



ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

Revista

da ORDEM DOS MÉDICOS

20 anos de desafios,
lutas e conquistas

pág. 06

Perfil clínico-epidemiológico
dos doentes com tuberculose
atendidos no Centro de Saúde
de Tira Chapéu, cidade da
Praia, Cabo Verde, entre os
anos 2009 e 2016

pág. 15

Compacto Amebiasis para
Cabo Verde

pág. 32

O que é ser um médico
nos dias de hoje?

pág. 46



Sabia que pode consultar online a disponibilidade de stock dos Medicamentos que prescreve?



**Se é Médico, solicite o seu
acesso à Área Reservada do nosso
site através do email geral@emprofac.cv e
tenha acesso a:**

- Disponibilidade de stock dos produtos que prescreve diariamente aos seus pacientes nos nossos Armazéns da Praia e São Vicente
- DCI dos Medicamentos
- Características técnicas dos produtos: forma farmacêutica, dosagem, apresentação, etc.
- Comparticipação dos medicamentos

empresa nacional de produtos farmacêuticos
Tel: (+238) 260 15 10 / (+238) 232 33 63
www.emprofac.cv



Ministério da Saúde e
da Segurança Social



**15 ANOS A SOMAR VITÓRIAS
SOBRE O VIH-SIDA,
EM CABO VERDE**

1 de Dezembro de 2017

SUMÁRIO



Especial OMC

pág. 06

- 20 anos de desafios, lutas e conquistas
EME - Marketing e Eventos



Pesquisas

pág. 15

- Estudo de suscetibilidade de *Anopheles gambiae* s.l. ao inseticida Deltametrina, município da Praia, Cabo Verde

Dra. Silvânia Leal da Veiga
Dr. Isaías Baptista Fernandes Varela
Dr. Tomás Alves de Só Valdez
Dr. Davidson Daniel Sousa Monteiro
Dr. Júlio Monteiro Rodrigues
Dr. Adéritow Augusto Lopes Gonçalves
Dra. Celivianne Sousa

- Perfil clínico-epidemiológico dos doentes com tuberculose atendidos no Centro de Saúde de Tira Chapéu, cidade da Praia, Cabo Verde, entre os anos 2009 e 2016

Dr. Nilton Oliveira Pinto
Dr. Jorge Noel Barreto

- Compacto Amebiasis para Cabo Verde

Dr. Oleg Svistunov
Dra. Anya Kalu
Dr. Ime Umoh
Dr. Isuwu Ifeanyi



Casos Clínicos

pág. 40

- Diagnóstico em Patologia Vascular

Dr. José Prates Raposo
Dr. Felisberto Borges
Dr. Henrique Vera-Cruz
Dr. Victor Costa



Artigos Originais

pág. 46

- O que é ser um médico nos dias de hoje?

Alunos do Curso de Medicina da Uni-CV /Turma 2017/2018
Dr. António Pedro Delgado, Docente

- São Nicolau: Um breve relato de uma experiência de Medicina Comunitária na Localidade de Preguiça

Dr. Élvio Pereira

- Síndrome de HELLP
Breves considerações

Dra. Débora Silves Ferreira

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. 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

EME - Marketing e Eventos
Dra. Silvânia Leal da Veiga
Dr. Isaías Baptista Fernandes Varela
Dr. Tomás Alves de Só Valdez
Dr. Davidson Daniel Sousa Monteiro
Dr. Júlio Monteiro Rodrigues
Dr. Adéritow Augusto Lopes Gonçalves
Dra. Celivianne Sousa

Dr. Nilton Oliveira Pinto
Dr. Jorge Noel Barreto
Dr. José Prates Raposo
Dr. Felisberto Borges
Dr. Henrique Vera-Cruz
Dr. Victor Costa

Alunos do Curso de Medicina da Uni-CV /Turma 2017/2018
Dr. António Pedro Delgado, Docente
Dr. Élvio Pereira
Dra. Débora Silves Ferreira

Tiragem

1000 exemplares

Legado e Oportunidade?

O anúncio de uma Revista mais técnica, mais científica, em substituição daquela que a Ordem dos Médicos publicou durante muitos anos, não teve o consentimento de todos. Alguns, não sem razão, viam as dificuldades por que passaríamos até atingir esse objetivo.

Não faltou quem alegasse a questão do tempo. Porém, nossa determinação foi outra, sem nunca perder de vista os percalços por que passaríamos. E Deus sabe que não foi fácil publicar cada um desses números.

Passaram-se quase três anos e, semestralmente, publicamos um exemplar e, hoje, ninguém questiona que a qualidade científica e também o aspeto gráfico melhoraram. Com tenacidade e persistência avançaríamos para uma publicação com mais artigos, mais qualidade e mais lida.

Novidades sempre houve e neste que vai sair num período nobre das Comemorações do XX Aniversário dos Médicos Cabo-Verdianos, sabiamente assinaladas sob o lema “UM LEGADO, NOVAS OPORTUNIDADES”, também haverá.

A primeira, e talvez a mais importante de todas, é a nomeação de uma Diretora. Recordamos que por imperativos legais, até agora a função de Direção vinha sendo assumida pelo Bastonário.

A nomeação em si já é importante, mas há mais. A pessoa escolhida aceitou sem qualquer hesitação: a Dra. Flávia Semedo, médica internista, atualmente em funções no Hospital Agostinho Neto.

A nomeação do Conselho Editorial é também de interesse fundamental para a Revista. Não é ainda o que pretendíamos. Os Colégios de Especialidade deviam indicar um representante e nem todos o fizeram. Mas podemos anunciar a Dra. Luísa Santiago (Colégio de Cirurgia) e a Dra. Valéria Semedo (Medicina Interna).

Felicito ainda os autores dos trabalhos publicados neste exemplar, encorajando-os a continuar. Débora Silves Ferreira, jovem médica, nos presenteia com “Síndrome de HELLP: Uma Breve



Revisão”, e Elvino Pereira com “São Nicolau: Um Breve Relato de uma Experiência Comunitária na Localidade de Preguiça”.

O “Perfil Clínico Epidemiológico dos Doentes com Tuberculose Atendidos no Centro de Saúde de Tira Chapéu, na Cidade da Praia, entre os anos 2009 e 2016” é o trabalho que Nilton Oliveira Pinto e Jorge Noel Barreto nos trazem.

Uma equipa do Instituto Nacional de Saúde Pública assina “Estudo de suscetibilidade de *Anopheles gambiae* s.l. ao inseticida Deltametrina, município da Praia, Cabo Verde”, e o Dr. Raposo apresenta-nos “Diagnóstico em Patologia Vascular”.

Uma outra equipa, neste caso formada por alunos do Curso de Medicina da Uni-CV (Turma 2017/2018) e pelo seu professor, António Pedro Delgado, escreve sobre “O que é ser um médico nos dias de hoje?”

A Revista é “um Legado mas também uma nova oportunidade” que devemos aproveitar melhor. Convicto de que o próximo número será bem diferente, para melhor, desejamos-vos uma boa leitura.

Daniel Silves Ferreira

20 anos de desafios, lutas e conquistas

Autor:

Teresa Sofia Fortes⁽¹⁾

⁽¹⁾ EME - Marketing e Eventos

A Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos é a mais antiga ordem socioprofissional de Cabo Verde, instituída a 17 de Janeiro, Dia Nacional do Médico, no ano de 1998, após a eleição dos seus primeiros corpos sociais. São 20 anos de história. As batalhas vencidas e as várias conquistas, relatadas aqui nesta reportagem pelos antigos bastonários e pelo atual, ajudaram a melhorar a situação da classe médica e, consequentemente, a saúde no país. Os novos tempos colocam novos desafios aos médicos e à OMC, que garante, entretanto, estar pronta a vencê-los para que, tal como no passado, os médicos continuem a ser benquistos pelos cabo-verdianos.



ORDEM DOS MÉDICOS CABO-VERDIANOS

Corria o ano de 1997, quando, após aprovação do decreto-lei nº. 65/97, criou-se a Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos (OMC), cerca de dois anos depois da aprovação da lei que definia as bases para a constituição e o regime jurídico das ordens profissionais. Mas seria o dia 17 de Janeiro de 1998 que ficaria instituído como a data de fundação da OMC. Nessa data, num ato que teve lugar na Assembleia Nacional, Dario Dantas dos Reis, médico-cardiologista, foi eleito o primeiro bastonário.

O PRIMEIRO DESAFIO

Antes, porém, a OMC já enfrentara o seu primeiro desafio: a definição dos seus estatutos. Até conseguir a anuência do Governo, a Ordem elaborou um par de versões do documento. “Se queríamos mesmo ter uma Ordem dos Médicos tínhamos que ceder em algumas coisas”, afirma Dario Dantas dos Reis.

Mas após a aprovação dos estatutos e sua publicação no Boletim Oficial, as entidades oficiais passaram a aceitar a OMC como um parceiro. “Os próprios estatutos estabeleciam isso”, frisa Dario Dantas dos Reis, para quem, na época, a Ordem “teve poucos choques com as autoridades”. Vencido esse desafio, Dario Dantas dos Reis e a sua equipa dirigiram a sua atenção para a formatação da OMC.

ESTÍMULOS PARA A ADESAO

Logo ali, constataram que a classe questionava a importância da Ordem. Afinal, a Associação dos Médicos, criada sete anos antes, pouco ou nada fizera em prol da classe. “Essa associação foi um nado-morto”, afirma Dantas dos Reis. Por isso, a primeira missão da direção foi convencer os médicos da relevância de pertencerem à OMC.

“A Medicina guia-se por valores éticos de elevado padrão, mas existe sempre uma tendência para se resvalar. Nesses momentos, a Ordem dos Médicos, seja em que país for, defende esses valores. Fazendo isso, está a defender a própria saúde e, também, os médicos”, afirma Dantas dos Reis, que seria entretanto chamado a integrar o Governo como ministro da Saúde, deixando a meio o mandato.

A missão passou pouco tempo depois para as mãos de Luís Leite, eleito pela primeira vez em 2001, e que, para estimular a adesão dos colegas à Ordem acenou-lhes com várias vantagens: um desconto de 50% no serviço de internet e facilidades de acesso ao crédito para habitação, equipamentos médicos e montagem de clínica privada, regalias conseguidas no quadro de protocolos de cooperação com empresas e bancos privados.

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Na época, a OMC também promoveu cursos de formação na Praia e no Mindelo, ministrados por docentes de Portugal e do Brasil nas áreas de oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e também em metodologia de investigação médica, tudo financiado pela Organização Mundial da Saúde.

Luís Leite e a sua equipa foram ainda mais longe e, no âmbito da parceria com o Conselho Federal de Medicina do Brasil, estabelecida em Julho de 2005, instituiu um programa de formação especializada naquele país. Num período de 3 anos, 30 médicos especializaram nas áreas em que Cabo Verde tinha mais falta de quadros – ginecologia/obstetrícia, oftalmologia, radiologia, ortopedia, cirurgia geral -, sob a condição de que não podiam exercer no Brasil. A ideia era obrigá-los a regressar à terra natal. E regressaram.

