



# Revista

da ORDEM DOS MÉDICOS

Angiologia e cirurgia vascular

Pág. 9

---

Apresentação clínica de toxoplasmose cerebral simulando acidente vascular cerebral em doente com diagnóstico desconhecido de síndrome de imunodeficiência adquirida

Pág. 12

---

Gravidez Heterotópica numa Concepção Espontânea

Pág. 15

---

Primeiro Inquérito sobre a Prevalência do Paludismo em Cabo Verde

Pág. 19

---

Relatório sobre a Consulta Externa de Pediatria no Centro de Saúde da Achada Grande de Trás

Pág. 26

---

Métodos de Imagem em Tuberculose Pulmonar

Pág. 37

---





**PRÉMIO DE  
INVESTIGAÇÃO  
JUDITE LIMA**

**1º- 500.000 ECV**

**2º- 300.000 ECV**

**3º- 200.000 ECV**

Acesse o Regulamento através dos Sites:  
[www.inpharma.cv](http://www.inpharma.cv)  
[www.ordemdosmedicos.cv](http://www.ordemdosmedicos.cv)



Os trabalhos devem ser entregues até **30 de Novembro** de 2015,  
na Secretaria da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos

UMA PARCERIA ENTRE:



Laboratório  
de Análises Clínicas

Primeiro Laboratório de  
Análise Clínicas, certificado  
em Qualidade no país



qualidade certificada  
**ISO 9001:2008**

Laboratório Central  
Achada de Santo António

Posto de Colheita  
Plateau

Posto de Colheita  
Palmarejo



# SUMÁRIO



Especial OMC

pág. 06

- Faleceu o Doutor Ireneu Gomes
- VII Congresso Médico Nacional
- XII Assembleia-geral Ordinária da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos



Casos Clínicos

pág. 09

- Angiologia e Cirurgia Vascular  
Dr. José Prates Raposo
- Apresentação clínica de Toxoplasmose Cerebral simulando Acidente Vascular Cerebral em doente com diagnóstico desconhecido de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: relato de um caso  
Dr. Jorge Barreto
- Gravidez Heterotópica numa Concepção Espontânea  
Dr. Iraldo de Jesus Arias



Pesquisas

pág. 19

- Primeiro Inquérito sobre a Prevalência do Paludismo em Cabo Verde  
Dr. Adilson de Pina
- Relatório sobre a Consulta Externa de Pediatria no Centro de Saúde da Achada Grande de Trás  
Dr. Manuel Boal
- Métodos de Imagem em Tuberculose Pulmonar  
Dra. Eveline Fernandes

## FICHA TÉCNICA

### Propriedade

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

### Direcção da Revista

Dr. Júlio Andrade  
Dr. Daniel Silves Ferreira

### Edição

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

### Colaboram neste nº

Dr. José Prates Raposo  
Dr. Adilson de Pina  
Dr. Iraldo de Jesus Arias  
Dr. Jorge Barreto  
Dra. Eveline Fernandes  
Dr. Manuel Boal  
Dr. Daniel Ferreira  
Dr. Julio Andrade

Tiragem  
1000 exemplares

Caro colega

Numa conversa informal com uma colega sobre a Revista da Ordem, ela manifestou total pessimismo ao afirmar que uma revista de carácter eminentemente científica não tem pernas para andar no nosso meio em que o profissional da saúde tem excesso de actividade assistencial, programada e de urgência, não restando tempo para trabalho de investigação.

Vai sair o segundo número da Segunda Série de acordo com o programado e já se perspectiva a publicação do terceiro número para contrariar o nosso pessimismo inicial e também para servir de input inicial, importante para qualquer tipo projecto que se quer duradouro.

A investigação no ramo da Saúde reveste-se de elevada importância não somente no que concerne à promoção do conhecimento e da inovação, mas também na adopção de boas e novas práticas na prestação de cuidados de saúde. Cada vez mais a classe médica nacional sente a necessidade de fazer novas pesquisas, com o intuito de encontrar soluções para os novos casos clínicos que frequentemente surjam no seu dia a dia.

É nesta óptica, que reafirmamos o propósito deste meio de comunicação ser um espaço de divulgação de trabalhos científicos e de investigação produzidos pela classe, com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico entre a classe, quer a nível nacional, quer internacional.

Esta edição relata 3 casos clínicos:

- Angiologia e cirurgia vascular, do Dr José Prates Raposo;
- A apresentação de Toxoplasmose Cerebral simulando Acidente Vascular em doente com diagnóstico desconhecido de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, do Dr Jorge Barreto;
- A Gravidez Heterotópica numa Concepção Espontânea, do Dr Iraldo de Jesus Arias.

E apresenta ainda três trabalhos de pesquisa, sendo:

- Um sobre a Prevalência do Paludismo em Cabo Verde, do Dr. Adilson de Pina;
- Outro sobre a Consulta Externa de Pediatria no Centro de Saúde da Achada Grande, do Dr. Manuel Boal;
- E os Métodos de Imagem em Tuberculose Pulmonar, da Dra. Eveline Fernandes.

Razões fortes que nos levam a acreditar que é possível ter um espaço credível de publicação de artigos originais, pesquisas, casos clínicos de entre outros assuntos relevantes que contribuam, directa ou indirectamente, para a promoção do conhecimento nas áreas das Ciências da Saúde e áreas afins.

Continuaremos a contar com a colaboração dos colegas para que a revista possa sair semestralmente e com regularidade.

Tenha uma boa leitura.



Dr. Júlio Andrade



## Faleceu o Doutor Ireneu Gomes

No dia 24 de Abril, perdemos um médico, um grande defensor da Saúde e da Medicina. Perdemos o Doutor Ireneu Gomes.



O Doutor Ireneu Fileto Brito Gomes nasceu em São Nicolau, em 1942. Fez os seus estudos primários e liceais na sua ilha e em São Vicente. Aos 17 anos, seguiu para Portugal (Coimbra) para estudar Medicina. Para livrar-se da perseguição da PIDE e do serviço militar, Ireneu Gomes fixou-se depois em Salvador da Bahia (Brasil), onde, em 1969, concluiu os estudos de Medicina.

Em 1971, especializou-se em Psiquiatria na Universidade Federal da Bahia e em 1973, em Teoria e Técnicas Psicoterápicas, no Rio de Janeiro e leccionou na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Depois do 25 de Abril de 1974, interrompeu a docência e as actividades profissionais e regressou a Cabo Verde para integrar o pequeno grupo de médicos que assistem a Independência.

Colocado no Hospital da Praia, afincou-se a transformar a 5ª Enfermaria num verdadeiro Serviço de Psiquiatria, com uma grande preocupação comunitária. Concomitantemente, dirige o gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais.

Em 1980, integrou o Governo como Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais, cargo que desempenha

até 1991, tendo também, durante um certo período, acumulado a pasta do Trabalho.

Foi um período de grandes avanços na Saúde, nomeadamente, na protecção materno infantil, no planeamento familiar e na generalização dos cuidados de saúde, através de uma extensa rede cobrindo todo o país.

Com o advento da II República, Ireneu Gomes voltou ao Brasil, onde a par da docência, preparou um doutoramento em Saúde Colectiva, que viria a terminar em 2001.

Regressou novamente a Cabo Verde e trabalhou como assessor do Ministro da Saúde até à aposentação em 2004, passando a viver em São Vicente, onde exerceu consultório privado.

O Doutor Ireneu Gomes publicou quatro livros e vários artigos científicos e foi consultor da Organização Mundial de Saúde. Membro activo da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, foi Presidente da Mesa da Assembleia Geral, de 2009 a 2015.

Faleceu em Mindelo, em 24 de Abril de 2015 e no dia seguinte foi sepultado no cemitério da cidade.

No dia 24 de Abril, perdemos um médico, o grande construtor do Sistema Nacional de Saúde. Perdemos o Doutor Ireneu Gomes.

## XII Assembleia-geral Ordinária da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos

Sob o lema “Por uma Ordem mais forte”, a Ordem dos Médicos Cabo-verdianos realizou no passado dia 09 de Maio de 2015 a sua XII Assembleia-geral Ordinária, na Cidade Velha, ilha de Santiago.

A anteceder os trabalhos foi dedicado um minuto de silêncio em memória ao passamento do colega e Presidente da Assembleia da Ordem, Professor Dr. Ireneu Fileto Brito Gomes



Após a apresentação e a aprovação do programa deu-se início aos trabalhos. De entre os vários pontos de agenda foram discutidos e aprovados os principais instrumentos de gestão, designadamente as Contas de Gerências 2013 e 2014, o Relatório de Actividades do CDN de 2014, o Plano de Acção do CDN para 2015, o novo Regulamento Eleitoral da OMC e o Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades da Ordem.

Outro ponto da agenda que mereceu atenção especial dos presentes foi a marcação da data das eleições dos Órgãos Nacionais e Regionais da OMC para o triénio 2016-2019, marcada para o dia 28 de Novembro de 2015, em decorrência da aprovação do Novo Regulamento da OMC.



Referente aos Estatutos da Carreira Médica houve concordância nos aspectos essenciais e foi mandatada uma comissão constituída pelo Bastonário, Dr. Julio Andrade, Especialista, Médica Graduada, Dr. João Carlos Pires Ferreira, Especialista, Médico Geral, Dra Ludmilde Rodrigues Pina, Especialista, Médica Geral, Dra Maria do Céu Ramos Tavares Teixeira, Médica Assistente, Dra. Mounia Mourid, Especialista, Médica Geral e pelo Dr. Paulo Jorge Rodrigues da Graça, Clínico Geral, para discutir e apresentar uma proposta sobre transição a ser discutido com o Ministério da Saúde. Dada a importância e a pertinência, a matéria será retomada no próximo número.



No ponto de diversos e por sugestão da Assembleia foram também analisados e discutidos a situação dos médicos estagiários no HAN, o curso da medicina em Cabo Verde e a hipotética autorização do exercício da medicina privada pelos médicos estrangeiros no país, em clara violação das leis vigentes.

Convém salientar que nesta Assembleia houve uma participação activa e em algumas vezes muito emotiva, embora o número de participantes tenha estado aquém do esperado tendo em conta a relevância dos assuntos abordados.





**Farmácia 2000**

Horário  
2ª a 6ª das 8h - 20h  
sáb. das 8h - 13h

Tel/Fax: + (238) 261 56 55 □ Tel: + (238) 261 77 61 □ Email: farmacia2000@cvtelecom.cv  
Achadinha-Baixo C.P. 319/C - Praia - Cabo Verde

**Longino M. dos Reis**  
Contabilista

Optimizando Resultado  
Contabilizando Sucesso  
Cidadania Fiscal

Constituição de empresas  
Assessoria Contabilística  
Assessoria Fiscal  
Assessoria Trabalhista  
Encerramento de Contas  
Orçamentos de Funcionamento  
Planos de Negócios

Achada Santo António  
Praia - Cabo Verde  
9233739 - 9701363  
longinocv@gmail.com

## Angiologia e Cirurgia Vascular

José Prates Raposo<sup>1</sup> - Vanda Azevedo<sup>2</sup> - Maria Emília Ferreira<sup>3</sup> - Frederico Bastos Gonçalves<sup>4</sup> - Joseane Ferreira<sup>5</sup>

Serviço de Imagiologia do HAN, Director Dr. Luiz Gonzalez  
Serviço de Cirurgia Geral do HAN, Director Dr. Victor Costa  
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (6) Director Dr. Mota Capitão

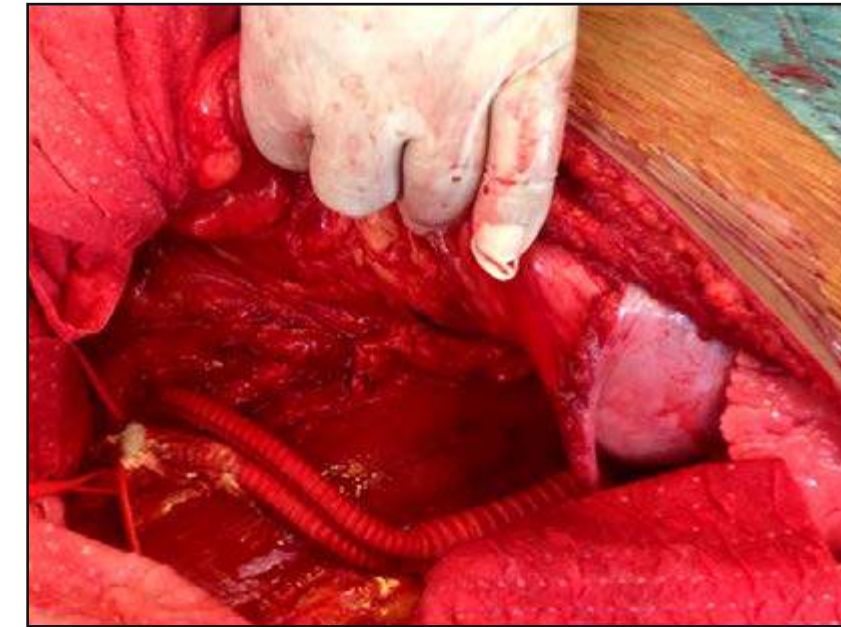


Fig. 1 . Implantação de by-pass aorto- bi-iliaco

### COARTAÇÃO DA AORTA INFRA-RENAL

#### RESUMO

O presente trabalho refere-se a um caso de hipertensão arterial sistólica prolongada e renitente à medicação, em paciente jovem do sexo feminino e que evoluiu com claudicação intermitente bilateral Grau II B de Leriche Fontaine. Observada por Cardiologia e Cirurgia Vascular e após exames complementares especializados foi evacuada para Serviço de Cirurgia Vascular em Portugal, com o diagnóstico acima indicado.

#### HISTORIAL

S.V. Paciente do sexo feminino de 26 anos de idade, natural e residente em Assomada – Cabo Verde, casada, com um filho de 3 anos, licenciada e desempregada que recorre à consulta de clínica geral sendo encaminhada para a cardiologia em Janeiro de 2013.

Apresentava cefaleias ocasionais moderadas e hipertensão arterial sistólica (190 / 70 mmHg), com início após a gravidez. Sem outras queixas.

A observação clínica inicial foi negativa bem como os exames laboratoriais de rotina e os estudos cardiológicos – ECG e Eco-cardiograma.

Enviada à consulta de cirurgia vascular e observada em Fevereiro de 2014 confirma-se a hipertensão sistólica elevada e renitente às terapêuticas médicas instituídas, bem como cefaleias frequentes e claudicação intermitente progressiva e por vezes incapacitante com cerca de um ano de evolução. Referia também diminuição da temperatura das extremidades inferiores.

- (1) Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pelos Hospitais Cívicos de Lisboa e pela Ordem dos Médicos de Portugal. Cooperante no HAN-Hospital Dr. Agostinho Neto, cidade da Praia, Cabo Verde
- (2) Especialista de Cardiologia do HAN-Hospital Dr. Agostinho Neto, cidade da Praia, Cabo Verde
- (3) Chefe de Serviço de Cirurgia Vascular- Hospital de Santa Marta CHLC
- (4) Assistente Hospitalar de Cirurgia Vascular . Hospital de Santa Marta CHLC
- (5) Especialista de Imagiologia do HAN . Hospital Dr. Agostinho Neto, cidade da Praia Cabo Verde
- (6) CHLC Centro Hospitalar Lisboa Central . Hospital de Santa Marta . Lisboa



Negava diabetes, tabagismo ou dislipidémias, bem como ingestão medicamentosa regular, além da antihipertensiva. Negava perturbações da sensibilidade dos membros inferiores. Antecedentes pessoais e familiares sem elementos dignos de registo.

À observação na 1ª consulta de cirurgia vascular salientava-se a existência de pulsos femorais, poplíteus e distais francamente diminuídos e simétricos, enquanto que os pulsos umerais e radiais eram muito amplos, rítmicos, regulares, depressíveis e simétricos.

