 16 semanas de gestação, 7 dias após o esvaziamento, em que o útero se encontrava intra-pélvico e adenopatias no omento; pelo achado e quadro de descompensação hemodinâmica da paciente (ver relato do caso), fez-se

anexectomia total bilateral, histerec-tomia total e omentectomia (foto 3), peças enviadas para histopatologia, porém já com a hipótese diagnóstica de mola invasora.

Boa evolução, no 2º dia da cirurgia, colheu-se novo β HCG, cujo resultado, após 15 dias, foi de 16.238mUI/ml. Alta hospitalar a 16/05, em uso de estrógenos conjugados contínuo e seguimento quinzenal, em conjunto com a psicóloga. A 22/06, 49 dias da intervenção cirúrgica, chega o resultado das peças: “mola hidatiforme invasora que infiltra até o terço interno do miométrio; colo do útero dentro dos limites da normalidade; ovários com múltiplas formações císticas e teca-luteínicas gigantes, ocupados por material hemorrágico e necrótico; trompas histologicamente normais; epiplon sem alterações sugestivas de malignidade, porém com adenopatias.”

Os valores do β HCG, continuam a regredir e o último controle (27/06), até a presente data, foi de 9.53mUI/ml, valor este próximo do limite inferior, o que prova, que com relação a doença, a paciente está curada.

Evolução de níveis de β HCG sérico:

Data	Valor
25/04/2011	>200.000 mUI/mL
05/05/2011	16.238 mUI/mL
27/06/2011	9.53 mUI/mL

Fonte: resultados dos exames realizados no LAC do HAN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Neme, 2006, 3ª edição, obstetrícia básica

Bristow e Nguyeu, 2006, 2ª edição, Manual de ginecologia e obstetrícia de Hopkins

Leveno e colaboradores, 2005, 2ª edição, Manual de obstetrícia de Williams

Belfort, Braga, 2003, RBGO Look for diagnosis.com, 03/07/11

DeVita, Hellman and Rosenbergs, 8ª edition, Cancer, 2008.

Robert A. Noveline, Fundamentos de radiologia de Squire, 5ª edição, 2003

Bagnoli, Tratado de Ginecologia, 2005

Speroff, 5ª edição, Endocrinologia ginecológica, clínica e infertilidade, 1995

Callen, 4ª edição, Ultra-sonografia em obstetricia e ginecologia

Novak e Berek, 15ª edição, Tratado de Ginecologia

FOTO 3: Útero



FOTO 4: Epiplon





Foram avaliados

2088

alunos dos 6 anos aos 16 anos

MENDES, Mário Luis Tavares
Cirurgião-Dentista

Levantamento Básico em Saúde Bucal dos A

INTRODUÇÃO

No mundo globalizado de hoje se fala muito na universalidade dos cuidados de saúde, onde a ninguém se pode negar o acesso a esses cuidados oferecidos pelas estruturas de saúde, tudo isso teorizado em sistemas em que, muitas vezes, o indivíduo não é abordado como um todo, sendo o exemplo mais acabado em Cabo Verde o facto de “separarmos” o sistema estomatognático dos restantes sistemas que compõem o indivíduo. Neste contexto, uma afecção da cavidade oral é tida como algo particular, restrito à boca, e não como algo que afecta o indivíduo como um todo. Não sabemos que uma dor de dente, tendo como causa a doença cárie, tem um impacto directo no rendimento escolar, no estado psicológico e na vida social da criança afectada. Pensando em tudo isso e na necessidade de tratamento odontológico da maioria da nossa população, e, em especial, da população estudantil, que muitas vezes não pode pagar um tratamento numa clínica privada, decidimos fazer esse levantamento básico em saúde bucal, uma vez que os conhecimentos obtidos através desses estudos favorece, não somente o atendimento clínico individual, como, também, o planeamento de serviços públicos ou programas de saúde bucal, proporcionando uma melhor racionalização dos gastos em saúde.