Luís Leite ainda acrescentou à lista de parceiros da OMC a Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), organização criada em Janeiro de 2005, e cujo primeiro congresso teve lugar no mesmo ano, na cidade da Praia, com cerca de 200 participantes, nomeadamente de Angola, S. Tomé e Príncipe e, sobretudo, do Brasil e de Portugal, sendo o então bastonário da OMC vice-presidente da organização e Júlio Andrade, que viria ser seu sucessor na Ordem, presidente da comissão organizadora.

Júlio Andrade foi ainda presidente, respectivamente dos I e VI Congressos da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, realizados em Cabo Verde pela OMC. Foi também presidente dos dois primeiros Congressos Internacionais da OMC, tendo igualmente assumido a Presidência da Comunidade Médica de Língua Portuguesa (2012) e da Mesa da Assembleia Geral da Comunidade Médica de Língua Portuguesa (2013-2015).

No quadro das atividades desta comunidade médica, nasceu na cidade da Praia um Centro de Formação Médica Especializada na área de Saúde Pública, que, aquando da abertura, gozava de financiamento da União Europeia, OMS e do Instituto de Medicina Tropical. O primeiro curso, com um ano de duração, formou médicos de Angola, S. Tomé e Príncipe, Cabo Verde e Guiné-Bissau.

Infelizmente, ao fim de um ano, fechou as portas para não mais as abrir. “As ordens profissionais e os ministérios da Saúde de cada um dos países deviam colaborar financeiramente, mas não cumpriram”, lamenta Luís Leite, que, entretanto, ainda em 2005, inscreveu a OMC na Associação Médica Mundial, de que é membro efetivo, e no IAMBRA (Centro Internacional de Regulação Médica), que tem como únicos membros de língua portuguesa Cabo Verde e Portugal.

CARREIRA MÉDICA

Além de formação contínua, os médicos precisavam de uma carreira médica. Contudo, o Estado, que na altura da criação da OMC ainda monopolizava a gestão da Medicina, não exercendo os médicos ou as instituições que os representavam qualquer influência sobre o setor, resistia, não demonstrando nenhuma abertura às ideias da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos.

Por isso, a OMC teve que batalhar muito para ver aprovada uma carreira médica no país, a primeira de sempre. Dario Dantas do Reis, que, ao regressar de Portugal em 1980, encontrou 12 médicos a exercer em Cabo Verde, recorda o quadro que vigorava no país ainda em 1997: “A gente entrava para o quadro, progredia aqui e acolá ... Uns regressavam com especialidade e entravam no início da carreira, outros não tinham especialidade e entravam também. Enfim, havia situações de injustiça flagrantes”, conta o cardiologista.

Foi proposto e aprovado então um estatuto de carreira médica que, no entanto, não pôs fim à contestação. “Isso levou a situações de enorme injustiça relativamente a médicos que estavam em condições diferentes e foram tratados de forma igual, outros que estavam em situação igual e foram tratados de forma diferente”. Lutar por uma carreira médica mais justa era por isso urgente, diz Dario Dantas do Reis, para quem ainda no seu mandato “conseguiu-se alguma coisa”.

Luís Leite, seu sucessor, diz ter também batalhado muito pela mesma causa, mas alega que, passados 20 anos, ainda “não há carreira médica em Cabo Verde”, apesar de ter sido aprovada pela Assembleia Nacional. Segundo o ex-bastonário, a par dos ramos de

saúde pública e hospitalar, a carreira médica inclui o ramo da investigação, que, no país, é o mais débil de todos. Há um ou outro trabalho técnico de investigação feito nos hospitais ou delegacias e pouco mais. E alguns médicos estão a formar-se nesta área, inclusive em Portugal.

“A carreira de investigação foi aprovada a nível da Assembleia Nacional, mas não foi regulamentada. Também foi criada uma comissão nacional de investigação médica, mas o Ministério da Saúde não dá importância a isso, contrariando as recomendações das organizações internacionais, nomeadamente a OMS. Ora, sem investigação médica não se pode desenvolver a saúde, nem o país”, assevera Luís Leite, para quem “há que se criar condições e incentivos no nosso país”.

Mas o exemplo mais paradigmático tem a ver com a carreira de saúde pública, a ponta Leite: “Hoje, um médico é colocado num concelho/ilha e quando começa a conhecer, de facto, todos os aspetos da saúde pública daquela região é transferido para um hospital regional/central. Mas um médico que escolhe este ramo devia estar adstrito à saúde pública e contar com o apoio do Ministério em termos de incentivos e oportunidades de formação, incluindo especialidade”.

MOTIVAÇÃO, PRECISA-SE ...

Por causa disso, reina a desmotivação, agravada ano após ano pelo facto de os médicos auferirem de um salário que Luis Leite diz ser “insuficiente” para o grau de exigência do curso e da profissão. “Os médicos querem ter uma vida minimamente digna para poder desempenhar bem a sua profissão. Têm que se qualificar continuamente e os livros são caríssimos”, afirma Leite, que entende que “o vencimento do médico não corresponde às grandes responsabilidades que ele tem”. Por isso, depede, “é urgente o Estado criar incentivos”.

Caso contrário, o êxodo para o sector privado continuará em grande força. Há médicos, entre os quais muitos jovens, que se dedicam exclusivamente à medicina privada. Outros desdobram-se para trabalhar

nos hospitais/centros de saúde e nas clínicas privadas, o que tem efeitos nefastos para os médicos e a saúde no país, alega o ex-bastonário da OMC: “Quem trabalha nos hospitais, atende das 8 às 15 horas, restando pouco ou nenhum tempo para outras atividades, com as consequências daí advenientes. No caso dos Centros de Saúde, que fecham às 18 horas, naturalmente o problema agudiza-se, com reflexos no seu próprio funcionamento. Há, portanto, um ciclo vicioso no sector que precisa ser revisto”.

O regime de exclusividade ao sector público de saúde é outro dos pontos sensíveis. É o Ministério da Saúde que decide quem adere, mas “não há critérios definidos”, alega Luís Leite, que não concorda com a forma como funciona, principalmente quando aplicado a situações de pré-reforma. É que há médicos que sempre fizeram clínica privada e que, a dois anos da reforma, escolhem trabalhar em exclusivo para o Estado como meio de garantir uma reforma três vezes superior.

Júlio Andrade, que sucedeu a Luís Leite na direção da OMC, entre 2009 e 2012, recorda que, quando tomou posse a classe ainda estava desmotivada. Havia muitos anos que em toda a Função Pública a carreira estava congelada. Na época a OMC apresentou várias propostas ao Governo, “mas nunca foram aceites”, conta o oftalmologista, que não diminuiu a pressão e, finalmente, em 2009/2010, a Ordem conseguiu que todos que tinham requisitos fossem promovidos, mediante concurso.

Na altura, recorda Júlio Andrade, o ministério da Saúde manifestou intenção de aprovar uma nova carreira médica, o que não agradou à OMC. “Tínhamos uma carreira boa, precisava apenas de alguns ajustes e fizemos propostas nesse sentido: concursos regulares para promoção, progressão para permitir a evolução. Mas o Governo optou por uma nova carreira e, por causa disso, o PCCS ainda não foi operacionalizado”, relata o ex-bastonário.

Daniel Silves Ferreira, atual bastonário, afirma que permanece como objetivo da OMC “ter uma carreira médica aprovada” e que “estimule o mérito, os estudos, o trabalho”, reconhecendo a função social útil que exerce para o bem-estar e o desenvolvimento do país. Se isso não for reconhecido, avisa o bastonário, os médicos não terão motivação. “Durante quatro anos ficamos sem carreira e isso manifesta-se clara-

mente, pois sem carreira não há motivação”, diz Silves Ferreira.

Dario Dantas dos Reis lamenta, por sua vez, que médicos recém-formados sejam os únicos num determinado concelho ou ilha, ou trabalhem nos serviços de urgência, “onde têm de resolver problemas para os quais ainda não está preparados”. Essa experiência pode ser adquirida através de programas de internato geral, propõe Dario Dantas dos Reis, que aponta o seu caso com exemplo a seguir. Depois de concluir o curso de Medicina e o estágio, trabalhou no Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

“Fazia parte de uma equipa que tinha um chefe e profissionais com muita experiência, que me aconselhavam e me ensinaram muitas coisas”. Lançar os jovens médicos às “feras”, como se está a fazer agora, só deveria acontecer “depois de terem uma formação mais sólida do que aquela que tem um recém-formado”, defende Dantas dos Reis, para quem cabe à OMC fazer pressão junto do Ministério da Saúde para que este mal seja estancado.

FORMAÇÃO

Mas este não é o único desafio que a OMC tem em mãos. Em 2016, a Universidade de Cabo Verde inaugurou um curso de medicina, o primeiro no país. Trata-se de um Mestrado Integrado, realizado em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Portugal) e coordenado por Antonieta Martins, que tem a seu cargo 60 alunos e um corpo docente que inclui professores cabo-verdianos e portugueses.

“A Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos entendeu que devia ser rigorosa na sua compreensão e na sua atuação, por isso decidiu criar uma Comissão de Acompanhamento e de Apoio ao curso de Medicina”, informa Daniel Silves Ferreira. A esta comissão cabe dar regularmente subsídios ao Conselho Diretivo Nacional, que, por sua vez, se pronuncia sempre que for necessário.

“Já fiz saber ao coordenador geral do curso, o Dr. Fernando Regateiro, que a Ordem vai acompanhar o desenvolvimento do curso e disponibilizar os apoios que pode para que o curso seja de qualidade”, afirma

Silves Ferreira. No mandato de Luís Leite, no entanto, a OMC manifestou-se contra a abertura de cursos de Medicina em Cabo Verde. Na altura, a Ordem deu um parecer negativo à pretensão manifestada pela Universidade Piaget, que foi corroborado pelo ministro da Saúde de então, Basílio Ramos.

Luís Leite recorda que, na época, por ocasião do I Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa. António Correia e Silva, então reitor da Uni-CV, “declarou que a universidade pública iria apostar em cursos ligados à área da saúde (laboratório, saúde pública, radiologia) porque considerava que Cabo Verde não tinha condições para ter curso de Medicina”. Mas, eis que, de repente, aparece um curso de medicina na Uni-CV.

“Não sei como foi possível o Governo, com o aval da Ordem, permitir que se realizasse o curso em CV, considerando que os nossos hospitais não têm condições para apoiar um curso de medicina, mesmo que parte seja feito em Portugal”, afirma Luís Leite. É que não temos um teatro anatómico para trabalhar com cadáveres, nem laboratórios a funcionar em condições, faltam serviços e especialistas em algumas áreas, daí questiono: como farão estágios nos hospitais ou centros de saúde? Não deveria haver pressa, só para dizer que «já temos um curso de medicina”.