À auscultação comprovou-se a existência de um sopro sistólico moderado / intenso na região umbilical com irradiação distal ao longo da aorta.

Seguiu-se o pedido de um exame **Eco-Doppler Cor** realizado no HAN, o qual revelou:

- Eixos ilíacos permeáveis, de calibres normais e regulares sem sinais de lesões obstrutivas ou alterações parietais. Todavia a análise espectral do sinal Doppler apresentava-nos a estes níveis espectros de frequências desmodulados (em campânula) e de muito baixas velocidades sistólicas (< 30 Cm / Seg) a nível dos eixos ilíacos. O estudo anatómico directo da aorta foi inconclusivo.

A nível femoral comum, poplíteu e distal os espectros de frequências apresentavam bilateralmente as mesmas características monofásicas (em campânula) e de muito baixas velocidades simetricamente (< 10 Cm / Seg).

As determinações dos Índices sistólicos nos tornozelos (ITB) foram de **0,37** bilateralmente (70mmHg Tibiais Posteriores e 190mmHg Umerais).

Perante estas observações concluímos tratar-se indubitavelmente de uma lesão obstrutiva hemodinamicamente muito significativa do sector aórtico de localização e extensão a esclarecer por métodos complementares.

É então efectuado um **Angio-TAC** abdomino-pélvico (no HAN) que confirmou e caracterizou a lesão aórtica – coartação da aorta infra-renal extensa e com estenose localizada a 3 cm da emergência das renais (superior a 80 %), bem como estenose da artéria renal esquerda. (Fig. 2)

Face a este diagnóstico e atendendo às limitações locais a doente foi proposta para evacuação no estrangeiro o que aconteceu em Julho de 2014.

Admitida na consulta de cirurgia vascular do Hospital de Santa Marta em Lisboa, após correcta e extensa avaliação foi confirmado o diagnóstico que motivou a evacuação e proposta intervenção cirúrgica a qual se realizou em 28/10/2014 naquele hospital.

## RESUMO DO PROTOCOLO OPERATÓRIO

Intervenção cirúrgica sob anestesia geral com necessidade de toracofrenolaparotomia pelo 6º espaço intercostal e paramediana esquerda.

Abordagem da aorta torácica descendente e construção de bypass com prótese de Dracon bifurcada (12x7mm) desde a aorta torácica descendente para as duas artérias ilíacas comuns + bypass protésico-renal esquerda com Dacron de 7mm.

No pós-operatório teve necessidade de permanência em unidade de cuidados intensivos durante 6 dias, manteve drenagem torácica durante 10 dias, boa tolerância alimentar e transito intestinal mantido. Teve como intercorrência atelectasia da base do hemitorax direito que reverteu sob cinesioterapia.

Após a cirurgia ficou com pulsos pediosos palpáveis e amplos bilateralmente. Realizou Angio-TAC de controle ao 15º dia do pós-operatório confirmando-se normal permeabilidade do bypass aorto-bi-ilíaco e da extensão para a artéria renal esquerda.

Evolução: Teve alta ao 17º dia do pós-oper. com antiagregantes e antihipertensores.

Observada ao 30º dia pós-operatório, apresentava queixas mínimas relacionadas com a intervenção, sem claudicação intermitente dos membros inferiores e melhoria da temperatura. Com as seguintes tensões arteriais: 100 mmHg nas tibiais posteriores e 150 mmHg nas umerais. Índices sistólicos nos tornozelos (ITB) 0,66 bilateralmente.

Observada ao 6º mês, confirma-se a evolução francamente favorável, sem queixas vasculares e com nítida melhoria da hipertensão arterial e dos índices TB.



Fig. 2 - Angio-TAC abdomino-pélvico Pré-operatório. Evidencia as lesões aórtica e renal esquerda

## COMENTÁRIO

A DAOP (Doença Arterial Obstrutiva Periférica) é uma doença vascular muito frequente particularmente em Cabo Verde tendo por principal causa a aterosclerose (mais de 90 % dos casos) e tem como consequência a claudicação intermitente ou a isquémia crítica (eventualmente seguidas de terapêuticas cirúrgicas complexas e / ou mutilantes.)

Os principais factores de risco são modificáveis e controláveis (tabagismo, diabetes, dislipidémia e hipertensão) e atingem particularmente a população idosa.

Outras causas menos frequentes são as vasculites de pequenos, médios e grandes vasos que podem afectar os pequenos vasos distais dos membros ou predominar na aorta, seus ramos viscerais e / ou troncos supra-aórticos. São exemplos as doenças de Takayasu, de Kawasaki, de Buerger, de Behçet, etc.

Estas patologias por outro lado afectam predominantemente os jovens e têm a sua preferência por sexo, raça e região do globo.

Em muitos casos, o primeiro e único sintoma é a hipertensão arterial sistólica renitente à terapêutica médica habitual, podendo posteriormente aparecer outros sinais ou sintomas como a claudicação intermitente dos membros ou a dor em repouso.

Nestas situações, o diagnóstico faz-se por um método muito simples de fácil e rápida execução ao alcance de qualquer clínico, (a palpação dos pulsos periféricos; radiais, femorais, poplíteus e distais).

O Eco-Doppler deverá ser o exame de primeira escolha para confirmação diagnóstica.



Fig. 3 - Angio-TAC abdomino-pélvico Pós-operatório. Evidencia a permeabilidade das próteses

O recurso ao especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular e ao Angio-TAC permitem caracterizar a extensão e repercussão funcional da doença e orientar para a terapêutica mais adequada, médica ou cirúrgica.

Foi o que se passou com este caso referente a uma paciente jovem que surgiu com hipertensão arterial sistólica, seguida de claudicação intermitente e que teve a oportunidade do devido encaminhamento e da melhor solução.

## EM CONCLUSÃO

1. As doenças vasculares constituem a principal causa de mortalidade e morbidade no mundo ocidental e nos países em vias de desenvolvimento.
2. As causas são múltiplas principalmente o envelhecimento da população, todavia os jovens também não estão livres destas patologias.
3. Em Cabo Verde, por razões específicas e de carácter local há uma elevada incidência destas doenças.
4. O diagnóstico e caracterização rigorosa destas patologias é hoje possível e desejável graças a modernos meios de diagnóstico não invasivos, incruentos e isentos de riscos. Eco-Doppler e Angio-TAC.
5. Em Cabo Verde, e concretamente no Hospital Dr. Agostinho Neto, é possível dispor destes meios de diagnóstico com elevado nível de qualidade e rigor.
6. O caso apresentado, procura evidenciar mais uma vez a importância do exame clínico, palpação dos pulsos periféricos, e o lugar imprescindível dos modernos meios de diagnóstico.



## Apresentação clínica de toxoplasmose cerebral simulando acidente vascular cerebral em doente com diagnóstico desconhecido de síndrome de imunodeficiência adquirida: relato de um caso

Jorge Barreto<sup>1</sup>, Albertina Lima<sup>1</sup>, Luiz Gonzalez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina; <sup>2</sup>Serviço de Imagiologia  
Hospital "Dr. Agostinho Neto" – Praia / Cabo Verde

### INTRODUÇÃO

As complicações neurológicas observadas nos doentes com infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) são frequentes e variadas, ocorrendo tanto por acção directa do vírus como em decorrência de infecções oportunistas (1,2,6). A toxoplasmose é a principal causa oportunista de lesão encefálica com efeito de massa em pacientes com infecção pelo VIH, revelada pela tomografia computadorizada (TAC) ou pela ressonância magnética (RM) crânio-encefálica e é mais frequente quando o valor de linfócitos T CD4 é inferior a 100 células por mm<sup>3</sup> (1-6). O diagnóstico definitivo requer a demonstração de *Toxoplasma gondii* no tecido cerebral (1-6). No entanto, a evidência neuroimagiológica (TAC ou RM) de lesões intracranianas focais tipo abscesso com anel-reforçado, sejam individuais ou múltiplas, na presença de imunodepressão e pronta resposta à terapêutica presuntiva são diagnósticos na ausência de comprovação histológica (1). Clinicamente, apresenta-se de forma variada, podendo haver alterações do nível de consciência, cefaléia, convulsões, hemiparesia, diplopia e disartria (1-6). Febre nem sempre ocorre (1-6). Outras doenças infecciosas como criptococose, linfoma primário ou metastático, leucoencefalopatia multifocal progressiva, herpes, tuberculose e abscesso bacteriano, podem apresentar-se clinicamente de forma semelhante (1-6). Para além das doenças infecciosas referidas, outras doenças como acidente vascular cerebral (AVC) e metástases cerebrais também têm sido apontadas pela literatura como diagnósticos diferenciais de toxoplasmose cerebral, especialmente nos casos em que não há febre, nem convulsão (4,6). Por isso, o diagnóstico presuntivo deve ser feito de forma criteriosa, para justificar a instituição de terapêutica empírica. Tendo isto em conta, este relato descreve um caso de toxoplasmose cerebral num doente com diagnóstico desconhecido de síndrome de imunodeficiência adquirida (Sida), cuja apresentação clínica simulou um AVC, realçando a importância da correlação entre as manifestações clínicas e as alterações de imagem reveladas pela TAC crânio-encefálica.

### RELATO DO CASO

Mulher melanodérmica de 41 anos, solteira, doméstica, natural da Praia, sem antecedentes conhecidos de doença, foi internada inicialmente no Serviço de Obstetrícia do Hospital Dr. Agostinho Neto por estar grávida de 19 semanas e ter apresentado quadro de obnubilação, alternando com episódios de agitação psicomotora, dificuldade à fala e marcha de início súbito no dia anterior ao internamento. Queixava-se também de tontura com evolução de, aproximadamente, dois meses, mas que pensava estar relacionada à gravidez. Não havia relato de febre nem de convulsão nesse período. Ao exame físico objectivo, no internamento, encontrava-se consciente, desorientada no tempo e no espaço, apirética (T. axilar: 36,9°C), tensão arterial era de 160/90mmHg, pulso de 80 batimentos por minuto, hemiparesia facio-braquiocrural grau 3 com hiperreflexia e reflexo cutâneo plantar em extensão, além da afasia de expressão. Não apresentava rigidez de nuca. Foi solicitado uma TAC crânio-encefálica que revelou massa tumoral complexa de 65x48x44mm, que captava contraste heterogeneamente, associada a importante edema periférico no lobo parietal esquerdo do cérebro em correspondência com um processo expansivo com marcado efeito de massa, obliterando o ventrículo ipsilateral e desvia a linha média para a direita (Figura 1 [A e B]).



Figura 1 (A)



Figura 1 (B)

**Figura 1 (A e B)** – Tomografia computadorizada crânio-encefálica com contraste revelando massa tumoral complexa de 65x48x44mm, que captava contraste heterogeneamente, associada a importante edema periférico no lobo parietal esquerdo do cérebro em correspondência com um processo expansivo com marcado efeito de massa, obliterando o ventrículo ipsilateral com desvio da linha média para a direita.

A imagem sugeria toxoplasmose cerebral, pelo que, de seguida, foram solicitados pesquisa de anticorpos anti-VIH e serologia para toxoplasmose, cujos resultados foram positivo para VIH 1, IgG anti-toxoplasma de 629 UI/ml e IgM anti-Toxoplasma negativo, respectivamente. A contagem de linfócitos TCD4 no sangue periférico era de 8 células por mm<sup>3</sup>. Outros métodos complementares realizados revelaram uma discreta anemia normocítica normocrômica, líquido e radiografia de tórax normais. Não foi realizada punção lombar para estudo do líquido. A doente foi transferida para o Serviço de Medicina do mesmo Hospital e tratada com sulfadiazina associada à pirimetamina e ácido fólico nas doses recomendadas pela literatura, durante oito semanas. Após 40 dias de tratamento foi realizada nova TAC crânio-encefálica, que revelou melhoria significativa da lesão, em relação com toxoplasmose cerebral em fase de resolução (Figura 2).

**Figura 2** – Tomografia computadorizada crânio-encefálica sem contraste revelando lesão hipodensa em fase de resolução na região dos núcleos da base esquerda.

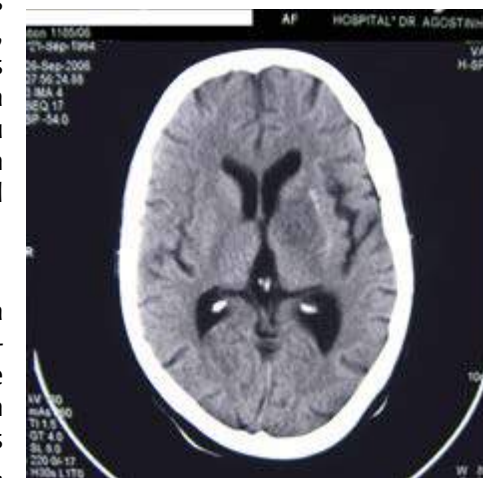


Figura 2

### DISCUSSÃO

A descrição do caso evidenciou doente com sinais neurológicos indicativos de lesão no sistema nervoso central e cuja TAC revelou lesão focal, com captação periférica do contraste e edema perilesional, compatível com as lesões cerebrais causadas por *T. gondii* em doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida (Sida). Logo após o resultado da TAC, pelas características da lesão, a conduta foi a realização de teste serológico para a pesquisa de anticorpos anti-VIH 1 e 2 e de IgM e IgG anti-Toxoplasma pela possibilidade diagnóstica de toxoplasmose cerebral. Com a confirmação da suspeita de imunodeficiência adquirida e com IgG anti-Toxoplasma reagente, a doente iniciou logo a terapêutica específica de primeira linha para *T. gondii* com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico com melhoria progressiva. Neste caso, coloca-se a hipótese de ter havido reativação de uma infecção antiga por *T. gondii* desencadeada pelo Sida pelo fato da IgM ser negativa. Um aspecto interessante que deve ser realçado também é o valor da tensão arterial, que poderia sugerir que a doente tivesse hipertensão arterial sem que soubesse. Na ausência de tomografia computadorizada, ela poderia ter sido tratada inicialmente como se tivesse um AVC, visto que a sintomatologia e a semiologia eram sobreponíveis, e a evolução clínica teria sido muito desfavorável, com grande probabilidade de morte precoce.

### CONCLUSÃO

As imagens adquiridas com a realização imediata de tomografia computadorizada crânio-encefálica permitiram melhor orientação da abordagem terapêutica neste caso. A melhoria clínico-radiológica da doente serviu para confirmar o diagnóstico, apesar de não ter sido realizado biópsia estereotáxica da lesão cerebral. O acesso à TAC mostrou ser de grande importância neste caso.

**Palavras-chave:**  
Toxoplasmose, cerebral, Sida, acidente vascular, tomografia

### Bibliografia

- Emeka, E.U., Ogunrin, A.O., & Olubunmi, A. (2010). Cerebellar toxoplasmosis in HIV/AIDS: a case report. *West Afr J Med*, 29, 2, 123-6.
- Jayawardena, S., Singh, S., Burzyantseva, O., & Clarke, H. (2008). Cerebral toxoplasmosis in adult patients with HIV infection. *Hospital Physician*, Jul, 17-24.



3. Nakazaki, S., Saeki, N., Itoh, S., Osato, K., Watanabe, O., Hamada, N., et al. (2000). Toxoplasmic encephalitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome--four case reports. *Neurol Med Chir (Tokyo)*, 40, 2, 120-3.

4. Philip-Ephraim, E.E., Charidimou, A., Williams, E., & Kajogbola, G. (2015). Stroke-Like Presentation of Cerebral Toxoplasmosis: Two HIV-Infected Cases. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 5, 28–30.

5. Porter, S.B., Sande, M.A. (1992). Toxoplasmosis of the central nervous system in the acquired immunodeficiency syndrome. *New England Journal of Medicine*, 327, 1643–1648.

6. Puccioni-Sohler, M., Corrêa, R. B., Perez, M. A., Schechter, M., Ramos Filho, C., & Novis, S. A. (1991). Complicações neurológicas da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. *Arq Neuro-Psiquiatr*, 2, 159-163.



