

SAÚDE PARA TODOS – ESPECIALIDADES: COOPERAÇÃO PORTUGUESA COM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE NA ÁREA DA CARDIOLOGIA

HEALTH FOR EVERYBODY – SPECIALITIES: PORTUGUESE COOPERATION WITH S. TOMÉ E PRÍNCIPE IN THE AREA OF CARDIOLOGY

José Loureiro¹, António Freitas², Cláudia Antunes³

Não temos nas nossas mãos as soluções para todos os problemas do mundo, mas diante de todos os problemas do mundo temos as nossas mãos.

Friedrich Schiller

INTRODUÇÃO

A estrutura e o trabalho desenvolvido pelo Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF) no campo da cooperação na área da saúde em São Tomé e Príncipe foi descrita em número anterior da Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca¹. Neste artigo, pretende-se descrever o contributo da cardiologia no âmbito do programa Saúde para Todos – Especialidades, lançado pelo IMVF em 2010.

A actividade da cardiologia no âmbito da acção do IMVF surgiu com o lançamento do programa Saúde para Todos – Especialidades, a convite do Dr. Paulo Freitas (presidente do Conselho de Administração do IMVF). Este programa foi lançado ao fim de 25 anos, durante os quais o IMVF centrou a sua actividade na implementação de uma rede de cuidados primários e em políticas de saúde pública (vacinação, redes de abastecimento de água potável, saúde materno-infantil, saúde escolar). Ao longo desses 25 anos, houve uma evolução notável da esperança de vida que ronda actualmente os 70 anos, e os indicadores de saúde de São Tomé e Príncipe estão entre os melhores da África sub-sariana.

A evolução positiva da esperança de vida e dos indicadores de saúde em São Tomé e Príncipe é o reflexo da melhoria dos cuidados de saúde materno-infantis e do melhor controlo das doenças infecciosas.

Esta evolução permite prever que São Tomé e Príncipe acompanhe a tendência de evolução epidemiológica do impacto das doenças cardiovasculares. Com efeito, prevê-se que em 2030, as doenças não transmissíveis serão responsáveis por mais de 3/4 das mortes em todo o mundo e que a doença cardiovascular isoladamente seja, nos países de baixo rendimento per capita, responsável por mais mortes que o conjunto dos problemas de saúde materna e peri-natal, das desnutrições e das doenças infecciosas (incluindo VIH/SIDA, tuberculose e malária)².

Esta transição epidemiológica, conceito proposto inicialmente por Abdel Omran na década de 70, diz respeito às alterações nas formas predominantes de doença e causas de morte que afectam uma população à medida que a economia e sistema de saúde do país se desenvolve. Em países em vias de desenvolvimento, nas fases mais precoces predominam as doenças infecciosas, mas à medida que a economia e os sistemas de saúde melhoram, as doenças não transmissíveis tornam-se predominantes e constituem-se como a principal causa de morte³.

Em muitos países, especialmente naqueles de menor rendimento per capita, as estatísticas em saúde são frequentemente baseadas em dados que não reflectem a situação da totalidade do país, são incompletos em relação às áreas a que se referem e são muitas vezes coligidos por pessoal com pouca formação ou experiência para reportar os dados pertinentes. Estes aspectos, limitam frequentemente a fiabilidade dos dados disponíveis^{4,5}.

Apesar destas limitações, são as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) referentes a cada país, aquelas que frequentemente são mais completas e que permitem a análise da evolução da epidemia de doença cardiovascular em cada país e a comparação com outros países. Quando se consulta a informação disponibilizada pelo *African Health Observatory* da OMS (fig.1), verificamos que São Tomé e Príncipe ainda se encontra longe desta transição epidemiológica, a que não será alheio o facto de ter uma população extremamente jovem (cerca de 46% da população tem menos de 15 anos)

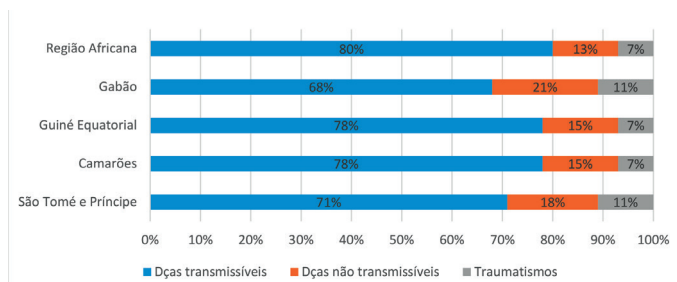


Figura 1- Distribuição dos anos de vida perdidos por grupos de causas de morte em São Tomé e Príncipe e nos países limítrofes, em percentagem (2004)
http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Sao_Tome_and_Principe:Index