MATÉRIAS E MÉTODOS

O presente estudo, do tipo transversal, foi realizado em vinte e uma escolas do Ensino Básico no município de Tarrafal, da ilha de Santiago. Foram avaliados 2.088 alunos do Ensino Básico, na faixa etária de 6 aos 16 anos, sendo que 1.057 do sexo masculino e 1.031 do sexo feminino. Os alunos foram examinados por um examinador nas dependências das escolas. Os dados foram introduzidos numa ficha padrão elaborada para este estudo, e continha os dados de identificação, um odontograma, um questionário com informações relativas aos hábitos de higiene bucal e o acesso a profissionais da área odontológica. O exame intrabucal visual foi feito com os alunos sentados na cadeira escolar de frente para o examinador, à luz natural com auxílio de uma espátula de madeira e com o examinador devidamente paramentado com os EPIs. Foram analisados a cavidade oral e levados em consideração as alterações dos tecidos bucais, a oclusão, as alterações dos tecidos dentais e as unidades dentárias com lesão de cárie com cavitação.

RESUMO: O presente estudo objetivou um levantamento básico em saúde bucal dos alunos do Ensino Básico do município do Tarrafal de Santiago, a fim de recolher subsídios que possam direccionar, de forma eficaz e racional, uma futura intervenção. Foram avaliados 2.088 alunos dos 6 anos aos 16 anos das 22 escolas do Ensino Básico, sendo que 62.74% dos alunos estudados apresentaram a doença cárie. Quanto ao gênero, o masculino foi o mais acometido pela doença com um total de 64.05% contra 61.39% da população feminina. A faixa etária mais acometida pela doença cárie foi a de 10 anos 11 meses e 29 dias, representando 16.56% da população com a doença. De acordo com a localização, 85.75% dos alunos do meio rural apresentaram a doença cárie contra 46.08% dos alunos do meio urbano. 52.35% dos analisados disseram que escovam os dentes 3 vezes ou mais, enquanto que 47.65% escovam menos de 3 vezes.

19.11% dos alunos disseram que já foram ao dentista e 80.89% nunca foram a um dentista. A região anatômica mais acometida pelas alterações dos tecidos bucais foi a língua, com 93.66% dos casos. Dentre as alterações dos tecidos bucais o principal foi queilite angular, com 84.76% dos casos. Um grande número de casos de má-oclusões foi verificado entre os alunos, sendo a falta de espaço nas arcadas dentárias a maior entre os casos de má-oclusões, representando 33.68% dos casos. Com relação as alterações de tecidos dentais, a hipoplasia do esmalte foi verificado em 92.02% dos casos num universo de 268 casos de alterações de tecidos dentais. A doença periodontal representou um total de 60.93% dos casos entre outras alterações da cavidade oral.

PALAVRAS-CHAVE - Saúde bucal: levantamento básico: cárie dental.

Alunos do Ensino Básico Município do Tarrafal

RESULTADOS

Em relação ao sexo masculino, 677 alunos (64.05%) apresentaram a doença cárie contra 380 alunos (35.95%) sem a doença cárie. Já no sexo feminino, 633 alunos (61.39%) apresentaram a doença cárie e 398 (38.61%) não tiveram a doença. No total 1.310 alunos (62.74%), foram acometidos pela doença cárie e 778 alunos (37.26%) não tiveram a doença. A tabela 1 mostra a distribuição dos alunos de acordo com o gênero e afeção pela doença carie.

Tabela 1 - Distribuição dos alunos de acordo com o Gênero e afeção pela doença cárie

CÁRIE	GÊNÉRO				TOTAL
	MASCULINO		FEMININO		
	Nº	%	Nº	%	
COM CÁRIE	677	64.05	633	61.39	1310
SEM CÁRIE	380	35.95	398	38.61	778

Segundo a tabela 5, 399 alunos (19.11%) relataram ter visitado um Cirurgião-Dentista e 1.689 alunos (80.89%) relataram nunca ter visitado um Cirurgião-Dentista.

Tabela 5 - Distribuição dos alunos de acordo com as visitas ou não ao cirurgião-dentista

VISITAS AO CIRURGIÃO-DENTISTA	ALUNOS	
	Nº	%
VISITARAM	399	19.11
NUNCA VISITARAM	1689	80.89

Tabela 6 - Distribuição dos alunos de acordo com as alterações dos tecidos bucais

ALTERAÇÕES TECIDOS BUCAIS	ALUNOS		
	Nº	%	TOTAL
BOCHECHA	2	3.17	2
LINGUA	2	3.17	2
LÁBIO	59	93.66	59
herpes labial	4	6.78	4
queilite angular	50	84.76	50
queilocandidíase	1	1.69	1
morsicatum bucarum	1	1.69	1
veruga vulgar	3	5.08	3

Na tabela 6 ficaram distribuídos os alunos de acordo com as alterações dos tecidos bucais, onde 2 alunos (3.17%) apresentaram alterações na bochecha, 2 alunos (3.17%) tinham alterações na língua e 59 (93.66%) apresentaram alterações no lábio, sendo que 4 alunos (6.78%), apresentavam herpes labial, 50 alunos (84.76%) tinham queilite angular, 1aluno (1.69%) apresentou queilocandidíase, 1 aluno (1.69%) tinha morsicatum bucarum e 3 alunos (5.08%) apresentaram verruga vulgar.