# Faça uma Alimentação Saudável

## Evite Hábitos de Risco



## Gravidez Heterotópica numa Concepção Espontânea Heterotopic Pregnancy in a spontaneous conception

Iraldo de Jesus Sánchez Arias - Especialista em Ginecologia e Obstetrícia  
Gilandra Ivanda da Costa Soares - Médica Clínica geral  
Cesaltina Soares Moniz - Médica Clínica geral

### RESUMO

A Gravidez Heterotópica é aquela na qual coexiste uma “Gestação Intra-uterina e Extra-uterina” simultaneamente.

A sua incidência é baixa na concepção espontânea, aumentando com as Técnicas de Reprodução Assistida, de diagnóstico difícil e em ocasiões tardias, baseado num elevado índice de suspeita.

Apresentamos um caso de Gravidez Heterotópica diagnosticado perante um “Quadro de Abdómen Agudo Hemorrágico” com instabilidade hemodinâmica numa paciente de 34 anos de idade, múltipara, sem antecedente, com concepção espontânea que tinha acudido inicialmente á consulta para Interrupção Voluntária de Gravidez ( IVG).

**Palavras chaves:** Gravidez Ectópica, Gravidez Heterotópica, Abdómen Agudo Hemorrágico Ginecológico e Gestorragia do Primeiro Trimestre.

### ABSTRACT:

An Heterotopic Pregnancy is a pregnancy in which there is an intrauterine and extra uterine Pregnancy simultaneously.

Its incidence is low in the spontaneous conception, increasing with assisted reproduction's Techniques, of difficult diagnosis and in late occasions, based in a high index of suspicion.

We present an Heterotopic pregnancy diagnosed before an hemorrhagic acute abdomen's Case with hemodynamic instability, on a 34-year-old patient, multiparous, with no antecedents, with a spontaneous conception that came initially to the consultation for Voluntary interruption of pregnancy.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, heterotopic pregnancy, gynecological hemorrhagic acute abdomen, 1st trimester's gestorrhagia

### INTRODUÇÃO

A Gravidez Heterotópica é uma condição rara e potencialmente fatal, caracterizada pela coexistência de uma gestação intra-uterina (Tópica) e outra extra-uterina ( Ectópica).

Não existindo muitos casos referidos na literatura, deve -se a Duverney (1) a descrição do primeiro caso, em 1708 após a divulgação dos achados de uma autopsia numa mulher falecida, como resultado de uma gravidez tubar rota, na qual constatou-se a existência de uma gravidez intra-uterina simultânea.

Em 1948 calculou-se que o índice de gravidez heterotópica espontânea era de 1 / 30 000 gravidez ( com base numa incidência de gravidez ectópica 0,37% e um índice de gémeos dizigóticos em 0,8%). Na década de 1980, o cálculo elevou-se a 1 / 10 000 pelo aumento de gravidez ectópica (2). Actualmente, com o advento das Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida, a frequência desta complicação aumentou para 1 / 100 – 500 gestações (3).

Contudo, a Gravidez Heterotópica Espontânea continua sendo um evento excepcional.

O desenvolvimento simultâneo de Gravidez Intra-uterina e Extra-uterina supõe sérias limitações diagnósticas. Na maioria dos casos, a Gravidez Heterotópica é diagnosticada depois do aparecimento de sintomas e sinais, e 50 % das pacientes internam para uma intervenção cirúrgica de urgência, após rotura (4).

### CASO CLÍNICO

TSF, de 34 anos de idade com História Obstétrica G4 P3 Ao, sem uso de contracepção que chega a consulta de Interrupção Voluntária de Gravidez ( I.V.G. ) [ 18 – 02 – 14 ], por apresentar atraso menstrual de 6,1 semanas, desejando a interrupção da concepção. Foram solicitados Exames Laboratoriais e Ecografia Pélvica, segundo o protocolo do serviço.



Após uma semana da consulta antes referida, procurou o Serviço de Urgência da Maternidade com queixa de “dor no baixo-ventre e sangramento genital”, ao exame ginecológico constatou-se útero aumentado de volume compatível com amenorreia e sangramento genital escasso. Realizada Ecografia Pélvica de urgência, constatou-se uma Gravidez Tópica, Simples, Evolutiva, de 6 – 7 semanas. A paciente ficou em observação durante 12h, e após a melhoria clínica teve alta, com tratamento e controlo ambulatorial, retornando após 24 horas da alta, referindo intensa dor no baixo-ventre, episódios de vômitos e lipotimia.

#### Exame Objectivo:

- Paciente sudoretica, pálida, em posição antálgica.
- TAX: 35 °C Pulso: 124 x bpm TA: 84 / 44mmhg Shock Index: 1.2
- Mucosa: hipocorada
- Abdómen: globoso, doloroso a palpação difusamente, com franca reação peritoneal, sem organomegalia.
- Espéculo: colo uterino violáceo (grávido), sangramento escasso tipo menstrual.
- Toque Vaginal: colo doloroso a mobilização no sentido antero-posterior, útero impressiona grávido de ± 7 semanas. Anexos (?) ( pouca colaboração da paciente ), Douglas abaulado e doloroso.

**Hipótese Diagnóstica: Abdómen Agudo [provável etiologia hemorrágica].**

#### Conduta: Procedemos a:

- canalização de acesso venoso periférico e reposição de volume.
- toma de amostra de sangue para exames laboratoriais.
- avaliação ecográfica de urgência:

#### Achados:

- Abordagem trans- abdominal e trans- vaginal
- Espaço hepatorenal ( Morrison) : derrame líquido, moderado, com ecos finos homogêneos de baixa amplitude sugestivo de hemoperitônio. (figura 1)
- Útero anteverso, centrado, ecotextura heterogênea, contornos regulares, Saco Gestacional, Tópico, Regular, com Vesícula Vitelínica e Embrião único [ CCN de 15,1 mm compatível com 7,6 semanas gravidez ],

atividade cardíaca embrionária positiva ( 154 bpm ). (figura 2 e 3)

- Anexo Esquerdo : ovário em topografia justa uterina de dimensões preservadas, com imagens anecoica, irregular, sugestiva de CORPO LÚTEO.
- Anexo Direito: na projeção anexial direita individualiza uma imagem “sacular “Com Vesícula Vitalínica e Embrião único [ CCN de 15,2 mm para uma gravidez de 7,6 semana ], atividade cardíaca embrionária positiva ( 150 bpm), compatível com uma GRAVIDEZ TUBAR. (figura 4)
- Douglas: ocupado por conteúdo hipoecogénico, heterogéneo, sugestivo de coágulos [HEMATOCELE PÉLVICO].

#### Diagnóstico Ecográfico:

1. Achados ecográficos compatível com GRAVIDEZ HETEROTÓPICA.
2. HEMOPERITONIO de provável causa ginecológica (gravidez tubar direita acidentada )



Figura – 1 Espaço Hepatorrenal com derrame líquido



Figura – 2 Saco Gestacional Tópico

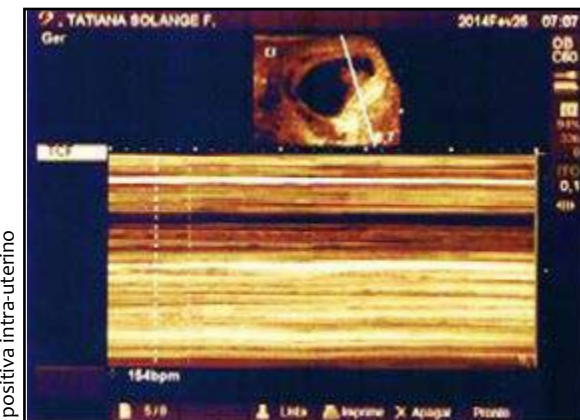
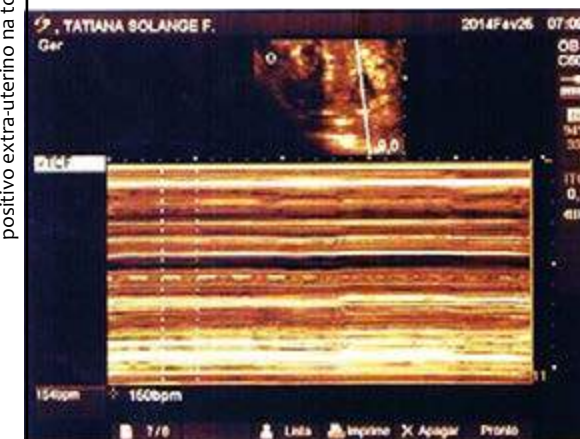


Figura – 3 Saco Gestacional + Eco Embrionário com batimento cardíaco positiva intra-uterino



Figura – 4 Saco Gestacional + Eco Embrionário com batimento cardíaco positivo extra-uterino na topografia do anexo direito



TATIANA SOLANGE F.		2014Fev26 07:12	
GA pl DUM	OB	( 1 / 4 )	
RUJ	7a6d	DEP pl DUM	DUM
		2014Out09	
Idade	Intervals	Medida	1 2 3 Autor
CCN	7a6d	7a2d - 8a3d	1,51cm 1,47 1,54 Hadlock
TCF 150bpm			

Figura – 5

Após medidas de estabilização da situação hemodinâmica a paciente foi encaminhada ao Centro Cirúrgico, onde foi submetida a laparotomia exploradora.

#### Achados:

- Hemoperitônio de mais ou menos de 600ml
- Gravidez tubar direita fissurada
- Útero aumentado de volume de superfície regular de aspeto grávido. Intervenção realizado:
  - o Salpingectomia total direita
  - o Limpeza de cavidade abdominal
  - o Dilatação e Curetagem para esvaziamento da cavidade uterina (a pedido da paciente).

Evolução pós operatória satisfatória, tendo alta hospitalar ao 4º dia pós operatório.

#### DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce é de difícil realização. A sobreposição de factores de riscos associados a gravidez ectópica, e as manifestações clínicas variadas e inespecíficas induzem a erro no diagnóstico e atraso no tratamento e que põe em risco a vida da paciente (5). Limitando ainda mais a nossa capacidade diagnóstica, os marcadores bioquímicos (BHCG e Progesterona) utilizados no diagnóstico de Gravidez Ectópica carecem de valor diagnóstico na Gravidez heterotópica, já que o tecido trofoblasto intra-uterino produz quantidades normais desses marcadores (6).

O diagnóstico ultrassonográfico deste tipo de gestação é difícil; somente 26 % de Gravidezes Heterotópica são diagnosticadas pela ecografia (7).



A presença da Gravidez Tópica desvia a atenção do ultrassonografista para esta entidade, e pela sua raridade, tal hipótese nem sempre é levantada.

Devemos ser cautelosos com o diagnóstico ecográfico, pois a presença de uma imagem eco negativa intra-uterina ( pseudosaco gestacional ), observada em cerca de 10 – 20 % das Gestações Ectópica podem conduzir a falsos diagnósticos. Só a anatomia patológica ou a evolução de gestação dão o diagnóstico de certeza (8). Por outro lado, vale a pena lembrar que a ecografia não é um método infalível e que apresenta taxas de falsos negativos que varia entre 5 – 50% para a gravidez ectópica.

O tratamento é principalmente cirúrgico, sendo preferente a abordagem laparoscópica, reservando a laparotomia para os casos com instabilidade hemodinâmica. O metotrexato sistémico estaria contraindicado para poder preservar a viabilidade da gestação intrauterina.

Uma outra alternativa pouco habitual seria a injeção local de cloreto de potássio intrasacular.

## CONCLUSÃO

Pela sua raridade, o pouco hábito e pelo risco potencial gostaríamos de realçar o papel preponderante da ecografia obstétrica do primeiro trimestre como única ferramenta capaz de subsidiar o diagnóstico precoce desta entidade.

A exploração exaustiva das áreas anexiais após constatação de uma gravidez tópica contribuiria para um diagnóstico atempado e uma abordagem adequada desta patologia, diminuindo assim a sua morbimortalidade.

## Referências

- 1- Duverney GJ, in Jombert. CA (ed): Oeuvres Anatomiques. Paris, 1708: p 355
- 2- National Center for Health statistics. Advance report of final mortality. Danforth 's Obstetrics and Gynecology, tenth edition pag 104
- 3- Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor- Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature reviews from 1971 to 1993. Fertil Steril. 1996; 66(1): 1-12
- 4- Korkontzelos, Antoniou N, Stefanos T, Kyparos I, Lykoudis S. Rupture heterotopic pregnancy with successful obstetrical outcome: a case report and review of the literature. Clin Exp Obstet Gynecol. 2005; 32 (3): 203 – 6.
- 5- Dominguez MK, Sastre GH, Higuera HF, Vargas DA, Zaldivar RF. Embarazo heterotópica. Un ciclo de conception natural presentado como embarazo ectópica. Informe de un caso. Ciruj y Ciruj 2008(6): 519-522
- 6- Dor J, Seidman DS, Levran D, Ben – Rafael Z, Ben – Shlomo I, Mashiach S. The incidence of combined intrauterine and extrauterine pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril. 1991; 55(4):833 – 4.
- 7- Elito Júnior J, Montenegro NAMM, Soares RC, Camano L Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30 (3): 149 -59.
- 8- Southern Medicine Association. Heterotopic pregnancy. South Med 1999;92:330-2

## Primeiro Inquérito sobre a Prevalência do Paludismo em Cabo Verde

Adilson de PINA – Programa Paludismo - Comité de Coordenação do Combate ao HIV-SIDA (CCS-SIDA) \*  
Silvânia LEAL – Laboratório de Análises Clínicas, Delegacia de Saúde da Praia;  
Cecílio MENDES – Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Regional de Santiago Norte;  
Elves DUARTE - Programa Nacional de Luta contra o Paludismo, Ministério da Saúde;  
Filomena TAVARES – Rede Nacional de Laboratórios

## RESUMO

Apesar de ser prevenível e tratável, o paludismo ainda continua a ser um dos grandes problemas de saúde pública em todo o mundo, sobretudo no continente Africano. Actualmente cerca de 3,3 bilhões de pessoas correm o risco de serem infectados pelo paludismo e desenvolver a doença, entre as quais, 1,2 bilhão são considerados de alto risco. De acordo com últimas estimativas, 198 milhões de casos de paludismo foram registados em 2013 causando cerca de 584 000 mortes. É na Região Africana que se regista o maior número de casos, com cerca de 90% das mortes por malária e 78% das mortes entre as crianças com idade menores de 5 anos (WHO, 2014).

Cabo Verde apresenta um perfil epidémico da doença que diverge do resto do continente. O País consagrou na sua Política Nacional da Saúde (MS, 2007), eliminar o paludismo até 2020.

Neste sentido e no âmbito da implementação do Projecto de Pré-eliminação do Paludismo em Cabo Verde, CVP-011-G03-M, financiado pelo Fundo Global para VIH, Tuberculose e Paludismo, realizou-se o primeiro estudo de prevalência do paludismo nas populações das ilhas de Santiago e Boavista. O objectivo geral foi determinar a prevalência do paludismo na população com idade compreendida entre 18 a 65 anos.

## Paludismo em Cabo Verde

O paludismo em Cabo Verde é instável, com uma transmissão sazonal, esporádica, de baixa endemicidade, bastante variável de ano para ano, responsável de uma flutuação da morbidade, com picos cíclicos, dependendo muito das chuvas.

A partir de 1994, somente casos devido ao *P. falciparum* têm sido registados no país. O *Anopheles arabiensis* é o único membro do complexo *An. gambiae* descrito no arquipélago e é considerado o único vector (Cambournac et al., 1982; MoH, WHO et UCSF, 2012).

A luta antivectorial é feita de forma integrada e inclui além do controlo de larvas (uso de temephos e peixes larvívoros). A luta dirigida às formas

adultas é feita recorrendo, essencialmente, à pulverização Intradomiciliar. Esses métodos são reforçados com outras formas físicas de luta (destruição/remoção dos potenciais sítios de reprodução).