Em S. Tomé e Príncipe, designadamente no Hospital Ayres de Menezes, o único hospital da ilha de S. Tomé, situado na capital, não existe nenhum serviço ou unidade de cardiologia. Não existe em todo o país qualquer médico com diferenciação em cardiologia.

O apoio em termos de diagnóstico e orientação dos doentes cardiológicos fazia-se, até à data, através das missões no terreno efectuadas por médicos cardiologistas ligados a diferentes organizações, entre as quais se salienta a Organização não Governamental (ONG) Cadeia da Esperança, sediada

¹Assistente Graduado de Cardiologia, Serviço de Cardiologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

✉ jmloureiro@gmail.com

²Assistente Graduado de Cardiologia, Serviço de Cardiologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

³Técnica de Cardiopneumologia, Serviço de Cardiologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

Recebido 26/05/15; Aceite 29/05/15

em Coimbra e presidida na altura pelo Dr. Leitão Marques do Hospital dos Covões.

Globalmente, S. Tomé e Príncipe envia para Portugal centenas de doentes para serem avaliados em consultas de especialidade. Estas evacuações sanitárias que representavam quarenta por cento do orçamento do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais São Tomense, introduziam no sistema de saúde português, frequentemente através dos serviços de urgência hospitalares, doentes que não raramente não beneficiariam nada com essa transferência⁶. Com efeito, doentes em estados demasiado avançados de doença, ou casos de doenças crónicas cujo tratamento passa por manutenção de um tratamento farmacológico para o resto da vida ou, num outro extremo, casos sem gravidade e/ou necessidade de tratamento especializado eram muitas vezes transferidos sem qualquer benefício expectável mas com custos, não só económicos, mas também sociais não quantificáveis, resultantes da desinserção do meio socio-familiar e da introdução numa realidade completamente estranha.

Uma parte importante dessas evacuações sanitárias tem sido por doença cardiovascular, que nem sempre puderam ser triadas pelas missões no terreno de equipas de cardiologia. A doença cardiovascular é predominantemente uma doença crónica que acompanhará o doente para o resto da sua vida. Os países com níveis económicos mais elevados dispõem actualmente de uma panóplia de meios (fármacos, dispositivos médicos, cirurgias...) que permitem alterar significativamente (em alguns casos de forma drástica) a história natural da doença, reduzindo a mortalidade e a morbilidade associada à doença cardiovascular. As intervenções que exigem meios técnicos sofisticados (angiografias, angioplastias, cirurgias valvulares, implantação de pacemakers...) dificilmente poderão vir a ser realizadas em São Tomé e Príncipe, tendo em conta a reduzida dimensão da população e o relativo isolamento geográfico, mesmo que se concretizasse um progresso económico muito favorável e sustentado. No entanto, a correcta identificação dos casos e do momento em que possam beneficiar dessas intervenções (e de uma evacuação sanitária) deverá poder ser feita em São Tomé e Príncipe. Tal como terá que ser em São Tomé e Príncipe que se garante a continuidade dos tratamentos médicos, antes e após o procedimento de intervenção cirúrgica ou percutânea que venha a ser feito no país para onde o doente fôr evacuado, sob pena de os resultados serem irremediavelmente comprometidos.

MISSÕES NO TERRENO

A nossa primeira missão no terreno, ao abrigo do programa Saúde para Todos foi efectuada em 2010. A equipa foi constituída por dois cardiologistas (Dr. José Loureiro e Dr. António Freitas) e uma técnica de cardiopneumologia (Téc. Cláudia Antunes), todos do Hospital Fernando Fonseca.