De acordo com a tabela 7 foram verificados 178 casos (26.65%) de mordida aberta anterior, 225 casos (33.68%) de falta de espaço nas arcadas dentárias, 44 casos (6.59%) de mau posicionamento dentário, 23 casos (3.44%) de retenção prolongada das unidades dentárias, 51 casos (7.63) de mordida topo-topo, 80 casos (11.98%) de mordida cruzada anterior, 23 casos (3.44%) de overbyte e overjete aumentado e 44 casos (6.59%) de giroversão das unidades dentárias.

Tabela 7 - Distribuição das má-oclusões de acordo com o número de casos.

MÁ-OCCLUSÕES	CASOS	
	Nº	%
MORDIDA ABERTA ANTERIOR	178	26.65
FALTA DE ESPAÇO NAS ARCADAS DENTÁRIAS	225	33.68
MAU POSICIONAMENTO DENTÁRIO	44	6.59
RETENÇÃO PROLONGADA DAS UD	23	3.44
MORDIDA TOPO-TOPO	51	7.63
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	80	11.98
OVERBYTE E OVERJETE AUMENTADO	23	3.44
GIROVERSÃO DAS UD	44	6.59

Segundo a tabela 8, 22 casos (8.21%) foram de atrição, 193 casos (72.02%) de hipoplasia do esmalte, 7 casos (2.61%) mancha branca por tetraciclina, 42 casos (15.67%) de mancha branca e 4 casos (1.49%) de alterações no número e na forma das unidades dentárias.

Tabela 8 - Distribuição das alterações dos tecidos dentais de acordo com o número de casos

ALTERAÇÕES DOS TECIDOS DENTAIS	CASOS	
	Nº	%
ATRIÇÃO	22	8.21
HIPOPLASIA DO ESMALTE	193	72.02
MANCHA POR TETRACICLINA	7	2.61
MANCHA BRANCA	42	15.67
NUMERO E FORMA	4	1.49

Tabela 9 - Distribuição das outras alterações da cavidade oral de acordo com o número de casos

A tabela 9 mostra 184 casos (60.93%) de doença periodontal e gengival e 118 casos (39.07%) de outros casos de alterações.

ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL	CASOS	
	Nº	%
DOENÇA PERIODONTAL E GENGIVAL	184	60.93
OUTRAS	118	39.07
TOTAL	302	100%

DISCUSSÃO

A odontologia é um segmento da área da saúde que em Cabo Verde ainda atinge uma fracção insignificante da população, não só pelo distanciamento dos profissionais da população carente, mas, também, por falta de políticas públicas que visam a prevenção e o tratamento das principais afecções da cavidade oral.

A falta de estudos com base científicos sobre a condição de

saúde bucal das nossas populações torna difícil o planeamento e a intervenção nesses aspectos, estudos esses que, segundo a OMS (1991), são de extrema importância uma vez que fornecem uma base sólida para as estimativas das condições actuais de saúde bucal de uma população, bem como vislumbra suas futuras necessidades de atenção à saúde bucal. Essa falta de estudos além de deixar-nos sem noção da

real situação da condição bucal dos alunos, também nos deixa sem parâmetros de comparação para nosso estudo.

Essa deficiência enorme de políticas públicas em saúde oral, ficou totalmente visível no nosso trabalho, onde 62.74% dos alunos estudados apresentaram a doença cárie. Quanto ao gênero o masculino foi o mais acometido pela doença com um total de 64.05% da mesma



Tabela 2 - Distribuição dos alunos de acordo com a faixa etária e afecção pela doença cárie