O diagnóstico parasitológico é feito com recurso a testes de diagnóstico rápido (TDR) disponíveis em todas as estruturas de saúde e confirmados por microscopia nas estruturas com laboratório.

No tocante ao tratamento, os casos simples são tratados exclusivamente com ACT (Tratamento Combinado com Artemesinina), Artemeter-Lumefantrina. Utiliza-se Primaquina dose única no primeiro dia de tratamento para todos os casos. O uso de Mefloquina (MQ) está estritamente reservado à quimioprofilaxia dos viajantes de e para zonas endémicas. Para os casos graves utiliza-se o Quinino (MS, 2008).

## Epidemiologia do paludismo em Cabo Verde

Os dados dos últimos 10 anos revelam oscilações de ano para ano. Verificou-se uma diminuição acentuada dos casos autóctones, de 18 casos em 2008 para 7 casos em 2011, e estes, para 1 caso em 2012, no entanto, nota-se um aumento para mais de 20 casos nos anos 2013 e 2014 (gráfico 1).

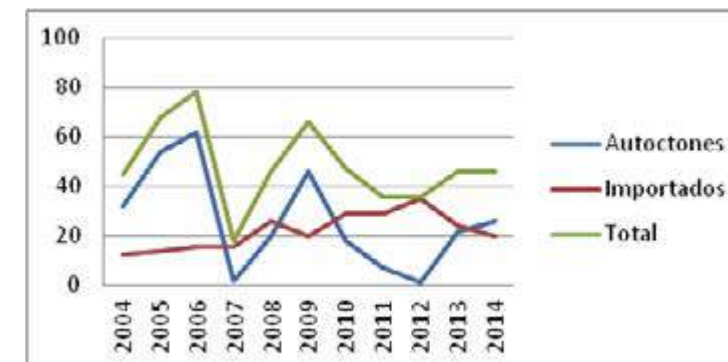


Gráfico 1 - Evolução dos Casos registados em Cabo Verde, 2004-2014, (Autóctones, Importados e Total) (Fontes: Relatórios Estatísticos do Ministério da Saúde e Relatório PNLP, 2014).

**Livraria Bordiniana**

LIVROS TÉCNICO CIENTÍFICOS  
LIVROS INFANTO JUVENIS  
LIVROS LITERATURAS  
JOGOS DIDÁTICOS  
ARTIGOS DE PAPELARIA E DE ESCRITÓRIO

Email: bordiniana.cv@gmail.com | Tel: Palmarejo - 262 0551 Assomada - 265 1562

Cosméticos Perfumaria Higiene

**Super Bonita**

**CONTACTOS**  
Palmarejo: 262 8526  
Sucupira: 261 9066  
Praia Shopping: 263 8611  
Assomada: 265 2060



A grande maioria dos casos registados aos longos dos anos, é do Concelho da Praia. No que tange a casos autóctones, estes têm sido exclusivos das ilhas de Santiago e Boavista. Tendo a Boavista registado casos nos anos de 2009, 2010 e 2014. Os Municípios de Santa Catarina e Santa Cruz, ambos da ilha de Santiago registaram casos autóctones em 2011 e o último, igualmente em 2014.

No que se refere à incidência e mortalidade, os dados estatísticos de 2014 do Ministério Saúde (tabela 1), demonstram que têm sido baixas, não ultrapassando 03 casos de óbitos, nos últimos 05 anos.

Ano	População	Casos	Incidência (/100.000)	Óbitos	Taxa mortalidade (/100.000)	Taxa de letalidade (%)
2010	491.683	47	9,6	1	0,2	2,1
2011	499.929	36	7,2	3	0,6	8,3
2012	505.983	36	7,1	1	0,2	2,8
2013	512.173	46	9	0	0	0
2014	556364	46	8,267968	2	0,4	4,3

Fonte: PNLN e SVEI/DNS

Tabela 1 – Incidência do paludismo e taxa de letalidade entre 2010 a 2014.

### Objectivos

O objectivo deste estudo foi gerar dados capazes de contribuir para a definição de orientações que permitem alcançar as metas estabelecidas no âmbito do Plano Estratégico de pré-eliminação do Paludismo em Cabo Verde. De entre os quais foram estabelecidos os seguintes:

- i. Determinar a prevalência do paludismo na população com idade compreendida entre 18 e 65 anos, nas ilhas de Santiago e Boa Vista;
- ii. Identificar as principais espécies de Plasmodium sp. circulantes;
- iii. Determinar a percentagem de indivíduos parasitados;
- iv. Determinar a carga parasitária na população.

### METODOLOGIA

#### Área e período de estudo

O estudo decorreu durante o mês de Dezembro de 2013, nas duas ilhas focos activos de transmissão local do Paludismo, Santiago e Boa Vista (fig. 01). Os 10 municípios das referidas ilhas apresentavam uma população correspondente a mais de 57% da população Cabo-verdiana (INE, 2010).



Fig. 01 - Ilhas de Cabo Verde onde foram realizados o estudo.

### Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado com base na proporção populacional, com 95% do nível de confiança e foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q (Z_{\alpha/2})^2}{p \cdot q (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde n é o tamanho da amostra; N o tamanho da população alvo; p a proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar; q a proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar (q = 1 - p); Z<sub>(α/2)</sub> o valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado; E a margem de erro ou erro máximo de estimativa, isto é, representa a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

### Instrumentos de recolha de dados

Em cada um dos concelhos, mapeou-se as localidades de acordo com o risco de transmissão da doença. Para o diagnóstico do paludismo os participantes foram previamente informados do objectivo do estudo, do procedimento para a realização do TDR e da confecção das lâminas. Os que aceitaram assinaram um termo de consentimento confidencial. Foi utilizada uma ficha de registo para a recolha de informações socioeconómicas e demográficas, manifestações clínicas sugestivas de paludismo e o resultado do diagnóstico laboratorial (TDR e Microscopia).

Para o diagnóstico do paludismo, recorreu-se ao uso do TDR, RFirst Response Malaria AgpLDH/HRP2 Combo CardTest, que detecta a proteína II rica em histidina (HRP2) específica do Plasmodium falciparum e a enzima lactato desidrogenase (pLDH), específica das espécies de Plasmodium sp. (Plasmodium falciparum, P. vivax, P. ovale, P. malarie).

As lâminas de gota espessa e esfregaço sanguíneo foram preparadas e, encaminhadas para os laboratórios de análises clínicas da Delegacia de Saúde da Praia, do Hospital Regional Santiago Norte, do Centro de Saúde de Santa Cruz e da Boavista, onde foram coradas pelo método de

Giemsa. O Controlo de Qualidade foi feito pela observação de 10% dos resultados negativos e 100% dos positivos, no laboratório da Delegacia de Saúde da Praia.

### Recolha de dados

O programa de entrada dos dados foi elaborado em Excel, com recurso a programação Visual Basic for Applications (VBA - Fig 02). O tratamento dos dados compreendeu a codificação, a digitação e o apuramento dos dados. Para a edição dos resultados recorreu-se ao software SPSS e tabelas dinâmicas do Excel.

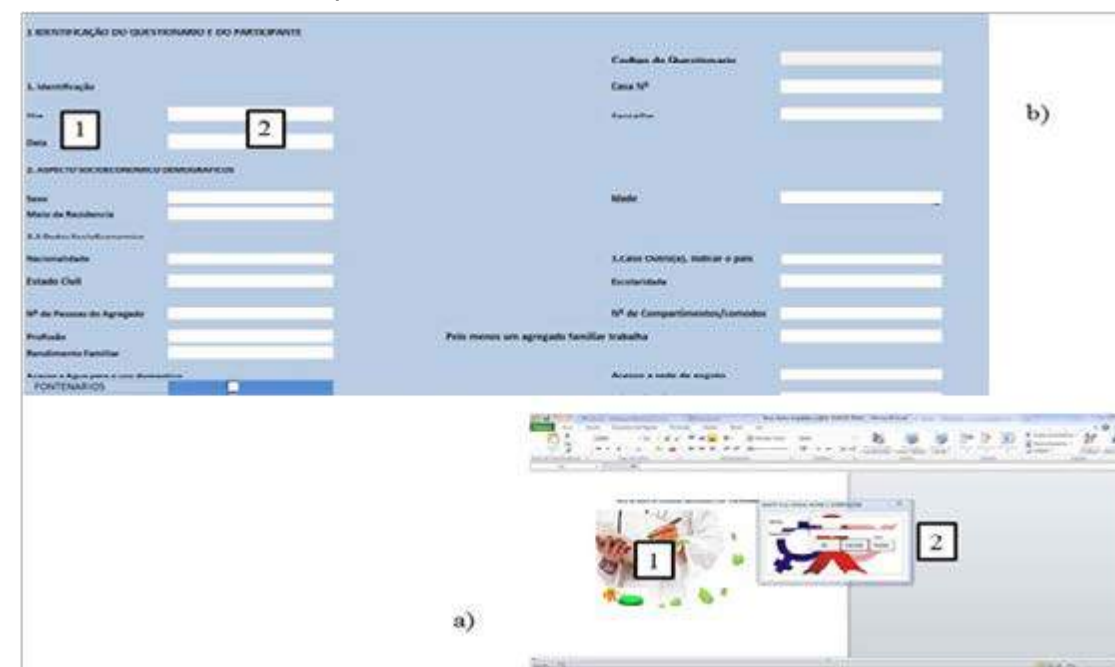


Fig. 02 - A interface criada para o efeito de organização e criação da base de dados, apresentado o tela de boas vindas (a) e o campo de preenchimento dos dados (b).

### Considerações éticas

O estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia e respeitando as normas Internacionais para a Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos. O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comité Nacional de Ética para a Pesquisa em Saúde (CNEPS), sob a deliberação nº 48 de 2013.

### PRINCIPAIS RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objectivo determinar a taxa de prevalência do paludismo nas ilhas de Santiago e Boavista, onde têm sido registados casos autóctones. Existem dois estudos que

determinaram a prevalência do paludismo na população Cabo-verdiana nalgumas localidades da ilha de Santiago (Arez et al., 1999; Alves et al., 2006).

### Perfil dos participantes

A maior parte dos participantes deste estudo foi do sexo feminino, sendo a proporção homem/mulher de 7/10 (Fig. 03). Os resultados condizem com os dados do INE (2010), no qual se verifica uma proporção de mulheres superior à dos homens. Esse argumento pode ser sustentado pelo facto de, na população cabo-verdiana, haver maior proporção de homens na idade activa ocupada do que mulheres, o que implicaria na existência de maior proporção de mulheres em casa.



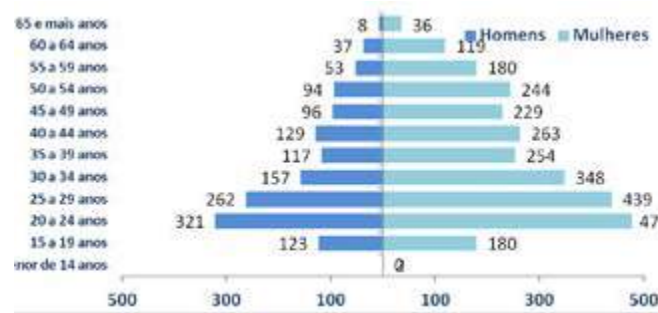


Fig. 03 - Pirâmide da população amostrada

Foi verificado que a maior parte dos indivíduos tinha uma idade compreendida entre os 34 e os 37 anos de idade, sendo 35 anos a média de idade, não coincidindo, como é esperado com a média nacional (26,8 anos). Em relação à residência, verificou-se que a maior parte dos participantes era proveniente das zonas urbanas, condizendo com os dados nacionais.

O número de membros por agregado familiar variou significativamente ao longo do estudo. Apesar da média observada (5 membros) assemelha-se da nacional (4,2 membros), verificou-se que, em todos os concelhos ocorrem agregados com mais de 10 membros. Tal leva a supor que, nestas situações, há necessidade de acumular maiores quantidades de água, aumentando assim, o risco de proliferação dos mosquitos vectores.

A maior parte dos participantes deste estudo frequentou o ensino básico e o secundário. A taxa de analfabetismo foi inferior a 10% e os concelhos com maiores taxas foram os do interior da ilha de Santiago. A taxa de alfabetização dos participantes deste estudo foi superior ao da nacional para os residentes com idade superior aos 15 anos (INE, 2010). Os concelhos do interior de Santiago apresentam maiores taxas de analfabetismo, coincidindo com os de maiores áreas agrícolas do país (MDR, 2004).

#### Profissão dos participantes

Dos três sectores de profissão, o sector primário foi o mais frequente, enquanto os sectores secundários e terciários assemelha-se em termos proporcionais. Entretanto verificou-se que mais de 40% dos participantes não possuía quaisquer vínculos profissionais. A taxa de desemprego aqui observada supera em termos proporcionais a taxa nacional que equivalia os 16% em 2010 (INE, 2010).

A maior parte da população amostrada possui no agregado familiar, pelo menos um membro com algum vínculo laboral, e uma renda familiar

situada entre os 11.000-65.000\$00, tendo havido associação desta variável com a residência dos participantes. Provavelmente o tipo de actividade desenvolvida nas diferentes localidades é a razão deste resultado. Entretanto os dados recolhidos não foram suficientes para evidenciar este fenómeno.

#### Acesso à água potável e à rede de esgotos

O acesso à rede domiciliária foi o meio de acesso à água potável mais apontado pelos participantes, sendo precedido pelos chafarizes públicos, sendo os valores de 56% e 27% respectivamente. Este resultado revela a implementação das políticas assumidas pelo Governo e assumidos em documentos estratégicos, nomeadamente o DECRP II (MF, 2009). Entretanto as localidades com maior área, apresentaram menores taxas de acesso à água domiciliária muito provavelmente à ampla área geográfica e que poderá resultar no encravamento de algumas localidades e outros desafios. O acesso à rede de esgotos pode ser considerado baixo já que a proporção dos com acesso foi inferior a 1 em cada 5 participantes.

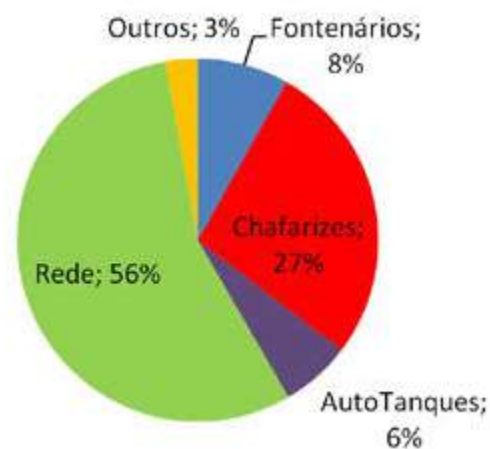


Fig. 04 - Acesso à rede de esgotos

#### Criação de animais

As actividades agropecuárias constituem fonte de renda para grande parte da população Cabo-verdiana (MDR, 2004). Os concelhos da Praia e da Boa Vista foram os únicos locais onde menos de 60% dos participantes admitiram não terem essas práticas em suas casas. Em algumas localidades essa proporção atingiu valores elevados, 90,9% em São Salvador do Mundo, 84,4% em Tarrafal e 81,1% em São Lourenço dos Órgãos.

#### Prevalência do paludismo

Dos dados recolhidos verificou-se que 82,2% dos participantes não manifestou quaisquer

sintomas suspeitos do paludismo (febre, calafrio e cefaleia), este resultado pode estar associado à baixa prevalência do paludismo encontrado neste estudo. Dos 7% que apresentaram sintomas suspeitos do paludismo o resultado do TDR e da gota espessa foram negativos.

No total de 4169 participantes no estudo, foi

detectado 1 único caso de paludismo no concelho da Praia (Tabela 02). Caso esse, tratando-se de um indivíduo de sexo masculino, 23 anos de idade, residente em São Pedro – Latada, que nunca ausentou do país, sendo assim, provavelmente, trata-se um caso autóctone, sendo que a espécie detectada foi o *P. falciparum*.