Pretendia-se com esta primeira missão, avaliar de que forma o programa Saúde para Todos do IMVF poderia contribuir, no campo da cardiologia, para uma estratégia global de cooperação em integração e complementaridade com o trabalho já existente de outras organizações. Pretendia-se que não se resumisse apenas a missões periódicas e limitadas no tempo mas que permitisse a continuidade de planos e estratégias de terapêutica e prevenção cardiovascular, passando necessariamente pela formação de recursos humanos em São Tomé e Príncipe.

A actividade foi inicialmente planeada através de contactos preparatórios previamente efectuados com as equipas médicas locais, coordenadas pelo Dr. Edgar Neves (coorde-

nador do IMVFem São Tomé e Príncipe) (Fig 2) e pelo Dr. Ahmed Zaky (director de projectos do IMVF). Estabeleceram-se os critérios de referência para consulta de cardiologia e planeou-se a realização da mesma em conjunto com um dos médicos de medicina interna e clínica geral do Hospital Dr. Ayres de Menezes (Dra. Alice Bernardo e Dra. Esperança Ferreira de Carvalho), de forma a partilhar decisões clínicas, proporcionar formação prática e assegurar a continuidade do plano terapêutico estabelecido para cada caso.



Figura 2 – Da esquerda para a direita: Téc. Cláudia Antunes, Dr. José Loureiro, Dra. Esperança Carvalho, Dr. António Freitas e Dr. Edgar Neves, à chegada ao hospital Dr. Ayres de Menezes.

De acordo com a informação disponível, prevíamos à partida que entre a patologia cardiovascular mais grave que encontraríamos estaria a cardiopatia valvular reumática. A informação das equipas locais, dando nota da existência de uma elevada prevalência de hipertensão arterial e alcoolismo fazia prever que a cardiopatia dilatada (hipertensiva e/ou etanólica) estaria também entre os diagnósticos mais frequentes. Naturalmente, não esperávamos encontrar prevalência elevada de cardiopatia isquémica, patologia valvular degenerativa ou doença do tecido de condução, típicas das sociedades ocidentais e dos grupos etários mais avançados.

Sabíamos que existia no hospital um ecocardiógrafo doado pela ONG Cadeia da Esperança. Tivemos a oportunidade de obter junto da GE Portugal o empréstimo de um ecocardiógrafo-Doppler portátil que transportámos connosco. Foram utilizados também dois registadores de Holter emprestados para o efeito pela empresa Ela Médica de Portugal. A ambas as empresas importa uma vez mais manifestar o nosso agradecimento pela sensibilidade e disponibilidade para o apoio a este projecto.

No hospital Dr. Ayres de Menezes, constatámos a existência de insuficiências extremas de meios complementares de diagnóstico e tratamento das quais destacamos a ausência de sistemas operacionais de reanimação cardio-respiratória avançada, a impossibilidade de se fazerem regularmente controlos laboratoriais de anticoagulação oral ou determinações de creatinafosfocinase (CPK) e carências básicas ... como a instabilidade do fornecimento de energia eléctrica ou a ausência de água nas torneiras dos lavatórios dos gabinetes de consulta e de alguns serviços de internamento....

Durante o período de 1 semana, a afluência à consulta esmagou todo e qualquer critério de referência. Foi realizado um número elevado de consultas e exames complementares de diagnóstico (tabela I).

Tabela 1- Actividade realizada durante a primeira missão de Cardiologia

Total de consultas realizadas	185
Doentes internados	10
Doentes internados no Serv. Urgência	1
Doentes de ambulatório	174
Total de exames complementares realizados	369
Electrocardiogramas simples	185
Ecocardiogramas-Doppler	181
Electrocardiogramas de Holter	3

Numa amostra seguramente não representativa da realidade da totalidade do país, dado que foi centralizado no hospital da capital (único da ilha de São Tomé) encontrámos uma elevada prevalência de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca por cardiopatia dilatada hipertensiva e/ou etnológica, casos graves de cardiopatias valvulares em doentes jovens. Nesta amostra seguramente enviesada, surgiram-nos também alguns casos de cardiopatia isquémica e muitos doentes já diagnosticados, tratados e seguidos em Portugal (pertencentes a uma minoria que tendo familiares em Portugal e/ou recursos económicos suficientes se desloca a Portugal para consultas e tratamentos ou doentes que haviam sido previamente evacuados para Portugal ao abrigo dos protocolos de cooperação).