Portanto, “deveria haver mais maturação em relação à abertura de cursos de medicina em Cabo Verde”, defende o ex-bastonário da OMC. Ora, a maioria dos médicos cabo-verdianos continua a formar-se fora de Cabo Verde. Mas todos, formados em universidades nacionais ou estrangeiras, precisam de uma certificação para exercer no país. Nos anos 90, a certificação era emitida pela Comissão de Formação e Qualificação Profissional/Direção Geral do Ensino Superior. Hoje, a tarefa de atribuí-la é da Ordem dos Médicos, através da sua Comissão Especializada de Formação e Qualificação Profissional.

NOBLESSE OBLIGE

Mas para poder, de facto, exercer Medicina em Cabo Verde um médico tem de estar inscrito na Ordem dos Médicos, um feito que a OMC alcançou no mandato de Júlio Andrade “Conseguimos elaborar um regulamento de inscrição para todos os médicos, inclusive

os da Cooperação Técnica ou que vinham pontualmente a Cabo Verde para dar formação e para atividades nos hospitais”, recorda Júlio Andrade.

A OMC também conseguiu convencer o Governo a incluir a obrigatoriedade do pagamento de quotas na lei da prescrição médica, conta Júlio Andrade: “Um dos artigos diz que a atribuição do carimbo de médico é competência da Ordem. Por isso, no regulamento sobre a emissão e renovação do carimbo condicionamos a atribuição do carimbo ao pagamento de quotas”.

Hoje, a quotização faz parte da rotina dos médicos, diz Andrade, que também propôs o aumento do valor de 1.000\$00 para 1.500\$00. A ideia, diz Andrade, era “criar a sustentabilidade da Ordem, que não deve estar dependente nem do Ministério da Saúde, nem do Governo ou de qualquer outra instituição”.

Mas isto não quer dizer que o Governo deve se abster de subsidiar as ordens profissionais, defende Júlio Andrade. Afinal, “o Governo passou para as ordens profissionais um conjunto de responsabilidades, como a inscrição, a certificação, a autorregulação”, afirma.

Alicerçados nisso, em 2003, as três ordens profissionais existentes em Cabo Verde (médicos, advogados e engenheiros) propuseram ao Governo a atribuição de um subsídio. “O Governo aceitou, mas depois suspendeu-o, talvez por razões políticas, mas após muita insistência conseguiu-se que as ordens passassem a usufruir de um subsídio de 2.500.000\$00/ano, situação que permanece até hoje”, recorda Luís Leite.

PATRIMÓNIO CONSTRUÍDO

Graças ao autofinanciamento, em resultado de uma gestão rigorosa, recorda Júlio Andrade, a OMC inaugurou durante o seu mandato a Casa do Médico. Trata-se de um apartamento T3, sito na Praia, onde os médicos oriundos de outras ilhas ou regiões do país podem gozar férias e fins-de-semana.

“O nosso objetivo inicial era criar um espaço fora da Praia urbana, onde os médicos que padecem de alguma patologia ou na terceira idade pudesse descansar. Mas, de facto, os recursos não eram muitos e opta-

mos por adquirir um apartamento”, explica Andrade, em cujo mandato a OMC ainda inaugurou na cidade do Mindelo (São Vicente) a Secção Regional de Barlavento.

Na cidade da Praia fica a sede da OMC, comprada no mandato de Dario Dantas dos Reis, entre 1999 e 2000. “Quando precisamos realizar uma assembleia geral temos que encontrar um espaço maior, mas para as reuniões que se vão fazendo sobre assuntos científicos, a sede serve muito bem porque as sucessivas direções têm vindo a introduzir melhorias”, afirma Dario Dantas dos Reis.

Coube a Luís Leite e sua equipa a missão de equipar a infraestrutura. Com financiamento de alguns parceiros - Ministério da Saúde, OMS, Inpharma, Cooperação Francesa, Portugal e Brasil - a Ordem adquiriu vários equipamentos, mobiliário e computadores, e dezenas de livros que hoje recheiam a biblioteca, e ainda contratou três funcionários, sendo um para a Secção Regional de Barlavento. A sede central sofreu profunda obra de requalificação, em 2015, no último mandato de Júlio Andrade.

Faltava, porém, ultrapassar a dificuldade de juntar num só sítio todos os seus sócios, nomeadamente por ocasião das assembleias anuais e eleitorais, devido à condição arquipelágica de Cabo Verde. “Algumas assembleias gerais não se realizaram por falta de quórum”, conta Júlio Andrade, que, decidiu contornar o problema com uma proposta de alteração dos estatutos.

“Os estatutos determinavam que devíamos nos reunir em assembleias gerais anuais para aprovar o Relatórios de Atividades, Plano de Acção e Conta-Gerência. Decidimos, então, criar também a figura de assembleias gerais por videoconferência e duas secções eleitorais, uma de Barlavento com sede no Mindelo e outra em Sotavento com sede na Praia, com desdobramento em mesas eleitorais, sem prejuízo de, por via regulamentar, serem criadas outras secções nas outras regiões, conforme o número de médicos, permitindo, assim, a realização das eleições sem grandes dificuldades”, recorda Andrade.

Júlio Andrade admite, contudo, que, ainda assim a OMC não tem total garantia de participação de todos os médicos. “Só em momentos críticos é que há uma

participação massiva, por exemplo, quando se está a discutir pontos-chave da carreira”, diz Andrade, que deixa entretanto deschamatiza: “Isso acontece em todas as ordens, de todas as latitudes”.

Nada disto põe em causa a OMC, considera o oftalmologista: “A Ordem dos Médicos é consensual, um ganho adquirido e muito importante para a defesa da qualidade da saúde, dos utentes e da classe médica”. Mas isto não quer dizer que a Ordem seja imune a dissensão.

CONFRONTO

Quando Luís Leite se candidatou a um segundo mandato para bastonário da OMC já não exercia atividade político-partidária. Deixara já nessa altura o cargo de ministro da Saúde e deputado do MPD. Contudo, na altura da campanha eleitoral, verificou-se uma certa “tensão” entre a sua lista e a lista adversária, recorda o ex-bastonário, que, após a eleição e conhecidos os resultados que lhe deram a vitória, trabalhou para pôr fim às divisões, “até porque a lista que liderei integrava médicos de todas as sensibilidades partidárias, inclusivamente de deputados da Nação eleitos pelo partido no poder”.

O confronto com o Governo teria vários episódios ao longo desse mandato de Luís Leite. Quando o Ministério da Educação proibiu que alunas grávidas frequentassem o liceu, o Conselho Diretivo Nacional da OMC tomou uma posição pública de condenação da medida. A quase totalidade dos membros defendia que a gravidez não é uma doença, por isso as alunas podiam e deviam frequentar as aulas.

Numa outra ocasião, Leite criticou a forma como estava projetado o hospital regional do Sal. “Fui acusado de fazer o papel de oposição”, conta o ex-bastonário, para quem, no âmbito das ações políticas das Ordens em defesa das respectivas classes profissionais e, de certo modo, da própria população, “muitas vezes tenta-se atribuir motivações partidárias às nossas tomadas de posição pública”.

O clima ainda continuava tenso aquando da eleição de Júlio Andrade. Ainda assim, Andrade e a sua equipa deram continuidade ao trabalho de melhorar as condições de exercício da profissão médica em Cabo Verde. Assim, graças a uma parceria com a Associação Médica Brasileira vários médicos cabo-verdianos seguiram para especialização. Para o ex-bastonário,

entretanto, Cabo Verde deve avançar para a formação interna, sobretudo nas áreas em que já tem capacidade, Medicina Geral e Familiar, Ginecologia/Obstetrícia, Ortotraumatologia, mesmo que parcial, com finalização no exterior.

Esta é uma das atribuições dos Colégios de Especialidade da OMC: a qualificação contínua dos próprios especialistas. “Cada colégio deve fazer tudo para que os seus membros tenham uma formação”; explica Daniel Silves Ferreira, que alerta, contudo, para o risco do aumento desproporcional do número de especialistas no país. Cerca de 50 por cento dos médicos cabo-verdianos já tem especialidade, informa o bastonário

NOVO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO/NOVOS DESAFIOS

“Corremos o risco de estar a especializar médicos em áreas que podem não ser as áreas prioritárias para Cabo Verde neste momento, e ter descobertas vastas áreas extremamente importantes, e que estão muitas vezes a ser cobertas por clínicos gerais”, alerta Silves Ferreira.

Por outro lado, Cabo Verde está num período de transição epidemiológica, que se caracteriza pelo aumento considerável das doenças não transmissíveis, entre as quais as cardiovasculares, oncológicas, mentais e do comportamento. “As doenças crónicas são para a vida inteira, por isso vamos ter que formatar o nosso sistema nacional de saúde de forma a lidar bem com essas doenças”, considera Daniel Silves Ferreira.

OS MÉDICOS E A OMC

A Ordem dos Médicos aposta desde a sua origem na informação/comunicação de e para os seus sócios e, simultaneamente, a sociedade, em geral. Assim, além de fazer assinaturas do Boletim Oficial e dos principais jornais do País, lançou um Boletim Informativo baptizado como “Tempo Médico” e, de seguida, um site na internet e uma revista, onde, além de notícias, entrevistas e reportagens sobre a OMC e a saúde em Cabo Verde e no mundo, artigos científicos de médicos de outros países de língua portuguesa, sobretudo portugueses e brasileiros.

Os médicos cabo-verdianos também divulgam seus trabalhos científicos na revista, mas a participação fica aquém do que é possível. “É difícil conseguir que os colegas participem com conteúdos de forma regular e no prazo acordado”, diz Luís Leite, em cuja gestão a revista ganhou um novo élan graças a uma parceria com a EME –Marketing & Eventos, após os quatros números publicados no mandato de Dantas dos Reis.

A falta de empenho estende-se às atividades que a OMC ciclicamente organiza como se verificou a 2 de Novembro, no ato de proclamação do programa do 20º aniversário da Ordem, cuja assistência foi formada sobretudo por convidados externos à organização.

“As ações formativas e informativas da Ordem, ou mesmo recreativas, são feitas no período da tarde, que é quando os médicos estão nas clínicas privadas. Ou seja, não participam nas atividades da Ordem por uma questão monetária”, explica com tristeza, Luís Leite.

Curiosamente, nem mesmo quando o estímulo financeiro vem da Ordem aumenta a adesão, como é o caso do Prémio Inpharma, no valor de 1 milhão de escudos, criado para incentivar os médicos a produzir trabalhos de investigação. No primeiro ano, o prémio foi atribuída a um trabalho conjunto de Júlio Andrade e Maria do Céu, selecionado entre vários trabalhos “de interesse científico”, aponta Luís Leite. No ano seguinte, nenhum dos trabalhos apresentados a concurso tinha qualidade científica, daí que a Ordem decidiu não atribuir o prémio. E não mais houve candidatos.

QUE FUTURO?

Daniel Silves Ferreira admite que “a motivação não seja a melhor entre os jovens médicos que chegaram nos últimos quatro anos”, que correspondem ao período em que não houve qualquer avanço na carreira médica. Ora, “sem carreira não pode haver motivação”, assegura o bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, que viu renascer a esperança em 2017, quando o Conselho de Ministros aprovou uma



nova carreira médica, sem no entanto consultar o órgão representativo dos médicos nacionais.