Ilha	Concelho	Resultados dos testes				Total de efectivos	
		Negativo	%	Positivo	%	Total	%
Boa Vista	Boa Vista	123	100,00%	0	0,00%	123	100,00%
	Praia	2174	99,90%	1	0,05%	2175	100,00%
	Ribeira Grande de Santiago	70	100,00%	0	0,00%	70	100,00%
	Santa Catarina	586	100,00%	0	0,00%	586	100,00%
	Santa Cruz	328	100,00%	0	0,00%	328	100,00%
	São Domingos	193	100,00%	0	0,00%	193	100,00%
	São Lourenço dos Órgãos	95	100,00%	0	0,00%	95	100,00%
	São Miguel	209	100,00%	0	0,00%	209	100,00%
	São Salvador do Mundo	143	100,00%	0	0,00%	143	100,00%
	Santiago Tarrafal	247	100,00%	0	0,00%	247	100,00%
<b>Total</b>		<b>4168</b>	<b>99,90%</b>	<b>1</b>	<b>0,02%</b>	<b>4169</b>	<b>100,00%</b>

Tabela 02 – Resultado da Prevalência do Estudo do Paludismo nos municípios de Santiago e Boavista

Deste modo, a prevalência do paludismo, tendo em conta o tamanho da amostra, foi de 0,024%. A cidade da Praia apresentou uma prevalência de 0,05% e 0% para os restantes concelhos amostrados.

Esta prevalência poderá dever-se à sensibilização da população sobre a problemática do paludismo, as várias medidas de prevenção adoptadas bem como o combate “feroz” e sem trégua que tem sido adoptadas pelas autoridades sanitárias. No período que antecedeu ao estudo, que coincide praticamente com o período em que houve um surto de paludismo na cidade da Praia registando cerca de 20 casos autóctones. Posteriormente, foi efectuada, em várias localidades, uma procura activa ao redor dos casos, registando-se mais 2 casos positivos. De realçar que em todos estes 22 casos, a espécie detectada foi o *P. falciparum*.

#### CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Do perfil dos participantes, verificou-se que a maior parte era do sexo feminino, com nível de escolaridade básico ou secundário, residentes de zonas urbanas, solteiros e com rendimento familiar situado entre os 11000-65000\$00. Verificou-se ainda

que, como os dados já indicavam, a prevalência do paludismo é baixa. Mesmo entre os participantes com sintomas suspeitos do paludismo, não foram verificados casos positivos e uma grande parte dos participantes no estudo não apresentavam quaisquer manifestações clínicas suspeitas de paludismo.

Em estudos posteriores, recomenda-se uma planificação antecipada a inclusão das demais faixas etárias mesmo não sendo as faixas consideradas epidemiologicamente mais expostas.

Recomenda-se a inclusão de uma população controlo (ilhas onde não se tem registado casos positivos), que servirá de comparação ou como controlo negativo. Uma maior percentagem de populações residentes nas zonas de alto risco, de forma a garantir a pesquisa na maioria dos indivíduos destas zonas, ou seja, indivíduos de riscos.

O recurso a técnicas complementares (nomeadamente envolvendo a biologia molecular) poderá fornecer outras informações importantes na planificação das actividades e que, com os recursos disponíveis neste estudo, não foi possíveis obtê-las.





### Agradecimentos

A equipa agradece o empenho, seriedade, dedicação e colaboração da população que participou no estudo, as delegacias de saúde, os coordenadores centrais, os técnicos de laboratório, os inquiridores, os supervisores de campo e de laboratório e motoristas que integraram as equipas.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alves J, Roque AL, Cravo P, et al. Epidemiological Characterization of the Plasmodium falciparum in the Republic of Cape Verde: implication for large scale re-emergencies of malaria. Malaria Journal, 5: e32, 2010.
- Arez AP, Snounou G, Pinto J, Sousa CA, Modiano D, Ribeiro H, Franco AS, Alves J, Rosario VE. A clonal Plasmodium falciparum population in as isolated outbreak of malaria in the Republic of Cape Verde. Parasitology 118, 347 - 355, 1999.
- Cambournac FC, Petrarca V, Coluzzi M. Anopheles arabiensis in Cape Verde archipelago. Parasitologia, 14 (2), 265 - 267, 1982.

- INE (Instituto Nacional de Estatística). IV Recenseamento geral da População e da Habitação. Direcção de Estatística Demográficas e Sociais, 2010.
- MDR (Ministério de Desenvolvimento Rural) – Recenseamento Geral da Agricultura; Dados Globais; 2004
- MF (Ministério das Finanças e Administração Pública) - Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza – II; 2008;
- Ministry of Health Cape Verde and the World Health Organization and the University of California, San Francisco Eliminating malaria. Moving towards sustainable elimination in Cape Verde; Geneve: The World Health Organization, 2012.
- MS (Ministério da Saúde) - Política Nacional da Saúde. República de Cabo Verde, 2007.
- MS (Ministério da Saúde) – Manual de Atendimento do Paludismo, 2008.
- MS (Ministério da Saúde). Relatório estatístico 2013. República de Cabo Verde, 2014.
- WHO (World Health Organization - Organização Mundial da Saúde). World malaria report 2014. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014

\*Email: Adilson.Pina@ccssida.gov.cv / Phone: (+238) 2600 343 / 2603 779 / Fax: + 238 2618 576



www.labojojem.cv

### LABORATÓRIO CENTRAL



Av. 12 de Setembro-CP 791-Mindelo-São Vicente-Cabo Verde

Tel: + (238) 2310827/ 2324464

atendimento@labojojem.cv

Horário Funcionamento: 2ª às 6ª feira: 08h - 12h30 / 15h - 18h30

Sabado: 09h - 11h30

#### POSTO LABO JOVEM URGIMED

**CLINICA URGIMED**  
 Telefone: 230 0170  
 atendimento@labojojem.cv  
 Horário Funcionamento :  
 2ª a 6ª Feira : 08h-19h  
 Horário de Colheita:  
 2ª, 4ª e 6ª Feira : 08h-09h30

#### POSTO LABOJOVEM MONTE SOSSEGO

**CLINICA GINOMÉDICA**  
 Rua 12 de Setembro - Monte Sossego  
 Atrás Academia JOTA MONTE  
 Telefone: 232 2679  
 atendimento@labojojem.cv  
 Horários de Marcações: 2ª a 6ª Feira: 15h-19h  
 Horários de Colheita: 3ª e 5ª Feira: 08h-09h30

#### POSTO LABOJOVEM S.NICOLAU

**CLINICA SORRIDENTE**  
 Zona de Teja, Tarrafal  
 São Nicolau  
 Telefone: 353 8180  
 atendimento@labojojem.cv  
 Horário Marcações: 2ª a 6ª Feira:  
 09h-12h30 / 14h-17h



# Eu ainda posso desfrutar de muitas coisas boas da vida

## Apadrinhe um Amputado

## Contribua para a criação do Fundo para a Inclusão do Amputado

**Conta bancária: 1258715101 (BCA)  
NIB 0003 0000 12528715101 76**

Parceiros:



Patrocínios:



Apoios:





## Relatório sobre a Consulta Externa de Pediatria no Centro de Saúde da Achada Grande de Trás

Manuel Rodrigues Boal  
Praia, Dezembro de 2014

**Resumo:** Durante 188 dias, entre agosto 2012 e Novembro de 2013, foram atendidas, na consulta externa de Pediatria do Centro de Saúde da Achada Grande de Trás, 1538 crianças da periferia nordeste da Cidade da Praia. Uma lista das doenças mais frequentemente diagnosticadas em que predominam as rino-faringites e as piodermites, e outra de pacientes referenciados para o Hospital Dr. Agostinho Neto, correspondendo a 12,1% das crianças atendidas, figuram no fim do documento.

### INTRODUÇÃO

Depois de um estágio clínico, de reciclagem, no Serviço de Pediatria do Hospital Central Dr. Agostinho Neto (HAN), decidi assumir, como voluntário, a consulta externa da especialidade no

Centro de saúde da Achada Grande de Trás, (CSAGT) na periferia nordeste da Cidade da Praia, a capital de Cabo Verde, entre Agosto de 2012 e Novembro de 2013.



Imag. 1 - Achada grande de Trás

Comecei por participar, com a Directora do Centro e duas Agentes Sanitárias de Base (ASB), numa visita aos domicílios do bairro que circunda o Centro de Saúde, mostrado na imagem acima, para conhecer o estado de imunização das crianças e as condições de vida das famílias, em termos de higiene, saneamento básico, disponibilidade de água canalizada e de energia eléctrica, tendo verificado que uma proporção importante das crianças não estava nem correcta, nem completamente vacinada, e que algumas famílias viviam em situação de pobreza.

A razão principal deste relatório é partilhar

a informação com os eventuais interessados, designadamente a Directora e demais técnicos do CSAGT, o Delegado de Saúde da Cidade da Praia e o Director Nacional da Saúde, esperando que ela lhes possa servir no exercício das suas responsabilidades.

O segundo objectivo do documento é rever e avaliar o meu desempenho, identificar os erros cometidos e as faltas consentidas, para saber como poderia ter feito melhor.

Durante 188 dias examinei 1538 crianças inscritas para a consulta, sem programação prévia, acompanhadas geralmente pelas mães, por vezes

pelas avós, mais raramente pelos pais, irmãos e, em 3 casos, por vizinhas, porque as mães “estão no trabalho”.

Foi interessante, e agradável para mim, a passagem pelo CSAGT. Todo o pessoal, técnico mas não só, merece o meu respeito e a minha estima, pela maneira como o Centro é gerido, como ele funciona e atende, com indiscutível utilidade, toda a população.

No CSAGT tudo é muito limpo, toda a gente trabalha bem, e mais, o pessoal do Centro não grita nos corredores!

### O RELATÓRIO

#### DAS INSTALAÇÕES, DO STAFF, DOS PRELIMINARES

O Centro de Saúde da Achada Grande de Trás é um dos cinco [1] do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que assegura, na Cidade da Praia, entre as 08.00 e as 18.00 horas [2], de segunda à sexta-feira, a prestação dos Cuidados primários de Saúde (CPS).

Serve os bairros da Achada Grande de Trás, Achada Grande de Frente, Achada Mato, Lém Ferreira, S. Francisco e outros a nordeste da Praia, cobrindo cerca de 17.500 habitantes incluindo 5.200 menores de 15 anos, segundo o recenseamento geral da população de 2010.

Inaugurado em 2009, como os restantes, o CSAGT tem instalações e o equipamento de base necessário em salas de consulta, de tratamentos, de observação (para reidratação de urgência, aerosolterapia); em salas para actividades de puericultura e de acompanhamento pré-natal, além da farmácia, secção administrativa e uma cantina.



Sala de consulta

[1] – Os restantes estão em Achada de Santo António, Achadinha, Ponta d'Água e Tira Chapéu.

[2] – Os CPS nos Centros de Saúde da Cidade da Praia são prestados em dois turnos: 08.00/15.00horas e 13.00/18.00. O segundo turno é assegurado por um enfermeiro apenas.

Não existem, nos Centros de Saúde do SNS da Praia, recursos para a realização de quaisquer exames complementares de diagnóstico.

Como todas as instituições de prestação de cuidados de saúde de Cabo Verde, o CSAGT tem um gerador de energia eléctrica, próprio.

#### Recursos humanos

A instituição conta com uma equipa técnica constituída de duas médicas a tempo inteiro, três enfermeiros, duas auxiliares de farmácia e três ASB, além do pessoal encarregado da higiene e limpeza do mesmo.



Campanha de vacinação: Sarampo e Rubéola. Outº2013

Prestam ainda serviço, no CSAGT, em períodos predefinidos, uma obstetra-ginecologista, para a consulta pré-natal e demais actividades relativas à saúde da Mãe, que têm lugar uma vez por mês e, desde Julho 2013, uma dermatologista com duas consultas programadas por semana.

#### Procedimentos

As consultas de Pediatria, objecto deste relatório, tiveram lugar no turno da manhã, com o atendimento de crianças até aos dez anos de idade inscritas na recepção [3], enviadas à sala de exame acompanhadas de uma ficha contendo o respectivo nome, sexo, idade, morada, cobertura eventual pelo Instituto Nacional de Segurança social (INPS), peso actual e temperatura axilar.

Foi nessa ficha que registei todas as informações referentes a cada doente, designadamente no que respeita a: *Peso à nascença; Caderno de Saúde;*

[3] – Mediante pagamento de 100ECV de taxa moderadora



Calendário vacinal; Motivo da consulta; Exame físico; Exames de laboratório; Diagnósticos parciais; Diagnóstico final provável e Observações, incluindo as referências para o HAN [4].

Renunciei ao uso do computador do serviço para dispor, depois, dos dados necessários à elaboração deste relatório, uma vez terminado o período que me propus trabalhar no CSAGT.

De notar que entre as 1538 consultas realizadas, houve crianças que se apresentaram mais de uma vez, por novas situações de doença.

Não constam dessa série os doentes convidados a voltar, dias depois, para controlo da evolução do estado da saúde, nem dos que vieram com resultados dos exames pedidos aos laboratórios de Patologia clínica ou de Radiologia do HAN, os únicos disponíveis no sector público.

Toda a informação constante das fichas dos pacientes examinados foi resumida em Excel e analisada numa base de dados, criada com a ajuda inestimável da Senhora Leonilde Lima, Engenheira de Sistemas informáticos.

**Acto médico**

Colhidos os dados relativos ao nascimento, tais como peso e outros indicadores constantes do Caderno de Saúde, e ao motivo da consulta, todos os pacientes foram submetidos a um exame físico incluindo a avaliação da temperatura, do estado geral e de nutrição; a busca de sinais de desidratação, de dispneia, do estado da pele, faneras e do couro cabeludo; a presença eventual e o tipo de rinorreias; a busca de adenopatias cervicais, submaxilares e outras; a auscultação cardíaca e dos pulmões; a observação e palpação do abdómen; o exame dos órgãos genitais e da região ano-perineal; a observação e mobilização dos membros. Ficaram para o fim o exame dos olhos; a otoscopia; a oroscopia; o exame da faringe.

A medição da pressão arterial (PA) só foi feita entre maiores de cinco anos com sobrepeso, cefaleias, vertigens ou suspeita de doença renal.

Foram pedidos exames complementares de diagnóstico, sempre que a anamnese e o exame físico não permitiram chegar a uma decisão.

[4] – De notar que raríssimas vezes as minhas notas de referência mereceram uma de contra referência. Mais frequentemente, mas nem sempre, os colegas resumiram no Caderno de Saúde dos pacientes o que tinham encontrado e a conduta seguida.

Aconteceu nos casos de disúria; de hipertermia; de palidez aparente; de suspeita de fractura; de assimetria na auscultação pulmonar, sugestiva de uma possível pneumonia.

O tratamento da maioria dos casos foi feito com medicamentos disponíveis na farmácia do Centro ou na “Farmácia do Estado”, mediante nova taxa de 100ECV [5].



Farmácia do CSAGT- vista parcial

Nas referências para o Banco de Urgências da Pediatria (BUP) e outros serviços do HAN, houve ocasiões em que, na ausência de uma ambulância, a administração do Centro alugou táxis para o transporte dos doentes, acompanhados de uma enfermeira.

**DOS RESULTADOS**

**INFORMAÇÕES DE BASE**

**Caderno de Saúde**

O Caderno de Saúde foi apresentado por 1.197 pacientes (77.8%). Entre os perdidos e os esquecidos a domicílio contaram-se 341 (22.2%).

**Os Nomes**

Em Cabo Verde, raramente se encontram, nas gerações nascentes, nomes como Manuel ou Maria; João ou Alice; José ou Isabel.

Entre os rapazes encontrei que se chamavam Giovanni, Kennedy, Kevin, Liedson e, mesmo Roosevelt e Chancellor!

E entre as raparigas Aïcha, Daiana, Jéssica, Leididai, Micaela, entre outros.