FAIXA ETÁRIA	COM CÁRIE		SEM CÁRIE	
	Nº	%	Nº	%
6 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	87	6.64	65	8.35
7 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	149	11.37	102	13.11
8 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	188	14.35	75	9.64
9 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	194	14.81	89	11.61
10 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	217	16.56	122	15.85
11 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	188	14.35	106	13.62
12 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	158	12.06	106	13.62
13 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	84	6.41	77	10.07
14 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	31	2.37	30	3.87
15 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	8	0.62	2	0.26
16 ANOS 11 MESES E 29 DIAS	6	0.46	0	0.26
TOTAL	1310	100	778	100

De acordo com a distribuição pela faixa etária e a afecção pela doença cárie, mostrado na tabela 2, dos alunos com 6 anos 87 (6.64%) apresentaram a doença cárie, e 65 (8.35%) estavam livres da doença. Entre os alunos de 7 anos 149 (11.37%) foram acometidos pela doença e 102 (13.11%) estavam sem a doença. Nos alunos de 8 anos 188 (14.81%) apresentaram a doença e 75 (9.64%) não apresentaram a doença, enquanto que entre os de 9 anos 194 (14.81%) apresentaram a doença e 89 (11.61%) se mostraram livres da doença. Entre os alunos de 10 anos 217 (16.56%) apresentaram a doença e 122 (15,85%) estavam livres da doença. Já entre os de 11 anos 188 (14.35%) apresentaram a doença contra 106 (13.62%) sem a doença. No grupo dos alunos de 12 anos 158 (12.06%) apresentavam a doença e 106 (13.62%) estavam livres da doença. Nos alunos de 13 anos 84 (6.41%) tinham a doença e 77 (10.07%) não tinham a doença. Entre os alunos de 14 anos 31 (2.37%) estavam com a doença e 30 (3.87%) estavam sem a doença; No grupo de 15 anos 8 (0.62%) apresentaram a doença contra 2 (0.26%) sem a doença e em relação a faixa dos 16 todos os 6 alunos (0.46%) foram acometidos pela doença cárie.

De acordo com a tabela 3 o meio urbano apresentou 558 alunos (46.08%) com a doença cárie contra 653 alunos (53.94) sem a doença e no meio rural 752 alunos (85.75%) apresentaram a doença e 125 alunos (14.25) não apresentaram a doença.

Tabela 3 - Distribuição dos alunos de acordo com a posição geográfica e afecção pela doença cárie

POSIÇÃO GEOGRÁFICA	COM CÁRIE		SEM CÁRIE	
	Nº	%	Nº	%
MEIO URBANO	558	46.08	653	53.94
MEIO RURAL	752	85.75	125	14.25

A tabela 4 mostra que 1093 alunos (52.35%) relataram escovar os dentes 3 vezes ou mais enquanto que 995 alunos (47.65%) disseram escovar menos de 3 vezes ao dia.

Tabela 4 - Distribuição dos alunos de acordo com a quantidade de vezes que escovam os dentes

NÚMERO DE VEZES	ALUNOS	
	Nº	%
3 VEZES OU MAIS	1093	52.35
VEZES MENOS DE 3	995	47.65



população, contra 61.39% da população feminina. Essa percentagem muito alta da doença cárie não só é consequência das causas acima referidas, mas também dos hábitos de higiene oral da nossa população, o nível de instrução, a pobreza em que muitos vivem, a falta de acesso a água fluoretada, bem como os hábitos alimentares que mudaram muito com um consumo exagerado de açúcares refinados industrializados.

De acordo com a posição geográfica, 85.75% dos alunos do meio rural apresentaram a doença cárie contra 46.08% dos alunos do meio urbano, deixando visível que a condição sócio-econômico está relacionada diretamente com a prevalência da doença cárie nas populações, como afirma Pinheiro et al (2006), uma vez que as populações mais distantes dos centros urbanos se veem diante do difícil acesso aos profissionais que cuidam da saúde bucal, da falta de instrução sobre a importância da dieta e da higienização na promoção da saúde bucal e de muitos acharem que a doença cárie é um processo natural da erupção dentária e não uma doença infecto-contagiosa que pode afetar não só o sistema estomatognático, bem como sua relação social com os outros indivíduos e também o seu estado de saúde geral.

No quesito visitas a um profissional da área odontológica 399 alunos (19.11%), disseram que já foram a um dentista e 1.689 alunos (80.89%), nunca foram a um Cirurgião-Dentista. Aqui, uma vez mais fica notório a falta de políticas públicas que visam a promoção da saúde bucal, no sentido de ver que a odontologia é pertinente à saúde pública e o Cirurgião-Dentista um elemento imprescindível dentro de uma equipe de saúde, cabendo a ele tratar os males bucais.