Os casos cuja gravidade o justificava, ficaram referenciados para seguimento pela equipa médica local do hospital de forma a garantir a continuidade do plano terapêutico estabelecido e a possibilidade de reavaliações futuras. Na tabela 2, discriminam-se os diagnósticos estabelecidos nestes casos.

Tabela 2 – Diagnósticos dos casos identificados para seguimento e vigilância na consulta hospitalar

DIAGNÓSTICO	Nº CASOS
Cardiopatia valvular	6
Cardiopatia dilatada idiopática com disfunção sistólica grave	5
Cardiopatia hipertensiva com critérios de gravidade	3
Insuficiência cardíaca direita/Hipertensão pulmonar	3
Cardiopatia isquémica crónica estável	3
Portadores de Pacemaker definitivo	2
Acidente vascular cerebral (exclusão de fonte cardioembólica)	1
Miocardiopatia peri-parto	1
Pericardite (possível etiologia tuberculosa)	1
Cardite reumática aguda	1
Wolf-Parkinson-White	1
Bloqueio trifascicular	1
Comunicação interventricular (já avaliada por Cardiol. Pediátrica)	1
Derrame pericárdico de causa não cardíaca	1

Efectuaram-se algumas sessões de formação teóricas: Abordagem e tratamento da hipertensão arterial, da insuficiência cardíaca – especificidades no continente africano, prevenção secundária da febre reumática e foi proporcionado algum treino adicional em ecocardiografia-Doppler, a uma colega de medicina interna do Hospital Dr. Ayres de Menezes – a Dra. Alice Bernardo, que já tinha beneficiado de um curto estágio em ecocardiografia em Coimbra, no Hospital dos Covões.

Na sequência desta primeira experiência, considerámos que a cardiologia, ao abrigo do programa “Saúde para Todos – Especialidades” poderia desenvolver a sua actividade segundo as seguintes linhas de actuação:

- colaboração na criação e desenvolvimento de uma unidade de cardiologia no Hospital Dr. Ayres de Menezes, com médicos, enfermeiros e técnicos locais; qualquer projecto de cooperação na área da saúde só faz sentido se for acompanhado de um plano de formação de profissionais e criação de condições para a sua fixação no país, uma vez completada essa formação.

- telemedicina como apoio ao diagnóstico, orientação terapêutica e decisão de evacuação de doentes para Portugal para tratamento cirúrgico ou percutâneo na altura certa da evolução da doença e como apoio à formação contínua e à distância de recursos humanos;

- criação e implementação de programas de prevenção primária e secundária de doença cardiovascular.

CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CARDIOLOGIA NO HOSPITAL AYRES DE MENEZES

A ONG Cadeia da Esperança, desenvolveu desde 2009, várias missões em São Tomé e Príncipe e iniciou um programa de formação de técnicos através de estágios nos hospitais de Coimbra. Este trabalho culminou com a instalação da primeira unidade de cardiologia do país, no hospital Dr. Ayres de Menezes, no ano 2012, que será dirigido por uma médica São Tomense – a Dra. Myriam Cassandra, licenciada em Medicina em Cuba e que concluirá em 2015 ano um programa de formação em cardiologia no Centro Hospitalar de Coimbra. A unidade de cardiologia do Hospital Ayres de Menezes foi equipada com meios de diagnóstico não invasivos (electrocardiografia simples, electrocardiografia de Holter, provas de esforço e ecocardiografia). O IMVF através da estrutura de 28 postos de saúde e 6 centros de saúde espalhados pelo país, que ajudou a montar e que tem gerido poderá desempenhar um papel fundamental na acessibilidade da população aos cuidados de saúde mais diferenciados em cardiologia que passarão a estar disponíveis no hospital central, de forma constante e com pessoal de nacionalidade e residência em São Tomé.

TELEMEDICINA

Partilhámos da visão do Dr. Paulo Freitas em relação ao interesse da implementação de um modelo de telemedicina. Pareceu-nos que a cardiologia, beneficiaria de forma decisiva de uma plataforma de telenedecina como apoio para o estabelecimento de diagnósticos e propostas terapêuticas correctas, incluindo a identificação da necessidade e do momento certo para uma evacuação sanitária para Portugal, por exemplo para um tratamento cirúrgico ou de intervenção percutânea.