Assim, perante o facto consumado, a OMC solicitou ao Governo uma cópia do documento para análise. A OMC ainda não tornou pública sua posição sobre a nova carreira médica, mas o bastonário é perentório: “A carreira médica deve satisfazer, não alguns, mas todos os requisitos, pois isso valorizaria a carreira médica e a função de médico e estimularia o desenvolvimento profissional, para além de estimular o próprio médico”.

Apesar deste quadro, a OMC diz que vai continuar a lutar por uma saúde de qualidade em Cabo Verde, apostando, por exemplo, na formação. A tarefa está a cargo dos colégios de Especialidade, que organizarão cursos tanto para os seus especialistas como para médicos de outras especialidades e de clínica geral, coadjuvados pelo comissões de Consultório Privado e de Consulta Pública.

Daí que à capacidade técnico-científica os médicos cabo-verdianos terão que juntar competências éticas e deontológicas, assim como aptidões sociais, culturais, linguísticas e comunicacionais, afirma o bastonário da OMC. “É fundamental, é uma exigência dos nossos tempos”, alega Daniel Silves Ferreira, que lamenta as críticas que se fazem ouvir ciclicamente sobre o mau comportamento dos médicos para com os pacientes.

“Infelizmente, isso acontece e é bom que as pessoas se queixem disso. Isso é importante para nós e devemos fazer tudo para que o médico tenha uma conduta adequada à sua condição. Para isso criamos a Comissão de Ética e Deontologia Médicas. Se tiver as tais competências éticas e deontológicas, saberá ter uma atitude, um comportamento, uma conduta mais digna e mais adequadas ao exercício da sua profissão”, afirma o bastonário da OMC.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO INOVADORES

RESULTADOS EM 10 DIAS



IMP LABORATÓRIO
ANATOMIA PATOLÓGICA
PORTUGAL

EXAMES CITOLÓGICOS

- Citologia Ginecológica em meio líquido (ThinPrep®)
- Citologia Não Ginecológica

BIOLOGIA MOLECULAR

- APTIMA® HPV-GT (mRNA E6/E7) ♀
- Genotipagem HPV (24 subtipos) ♀♂
- Painele DST (pesquisa de 7 agentes patogénicos) ♀

EXAMES HISTOLÓGICOS

- Biópsias e Peças Cirúrgicas

HISTOQUÍMICA E IMUNOHISTOQUÍMICA

- Anticorpos - Recetores Hormonais e HER2 (Cancro da Mama)
- Outros

ENVIO DE AMOSTRAS PELOS CENTROS DE RECOLHA:



FARMÁCIA SANTA ISABEL



HORÁRIO

Segunda à Sexta
08 às 20Horas

Sábado
09 às 13horas

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

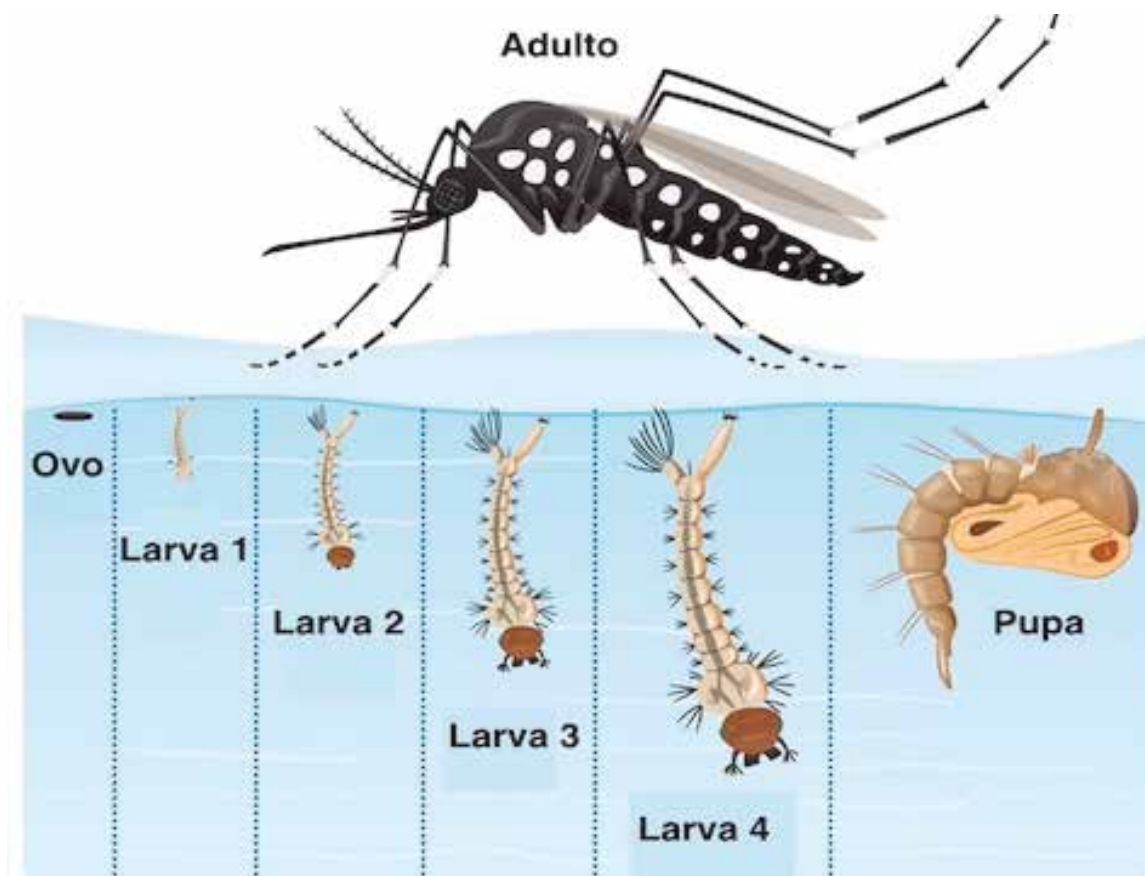
Estudo de suscetibilidade de *Anopheles gambiae* s.l. ao inseticida Deltametrina, município da Praia, Cabo Verde

Autores:

Silvânia Leal da Veiga⁽¹⁾; Isaías Baptista Fernandes Varela⁽¹⁾; Tomás Alves de Só Valdez⁽¹⁾; Davidson Daniel Sousa Monteiro⁽¹⁾; Júlio Monteiro Rodrigues⁽¹⁾; Adéritow Augusto Lopes Gonçalves⁽¹⁾; Celivianne Sousa⁽¹⁾

(1) Instituto Nacional de Saúde Pública/Ministério da Saúde e Segurança Social

* Autor para correspondência: silvania.leal@insp.gov.cv



RESUMO

A resistência aos inseticidas é um dos principais desafios emergentes enfrentado pelos países no controle dos vetores. A avaliação dos inseticidas tem um papel importante na definição das estratégias de controle dos vetores. O objetivo deste estudo foi determinar o status atual da suscetibilidade dos mosquitos da espécie *A. gambiae* s.l. ao inseticida deltametrina, utilizado em Cabo Verde. As larvas de mosquitos foram colhidas em diferentes bairros do município da Praia, entre os meses de setembro e outubro de 2017. No laboratório de Entomologia Médica, os mosquitos adultos emergidos foram submetidos ao inseticida deltametrina 0,05%, mediante testes de tubos, seguindo os padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Num total de 100 mosquitos fêmea expostos ao inseticida, registou-se uma taxa de mortalidade de 82%, o que indica a tolerância ao inseticida deltametrina. Estes resultados sugerem que a pressão seletiva exercida pelo uso contínuo de inseticidas no controle do vetor do paludismo pode ser um dos fatores principais que explicam a existência da tolerância do *A. gambiae* s.l. ao inseticida deltametrina.

Palavra Chave: *A. gambiae* s.l., Deltametrina, tolerância, Cabo Verde;



INTRODUÇÃO

O controlo dos vetores do paludismo depende, entre outras medidas, principalmente das pulverizações intradomiciliares com inseticidas residuais e da utilização de redes mosquiteiras impregnadas com inseticidas de longa duração, o que tem contribuído para a diminuição da transmissão do paludismo nas últimas décadas em vários países.

O grande objetivo do controlo vetorial é a redução dos níveis de morbilidade e mortalidade por paludismo através de uma gradual diminuição da transmissão da doença (Collins et al., 2000).

O controlo do paludismo e, posteriormente, a sua eliminação são as prioridades dos países da África Subariana (WHO, 2006a, Mbepera, 2017).

São permitidas quatro classes de inseticidas no controlo vetorial: Peritróides (única classe permitida para uso nas redes impregnadas), Organofosfatos, Organoclorados e Carbamatos (Mbepera et al., 2017). A resistência dos vetores aos inseticidas utilizados atualmente nos programas de controlo dos vetores desafia e ameaça os esforços de prevenção do paludismo (WHO, 2016). Sendo assim, é fundamental a monitorização e a avaliação regular da resistência aos inseticidas (Hemingway et al., 2004).

Em Cabo Verde, o controlo do vetor do paludismo é feito com recurso a pulverização com Deltametrina. A única avaliação sobre a suscetibilidade do vetor *Anopheles gambiae* s.l. disponível foi realizado em 2011 (Dia et al., 2011).

Em Cabo Verde o paludismo é instável, de transmissão sazonal, de baixa endemicidade e variável de ano para ano, estando circunscrita sobretudo à ilha de Santiago, onde se tem registado casos autóctones. O mosquito *Anopheles arabiensis*, membro do complexo *Anopheles gambiae*, é a única espécie responsável pela transmissão da doença, e a espécie de *Plasmodium* identificada nos casos autóctones é o *P. falciparum* (Arez et al. 1999, Plano Estratégico pré eliminação do paludismo 2013).

O objetivo deste estudo é determinar a suscetibilidade do vetor do paludismo *Anopheles gambiae* s.l., ao inseticida deltametrina 0.05%, no município da Praia, usando o kit da OMS de determinação da suscetibilidade dos mosquitos adultos aos inseticidas.

MATERIAIS E MÉTODOS

ÁREA DE ESTUDO

O estudo decorreu no município da Praia, situado na região sul da ilha de Santiago, a maior ilha do país. É o município onde fica situada a capital de Cabo Verde, a cidade da Praia. Mais de 90% da população do município reside na cidade da Praia, sendo o resto constituído por pequenas localidades pouco povoadas”.

No decurso do ano de 2017, no município da Praia, verificou-se um aumento do número de casos autóctones quando comparado com o mesmo período dos anos anteriores. Até o dia 29 de outubro, foram notificados no serviço de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde um total de 398 casos autóctones com maior incidência nos bairros de Várzea, Achada de Santo António e Achadinha (MSSS, SVIRE, 2017).

COLHEITA E CRIAÇÃO DE LARVAS DE ANOPHELES GAMBIAE S.L.