CONCLUSÃO

Este trabalho foi de suma importância, uma vez que foram coletadas informações básicas que visam uma intervenção eficaz junto da nossa população e ficamos a saber a experiência da doença cárie dos alunos do município de Tarrafal de Santiago. A partir dos pontos discutidos torna-se importante frisar que as políticas de saúde pública das autoridades têm de ser revistas, pois a saúde oral das nossas populações são relevadas ao segundo plano. É imprescindível e torna-se urgente adoção de medidas preventivas, como levar a odontologia mais perto das populações, com realização de palestras informativas abordando temas pertinentes. Outra medida é a fluoretação da água de consumo público, sendo que essa medida é comprovada cientificamente como o método mais barato e eficaz na prevenção da doença cárie.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Mundial de Saúde. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções. São Paulo: Santos, 1991: 53,

Rouquayrol, M. Zélia. Epidemiologia & Saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Diferentes Conceitos da Cárie Dentária e suas Implicações. In: Cariologia Clínica, 2. ed. São Paulo: Santos, 1995, cap. 9, p. 209-217.

World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th. Geneva: WHO; 1997.

BURT, BA. Prevention policies in the light of the changed distribution of dental caries. Acta Odontol Scand 1998; 56: 179-186.

FREIRE, M. C. M.; BATISTA, S. M. O. Prevalência de cárie e necessidade de tratamento em escolares de seis a doze anos da rede pública de ensino. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 15-21, ago. 1999.

Gradella et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. RGO, Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 329-334, out./dez. 2007.

Meirelles, M. P. M. R. ; Hofmann, R. H. S. ; Sousa, M. L. R. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de Cordeirópolis-SP, Brasil. Rev. de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo 19 (3): 246-9, set-dez 2007.

Agradecimentos:

Delegação do Ministério da Educação e Desporto



Doctor, mim crê fasi análise, pam sabi cusé quim teni!

O avanço industrial e a progressiva introdução das tecnologias no campo da medicina trouxeram inúmeras vantagens, sobretudo, no apoio ao diagnóstico e também ao tratamento.

Actualmente existe uma excessiva "maquinização" da medicina -, A nossa mente está "maquinizada". Fomos ensinados equivocadamente que os melhores serviços de saúde são aqueles que apresentam mais máquinas, mais equipamentos de última geração, descurando ou dando menor relevância à parte humana da medicina - ao toque, ao olhar, à escuta e à comunicação.



Dr. João Baptista Semedo, Responsável do Centro de Saúde dos Órgãos. e-mail:semedojo@hotmail.com

Há um certo exagero na utilização das tecnologias. Pode não ser o nosso caso. Deixar a relação médico-paciente para o segundo plano, que outrora foi o alicerce de toda a medicina, tudo isso tem as suas implicações negativas e uma delas é o “baralho que cria” na consciência das pessoas, que começam a achar que quando não é utilizada alguma tecnologia na sua

abordagem o serviço não presta, o que não é bem assim.

O método clínico foi e continua a ser a base de toda a intervenção médica. Não se pode, nem é racional substituí-lo por qualquer outro método que seja.

Não é pretensão minha querer colocar na balança o método clínico e os meios de exames complementares. Só queria mostrar que

são auxiliares, aliás, como o próprio nome indica, os meios diagnósticos complementam o método clínico.

Não poucas vezes, no início ou no fim de uma consulta, somos confrontados com pedidos como este: “Doctor, mim crê fasi análise pam odja cusé quim teni!”

Lamentavelmente a população, “e nisso tem culpa alguns profissionais de saúde”, considera que se



Convêm realçar, que na maioria das vezes, com um bom interrogatório, exame físico sistemático e completo chega-se a um diagnóstico correcto, que nos permite instituir terapia com maior margem de segurança.

numa consulta, se não lhe é solicitado algum exame complementar, nomeadamente Raio X, Ecografia, Mamografia, e o que esta na moda, a TAC (Tomografia Axial Computorizada) etc, o atendimento médico não é o mais acertado. Quisemos trazer esta questão para a reflexão do grande público, que é o principal utente, e, sobretudo, a razão de existência dos serviços de saúde.