Foi com grande entusiasmo e determinação que o Dr.

Paulo Freitas abraçou o projecto de desenvolvimento dessa plataforma, em conjunto com uma empresa portuguesa a PT Inovação, sediada em Aveiro. A plataforma, de nome Medigraf, entre outros recursos, permite a transmissão em directo e em tempo real de imagens em movimento de um exame que esteja a ser realizado por um médico ou técnico em São Tomé e Príncipe. Esta plataforma foi inaugurada em Junho de 2013. A versão 3.0 da plataforma Medigraf utilizada na telemedicina com São Tomé foi galardoadada no final de 2013 com dois prémios na categoria *Changing Lives* dos prémios AfricaCom 2013, e Broadband Infovision. No âmbito da Cardiologia, tem tido a sua grande aplicação no campo da ecocardiografia-Doppler, permitindo que as imagens das estruturas cardíacas em movimento, adquiridas em São Tomé e Príncipe, por uma técnica previamente treinada, sejam visualizadas em directo em Portugal. Desta forma, é possível a orientação da realização do próprio exame e a conferência e discussão dos resultados entre os profissionais dos dois países. Pode ser assim também uma ferramenta de utilidade extrema num processo de formação de recursos humanos, contínua e à distância. Esta tecnologia inicialmente disponível só a partir de um computador instalado na sede do IMVF, em Lisboa, pode agora ser acessível a partir de qualquer computador portátil e tornar-se-á disponível também a outras organizações, num espírito de colaboração para um objectivo comum.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

A rede de centros e postos de saúde gerida pelo IMVF tem um amplo trabalho já desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde primários com resultados obtidos em áreas como controlo do paludismo, vacinação, saúde materno-familiar, potabilidade da água e saneamento básico que contribuíram decisivamente para o aumento de uma década na esperança de vida em São Tomé e Príncipe, nos últimos 30 anos. Esta estrutura poderá agora também ser dirigida para a implementação de programas de prevenção em vários aspectos do risco e da doença cardiovascular, designadamente:

Hipertensão

Na África sub-sariana, a hipertensão é o factor de risco predominante para doença cardiovascular. A cardiopatia hipertensiva e o acidente vascular cerebral, mais do que a cardiopatia isquémica são responsáveis pela maioria da mortalidade e morbilidade por doença cardiovascular^{7,8}. Uma meta-análise de artigos publicados sobre os resultados de programas de rastreio da prevalência e controlo da HTA em países em vias de desenvolvimento, conclui que de um modo geral as taxas de controlo serão inferiores a 15%⁹. A realidade em São Tomé e Príncipe não será provavelmente melhor.

Esta foi também a nossa experiência em relação ao grupo de doentes que tivemos oportunidade de avaliar durante a missão que efectuámos no país. Na realidade, a primeira situação com que fomos confrontados, quando, acabados de chegar do aeroporto, nos foi solitada a comparência no serviço de urgência do hospital, foi a de um homem de meia-idade, antigo ministro do governo de São Tomé e Príncipe, hipertenso de longa data, que se apresentava em coma, valores pressão arterial muito elevados. Sem possibilidade de se efectuar uma TAC craneo-encefálica (não existem aparelhos de TAC em S. Tomé e Príncipe), e perante a forte possibili-

dade de se tratar de um AVC hemorrágico, vimos a nossa acção limitada a uma proposta de controlo de pressão arterial com os poucos fármacos disponíveis, após se excluir fibrilhação auricular e termos efectuado um ecocardiograma que mostrou grave hipertrofia ventricular esquerda e ausência de trombos intra-cavitários visíveis. O doente veio a falecer poucas horas depois..., ficando bem claro desde logo que a distância a que estávamos do nosso país não se media apenas em quilómetros e que, por outro lado, a inacessibilidade a meios de diagnóstico e tratamento modernos, pelo menos em situações de urgência, era transversal a toda sociedade. Sentimos nesse primeiro embate como a nossa prática médica habitual, uma vez desprovida de meios complementares adequados, se tornava tão limitada. Em São Tomé e Príncipe, infelizmente o paradigma teria que ser outro... mas, ainda assim, muito se poderia fazer.