Reflexos da Diáspora, a Décima primeira Ilha do país alargado à escala do planeta.

[5] – Um Euro vale 110ECV - Escudos de Cabo Verde.

**Sexo**

Entre os 1538 pacientes, 807 (52,5%) eram do sexo feminino e 731 (47,5%) do masculino.

**Idade**

As crianças foram distribuídas nos seguintes

Grupos etários	Valor	%
Até 30 dias	23	1,50%
30 dias até 12 meses	289	18,80%
12 até 30 meses	382	24,80%
30 até 60 meses	382	24,80%
5 a 10 anos e mais	462	30,00%
<b>Totais</b>	<b>1538</b>	<b>99,90%</b>

**Peso à nascença**

Os dados sobre esta variável faltaram por vezes, pelo facto de o Caderno de Saúde, sua única fonte, não estar disponível como indicado acima.

Peso à nascença (g)	Valor	%
Menos de 2.000g	13	0.8%
Entre 2.000g e 2.500g	113	7.3%
Entre 2.500g e 3.980g	998	64.9%
Entre 4.000g e 4.720g	61	4.0%
Sem informação	353	23.0%
<b>Totais</b>	<b>1.538</b>	<b>100%</b>

Notar que muitas crianças maiores de cinco anos tinham o Caderno mas sem indicação do peso à nascença, quer por não ter sido inscrito na devida altura, quer por estar ilegível, já.

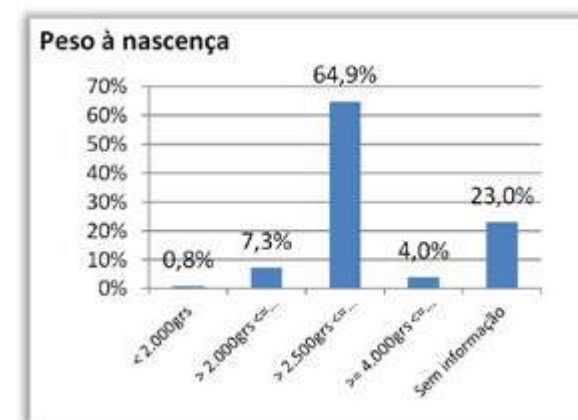


Gráfico 1 - Peso à Nascença

**Estado de imunização**

Confirmou-se a impressão colhida a domicílio, do atraso, entre várias crianças, relativamente ao

calendário vacinal. Muitas não tinham ainda, depois dos 18 meses, a dose do reforço.

Doses aplicadas	Valor	%
1ªs doses	97	
2ªs doses	58	
3ªs doses	269	
<b>Subtotal</b>	<b>424</b>	<b>27.6%</b>
Completa, com reforço	595	38,70%
Sem informação	519	33,70%
<b>Totais</b>	<b>1538</b>	<b>100%</b>

**Residência**

Entre as 27 moradas registadas nas fichas das crianças atendidas, incluindo provenientes de bairros da Cidade da Praia com Centros de Saúde, ou de outros Concelhos de Santiago ou mesmo de outras ilhas, seleccionei apenas aquelas em que o número de pacientes era de dois ou mais dígitos:

	Valor	%
Achada Grande de Trás	612	39.8%
Achada Grande Frente	436	28.3%
Achada Mato	134	08.7%
Lém Ferreira	66	04.3%
Castelão	53	03.4%
Paíol	41	02.7%
S. Francisco	36	02.3%
Coqueiro	32	02.1%
Jamaica	16	01.0%
Achadinha	10	0.07%
<b>Totais parciais</b>	<b>1436</b>	<b>93.3%</b>

**MOTIVOS DA CONSULTA**

Foram os acompanhantes que apresentaram os sintomas e sinais de doença, a maior parte das vezes em crioulo cabo-verdiano. Constatei que os pais expunham os motivos da consulta quase sempre em termos mais vagos. Houve quem tivesse dito “a mãe é que sabe, mas foi ao trabalho”!

Com o tempo, habituei-me a fazer perguntas sobre sintomas que só raramente os acompanhantes evocavam, mesmo quando se tratava das mães: O prurido anal, vaginal, ano-vulvar e uretral, que as crianças confirmavam entretanto, surpreendia-os sempre.



**Febre**

A febre, evocada também como “*corpo quenti*” e “*febre*” foi algumas vezes medida em casa (8,4%), em graus Fahrenheit, inclusive.

“ <i>Corpo quenti</i> ”	3
“ <i>Febre</i> ”	493
“ <i>Febre</i> ” medida no domicílio:	
36.6/37.1 °C	8
37.5/37.9 “	13
38.0/38.9 “	66
39.0/39.9 “	35
40.0/40.2 “	5
100 ° F	2
<b>Subtotal</b>	129 129
<b>Total de casos assinalados</b>	<b>625</b>

**Sintomas referentes ao aparelho respiratório**

Estes sintomas, presentes em 45.6% das crianças consultadas, foram expressos sob a forma de “*gripe*”; “*tosse txeu*”; tosse com “*ranho*”, com “*basgra*”; “*constipação*”. E para a dispneia “*Folgo cansado*”; “*Folgo frontado*” ou “*Peito fichado*”. Em resumo, a seguir, os mais frequentes:

Tosse	271
Tosse com rinorreia	248
“ <i>Gripe</i> ”	80
Rinorreia isolada	60
Dispneia	47
<b>Total</b>	<b>706</b>

**Sintomas referentes ao aparelho digestivo**

Contrariamente ao que se verificava nos primeiros anos após a independência de Cabo Verde, as gastroenterites, hoje menos frequentes, aparecem como razão de consulta em cerca de 17.3% apenas e raramente com sinais de desidratação. Os sintomas tiveram como nome “*diareia*”; “*pupu manenti*”; “*pupu mole*”; “*Pupu ku cataro*”; “*ku laima*” etc. de que resumo, a seguir, as ocorrências mais frequentes:

Diarreias isoladas	76
Vômitos isolados	69
Diarreia com vômitos	47
Diarreia com muco	30
Diarreia com sangue	10
Diarreia com tenesmo	3
<b>Total parcial</b>	<b>235</b>

**Afecções cutâneas e do Couro cabeludo**

As dermatoses, incluindo as do couro cabeludo, tiveram como nome “*Alergia*”; “*Bruga*”; “*Calor*”; “*Cocera*”; “*Impingi*”; “*Cusas na pele*”; “*Cusas na cabeça*” entre outros, a seguir listadas:

Piodermites	220
Micoses	95
“ <i>Alergia</i> ” e dermatoses pruriginosas	30
Úlceras e feridas supuradas	26
Abcessos e furúnculos	22
“ <i>Bruga</i> ”/Molusco contagioso	21
Eritemas/ “ <i>Foladura</i> ”	25
<b>Total</b>	<b>439</b>

**Outros motivos da consulta**

As adenopatias ou “*Caroço*”; a anorexia “*Fastiu*”; a disúria “*Xixi quema*”; a polaquiúria “*Xixi manenti*” e o prurido anal “*Cocera na polpa*” foram alguns de outros motivos de consulta como apresento a seguir:

Prurido anal, vulvovaginal, uretral	95
“ <i>Fastiu</i> ”	63
“ <i>Dor d’Cabeça</i> ”	59
“ <i>Dor d’Uvido</i> ”	52
“ <i>Dor d’ Garganta</i> ”	48
“ <i>Dor d’Odjo</i> ”	43
Adenopatias	40
Dores abdominais	35
Disúria	28
Otorreia	19
Traumatismos diversos	17
Choro sem explicação	11
<b>Total</b>	<b>510</b>

**EXAME FÍSICO**

**O estado geral**

das crianças foi na maioria (1.315) bom ou satisfatório (187). Só em 2.2% dos casos (34) elas se apresentaram em mau estado geral. No que concerne ao estado de nutrição assinalaram-se 43 casos de magreza, 17 casos de desnutrição aparente e 16 de obesidade.

**Febre**

Após falhas inicialmente registadas na inscrição da temperatura e do peso actual dos doentes, na recepção, o sistema normalizou-se depois, embora com algumas faltas, ainda:

	Valor	%
Temperaturas medidas:	1342	87.3%
1. Com febre (> 37.5 ° C)	166	12.4%
1.1. Com hipertermia > 39 ° C	17	10.2%

**Desidratação**

A desidratação, incipiente ou moderada, esteve presente em 12 casos, sobretudo sob a forma de olhos encovados. Num caso de vômitos incoercíveis observou-se um evidente estado de prostração, que exigiu perfusão endovenosa.

**Rinorreia**

Mais frequente do que o indicado pelos acompanhantes, a rinorreia foi encontrada 567 vezes (36.9%). Discreta ou abundante, mucosa ou serosa em 361 casos (23.5%), ela foi mucopurulenta ou francamente purulenta em 206, (13,4%) das crianças observadas.

**Dispneia**

A dispneia foi encontrada 39 vezes contra as 47 evocadas na anamnese. Por vezes com tiragem intercostal ou subesternal, respiração ruidosa, respiração pela boca e, num caso, com evidente cianose dos lábios.

**Murmúrio vesicular**

O Murmúrio vesicular esteve alterado em 215 doentes (14%), sob a forma de roncos dispersos ou generalizados, por vezes associados a sibilos 80; ruídos transmitidos isolados, dispersos ou, raramente, generalizados 80; ferveores, crepitantes ou subcrepitantes 37; sibilos isolados 15; diminuição

evidente 3. Foi nesse contexto que se encontraram 82 casos de Bronquite, entre os quais quatro bronquites isoladas; 20 casos de Bronquite espasmódica, Bronco-espasmo ou Bronquiolite e 16 casos de Pneumonia, entre os quais oito pneumonias isoladas.

**Auscultação cardíaca**

A auscultação cardíaca revelou anomalias em 7.3% dos casos, 95 sob a forma de sopros sistólicos (SS), de diversos graus de intensidade, sobretudo no foco mitral; mais raramente, 17, o desdobramento do segundo ruído nos focos aórtico e pulmonar. Na dúvida sobre o carácter “*inocente*” ou grave da situação, alguns doentes foram referenciados para o Serviço de Cardiologia do HAN para melhor avaliação e conduta a seguir. De se assinalar dois casos com suspeita de malformação congénita: i) lactente de 44 dias, com dispneia, lábios cianosados e sopro sistólico III/VI audível em todo o precórdio; ii) lactente de 28 meses, desnutrido, com malformações múltiplas, incluindo cataractas, sopro sistólico II/VI nos quatro focos.

**Pressão arterial**

Como indicado atrás, a pressão arterial não foi medida sistematicamente em todas as crianças, não só por falta de “*hábito*”, mas também por falta de braçadeiras adaptadas às diversas idades. Medida 34 vezes, em crianças com idade superior a cinco anos, os valores registados estavam dentro dos limites normais. De notar o caso de um rapaz de 12 anos, 55 kg, observado por receio de doença hepática – o pai, ganeano, teria falecido por neoplasia primitiva do fígado – com PA igual a 130/40mmHg e cujos exames laboratoriais se revelaram normais.

**Erupções e outras afecções cutâneas**

A frequência, diversidade e exuberância das manifestações cutâneas confirmou-se no exame físico, pondo em evidência a necessidade de um dermatologista, ou pelo menos de protocolos adequados sobre a melhor abordagem dessas ocorrências, na consulta de Pediatria. As Piodermites [6] papulo-vesiculosas, bolhosas, pustulosas, raramente generalizadas, situavam-se sobretudo na face, pescoço, parte superior do tronco e membros inferiores. Por vezes estendiam-se entre a região lombo-sagrada, as nádegas e as

[6] – Incluídos o prurigo infeccioso e o impétigo.



coxas. O prurigo infeccioso, as celulites infecciosas e as úlceras supuradas eram mais frequentes nas pernas.

Das 32 lesões eritematosas, 21 eram localizadas nas regiões púbica e perineal. Entre as 95 micoses encontradas, 50 localizavam-se no couro cabeludo, sob forma de lesões descamativas esbranquiçadas, por vezes com sobreinfecção piogénica e adenopatias na nuca. Raros foram os casos de tinha tonsurante.

Eis as mais frequentemente encontradas:

Piodermites	230
Micoses	95
Eritemas	32
Molusco contagioso	32
Celulite infecciosa	20
Abcessos e furúnculos	16
Manchas hipocrómicas	15
Miliária/ “Calor”	13
Úlceras e feridas supuradas	14
<b>Total</b>	<b>467</b>

#### Outros achados do Exame físico

As orofaringites, entre os menores de 30 meses, apareceram com amígdalas pouco volumosas, hiperemiadas, sem exsudato purulento e quase sempre associadas a rinites. Entre os de maior idade, as amígdalas eram grossas, algumas purulentas, frequentemente com disfagia e adenopatias submaxilares, dolorosas algumas.

De assinalar a grande frequência de cáries dentárias, pré-molares sobretudo, sem quaisquer sinais de tratamento conservador. Pelo contrário, numerosas foram as crianças com dentes extraídos, numa idade em que se deveria fazer tudo para os conservar. É de se assinalar, ainda, vestígios de fezes no introito vaginal de lactentes, indicando a falta de informação das mães – à saída da maternidade ou na consulta de puericultura – sobre a higiene da região ano-perineal e o sentido em que se deve lavar e limpar essa zona, para se prevenirem infecções das vias urinárias. Listam-se a seguir os mais frequentes:

Amigdalites e rinofaringites	528
Adenopatias (cervicais, inguinais, etc.)	65
Cáries, sobretudo pré-molares	49
Magreza	43
Conjuntivites catarrais ou purulentas	32
Otorreias serosas ou purulentas	20
Obesidade/sobrepeso	16
<b>Total</b>	<b>753</b>

#### EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO [7]

Foram solicitados 88 hemogramas tendo-se recebido apenas 46 resultados (52.3%). Destes, 28 eram normais e os 18 restantes apresentavam hemoglobina (Hb) igual ou inferior a 10g/dL, incluindo 2 casos com Hb de 6g e hematócrito a 21%. São de assinalar, ainda, 14 casos de leucocitoses superiores a 11 000 com neutrofilias compreendidas entre 64 e 88%, incluindo um caso com 21 700 leucócitos com 88% de Neutrófilos e uma PCR de 5.32.

Dos 120 exames sumários de Urina solicitados, 35 revelaram-se normais, 18 com anomalias na contagem de leucócitos e piócitos, superiores a 8/campo, até 50; presença de eritrócitos entre 7 e mais de 25 por campo. De assinalar dois casos, entre maiores de 5 anos: Um com cefaleias; “dor de pescoço”; amigdalite purulenta e adenopatias submaxilares; 120/70 de PA; 15 a 20 eritrócitos/campo; uma PCR de 12.32, enviado ao BUP por Glomerulonefrite aguda com HTA e Amigdalite. Outro visto por “caroço” submaxilar; dores abdominais; prurido anal intenso e cujo exame revelou micose do couro cabeludo; SS I/VI; dor à palpação submaxilar, sem adenopatias evidentes e com amígdalas normais; dor à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen; urina com 30 a 35 eritrócitos por campo. Não se mediu a PA. Enviado à Pediatria por Glomerulonefrite aguda.

Não houve resposta em 67 exames de urina (55.8%); ou porque os pacientes não os fizeram, ou porque não voltaram com os resultados.

Entre as uroculturas solicitadas, apenas uma se revelou positiva, com o isolamento de *Klebsiella pneumoniae*.

[7] – Muitos pacientes não fazem os exames solicitados, por causa das filas de espera no laboratório de Análises do HAN.

Nenhum dos 22 exames de gota espessa (GE) solicitados para a despistagem de paludismo se revelou positivo.

Foram pedidos 32 exames radiológicos, entre os quais 11 de tórax, 6 de membros, 5 do crânio, 5 da face, seios nasais e frontais e 3 da articulação crânio cervical.