As larvas e pupas *Anopheles gambiae* s.l. em diferentes estágios (L1 a L4) foram coletadas em valas condutoras e cisternas abertas nos diferentes bairros do município. A colheita foi feita por pipetagem e caçada nos criadouros encontrados positivos, e as amostras transportadas para o insectário do Laboratório de Entomologia Médica – LEM do Instituto Nacional de Saúde Pública. No LEM efetuou-se a separação das larvas e pupas em tinas de criação. Durante o desenvolvimento larvar, as tinas foram regularmente preenchidas com água e alimentadas com ração para peixes. Os adultos emergidos nas gaiolas foram alimentados com água açucarada (10%) embebida em algodão. Os adultos foram assim mantidos durante 3-5 dias, até à realização dos testes de suscetibilidade e avaliação da bioeficácia do inseticida.

TESTE DE SENSIBILIDADE AOS INSETICIDAS

Para a determinação da suscetibilidade aos inseticidas foi utilizado o Kit padrão suscetibilidade da OMS - testes de Tubos (WHO, 1963; WHO, 1998). Foi testado o inseticida deltametrina (0,05%). Somente os mosquitos fêmea com 2 a 5 dias de vida sem refeição sanguínea foram utilizados no teste, segundo o critério da OMS. Em cada um dos tubos de exposição foi introduzida uma folha de papel impregnada com in-

seticida a testar (deltametrina), e no tubo de controlo foi introduzida uma folha de papel sem inseticida. A exposição decorreu com os tubos na posição vertical durante uma hora, sob condições de temperatura de 26°C. Procedeu-se ao registo dos mosquitos caídos nos seguintes intervalos de tempo: 10, 15, 20, 30, 40, 50 e 60 minutos. No fim do tempo de exposição, os mosquitos foram transferidos para os tubos de repouso. Os tubos de repouso foram colocados em posição vertical e mantidos por 24 horas. Sobre a gre-

lha, situada na parte superior do tubo, colocaram-se pedaços de algodão embebidos numa solução açucarada (10%) para garantir o alimento dos mosquitos sobreviventes. Ao final de 24 horas pós-exposição, foram registadas mortalidades em cada tubo (controlo e testes).

Todos os mosquitos utilizados no estudo foram conservados a seco em sílica gel para posterior identificação molecular da espécie.

RESULTADOS

Para *Anopheles gambiae* s.l., foi usado papel impregnado com Deltametrina 0,05%. De um total de 100 mosquitos fêmea que foram expostos ao inseticida, no período de 1h, verificou-se o efeito Knockdown a partir dos 10 minutos após exposição (gráfico 1).

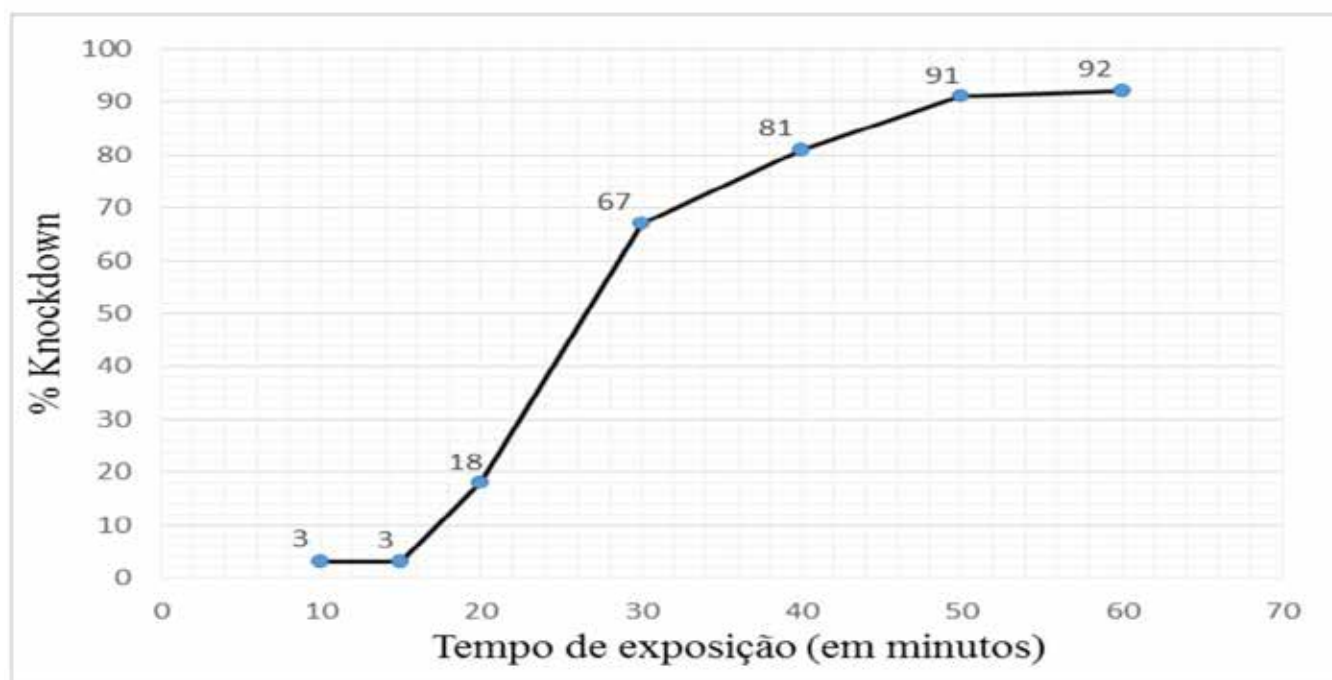


Gráfico 1. Percentagem de Knockdown dos mosquitos testados em minutos após uma hora de exposição.

O tempo necessário para que 50% dos mosquitos tombasse (KD50) foi de 26 minutos e a percentagem de Knockdown após 1 hora de exposição foi de 92%. No entanto, devido ao efeito Knockdown do inseticida testado, após 24 horas de exposição a taxa de mortalidade observada no teste foi de 82% (tabela 1).

Tabela 1. Quantidade de mosquitos expostos em 1 hora, tempo de Knockdown médio (KD50) e taxa de mortalidade após 24 horas de exposição.w

Total	Nº tombados	KD50	Mortalidade 24 h
100	92	26 min	82 %



DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

No decorrer do ano de 2017, verificou-se um aumento do número de casos autóctones de paludismo no município da Praia, o que levou à intensificação das campanhas de pulverização com deltametrina contra o vetor do paludismo, o *Anopheles gambiae* s.l. Não obstante, por não se ter verificado uma diminuição dos casos autóctones, fez-se necessário proceder à avaliação da suscetibilidade ao inseticida utilizado na pulverização.

De acordo com a OMS (WHO, 1998), as taxas de mortalidade observadas nas exposições aos inseticidas dão uma indicação do estado da suscetibilidade da população em estudo, com base nos seguintes intervalos: taxa de mortalidade superior a 97% é indicativo de suscetibilidade, taxas de mortalidade entre 80 e 97% sugerem tolerância ao inseticida e taxas de mortalidade abaixo de 80%, resistência.

Neste estudo, após 24 horas de exposição ao deltametrina 0,05% os mosquitos *Anopheles gambiae* s.l. testados apresentaram uma taxa de mortalidade de 82%, o que sugere tolerância. No estudo de Dia et al. (2011), na mesma concentração do mesmo inseticida foi registado uma taxa de mortalidade de 100% para a mesma espécie, ou seja, 7 anos depois, regista-se uma alteração significativa na taxa de suscetibilidade observada.

O tempo de Knockdown médio neste estudo foi de 26 minutos, o que mostra aumento de tempo quando comparado com o estudo realizado em 2011 (Dia et al., 2011), que foi de 22 minutos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados na Tanzânia ($KD_{50} = 32,7$) (Chandre et al., 1999; Skovmand et al., 2008; Mbepera et al., 2017).

O estudo realizado em 2011 (Dia et al., 2011), mostrou que o *Anopheles gambiae* s.l. apresentou o status de população sensível, porém, para este estudo verificou-se a possibilidade de haver uma tolerância o deltametrina 0,05%. A resistência o deltametrina pode ser indicativo de resistência aos outros peritroides até então não utilizados, isto associado ao gene *Kdr* (Kabula et al., 2014). No entanto, há necessidade de mais estudos para determinar o status da suscetibilidade, tais como a avaliação da suscetibilidade ao in-

seticida deltametrina com concentração superior a 0,05% e a pesquisa do gene *kdr*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arez AP, Snounou G, Pinto J, Sousa CA, Modiano D, Ribeiro H, Franco AS, Alves J, do Rosario VE. (1999). A clonal *Plasmodium falciparum* population in an isolated outbreak of malaria in the Republic of Cabo Verde. *Parasitology* 118:347-55.
2. Chandre, F., Darrier, F., Manga, L., Akogbeto, M., Faye, O., Mouchet, J. & Guillet, P. (1999) Status of pyrethroid resistance in *Anopheles gambiae* sensu lato. *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 230-234.
3. Chang F. S., Tseng Y. T., Hsu P. S., Chen C. D., Lian I. B., Chao D. Y., (2015). Re-assess Vector Indices Threshold as an Early Warning Tool for Predicting Dengue Epidemic in a Dengue Non-endemic Country. *PLoS Negl Trop Dis* 9(9): e0004043. doi: 10.1371/journal.pntd.0004043.
4. Collins FH, Kamau L, Ranson HA & Vulule JM (2000). Molecular entomology and prospects for malaria control. *Bulletin of the World Health Organization* 78: 1412-1423
5. Dia, I., (2011). Mission d'appui sur l'étude de la bio-écologie et la sensibilité aux insecticides des vecteurs du paludisme au Cap-Vert, 11 au 23 décembre 2011. Rapport de mission.
6. Hemingway, J., Hawkes, N.J., McCarroll, L. and Ranson, H., (2004). The molecular basis of insecticide resistance in mosquitoes. *Insect Biochemistry and Molecular Biology*, 34(7), pp. 653-665.
7. Ingham, V. A., Pignatelli, P., Moore, J. D., Wagstaff, S., Ranson, H., (2017). The transcription factor Maf-S regulates metabolic resistance to insecticides in the malaria vector *Anopheles gambiae*. *BMC Genomics* 18:669. doi: 10.1186/s12864-017-4086-7.
8. Kabula B, Tungu P, Malima R, Rowland M, Minja J, Wililo R, et al. (2014). Distribution and spread of pyrethroid and DDT resistance among the *Anopheles gambiae* complex in Tanzania. *Med Vet Entomol.* 28:244-52.