Entre os factores primordiais, subjacentes à hipertensão nesta zona de África, está, tal como em outras partes do mundo, o excesso de ingestão de sal. O efeito nefasto do excesso de sal deve-se não só à relação com a hipertensão mas também a um efeito directo sobre vários órgãos e tecidos: cérebro (hiperreactividade simpática), coração (hipertrofia ventricular esquerda), rim (diminuição da taxa de filtração glomerular e aumento da excreção de proteínas), vasos (dilatção endotelial e rigidez arterial)¹⁰. A limitação no acesso e a fraca adesão a uma medicação que tem que ser para o resto da vida levam a que a hipertensão arterial tenha na maior parte dos doentes a sua história natural inalterada. Está amplamente demonstrada uma relação entre a redução de ingestão de sal e a descida da pressão arterial¹¹. Embora alguns estudos, não tenham demonstrado um efeito sobre a redução de eventos cardiovasculares, em parte por dificuldades metodológicas inerentes (falta de poder estatístico, períodos de seguimento demasiado curtos), uma meta-análise publicada por He e MacGregor mostrou que uma redução modesta da ingestão de sal resulta numa redução de 20% de eventos cardíacos e acidentes vasculares cerebrais¹².

Não verificámos a existência de nenhum programa de educação para a Saúde, focando estes aspectos, em São Tomé e Príncipe. Num país em que o acesso à medicação de forma continuada e permanente é muito mais limitado que noutros países com maiores recursos, será de prever que a implementação de programas eficazes de redução da ingestão de sal tenha a médio/longo prazo uma relação custo/benefício ainda mais favorável do que o descrito noutros contextos^{11,13}.

Consumo excessivo de álcool

A ingestão de álcool em excesso está identificada como um dos principais factores de risco modificáveis de morbilidade e mortalidade em países de baixos ou médios rendimentos¹⁴.

A OMS estimava segundo dados de 2004 que o consumo excessivo de álcool seja responsável por 3,8% das mortes e 4,5% do total de doenças¹⁵. Uma parte importante desta mortalidade e morbilidade atribuída ao álcool dever-se-á a patologia cardiovascular: hipertensão e insuficiência cardíaca por cardiomiopatia alcoólica. Se bem que exista evidência que consumo ligeiro ou moderado de álcool possa reduzir o risco de doença cardiovascular, o seu uso excessivo claramente aumenta esse risco^{16,17}. O consumo excessivo de álcool pode também contribuir para o excesso de peso e obesidade com repercussão importante sobre o risco cardiovascular¹⁸. Tendo em conta que uma das bebidas alcoólicas

consumidas em maior quantidade em São Tomé e Príncipe é a cacharamba (aguardente de palma), com elevado teor alcoólico facilmente se compreende que o efeito sobre o risco de doença cardiovascular não será na maior parte dos casos protector. Além disso, o seu consumo é aceite com grande tolerância em todas as classes sociais e idades, frequentemente com intuitos protectores ou “terapêuticos”, mesmo durante a infância e gravidez¹⁹. Tendo em conta a multiplicidade de efeitos nefastos e associação com patologia neuropsiquiátrica, violência e maus tratos, bem como com a doença hepática alcoólica e patologia neoplásica, uma actuação neste campo pode e deve aproveitar uma mobilização transversal de recursos não só no âmbito do programa Saúde para Todos mas também de outros programas do IMVF (ex: programa escola +, ou programa de segurança alimentar) ou de outras instituições.

IMPACTO DO SISTEMA DE SAÚDE NA MORTALIDADE POR DÇA CARDIOVASCULAR

O estado dos sistemas de saúde pode ter um profundo impacto no prognóstico da doença cardiovascular²⁰. Relatórios de outros países da África sub-sariana revelam grandes desequilíbrios no acesso a cuidados para tratamento de doenças crónicas, nas quais se inclui o sub-diagnóstico, a disponibilidade de medicação de forma continuada, a ignorância e indiferença das próprias comunidades a doenças frequentemente silenciosas e não incapacitantes nas suas fases iniciais. Estes desequilíbrios em relação às doenças crónicas não transmissíveis nas quais se incluem doenças cardiovasculares como a hipertensão são aparentes mesmo em países que conseguiram implantar modelos de tratamento bem sucedidos para doenças infecciosas crónicas.