É verdade que na era moderna em que vivemos, não podemos negar as vantagens dos exames complementares no apoio a confirmação ou infirmação do diagnóstico de uma entidade nosológica. De igual modo, não se pode olvidar os riscos que a exposição de forma



arbitrária a estes meios de exames colocam ao nosso organismo. Refiro-me, concretamente, à possibilidade de ocorrência de cancros, da mais diversa natureza, esterilidade nos homens, só para citar algumas das consequências, provocadas pela exposição aos raios emitidos pelos equipamentos utilizados para realização destes exames. Aliás, estes trabalham expelindo radiações electromagnéticas, ionizantes. Ao escrever este artigo veio-me à mente, as persistentes mensagens que os nossos professores, nos transmitem enquanto aprendizes de uma ciência que se confunde com a arte, e cujo objecto do estudo é o homem, com as suas ilusões, frus-

trações, desconfianças, e, também, expectativas.

Durante toda a época da faculdade foi-nos ensinado que não existe enfermidades, se não, enfermos, isto para enfatizar o aspecto individual que as doenças tendem a dotar em indivíduos diferentes, ou seja, uma mesma doença manifesta-se de maneira distinta em pessoas diferentes, daí a importância da individualização da abordagem, e uma boa relação médico-paciente como chave para um bom diagnóstico e adesão ao tratamento.

Os nossos professores ensinaram-nos que a clínica (método que consiste em interrogar e examinar os doentes) é a mãe da medicina,

que quando falarmos, tocarmos, auscultarmos o doente, muitas vezes, conheceremos a sua história psico-social e compreenderemos o porquê que esta mãe não deu ao seu filho banho antes de ir à consulta, suspeitaremos mais facilmente que esta criança poderá estar com anemia, porque a situação socioeconómica dos pais não é a mais favorável. É, enfim, o método clínico, que nos dá toda a informação do doente e que nos permite direccionar o nosso pensamento para este ou aquele exame complementar, sem nunca considerar que um exame é melhor que o outro, mas sim, que se complementam. Convém realçar, que na maioria das vezes, com um bom interrogatório, exame físico sistemático e completo chega-se a um diagnóstico correcto, que nos permite instituir terapia com maior margem de segurança. É claro que existem determinadas patologias que só serão diagnosticadas perante exames complementares, mas nestas situações sempre serão precedidas do método clínico. Costumam dizer os nossos ensinadores que só se diagnostica patologia que pensamos. É difícil você diagnosticar algo que não pensou. Mais uma vez, realçamos de quão importante é a clínica, ou seja interrogar, examinar e, a partir daí, teremos elementos para formular uma hipótese diagnóstica, e em alguns casos, auxiliar no exame complementar para se chegar ao diagnóstico. O problema não está em pedir ou não um exame complementar. A questão é não pedir por pedir, sem fundamento científico, só para comprazer a pessoa humana. Temos que evitar esta prática para o bem do doente e também para uma maior racionalidade e utilização dos recursos que nos é posto à disposição. Solicitemos exames complementares, sim, a todos os pacientes, que realmente o necessitem, sem cairmos no empirismo e na complacência.



Aconteceu



Dr. Santa Rita Vieira, Patrono do HRSN - 17 Nov. 2010



Ministra Adjunta e da Saúde, Dra. Cristina Fontes, preside acto central da comemoração do dia Mundial da Saúde em Cabo Verde - 7 Abril 2011



Profissionais e responsáveis de saúde durante o acto da comemoração do Dia Mundial da Saúde, no HRSN



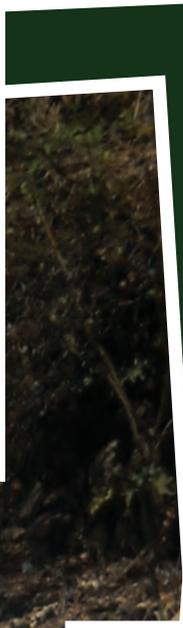
Marcha enquadrada no dia Mundial dos Doadores de Sangue, em S. Lourenço dos Órgãos



Discerramento da placa HRSN Dr. Santa Rita Vieira presidido pelo então Ministro do Estado e da Saúde Dr. Basílio Mosso Ramos



Exemplares dos Protocolos Terapêuticos e da Legislação cabo-verdiana para o sector da Saúde



Lançamento oficial dos Protocolos Terapêuticos de Pediatria e Medicina Interna, em destaque, Eng. Mauro Lupo, representante da Lux-Development em Cabo Verde



Novo Centro de Saúde do Tarrafal de Santiago inaugurado em Março de 2011

Dicas para uma alimentação mais segura neste verão



1

Mantenha a limpeza da cozinha e dos utensílios. Deve lavar as mãos sempre que iniciar ou reiniciar a preparação dos alimentos e durante todo o processo; e sempre que se mudar do tipo de alimento que está a preparar para se evitar a contaminação cruzada. Lavar as mãos depois de se usar a casa de banho é uma regra de ouro. Um outro passo importante é manter os animais e as pragas afastados dos alimentos e locais de manipulação.