9. Mbepera, S., Nkwengulila, G., Peter, R., Mause, E. A., Mahande, A. M., Coetzee, M., Kweka, E. J., (2017). The influence of age on insecticide susceptibility of *Anopheles arabiensis* during dry and rainy seasons in rice irrigation schemes of Northern Tanzania. *Malaria Journal* 16:364. doi: 10.1186/s12936-017-2022-6.
10. Pinto J., Sousa C.A., Arez A.P., Alves J., Modiano D., Petrarca V., Charlwood J.J. & Do Rosario V.E., (1999). Assessment of malaria transmission in an area with very low mosquito density. *Research and Reviews in Parasitology* 59 (1-2), 23-26.
11. Plano estratégico de pré-eliminação do paludismo 2009-2013. (2009). Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo - Cabo Verde. Ministério da Saúde, República de Cabo Verde, março.
12. Skovmand, O., Bonnet, J., Pigeon, O., & Corbel, V. (2008). Median knock-down time as a new method for evaluating insecticide-treated textiles for mosquito control. *Malaria journal*, 7(1), 114.
13. Ministério da Saúde e da Segurança e Social, Serviço de Vigilância Integrada e Resposta a Epidemias – SVIRE (2017). Boletim Informativo Evolução dos Casos de Paludismo, Cabo Verde, 2017Praia, Cabo Verde.
14. World Health Organization (2016). World Malaria Report 2016. Geneva.
15. World Health Organization (2006a). Malaria Vector control and Personal Protection” Technical Report Series 936. WHO, Geneva
16. Troco, A. D. A., (2012). Resistência a inseticidas em *Anopheles gambiae* s.l. na região de Luanda, Angola, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical.



Farmácia Jovem

Direção Técnica
Dra. Vanina Gertrudes



Av.12 de Setembro
Mindelo, São Vicente - CP 791
Tel: 2324530

Horário:
2ª a 6ª das 08h às 19h
Sábado das 9h às 12h30



Perfil clínico-epidemiológico dos doentes com tuberculose atendidos no Centro de Saúde de Tira Chapéu, cidade da Praia, Cabo Verde, entre os anos 2009 e 2016

Autor:

Nilton Oliveira Pinto¹, Jorge Noel Barreto²

¹ Médico clínico geral, Responsável do Centro de Saúde de Tira Chapéu, Praia

² Médico infeciologista, Mestre em Saúde Pública, Coordenador do Programa Nacional de luta contra a Tuberculose e Lepra



RESUMO

A Tuberculose (TB) continua a ser uma das doenças mais frequentes no mundo e uma das principais causas de mortalidade. Em Cabo Verde, desde o ano 2000, a incidência média anual da TB é de 59 casos por 100 mil habitantes, sendo mais frequente no sexo masculino (rácio homem/mulher de 2:1). A cidade da Praia é a capital e o maior centro urbano de Cabo Verde onde, anualmente, se regista o maior número de casos de TB, com uma taxa média de incidência e de prevalência, nos últimos oito anos, de 88 e 94,6 por 100.000 habitantes, respetivamente.

Este estudo tem como objetivo descrever as características clínicas e epidemiológicas dos doentes com TB atendidos no centro de saúde (CS) de Tira Chapéu, localizado na cidade da Praia. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, quantitativo, realizado com base nos dados dos doentes registados no CS de Tira Chapéu para tratamento de TB entre os anos 2009 e 2016. Para a caracterização sociodemográfica foram consideradas as variáveis sexo, grupo etário e zona de residência e para a caracterização clínica considerou-se a classificação anatómica, a definição inicial de cada caso de TB, as comorbilidades e o resultado do tratamento. Tanto os dados sociodemográficos como os clínicos foram considerados para a caracterização epidemiológica.



O perfil dos 183 casos de TB registados nesse período caracterizou-se por serem maioritariamente adultos jovens (71%) e do sexo masculino (63,4%). Os casos novos de TB foram muito mais frequentes (91,3%) e a TB pulmonar foi identificada em 84,2%. A infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) foi a comorbilidade mais frequente (19,7%). A taxa de sucesso terapêutico foi de 76,5%, a taxa de abandono do tratamento foi de 8,2% e a taxa de letalidade foi de 3,8%. Os resultados apresentados contribuem para o conhecimento da situação clínica e epidemiológica dos doentes com TB atendidos no CS de Tira Chapéu nos últimos oito anos e fornecem subsídios para a adoção de medidas para melhorar as atividades de controlo da TB neste centro de saúde.

Palavras-chave: Tuberculose, atenção primária, Tira Chapéu, Praia, Cabo Verde

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um importante problema de saúde pública, que ao longo dos anos tem sido alvo de medidas para o seu controlo, com vista à sua eliminação a nível mundial.¹

É causada pelas espécies que formam o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo *M. tuberculosis* a principal espécie patogénica para os seres humanos e é transmitida de pessoa para pessoa através das gotículas e aerossóis contaminados expelidos no ar ambiente quando o doente tosse, fala ou espirra. Por isso, a sua forma clínica mais frequente é a TB pulmonar.²

Desde o ano 2000, a incidência da TB tem diminuído, em média, 1,5% ao ano e atualmente é 18% menor que então, o que pode ser um reflexo de melhorias no acesso a condições para o diagnóstico e o tratamento desta doença a nível mundial.¹

Apesar destes avanços, a TB continua a ser uma das principais causas de morbi-mortalidade, com os dados estimados de 2015 a indicarem a ocorrência de cerca de 10,4 milhões de novos casos, a nível mundial. Destes, 5,9 milhões (56%) eram homens, 3,5 milhões (34%) eram mulheres e um milhão (10%) eram crianças. As pessoas que vivem com o VIH (PVVIH) representaram 1,2 milhão (11%) de todos os novos casos de TB. A maioria desses casos ocorreu nos países em desenvolvimento, particularmente na Ásia e na África.¹

Ainda em relação aos casos publicados em 2015, um milhão e quatrocentos mil morreram no mesmo ano, entre homens, mulheres e crianças, e 480.000

pessoas desenvolveram TB multirresistente (TB-MDR), com 190.000 mortes associadas.¹

À semelhança do que se passa a nível mundial, em Cabo Verde a TB continua a representar um importante problema de saúde pública, apesar dos esforços e das atividades desenvolvidos no sentido de haver um melhor controlo da doença no país.³

De acordo com os resultados do estudo sobre as estimativas de incidência por país publicado em 1999, o risco anual de TB em Cabo Verde é de 1,5%, o que corresponde a uma média anual de 600 a 700 novos casos.⁴

Cabo Verde segue a estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controlo da TB, que se baseia principalmente na deteção de casos de forma passiva por meio de microscopia de esfregaço em espécimes de expectoração obtidos de indivíduos sintomáticos que se apresentam às estruturas de saúde.⁵

Desde o ano 2000, a incidência média anual de TB é de 59 casos por 100 mil habitantes, sendo mais frequente no sexo masculino (rácio homem/mulher de 2:1). Os casos de TB pulmonar confirmada têm sido, em média, 170 por ano e a taxa de mortalidade não tem ultrapassado o aceitável, que é menos de cinco óbitos por cem mil habitantes (média de 3/100.000 habitantes).³

Das doenças definidoras de Sida diagnosticadas em Cabo Verde a TB é a quarta doença mais comum, de acordo com os dados estatísticos. Em média, a proporção de casos de coinfeção TB/VIH tem-se situado à volta de 10%.³



Em relação aos resultados do tratamento dos casos de TB, a OMS estabelece que a taxa de sucesso deve ser superior a 85% e Cabo Verde conseguiu atingir este resultado a partir de 2012.³

Quanto à taxa de abandono do tratamento e à taxa de transferidos ou de resultados não avaliados, a OMS estipula que não devem ser superiores a 5% separadamente e constituem dois dos indicadores para avaliar a qualidade da prestação de cuidados em relação à TB.⁶ Em Cabo Verde, tem sido um grande desafio obter uma taxa de abandono abaixo do que é recomendado. Apenas em 2012 conseguiu obter um valor de 4,7% em relação aos casos novos de TB pulmonar confirmados.³

A cidade da Praia é o centro urbano de Cabo Verde onde, anualmente, se regista o maior número de casos de TB.³ De 2009 a 2016, foram notificados um total de 1055 casos de TB de todas as formas, o que representa, em média, 132 casos por ano. Neste mesmo período, foram notificados 981 casos novos de TB de todas as formas, que correspondem a 93% do total dos casos de TB registados. A taxa de incidência e de prevalência foram, em média, 88 e 94,6 por 100.000 habitantes, respetivamente.⁷

O conhecimento das características clínicas e epidemiológicas dos doentes com TB é de fundamental importância para o planeamento de ações de prevenção e controlo desta doença, permitindo identificar oportunidades de melhoria na prestação de cuidados de saúde, o que acaba por repercutir na obtenção de melhores resultados, ou seja, na diminuição da propagação da TB, na redução da mortalidade, no aumento da expectativa de vida e na qualidade de vida da população.

Por isso, este estudo teve como objetivo descrever as características clínicas e epidemiológicas dos doentes com TB no centro de saúde (CS) de Tira Chapéu, cidade da Praia, capital da República de Cabo Verde, como contribuição para a identificação de ações que podem ser adotadas por esta estrutura de saúde para a melhoria da prestação de cuidados nesta matéria.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, quantitativo, realizado com base nos dados dos doentes registados no CS de Tira Chapéu para tratamento de TB entre os anos 2009 e 2016. O CS de Tira Chapéu foi inaugurado a 20 de janeiro de 2009, situa-se no bairro de Tira Chapéu - Zona Oeste da cidade da Praia, capital da República de Cabo Verde, e cobre uma população de 28.048 habitantes, segundo os dados do Censo 2010. Esta população está distribuída pelos bairros de Bela Vista, Terra Branca, Tira Chapéu, Tira Chapéu industrial, Palmarejo, Palmarejo Grande, Cidadela e Caiada.

O centro de saúde funciona atualmente com três médicos clínicos gerais, um médico de saúde pública, seis enfermeiros, um auxiliar de enfermagem, um fisioterapeuta, um assistente social, quatro técnicos administrativos, três agentes sanitários, quatro auxiliares de serviços gerais, dois guardas e um porteiro. Para além disso, conta com a colaboração de um médico clínico geral para consultas de imunodepressão adquirida duas vezes por semana, de um médico pediatra para consultas em três dias por semana e de um médico infeciologista para consulta semanal de doenças infecciosas.

CONCEITOS

Estamos perante um caso de TB ativa quando um doente tomou os medicamentos preconizados em Cabo Verde para tratar a TB, por mais de um mês, mediante prescrição médica.

Define-se como caso de TB pulmonar um doente com sintomas respiratórios, sendo a confirmação da TB ativa feita através da análise da expectoração por tecnologias laboratoriais específicas.

Define-se como caso de TB extrapulmonar (TEP) um doente com TB ativa em qualquer parte do corpo, exceto nos pulmões.

Define-se como caso novo de TB um doente com TB ativa que nunca recebeu tratamento para esta doença por um período igual ou superior a um mês.



Define-se como recaída de TB um doente que, após ter sido submetido a tratamento completo ou declarado curado, retorna sintomático e a TB ativa é confirmada laboratorialmente ou clinicamente diagnosticada, independentemente do tempo decorrido da última vez que fez o tratamento para TB.

Define-se como caso de tratamento após abandono um doente que regressa sintomático e a TB é confirmada laboratorialmente ou clinicamente diagnosticada, após ter abandonado o tratamento por um período mínimo de dois meses consecutivos.