CARDIOPATIA REUMÁTICA

A cardiopatia reumática é provavelmente a forma mais conhecida de doença cardíaca de causa infecciosa. Uma infecção inicial por estreptococo do grupo A desencadeia uma resposta imune que se traduz num primeiro episódio de febre reumática aguda o qual pode ter envolvimento cardíaco – cardite reumática. Estima-se que 40-60% dos episódios de febre reumática podem ter envolvimento cardíaco²¹. A cardite reumática aguda manifesta-se tipicamente como uma valvulite, com insuficiência mitral ou, mais raramente, insuficiência aórtica. Estas são as formas habituais nas crianças, enquanto que no adulto a forma de doença valvular mais frequentemente encontrada é a estenose mitral. Pode ocorrer também concomitantemente miocardite, com ou sem disfunção miocárdica, e pericardite. A progressão da doença valvular depende da gravidade do envolvimento inicial, das recorrências de novos episódios de febre reumática e do cumprimento de medidas de prevenção secundária. O desenvolvimento da doença valvular culmina frequentemente em insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, risco de acidentes vasculares cardio-embólicos e necessidade de cirurgia de reparação valvular (plastia cirúrgica ou por via percutânea ou prótese valvular), com a consequente necessidade de evacuação do doente, com custos económicos e sociais imensos. Muitos destes doentes acabam por ter uma indicação formal para anticoagulação oral crónica, cujo controlo verificámos ser na altura altamente problemático no próprio hospital. Alguns, com possibilidades económicas e mais esclarecidos, haviam adquirido aparelhos para deter-

minação rápida de INR a partir de gota de sangue capilar e faziam auto-controlo. Uma das doentes que foi avaliada por nós, era uma mulher jovem, internada por insuficiência cardíaca com disfunção ventricular esquerda e insuficiência valvular mitral e aórtica configurando um quadro clínico e ecocardiográfico sugestivo de cardite reumática aguda. Encontrava-se presa, acusada de homicídio. Dificilmente poderia vir a beneficiar de tratamento cirúrgico, se clinicamente indicado...

Nos últimos 50 anos, a prevalência de cardiopatia reumática diminuiu muito nos países de maiores rendimentos. Mantem-se, contudo comum nos países de médios ou baixos rendimentos. Cerca de 80% dos doentes com cardiopatia reumática viverão nestes países, fazendo desta doença, mais do que qualquer outra patologia cardiovascular, uma condição quase exclusiva dos pobres e desfavorecidos²², com um peso particular em idades jovens, grupo em que é a principal causa de problemas cardiovasculares.

O declínio da incidência de cardiopatia reumática nos países desenvolvidos tem sido atribuído a vários factores: redução do risco de infecção estreptocócica pela melhoria dos cuidados de higiene e das condições socio-económicas; melhor prevenção primária através do diagnóstico e tratamento correcto das amigdalofaringites estreptocócicas com penicilina, nas crianças; administração crónica de penicilina com intervalos de 3-4 semanas em doentes com cardiopatia reumática conhecida ou com episódios prévios de febre reumática aguda²³. Infelizmente, em muitos países de médios e baixos rendimentos, designadamente na África sub-sariana, não se verificou nenhuma diminuição significativa, provavelmente porque se mantém condições socio-económicas que promovem a propagação de infecções estreptocócicas, há deficiente acessibilidade a cuidados primários de saúde e porque a administração de antibioterapia de forma crónica se limita muitas vezes aos casos já com cardiopatia reumática diagnosticada e não como prevenção de cardiopatia em doentes com episódios prévios de febre reumática²².

Não tivemos acesso e desconhecemos se existem dados em relação à prevalência e incidência de cardiopatia reumática em S. Tomé e Príncipe mas provavelmente haverá semelhança com outros países da África subsariana. Parece-nos que a implementação de um programa estruturado de prevenção primária e secundária da cardiopatia reumática, a desenvolver no Hospital Dr. Ayres de Menezes e na rede de centros de saúde, postos de saúde e postos de saúde comunitários bem como na própria rede escolar, deverá ser uma prioridade. A estrutura organizativa que o IMVF dispõe no território poderá servir de base à implementação de um programa deste tipo, que se pode inserir claramente numa estratégia de promoção da saúde e prevenção da doença com impacto relevante.