2

Separe os alimentos crus dos cozinhados desde a sua aquisição até a sua confecção. Nesse sentido, quando for as compras, separe a carne e o peixe (Peru, Bacalhau, etc.) dos restantes géneros alimentícios. Em casa, guarde-os a temperaturas adequadas e em recipientes fechados, para que não haja contacto entre esses dois tipos de alimentos. Durante a sua preparação e confecção, utilize diferentes utensílios e equipamentos, como facas e tábuas de corte.



3

É importante garantir uma correcta preparação dos alimentos visto ser a forma mais eficaz de diminuir os riscos de contaminação microbiológica por via alimentar. A maior parte dos microrganismos associados aos alimentos (bactérias, vírus e parasitas) pode ser destruída quando o alimento é cozido ou reaquecido em tempo suficiente e em temperatura adequada. A temperatura interna do alimento deverá atingir pelo menos 75°C no processo de cozedura.



5

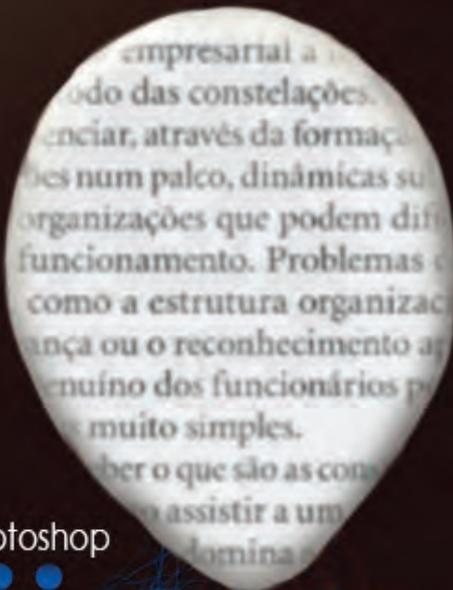
Exija segurança e qualidade no acto da aquisição de alimentos. Aspectos como a interpretação correcta dos rótulos em particular, o prazo de validade, a observação da integridade das embalagens e a escolha de alimentos frescos e em boas condições, são critérios importantes a ter em conta no momento da escolha. Observe também os aspectos relativos à higiene dos vários tipos de equipamentos, utensílios e materiais que entram em contacto directo com os alimentos;



4

Mantenha os alimentos a uma temperatura segura de acordo com as suas características. Para que saiba qual a temperatura mais adequada para os seus produtos, deve estar atento a sua rotulagem, que deve indicar, entre outras informações, qual a sua temperatura de conservação. Os alimentos refrigerados devem ser mantidos a temperaturas iguais ou inferiores a 5 °C. Os congelados a (-12) °C, e os ultracongelados a (-21) °C, devendo-se evitar as temperaturas de risco, compreendidas entre os 5 os 60°C, uma vez que, ao longo desta gama de temperaturas, os microrganismos multiplicam-se rapidamente. Não armazene os alimentos por muito tempo, mesmo que no frigorífico. Os alimentos quentes devem ser mantidos acima dos 60°C e nunca deixados mais de 2 horas a temperatura ambiente.

GARANTA MAIS SEGURANÇA E QUALIDADE PARA SI E PARA OS SEUS



Adobe Photoshop



Adobe Illustrator



Adobe InDesign



Microsoft Word ● ● ● ● ●

Organização ● ● ● ● ●

Creatividade ● ● ● ● ●

"Uma nova opção gráfica e editorial ao teu dispor. Damos vida aos teus sonhos".



JD Editorial

Comunicações e imagens

Achada São Filipe - Praia Mów. 992 52 70

Poemas

Por: SAM LASDEV

MIRADOURO DA CRUZ

No alto da serra,
Mais perto da lua,
Teus olhos me enfeixaram.