#### OS VINTE DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES

Foram raros os diagnósticos circunscritos a uma só doença. A Bronquite, numa série de 82 diagnósticos em que ela esteve presente, associada a rinofaringites, gastroenterites, rinites, piodermites e num caso, a traumatismo do pé, só apareceu isolada em 4 casos.

As rinites, muito frequentes, estiveram ligadas a bronquites, conjuntivites, gastroenterites, laringites, orofaringites e pneumonias [8].

Há diagnósticos com dois ou mais componentes como por exemplo: Disenteria e Rinofaringite; Infecção urinária e Rinofaringite; Piodermite e suspeita de Tuberculose; Rinofaringolaringite; Piodermite e perturbações neurológicas; Piodermite e Micose do couro cabeludo.

As dermatoses apareceram frequentemente em associações de Micose com Piodermite e ainda com outras doenças. As micoses foram predominantes no couro cabeludo e as piodermites mais frequentes no resto do corpo.

Os factos atrás assinalados ajudarão a compreender as dificuldades encontradas no processo de conciliação dos somatórios dos sintomas evocados na anamnese, com os sinais revelados no exame físico e com a apresentação dos diagnósticos mais frequentes.

Na tabela que se segue estão inscritos diagnósticos representando associações de doenças ou comorbidades, figurando em geral as doenças consideradas predominantes. Predominantes nas preocupações das famílias, como se pôde depreender da anamnese; predominantes sobretudo pela importância revelada no exame físico.

Devo chamar a atenção para o facto de que as comorbidades encontradas nem sempre têm uma relação etiopatogénica:

[8] – Neste relatório o termo *faringite*, foi utilizado para designar a *orofaringite*.

Lista das doenças	CID	Valor
Rinofaringites	Jo6	392
Piodermites	Lo8	250
Amigdalites	Jo3	127
Gastroenterites	A09	123
Helminthíases	B81.4	107
Bronquites e b-espasmos	J22	102
Micoses	B36.9	95
Infecções urinárias	N39	66
Disenterias	A09	43
Gripes	J11	42
Otites (OMA e O. externa)	H66.9/H60.9	37
Alergias cutâneas	L50	33
Conjuntivites	H10	32
Molusco contagioso	Bo8.1	32
<b>Crianças normais</b>		<b>28</b>
Celulites infecciosas	Lo3	20
Anemias	D53.9	18
Traumatismos diversos	T14	18
Pneumonias	J18	16
Miliárias	L74.3	13

#### TRATAMENTOS

O tratamento das infecções respiratórias agudas e o das dermatoses foram os mais difíceis de decidir. No primeiro caso para aceitar ou não a utilização de antibióticos na ausência de prova laboratorial. No segundo por falta de experiência suficiente e também por não haver muito por onde escolher, entre as disponibilidades da Farmácia do Centro.

De notar ainda a percepção que tinha das dificuldades das famílias dos pacientes, para comprar medicamentos nas farmácias privadas ou para voltar ao CSAGT para avaliação da evolução da doença e eventual mudança do tratamento decidido.

Os familiares foram sempre aconselhados a fazer o tratamento antibiótico durante pelo menos 7 dias.

É nesse contexto estreito de alternativas que adoptei os seguintes esquemas terapêuticos, prescrevendo:

1. Paracetamol, Ácido ascórbico e soro fisiológico (gotas nasais) em todas as suspeitas de gripe, de rinofaringite sem rinorreia purulenta e de otalgia com tímpano normal.



2. **Amoxicilina**, para tratamento de todas as bronquites; rinfaringites presumivelmente bacterianas [9], por presença de rinorreia purulenta; otites médias agudas, associando, quando indicado, soro fisiológico (gotas nasais) e paracetamol;
3. de preferência a **Amoxicilina com Ácido Clavulânico**, nas suspeitas de pneumonia; de infecção urinária; de disenteria;
4. **Penicilina procaínica** nas amigdalites entre maiores de 5 anos, durante quatro dias, seguido de uma dose de **Penicilina benzatínica** e referência ao serviço de Cardiologia do HAN, para monitorização;
5. **Flucloxacilina** nos tratamentos sistémicos de piodermites extensas ou generalizadas, em associação com tratamento local;
6. **Griseofulvina**, só nas micoses graves do couro cabeludo com adenopatias, associada ao champô de **Cetoconazol**.
7. **Mebendazol**, nos casos de prurido anal; ano-perineal; vulvar e uretral - nas raparigas -, com resultado positivo evidente e rápido.
8. **Permanganato de potássio** diluído a 1/20.000 para lavagem, depois do banho com água e sabão, das zonas atingidas de piodermite e outras “picadas de insecto”, associando quando indicado a **Hidroxizina** (Atarax), a usar de preferência à noite.
9. Com a ruptura dos stocks de Permanganato de potássio nas farmácias privadas – esse produto, apesar de muito baixo custo, não figura na lista dos medicamentos do CSAGT – recorri à **Iodopovidona**, solução espuma, diluída a 1/3, para lavagem das zonas afectadas, após o banho com água e sabão, limitando o tratamento aos 3 dias de espera por uma consulta de dermatologia.

As restantes doenças como Anemias, Broncoespasmo, Convulsões, Gastroenterites e outras, foram tratadas segundo orientações do Protocolo de Pediatria de Cabo Verde [10].

De assinalar que todas as mães sabem, em Cabo Verde, como prevenir a desidratação, tendo em

[9] – “A fronteira clínica entre a infecção viral e a bacteriana nem sempre é nítida e o pediatra trabalha sempre com a hipótese de que a infecção virótica possa se complicar com uma infecção bacteriana secundária” Blackbook Pediatria. 3ª edição 2005.

[10] – Manual de Protocolos de Pediatria. Ministério da Saúde de Cabo Verde. 1ª Edição 2010

casa doses de sais de reidratação oral, providas gratuitamente pelos Centros de Saúde do país.

### AS REFERÊNCIAS

186 doentes, correspondendo a 12,1% das crianças atendidas, foram referenciados ao BUP e outros serviços do HAN. Algumas referências foram feitas no condicional: “Se piorar”; “se GE positiva”; “se fractura confirmada por RX”, etc. Eis a lista das referências decididas:

Banco de Urgência Pediatria	76
Dermatologia (HAN no início)	60
Neurologia	11
ORL	8
Cardiologia	7
Alergologia	5
Oftalmologia	5
Estomatologia	4
Consulta de Pediatria	4
Hematologia	3
Delegacia de Saúde	2
Ginecologia	1
<b>Total</b>	<b>186</b>

Veja-se, a seguir, como exemplo, a série dos motivos de referenciamento de algumas crianças ao BUP e outros Serviços do HAN:

**Banco de urgências de Pediatria:** casos de convulsões, de traumatismo craniano, de síndrome febril indeterminado, entre outros.

**Delegacia de saúde da Praia:** Casos de suspeita de tuberculose pela história familiar, para teste de Mantoux e inquérito na comunidade.

**Estomatologia:** Crianças com vários dentes, pré-molares sobretudo, com cáries em estado avançado.

**Ginecologia:** Um caso de leucorreia.

**Hematologia:** Uma criança de mãe heterozigótica para hemoglobina S; um hemofílico conhecido e visto no CSAGT por tosse, febre, vômitos; um terceiro caso por hematomas nos membros, sem causa aparente, visto no Centro de Saúde por diarreia; “inflamação” submaxilar; múltiplas cáries; sem febre.

**Neurologia:** Dois casos de cefaleias recorrentes, em maiores 5 anos; dois casos de hidrocefalia: um em menor de 12 meses e outro com mais de um ano de idade; duas crianças com atraso psico-motor: um com lentidão na aprendizagem escolar, sem causa conhecida e outro com sequelas graves de parto distócico.

**Oftalmologia:** Referenciados somente crianças com traumatismo ocular ou das órbitas.

**ORL:** Três casos de surdez; um caso de corpo estranho no canal auditivo e um outro com um quisto localizado numa das amígdalas.

### DAS CONCLUSÕES

Em termos de lições aprendidas deste trabalho, eu diria:

1. Contrariamente ao que se diz, os Centros de Saúde do SNS desempenham um papel decisivo na prestação dos Cuidados de Saúde em Cabo Verde, contribuindo na redução dos fluxos de doentes nos hospitais de referência secundária ou terciária.
2. Seria conveniente criar nos Centros de Saúde, condições para melhorar ainda mais o atendimento, incluindo a constituição de equipas técnicas mais ajustadas ao perfil epidemiológico das comunidades a servir; um acesso mais fácil e rápido aos exames complementares de diagnóstico [11]; a disponibilização de fármacos adequados às situações de doença mais frequentes.
3. Dever-se-ia valorizar mais a utilidade dos Cadernos de Saúde das crianças, para espelharem com regularidade, e em tempo, o seu crescimento; desenvolvimento; as

[11] – Até 2010 estive em estudo a criação de dois Laboratórios de Saúde pública, um para Barlavento e outro para Sotavento, com capacidade para responder às necessidades das instituições de prestação de CPS em matéria de Patologia clínica e de Imagiologia.

4. A consulta, melhor que as palestras colectivas nas salas de espera, oferecem uma ocasião oportuna e concreta para transmitir aos pacientes e familiares, ensinamentos não só sobre a doença em causa, como também sobre hábitos a abandonar ou a adquirir, como os da higiene buco-dentária, da alimentação, etc.
5. Deveria ser obrigatória a redação anual de relatórios deste tipo, por cada profissional de saúde em função nos Centros de Saúde, a discutir em reunião de avaliação do desempenho da instituição, com vista à melhoria da qualidade do atendimento e da adequação dos serviços.

### AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível graças ao facto de o pessoal do CSAGT me ter aceitado no seu seio; graças à base de dados criada pela Engenheira Leonilde Lima; graças à leitura crítica deste relatório pelos colegas Alice Dupret, Carlos Humberto Boal Flores e Maria da Luz Lima, que contribuíram para lhe melhorar a qualidade.

Aqui fica expresso o meu muito grato reconhecimento por todo o apoio recebido.

### Referências Bibliográficas

1. Manual de Protocolos Terapêuticos de Pediatria, Ministério da Saúde (CV). 1ª Edição 2010
2. Prontuário Terapêutico 2011. Infarmed. Ministério da Saúde (PT). 10ª Edição. 2011
3. Gutiérrez, Emílio Quintanilla; Collantes, Daniel Serrano. Dermatologia Básica em Medicina Familiar. Lidel - Edições técnicas, Lda. 2011
4. G. de Oliveira, Reynaldo. Blackbook Pediatria. 3ª Edição 2005 Blackbook Editora Ltda.
5. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. INE-Censo 2010.
6. Serrano, Pedro. Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos. Relógio D'Água Editores, 1996.



Av. Santiago, Palmarejo  
Cidade da Praia - Cabo Verde  
Tel.: +238 2629398 - Fax: + 238 2629377  
Email: farmaciauniversal@sapo.cv



**Inpharma**  
a qualidade na saúde

Zona Industrial Tira Chapéu - Praia, Santiago, Cabo Verde  
Tel. : +238 2627162 - Fax. +238 26271 91 - Site: www.inpharma.cv



**Publique as suas pesquisas e artigos originais na Revista da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos.**

**Prazo limite para o envio da matéria: 5 de Outubro de 2015**  
Contactos: omecab@sapo.cv; eme@sapo.cv



## Métodos de imagem em Tuberculose Pulmonar

Fernandes Eveline, Ferreira J., Almeida W., González L.  
Serviço de Imagiologia do Hospital Agostinho Neto

### INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença de alta incidência e prevalência no mundo.

Sinais sugestivos de actividade ou sequelas podem ser obtidos através dos métodos de imagem como o radiograma de tórax, a tomografia computadorizada, a cintigrafia e a tomografia por emissão de positrões, que constituem importantes recursos para o diagnóstico e seguimento da doença.

### EPIDEMIOLOGIA

A tuberculose é a doença infecciosa mais comum da espécie humana, acometendo oito milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se em dois bilhões de indivíduos infectados, a maioria vivendo em países subdesenvolvidos.

Assim como em vários países, também em Cabo Verde existe discrepância entre o número de casos notificados e a incidência estimada. Esse fato, associado ao alto coeficiente de morbilidade, indica a demora no diagnóstico e o início do tratamento, factores limitantes ao adequado controle da doença.

### DIAGNÓSTICO

Baseia-se no encontro de duas baciloscopias directas positivas no sputo, uma cultura positiva para Mycobacterium tuberculosis, imagem radiológica sugestiva e ainda outros exames complementares associados a achados clínicos.

### MÉTODOS DE IMAGEM

#### I. Radiograma de tórax

Método de escolha na avaliação inicial e no seguimento da tuberculose pulmonar.

##### A. Tuberculose primária.

- Pode ser normal.
- Pequenos nódulos periféricos podem estar presentes e não visualizados.

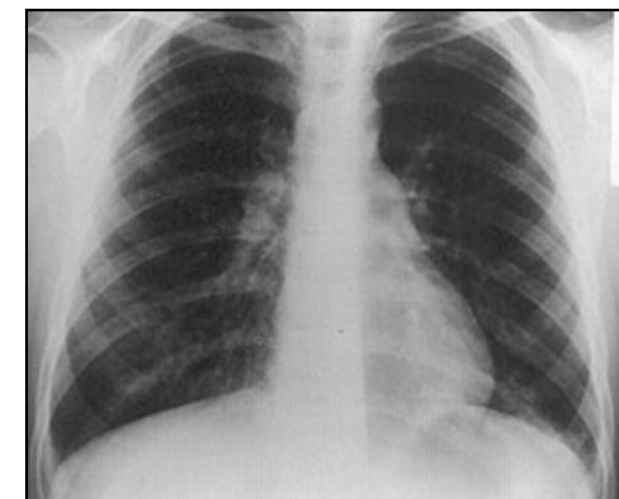
- Gânglios mediastinal - manifestação radiológica mais frequente. Acomete entre 83% e 96% das crianças.
- Atelectasia obstrutiva - decorrente da compressão extrínseca por gânglios, (ocorre em 9% a 30% das crianças com tuberculose primária).
- Pneumonia caseosa - sob a forma de consolidações segmentares ou lobares (muitas vezes similar à pneumonia bacteriana): padrão homogêneo, bordos mal definidos, broncograma aéreo.
- Derrame pleural (6% a 8% dos casos) - unilateral, com volume de pequeno a moderado. A coexistência de lesões parenquimatosas sugestivas de actividades associadas a derrame pleural auxiliam no diagnóstico.

Se o complexo primário evolui para a cura:

- Nódulo ou massa pulmonar (tuberculoma) com ou não pequenos nódulos satélites.
- Gânglios calcificados.

#### B. Tuberculose miliar.

- Caracterizada por opacidades retículo-micro-nodulares difusas decorrentes da disseminação hematogénea do Mycobacterium tuberculosis pelo parênquima pulmonar.



Gânglios mediastinais





Pneumonia lobar



Atlectasia



Miliar

**C. Tuberculose pós primária.**

Cavitações são mais frequentes:

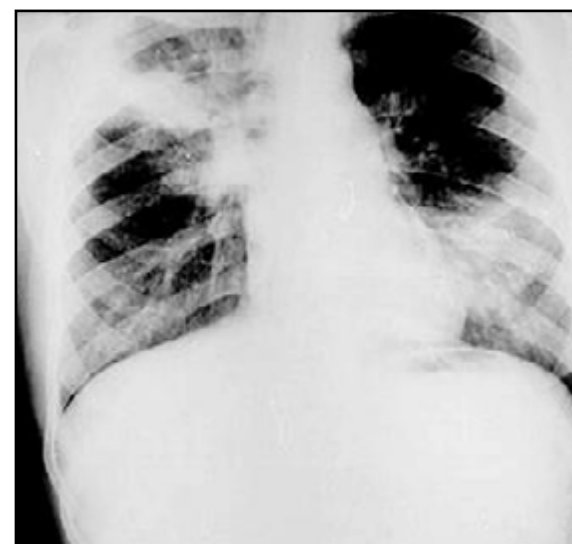
- Segmentos ápico-posteriores dos lobos superiores e superiores dos lobos inferiores (40% a 45% dos casos).
- Cavidades de paredes espessadas: fase activa.
- Cura: cicatrização com paredes mais delgadas, estrias e retracções de parênquima ou achados estáveis pela possibilidade de recrudescência futura.