Define-se como caso de TB curado um doente que completou o período de tratamento estipulado pelas recomendações nacionais, e cuja microscopia feita à expetoração recolhida no final do tratamento não revela a presença de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR).

Define-se como caso de TB com tratamento completo um doente que completou o período de tratamento estipulado pelas recomendações nacionais, mas cuja expetoração não foi submetida a microscopia no final do tratamento.

A taxa de sucesso foi calculada através da soma do total de doentes curados e daqueles com tratamento completo num determinado período, divididos pelo total de casos registados no mesmo período e o resultado é apresentado em percentagem.

Define-se como óbito por TB quando um doente morreu durante o período do tratamento, independentemente da causa de morte.

A taxa de letalidade foi calculada dividindo o total de óbitos por TB registados num determinado período pelo total de casos de TB registados no mesmo período e o resultado é apresentado em percentagem.

Define-se como abandono do tratamento da TB um doente que pára de tomar a medicação por, no mínimo, dois meses consecutivos, independentemente da fase do tratamento em que se encontra.

A taxa de abandono foi calculada dividindo o total de casos de TB que abandonaram o tratamento num determinado período pelo total de casos de TB registados no mesmo período e o resultado é apresentado em percentagem.

VARIÁVEIS E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a caracterização sociodemográfica foram consideradas as seguintes variáveis: sexo,

grupo etário e zona de residência. Em relação à caracterização clínica considerou-se a classificação anatómica, a definição inicial de cada caso de TB, as comorbilidades e o resultado do tratamento. Tanto os dados sociodemográficos como os clínicos foram considerados para a caracterização epidemiológica.

Os dados foram recolhidos pelo médico ponto-focal da TB no CS de Tira Chapéu, inseridos em planilha Excel (Microsoft Excel 2010) e verificados no que concerne a duplicação, inconsistência e valores perdidos. Para apresentar os resultados e descrever a população estudada, foram calculadas frequências, médias e proporções.

As informações apresentadas neste estudo não permitem a identificação pessoal dos doentes com TB atendidos no CS de Tira Chapéu no período de 2009 a 2016.

RESULTADOS

No período de 2009 a 2016, foram notificados um total de 183 doentes atendidos no CS de Tira Chapéu para tratamento de TB ativa de todas as formas, com uma média de 23 doentes por ano. Este total corresponde a 17,3% de todos os casos notificados no concelho da Praia no mesmo período. O menor número de doentes (12) foi notificado em 2009, enquanto o maior (38) foi em 2012.

Tabela 1 – Total de casos de Tuberculose por ano registados entre 2009 e 2016

Ano	Total (n)	(%)
2009	12	6,6
2010	25	13,6
2011	26	14,2
2012	38	20,8
2013	20	11
2014	27	14,7
2015	21	11,5
2016	14	7,6
Total	183	100

Em relação aos dados sociodemográficos, 116 (63,4%) eram do sexo masculino e 170 (93,4%) tinham idade igual ou superior a quinze anos. Por ordem decrescente, a distribuição dos doentes por grupo etário revelou que 52 (28,4%) tinham idade entre 25 e 34 anos, 43 (23,5%) entre 35 e 44 anos, 35 (19,1%) entre 15 e 24 anos, 20 (11%) entre 45 e 54 anos, 11 (0,1%) com 65 ou mais anos, nove (0,05%) entre 55 e 64 anos, 8 (0,04%) entre 5 e 14 anos e 5 (0,03%) entre 0 e 4 anos. Dos 183 doentes, 159 (87%) estavam dentro da faixa etária definida como população em idade ativa, ou seja, teoricamente aptos a exercer uma atividade económica. Em relação à morada, 136 (74,3%) doentes viviam em bairros cobertos pelo centro de saúde: 55 (30,1%) em Tira Chapéu, 32 (17,5%) em Bela Vista, 30 (16,4%) em Palmarejo e 19 (10,4%) em Terra Branca. Quarenta e dois doentes (23%) moravam em outros bairros da cidade da Praia e cinco (2,7%) residiam em outros concelhos da ilha de Santiago.





Tabela 2 – Características sociodemográficas dos casos de Tuberculose registados entre 2009 e 2016 no Centro de Saúde de Tira Chapéu

Dados sociodemográficos	Total (n)	Percentagem (%)
Sexo		
Masculino	116	63,4
Feminino	67	36,6
Idade (em anos)		
0 – 4	5	0,03
5 – 14	8	0,04
15 – 24	35	19,1
25 – 34	52	28,4
35 – 44	43	23,5
45 – 54	20	10,9
55 – 64	9	0,05
≥ 65	11	0,1
Morada		
Tira Chapéu	55	30,1
Bela Vista	32	17,5
Palmarejo	30	16,4
Terra Branca	19	10,4
Achada Santo António	7	3,8
Outros bairros – Praia	35	19,1
Outros concelhos	5	2,7

No que se refere à forma clínica, 154 (84,2%) eram casos de TB pulmonar e 29 (15,8%) eram de TB extrapulmonar (TEP). Dos casos de TB pulmonar, 83 (54%) foram confirmados laboratorialmente e em 71 (46%) não foi possível a confirmação, tendo sido considerados nestes casos os aspetos clínico-radiológicos para se iniciar a terapêutica antimicobacteriana.

Tabela 3 – Distribuição anual dos casos de tuberculose, de acordo com a forma clínica, entre 2009 e 2016, no Centro de Saúde de Tira Chapéu

Ano	Total de TB pulmonar (n)	%	Total de TEP	
			(n)	%
2009	7	58,3	5	41,7
2010	21	84,0	4	16,0
2011	25	96,2	1	3,8
2012	33	86,8	5	13,2
2013	19	95,0	1	5,0
2014	21	77,8	6	22,2
2015	15	71,4	6	28,6
2016	13	92,9	1	7,1
Total	154	84,2	29	15,8

Legenda: TB=tuberculose; TEP= TB extrapulmonar; %= percentagem; n= número absoluto

A proporção de casos de TB pulmonar confirmados em relação ao total de casos de TB pulmonar foi de 85,7% em 2009, 57,1% em 2010, 32% em 2011, 24,2% em 2012, 42,1% em 2013, 76,2% em 2014, 86,7% em 2015, 92,3% em 2016.



Tabela 4 – Proporção anual dos casos de tuberculose pulmonar confirmada em relação ao total de casos de tuberculose pulmonar, entre 2009 e 2016, no Centro de Saúde de Tira Chapéu

Ano	Total de TB pulmonar (n)	Total de TB pulmonar confirmada (n)	Proporção de casos de TB pulmonar confirmada (%)
2009	7	6	85,7
2010	21	12	57,1
2011	25	8	32,0
2012	33	8	24,2
2013	19	8	42,1
2014	21	16	76,2
2015	15	13	86,7
2016	13	12	92,3
Total	154	83	53,9

Legenda: TB=tuberculose; %= percentagem; n= número absoluto

Dos casos extrapulmonares, 13 (45%) eram pleurais, nove (31%) eram ganglionares, dois (7%) eram de TB óssea, um (3,4%) de TB ocular, um (3,4%) de meningite tuberculosa, um (3,4%) de pericardite tuberculosa, um (3,4%) de TB peritoneal e um (3,4%) de parotidite tuberculosa.

Tabela 5 – Tipos de tuberculose extrapulmonar registados entre 2009 e 2016 no Centro de Saúde de Tira Chapéu

Tipo de TEP	Total (n)	(%)
Pleural	13	45
Ganglionar	9	31
Óssea	2	7
Ocular	1	3,4
Meningite	1	3,4
Pericardite	1	3,4
Peritonite	1	3,4
Parotidite	1	3,4
Total	29	100

Legenda: TEP= TB extrapulmonar; %= percentagem; n= número absoluto

A distribuição de acordo com a definição inicial revelou que 167 (91,3%) foram tratados como casos novos de TB (categoria I) (140 casos de TB pulmonar e 27 de TEP) e 16 (8,7%) como casos de retratamento (categoria II) (14 TB pulmonar e 2 TEP).

Dentre os casos novos, 140 (83,8%) eram casos de TB pulmonar e 27 (16,2%) eram casos de TEP. Em relação aos casos de retratamento, nove (56,3%) eram recaídas (três com TB pulmonar confirmada, cinco com TB pulmonar clinicamente diagnosticada e um



TEP) e sete (43,7%) eram casos de tratamento após abandono, sendo seis TB pulmonar confirmados e um TEP.

Tabela 6 – Definição inicial dos casos de tuberculose registrados entre 2009 e 2016, no Centro de Saúde de Tira Chapéu

Definição inicial	Total (n)	Porcentagem (%)
Casos novos		
Tuberculose pulmonar	140	76,5
Tuberculose extrapulmonar	27	14,8
Casos de retratamento		
Tuberculose pulmonar	14	7,7
Tuberculose extrapulmonar	2	1,0
Total	183	100

Os dados disponíveis revelaram que 56 dos casos (30,6%) apresentavam, pelo menos, uma comorbidade associada à TB. A infecção por VIH foi identificada em 36 casos (19,8%), dos quais 28 (77,8%)

eram casos novos de coinfeção TB-VIH, 18 (9,8%) faziam uso abusivo de álcool, três (1,7%) tinham hepatite B crónica, dois (1%) diabetes, três (1,7%) usuários de drogas, um (0,5%) com sífilis e um (0,5%) com anemia falciforme. Oito doentes (4,4%) tinham duas ou mais comorbilidades.

Tabela 7 – Comorbilidades e hábitos apresentados pelos casos de tuberculose registrados entre 2009 e 2016 no Centro de Saúde de Tira Chapéu

Comorbilidades e hábitos*	Total (n)	Porcentagem (%)
Infecção por VIH	36	19,7
Uso abusivo de álcool	18	9,8
Hepatite B crónica	3	1,7
Usuário de drogas	3	1,7
Diabetes	2	1,0
Sífilis	1	0,5
Anemia falciforme	1	0,5

* 8 doentes com duas ou mais comorbilidades/hábitos

Legenda: VIH= vírus da imunodeficiência humana

Quanto ao resultado do tratamento, 12 (6,6%) foram considerados curados, 128 (69,9%) fizeram o tratamento completo, 14 (7,7%) abandonaram, sete (3,8%) evoluíram para óbito e 22 (12%) não avaliados. A taxa de sucesso nesse período foi de 76,5%.