No céu prateado,
As nuvens
Dançando em noite de luar,
Teus olhos retratando
Meus desejos mais virgens
Em cada cruzar
Do teu olhar cúmplice.

Teus lábios,
Cobertos de provocação,
Espreitando
Cada beijo teu roubado.

No alto do miradouro,
Meus lábios tacteando
Teu corpo ardente
E a curva de teus lábios,
E em cada carícia,
Sentir teus seios,
Hirtos de desejo
Pulsando ao ritmo
Das contracções do teu corpo.

E em cada curva
Do teu corpo
Me desaguar,
No íntimo
Da tua alma mais virgem,
E me fundir
Em convulsões
Dos teus gemidos.

CICLO LUNAR

Do parapeito
Da janela da vida,
Espreitei a tua chegada,

Tantas vezes esperançado
Para confessar,
Os tormentos da alma
E no teu minguante
Minha dor diminuir,
No teu crescente
Minha esperança crescer,

Tantas vezes esperançado,
Para trocar
O sofrimento da alma
Pela dor física
Do ser e não ser.

Tantas vezes esperançado,
Mesmo na incerteza
Do céu nublado
A certeza de voltares sempre
Crescente e cheia
Para iluminar
Os mistérios desta alma,
Meu eterno confidente.

Tantas vezes esperançado,
Para atravessar contigo
Os meridianos
Das minhas saudades
De viver a vida
Que não vivi,
De desfrutar
Os amores que não vivi,
De saborear os beijos
Que não beijei.

Em cada ciclo teu,
Recados meus mandarei
Para algures me rever,
Estoriando a vida
Dos amores não vividos.

Em cada ciclo teu,
Testemunhar tuas metamorfoses,
Do minguante a lua cheia
Coberto de recordações
Dos amores que nunca vivi
Dos lábios que nunca beijei
E da vida que nunca viverei.

Revista de Saúde da Região Sanitária Santiago Norte

A **Revista de Saúde da Região Sanitária Santiago Norte** publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e actualização de conhecimento, sob a forma de análises de grandes temas: ensaios de natureza teórica, metodológica e técnica. Publica, também, relatos de experiências, biografias, entrevistas e depoimentos.

Do ineditismo do material

São particularmente valorizados trabalhos não publicados anteriormente.

Da selecção dos trabalhos e revisão por pareceristas

Na selecção de trabalhos para publicação, avalia-se o mérito científico dos trabalhos e sua adequação às normas editoriais adoptadas pela revista. A Revista de Saúde da RASN submete todos os originais à apreciação da Comissão Editorial apoiada por consultores ad hoc, que dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo inclusive reapresentá-los aos autores, com sugestões de alterações. Cada trabalho será apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes serão mantidos em sigilo, omitindo também o(s) nome(s) do(s) autor(s) perante os relatores..

Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de uma carta do(s) autor(s), autorizando sua publicação na revista. Todos os autores devem assinar carta enviada aos editores, porem apenas um deve ser identificado como responsável para troca de correspondência, fornecendo o endereço completo, telefone, fax e correio electrónico para contacto.

Envio do material aos editores

Os trabalhos deverão ser enviados em CD acompanhados de três copias em papel para o seguinte endereço: Revista de Saúde da RASN, Assomada - Achada Falcão - C.P. 62; Cabo Verde; Tel.: 2655057 - Fax 265 52 34 - CP. 62

Da apresentação dos originais Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Numero máximo de paginas: 6 (incluindo ilustrações e referencias bibliográficas)

Imagens: os gráficos e figuras devem estar em preto e branco, alta resolução (300 dpi), em JPG e devidamente identificados. As tabelas podem ser anexadas ao texto Word.

Estrutura

Título: Conciso e informativo, na língua do texto.

Nome do(s) autor(s): com seu maior grau académico, cargo, afiliação institucional e endereço electrónico.

Resumo: deve reflectir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250. Deve preceder o texto e estar na língua do texto.

Descritores: de 3 a 6, na língua do texto, apresentados após o resumo.

Citações no texto: devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de páginas quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de "e col".

Referencias

Os autores são responsáveis pela exactidão das referências citadas no texto que deverão seguir as normas da Revista, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. Em casos de documentos electrónicos deve ser citado o endereço em que o documento está disponível e a data de acesso.

Responsabilidade

As ideias apresentadas nos textos reflectem exclusivamente a opinião dos autores e a Revista não pode ser responsabilizada em qualquer situação.