**Pneumonia cruzada:**

- Disseminação broncogénica do Mycobacterium tuberculosis pelo parênquima a partir de uma cavidade ou de um gânglio fistulizado e que determina também infiltrados retículo-micronodulares distantes como resultado da implantação dos bacilos noutras localizações do pulmão.



Cavitação



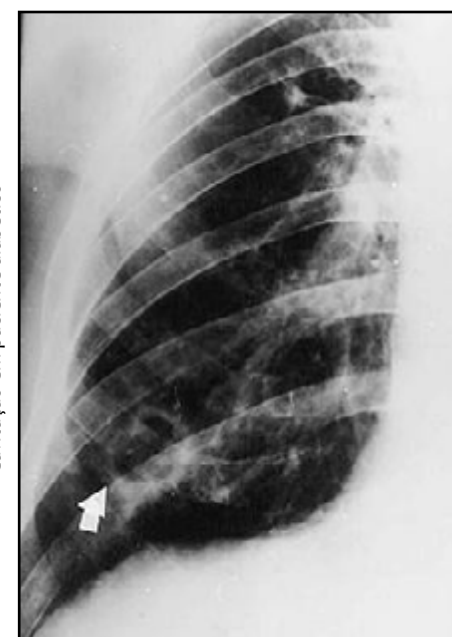
Pneumonia Cruzada

**D. Manifestações radiográficas da tuberculose associada à SIDA:** dependem da imunossupressão e do tempo de doença.

- Se função celular íntegra: alterações radiográficas semelhantes às do indivíduo não infectado pelo HIV.
- Se níveis graves de imunossupressão: 10% a 20% apresenta radiografia normal ou achados similares aos da tuberculose primária, ganglionar e derrame pleural.
- Alterações parenquimatosas: alveolares localizadas ou difusas, com predomínio do padrão miliar.
- Cavitações, calcificações e fibrose, infrequentes.

**E. Apresentações atípicas**

- Idosos: alterações afectam mais os lobos inferiores que os superiores.
- A forma miliar é frequente.
- As cavitações diminuem com a idade.
- Diabéticos:
- Cavitações em segmentos inferiores.
- O envolvimento de múltiplos lobos é mais frequente que entre os não diabéticos

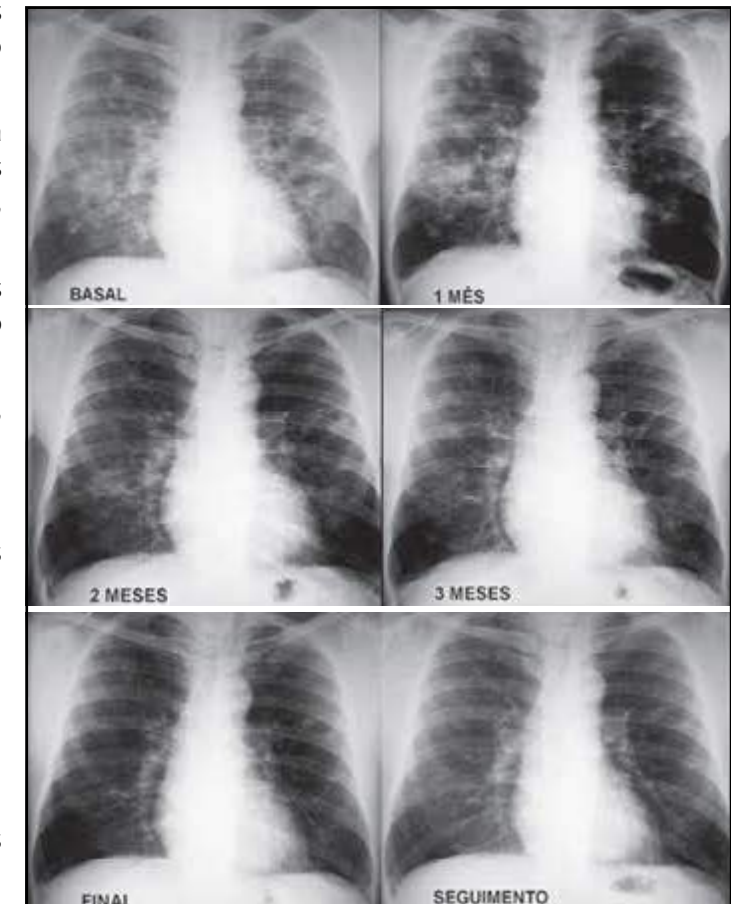


Cavitação em paciente diabético

**LES:** expostos a altas doses de corticóides e alterações da imunidade celular (predispõem ao

desenvolvimento da tuberculose).

Achados radiológicos: consolidações difusas e disseminação miliar. Ausência de cavitações.



Melhoria gradual das alterações radiológicas em paciente com tuberculose pulmonar

**II. Tomografia Computorizada**

- Recurso utilizado na suspeita clínica de tuberculose pulmonar, especialmente nos casos em que a radiografia inicial é normal, na diferenciação com outras doenças torácicas, pacientes com SIDA ou com febre de origem desconhecida, e na discordância entre os achados clínicos e radiológicos.
- O nível de acurácia é maior que a radiografia, excluindo ou confirmando a doença pulmonar (através da tomografia computadorizada de alta resolução). A avaliação inicial deve incluir sempre que possível a cultura de esputo, que apresenta especificidade superior a 98%.
- É mais efectiva na avaliação da doença parenquimatosa, embora a radiografia seja um método eficiente na detecção da tuberculose em actividade.



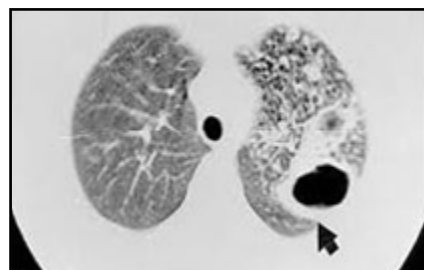
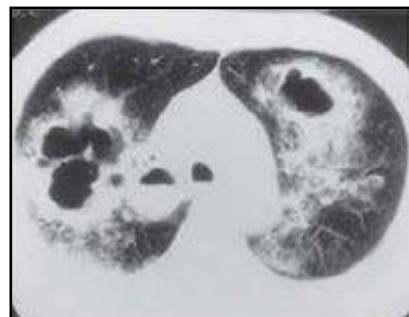
**Achados tomográficos na tuberculose pulmonar**

**- Sugestivos de actividade:**

- Cavidades de paredes espessadas.
- Nódulos centrolobulares de distribuição segmentar.
- Nódulos centrolobulares confluentes.
- Nódulos.
- Consolidações.
- Espessamento de paredes bronquicas.
- Espessamento bronquiolar.
- “Árvore em botão.”
- Bronquiectasias.
- Massas.

**- Sugestivos de inactividade: (sequela)**

- Cavidades de paredes finas.
- Bronquiectasias de tração.
- Reticulações.
- Enfisema.
- Padrão em mosaico.
- Nódulos.



Cavitações de paredes espessadas. Notar nódulos centrolobulares também sugestivos de actividades da doença.



Disseminação broncogénica



Tuberculose miliar

A presença de cavidades é um importante sinal de doença activa. A tomografia computadorizada de alta resolução demonstra pequenas cavidades no meio de consolidações não vistas à radiografia (58% na tomografia e 22% na radiografia).

Cavidades com paredes espessadas observadas em até 76% dos pacientes, na altura do diagnóstico.

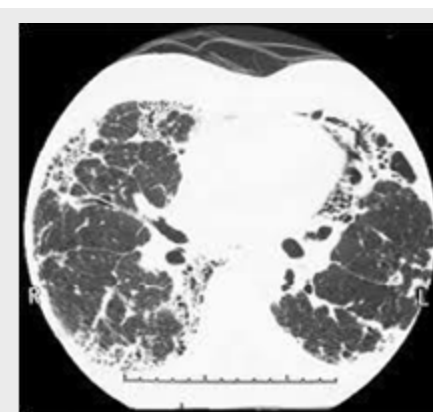
Nódulos centrolobulares de distribuição segmentar representativos da disseminação broncogénica, são o achado tomográfico mais frequente na fase activa da doença (82% a 100%). Tendem a confluir em 62% a 71% ou a formar nódulos maiores em até 66% dos casos. O aspecto de consolidação segmentar ou lobar é observado em 47% a 62% dos casos e pode ocorrer em associação com adenopatias hilar ou mediastinal.

O espessamento da parede brônquica ocorre em 62% dos casos e bronquiectasias são observadas em 23% dos pacientes com tuberculose activa. O aspecto de “árvore em botão” ou espessamento bronquiolar está presente em até 57% dos casos.

A distorção da arquitectura em locais onde, previamente, eram observados nódulos centrolobulares e espessamento bronquiolar, sugere que a estenose brônquica ou bronquiolar sejam responsáveis pelo mecanismo de enfisema observado após o tratamento. O aspecto em mosaico é traduzido pela presença de áreas de maior e de menor densidade do parênquima pulmonar, sendo estas últimas decorrentes do encarceramento aéreo por bronquiolite constrictiva cicatricial. Cavidades com paredes finas, bronquiectasias de tração e reticulações são encontradas em até 21%, 86% e 77% dos pacientes tratados e considerados curados, respectivamente.



Enfisema



Distorção da arquitectura

**III. Medicina Nuclear**

Permite observar o estado fisiológico dos tecidos de forma não invasiva, através da marcação de moléculas participantes nesses processos fisiológicos, com isótopos radioactivos.

As imagens obtidas são resultantes de alterações funcionais ou metabólicas detectadas pela emissão de raios gama a partir de determinados radiofármacos.

O diagnóstico da tuberculose baseado no encontro do bacilo em amostras de esputo e alterações radiográficas ou tomográficas pode tornar-se difícil em crianças, indivíduos imunodeprimidos pelo HIV e em pacientes com sequela de tuberculose e suspeita de reactivação. Aqui, estudos metabólicos ou funcionais podem fornecer subsídios para o diagnóstico e acompanhamento da tuberculose.

**A. Cintigrafia com citrato de gálio-67 (marcador do componente celular da reacção inflamatória).**

Pode ser utilizada na avaliação de doenças infecciosas, incluindo a tuberculose pulmonar. A captação está aumentada nos pacientes com tuberculose activa enquanto que nos com tuberculose inactiva a captação é sempre negativa. Também encontra-se aumentada em pacientes com tuberculose pulmonar e que apresentam radiografia de tórax normal. Em pacientes com SIDA, procedimentos de medicina nuclear são mais sensíveis do que outras modalidades de imagem, na localização de focos infecciosos. A cintigrafia com citrato de gálio-67 é um método usado com essa finalidade. No entanto a especificidade é baixa na avaliação da tuberculose pulmonar devido à alta incidência de outras infecções oportunistas associadas.

**B. Cintigrafia de inalação e perfusão pulmonar**

Realizada com radiofármacos marcados com o tecnécio-99m pode ter um papel complementar na avaliação inicial e seguimento da tuberculose pulmonar.

Os estudos de inalação/perfusão associados às provas funcionais respiratórias e tomografia computadorizada do tórax conferem informações sobre: o grau de comprometimento pulmonar, a possibilidade de avaliação pré-operatória da cirurgia de sequelas de tuberculose ou de tuberculose multirresistente.

**C. Tomografia por emissão de positrões (PET)**

É um método não invasivo que utiliza compostos biológicos marcados com elementos de elevada instabilidade atómica, emissores de positrões (partículas com a mesma massa do electrão, porém com carga oposta). O diferencial desse exame é a possibilidade de marcação de elementos que fazem parte dos compostos orgânicos, permitindo assim estudos metabólicos do organismo.

A PET utilizando o FDG-F18, permite o estudo do metabolismo da glicose, e é útil na diferenciação de lesões pulmonares benignas e malignas.

Algumas lesões inflamatórias ou granulomatosas podem acarretar aumento na captação do FDG-F18. A captação aumentada do FDG-F18 nas doenças infecciosas, deve-se à presença de células inflamatórias migratórias e ao microorganismo causador na fase aguda, e ao tecido de granulação nos estadios mais avançados da doença.

O método mostra-se potencialmente efectivo na avaliação da fase activa da tuberculose pulmonar.

**CONCLUSÃO**

A possibilidade de detecção de sinais que sugerem actividade de doença torna os métodos de imagem importantes subsídios no diagnóstico da tuberculose pulmonar, principalmente quando a confirmação pela baciloscopia ou cultura não forem possíveis. O conhecimento dessas imagens auxilia no diagnóstico, tem significativa importância no acompanhamento do tratamento e das possíveis sequelas da forma pulmonar da tuberculose.





**BIBLIOGRAFIA:**

Singh SP, Nath H. Early radiology of pulmonary tuberculosis., Antunes JLF, Waldman EA, Moraes M. A tuberculose através do século: ícones canónicos e signos do combate à enfermidade,

Soares Jr J, Bombarda S, Terra-Filho M, Giorgi MCP, Izaki M, et al. F-18 FDG scan on a dual head gama camera with coincidence detection (CDET) in the avaliation and follow-up of patients with lung tuberculosis. .www.criasaude.com.br



# Cuide da sua Saúde, pratique Desportos

Caro (a) colegas.

Assunto: Solidariedade para com população de Chã das Caldeiras.

Está seguramente na mente e no coração de todos o sentimento de sofrimento e desespero em que vivemos e de forma particular a sofrida população de Chã das Caldeiras.

O nosso Governo já solicitou apoio da Comunidade Internacional, mas penso que, internamente, devemos ser solidários para com os nossos irmãos que estão enfrentando neste momento dificuldades reais de sobrevivência.

Independentemente da nossa colaboração e participação noutras ações individuais ou de grupos de apoio aos deslocados de Chã das Caldeiras gostaríamos que como Classe apoiássemos financeiramente ações a favor dos deslocados de Chã das Caldeiras.

Propomos a todos os colegas o depósito de pelo menos 2.500\$00 (dois mil e quinhentos escudos) na conta da Ordem dos Médicos, a mesma que utilizam para pagamento das quotas mensais, mas escrevendo discretoivo "apoio solidário Chã das Caldeiras".

O montante arrecadado será entregue através de uma organização credível para que as ajudas possam realmente chegar aos necessitados.

Contamos com a colaboração de todos.

O Bastonário  
Júlio Barros Andrade





Somos uma empresa responsável  
e parceira no desenvolvimento  
de Cabo Verde.



O Banco de todos, em todos os momentos.

Reconhecido como o maior banco privado angolano, em 2008, o **Banco Angolano de Investimentos** dava um importante passo na sua estratégia de internacionalização rumo a **Cabo Verde**. A 21 de Novembro de 2008 era inaugurado o **BAI Cabo Verde**, um banco cabo-verdiano, inovador, propondo-se trazer uma nova dinâmica ao mercado financeiro cabo-verdiano.

Desde a sua inauguração que o **BAI Cabo Verde** contribui dia-a-dia para o crescimento de **Cabo Verde** e dos cabo-verdianos, cumprindo assim a missão de ser um parceiro no desenvolvimento desta nação.

Obrigada Cabo Verde pela confiança.

Desde 2008 a fazer parte da vida dos cabo-verdianos.

**BAI Cabo Verde S.A.**

Sede: Edifício BAI/Center, Chã D'Areia, Praia, ilha de Santiago - Caixa postal: 459

Agência Sede - Praia - +238 260 23 00 • Agência do Plateau - +238 260 23 70

Agência de Achada de Santo António - +238 260 23 80

Agência de Mindelo - +238 230 33 22 • Agência de Espargos - +238 241 90 80

E-mail: [bai@bancobai.cv](mailto:bai@bancobai.cv) • [www.bancobai.cv](http://www.bancobai.cv)