CONCLUSÃO

Há um longo caminho a percorrer na melhoria dos cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe, particularmente no âmbito da Cardiologia. E nunca se chegará ao fim, em São Tomé e Príncipe como em qualquer outra parte do mundo, porque será sempre possível fazer mais e melhor. As dificuldades e as limitações são óbvias, como o terão sido sempre ao longo dos anos em que o IMVF tem desenvolvido os seus projectos, o que não impediu que se conseguissem resultados claros e objectiváveis na melhoria do bem estar da população. Esta é uma corrida de resistência e perseverança,

na qual temos tido a honra de participar mais recentemente, através de missões no terreno e à distância, através da telemedicina. A instalação de uma unidade de cardiologia foi concretizada graças ao trabalho de uma outra ONG, que conseguiu equipamentos e deu formação cardiológica. A plataforma de telemedicina permitirá que a distância entre

São Tomé e Príncipe e Portugal não tenha de ser vencida apenas por avião, facilitando a transmissão e troca de informação e permitindo formação continuada. Outros programas particularmente no âmbito do controlo da hipertensão e da prevenção primária e secundária da febre reumática poderão vir a ser implementados a curto prazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Freitas PT. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca. 2013; 1: 8-10
2. Beaglehole R, Bonita R. Global public health: a scorecard. *Lancet*. 2008; 372: 1988-1996
3. Gaziano TA, Reddy KS, Paccaud F, Horton S, Chaturvedi V. Cardiovascular disease. In *Disease control priorities in developing countries*. Edited by Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 645-662.
4. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ*. 2005; 83: 171-177.
5. Rao C, Lopez AD, Yang G, Begg S, and Ma J. Evaluating national cause-of-death statistics: principles and application to the case of China. *Bull World Health Organ*. 2005; 83: 618-625.
6. Barrocas S, Freitas P. IMVF. Saúde para todos: 25 anos ao serviço de São Tomé e Príncipe. Lisboa: IMVF; 2014.
7. Mayosi BM, Flisher AJ, Lalloo UG, Sitas F, Tollman SM, Bradshaw D. The burden of non-communicable diseases in South Africa. *Lancet*. 2009; 374: 934-947.
8. Muna WFT. Cardiovascular disorders in Africa. *World Health Stat Q*. 1993; 46:125-133.
9. Gaziano T, Kim GI. Cost of treating non-optimal blood pressure in select low and middle income countries in comparison to the United States. Background paper commissioned by the Committee on Preventing the Global Epidemic of Cardiovascular Disease. 2009.
10. Farquhar WB, Edwards DG, Jurkovic MD, Weintraub WS. Dietary sodium and health: more than just blood pressure. *J Am Coll Cardiol*. 2015; 65: 1042-50
11. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Hum Hypertens*. 2009; 23:363-384).
12. He FJ, MacGregor GA. Salt reduction lowers cardiovascular risk: meta-analysis of outcome trials. *Lancet*. 2011; 378: 380-2
13. Karpman H, Mervaala E. Sodium intake and hypertension: progress in cardiovascular diseases. 2006; 49: 59-75.
14. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009; 373: 2223-2233.
15. WHO. Global health risk: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
16. Beilin LJ and Puddey IB. Alcohol and hypertension: an update. *Hypertension*. 2006; 47: 1035-1038.
17. Lucas DL, Brown RA, Wassef M and Giles TD. Alcohol and the cardiovascular system research challenges and opportunities. *J Am Coll Cardiol*. 2005; 45:1916-1924.
18. Foster RK, Marriott HE. Alcohol consumption in the new millennium weighing up the risks and benefits for our health. *Nutr Bull*. 2006; 31: 286-331.
19. Maia T, Lourenço A., Neto A. Saúde para Todos – Especialidades: Cooperação com S. Tomé e Príncipe na área da Psiquiatria e Saúde Mental. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*. 2013; 2: 8-14.
20. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: Overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*. 2004; 291: 2616-2622.
21. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis* 2005; 5: 685-694.
22. Karthikeyan G, Mayosi BM. Is primary prevention of rheumatic fever the missing link in the control of rheumatic heart disease in Africa? *Circulation* 2009; 120: 709-713.
23. Steer et al.. WHO study group on rheumatic fever and rheumatic heart disease, 2004.