Tabela 8 – Resultado do tratamento dos casos de tuberculose no centro de saúde de Tira Chapéu, Ano 2009 – 2016

Ano	Total de casos registrados	Resultado do tratamento					
		Curado N e (%)	Tratamento completo N e (%)	Taxa de sucesso (%)	Abandono N e (%)	Óbito N e (%)	Não avaliado N e (%)
2009	12	1 (8,3)	8 (66,7)	75,0	1 (8,3)	1 (8,3)	1 (8,3)
2010	25	0	19 (76,0)	76,0	3 (12,0)	0	3 (12,0)
2011	26	0	16 (61,5)	61,5	1 (3,8)	0	9 (34,6)
2012	38	2 (5,3)	23 (60,5)	65,8	7 (18,4)	4 (10,5)	2 (5,3)
2013	20	1 (5,0)	16 (80,0)	85,0	1 (5,0)	0	2 (10,0)
2014	27	5 (18,5)	18 (66,7)	85,2	0	1 (3,7)	3 (11,1)
2015	21	1 (4,8)	17 (81,0)	85,7	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)
2016	14	2 (14,3)	11 (78,6)	92,9	0	0	1 (7,1)
Total	183	12 (6,6)	128 (69,9)	76,5	14 (7,7)	7 (3,8)	22 (12,0)



Analisando os resultados desfavoráveis do tratamento em relação às comorbilidade e hábitos apresentados, os dados revelaram que a taxa de abandono nos casos de TB associados ao uso abusivo de álcool referido na ficha clínica foi de 22,2% e nos casos em que não havia esta informação foi de 6%.

A taxa de letalidade entre os casos de coinfeção TB ativa e VIH foi de 8,3% e nos casos de TB sem infeção por VIH foi de 2,8%. Entre os casos de TB com hepatite B crónica a taxa de letalidade foi de 33,3%.

Nos doentes com TB e diabetes, não se verificou nenhum resultado desfavorável.

No período estudado, não foi registado nenhum caso de tuberculose multirresistente no CS de Tira Chapéu.

DISCUSSÃO

Neste estudo constatou-se que os doentes do sexo masculino constituíram a maioria dos casos de TB de todas as formas notificados entre o ano de 2009 a 2016 no centro de saúde de Tira Chapéu, o que está de acordo com os dados do concelho da Praia, com os dados nacionais e com estudos realizados em outros países.^{3, 8-10}

O grupo etário com maior ocorrência de TB é a de 25 a 34 anos, seguida da faixa de 35 a 44 anos. Isto revela que os doentes são adultos jovens, em plena fase produtiva da vida, o que tem repercussões sociais para os mesmos, as suas famílias e a sociedade, em geral. Estes dados são coincidentes com os do concelho da Praia, os nacionais e os da literatura científica nesta matéria.^{3, 8-10}

Em relação à morada, verificou-se que a maioria dos casos morava nos bairros da área de cobertura do centro de saúde. Entretanto, é de realçar que um terço do total de casos notificados morava em outros bairros da Praia ou em outro concelho. Isto poderá estar relacionado com o fato destes doentes terem preferido o atendimento do CS de Tira Chapéu ou a proximidade deste centro com o local de trabalho, considerando que o tratamento para TB deve ser feito de manhã cedo, em jejum.

A TB é uma doença que apresenta uma relação direta com alguns fatores sociodemográficos, nomeadamente a pobreza, o baixo nível de escolaridade, o desemprego. A identificação destes fatores no momento do diagnóstico da TB pode ser crucial para a obtenção de melhores resultados.¹¹ O Guia Técnico de Controlo da TB em Cabo Verde, na sua versão do ano 2012, ressalta esta importância.¹² Contudo, a maioria dos registos não dispõe de informações relativas ao nível de escolaridade, profissão/ocupação e rendimento familiar médio, o que dificultou uma melhor caracterização do perfil sociodemográfico dos doentes.

A forma clínica mais frequente neste estudo foi a pulmonar, o que não difere da distribuição epidemiológica em geral, considerando a sua principal forma de transmissão.^{1, 13}

A confirmação da TB pulmonar é um critério que pode ser utilizado para avaliar a qualidade do diagnóstico, pois permite verificar se os profissionais de saúde estão atentos para a utilização de métodos de confirmação para efetuar o diagnóstico, em detrimento do diagnóstico baseado apenas na história clínica e nas alterações reveladas por métodos de imagem.⁶ Para além disso, permite avaliar o desempenho dos laboratórios na identificação de bacilos álcool-ácido resistentes através da microscopia ou ainda o acesso a tecnologias que permitem a confirmação do diagnóstico.⁶ Os resultados obtidos neste estudo revelam que a proporção de casos de TB pulmonar confirmados piorou de 2009 a 2012. A partir de 2013, esta proporção melhorou consideravelmente, ultrapassando 90% em 2016. Isto pode estar relacionado com a disponibilização de uma nova tecnologia de diagnóstico por biologia molecular na cidade da Praia e com uma maior sensibilização, através de ações de formação, dos médicos sobre a necessidade de confirmação do diagnóstico.¹⁴

As apresentações extrapulmonares da TB são o resultado da sua disseminação a partir de um foco inicial nos pulmões, logo após a infeção primária.¹⁵ Por isso, têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos e/ou sistemas afetados. Neste estudo, a TB pleural foi a forma extrapulmonar mais frequente, o que corresponde ao que é relatado na literatura.^{15, 16}

Os casos novos sobrepõem-se consideravelmente aos casos de retratamento neste estudo, semelhante ao que acontece a nível nacional e mundial.^{1,3}

Dentre as comorbilidades associadas à TB, a infeção por VIH é aquela que aparece com maior frequência.¹⁷ A probabilidade de um doente com infeção por VIH e TB latente desenvolver TB ativa é 20 a 40 vezes maior do que em pessoas que não têm infeção por VIH.^{1,18} A nível mundial, estima-se que, em 2015, 11% dos casos novos de TB ocorreram em pessoas com infeção por VIH.¹ Os resultados deste estudo revelaram uma taxa média de coinfeção TB ativa/VIH bastante elevada no período estudado.

O uso abusivo de álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de TB, principalmente em indivíduos do sexo masculino,¹⁹ e, além disso, influencia negativamente no prognóstico da TB.²⁰ Por isso, identificar o seu uso é extremamente importante no sentido de evitar complicações graves durante o tratamento.²¹ De acordo com os dados recolhidos neste estudo, a prevalência do uso abusivo de álcool nestes doentes ficou muito aquém dos resultados do IDNT 2007²² e de outros estudos.²³⁻²⁶ Talvez a explicação para esta baixa prevalência possa ser a não aplicação de ferramentas para a identificação deste problema de saúde de forma sistemática ou, então, a informação não é registada nas fichas dos doentes. Contudo, a metodologia aplicada neste estudo não permite avaliar estas hipóteses.

A hepatite B crónica tem sido relatada como um fator de risco significativo para a hepatotoxicidade relacionada ao tratamento da TB, aumentando muito o risco de hepatite fulminante e morte.²⁷ Em Cabo Verde, a seroprevalência de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) é estimada em mais de 8%, o que coloca o país no grupo dos países com alta prevalência de hepatite B crónica no mundo.²⁸ Neste estudo, a prevalência de hepatite B crónica nos doentes com TB foi muito menor do que a prevalência estimada para o país. Uma baixa frequência do rastreio desta infeção nos doentes com TB poderá justificar este resultado, mas seriam precisos outros estudos para aceitar ou refutar esta hipótese. Contudo, a taxa de letalidade verificada entre os doentes com TB e hepatite B crónica neste estudo foi

muito elevada, o que corrobora as informações da literatura científica.²⁷

A taxa de sucesso do tratamento no período contemplado neste estudo ficou abaixo daquela que é estipulada pela estratégia Stop TB da OMS ($\geq 85\%$) e assumida pelo país.^{12,29} Este resultado poderá ter sido influenciado pelo número de doentes transferidos para outras estruturas de saúde, não tendo sido comunicado o resultado do tratamento ao CS de Tira Chapéu, e também pelos doentes que abandonaram o tratamento. Entretanto, se considerarmos esta taxa em cada ano, podemos verificar que, a partir de 2013, o CS de Tira Chapéu conseguiu atingir a meta preconizada, melhorando-a em 2016.

A OMS preconiza que a taxa de abandono do tratamento seja inferior a 5%.²⁹ De forma geral, isto não foi constatado no período estudado, considerando que o resultado foi superior ao estipulado. Contudo, ao analisar os dados por ano, verificou-se que houve melhoria sustentada desta taxa de 2014 a 2016, cujos valores foram inferiores a 5%, o que pressupõe um melhor seguimento clínico dos doentes nos últimos anos.

Em relação aos óbitos, os resultados revelam que a taxa de letalidade está dentro do limite aceitável ($< 5\%$).²⁹ Entretanto, ela foi maior nos casos de TB e infeção por VIH e nos casos de TB e Hepatite B crónica. Estes resultados coincidem com o que está publicado na literatura médica.^{27,30,31}

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Por meio deste estudo foi possível conhecer as características clínicas e epidemiológicas dos doentes com TB atendidos no CS de Tira Chapéu entre os anos de 2009 e 2016. Verificou-se que o perfil clínico-epidemiológico destes doentes sobrepõe-se, de forma geral, ao dos doentes a nível do concelho da Praia e a nível nacional. Também vai ao encontro dos dados publicados em relatórios e estudos internacionais.

Algumas particularidades merecem destaque, visando uma melhor prestação de cuidados de



saúde para o controlo da TB neste centro de saúde. É o caso da falta de registo de algumas características sociodemográficas na maioria das fichas clínicas dos doentes como, por exemplo, o nível de escolaridade, a profissão/ocupação e o rendimento mensal. O conhecimento destas características é importante no momento do diagnóstico da TB, pois podem condicionar desfavoravelmente o seguimento clínico e a evolução da doença.

Também é de salientar os ganhos em relação à proporção de casos de TB pulmonar confirmados entre os casos desta forma de TB, principalmente nos últimos quatro anos do período estudado, o que abona a favor da qualidade da prestação de cuidados de saúde prestados no CS de Tira Chapéu, no âmbito da TB. A recomendação é que estes resultados devam ser mantidos ou melhorados.

Outro ponto a realçar é a taxa de coinfeção TB/VIH obtida no período deste estudo e a taxa de letalidade nestes doentes, cujos resultados corroboram a importância de rastrear todos os doentes com TB para a infeção por VIH e vice-versa, tendo em conta as particularidades da abordagem desta coinfeção, no sentido de reduzir a ocorrência de complicações e de resultados indesejáveis.

Assim como a infeção por VIH, o rastreio da hepatite B deve ser realizado de forma sistemática nos doentes com TB, considerando a seroprevalência estimada para Cabo Verde e a taxa de letalidade obtida neste estudo entre os doentes com TB e hepatite B crónica.

O uso abusivo de álcool é mais um ponto a evidenciar. Os resultados obtidos neste estudo parecem revelar uma baixa utilização de métodos para a identificação deste hábito entre os doentes com TB atendidos no CS de Tira Chapéu, se considerarmos os resultados de outros estudos semelhantes. O rastreio sistemático do uso abusivo do álcool através de ferramentas apropriadas deve ser implementado tal como está nas recomendações nacionais, o que aumenta a probabilidade de identificar os doentes que poderão apresentar complicações e resultados desfavoráveis por este motivo.

Por fim, recomenda-se que estudos semelhantes sejam reproduzidos em outras estruturas de atenção primária da saúde em Cabo Verde, como forma de fornecer subsídios para a melhoria das atividades de luta contra a TB no país.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Global TB Report, 2016. 142 p.
2. van Soolingen, D., Hoogenboezem T., de Haas, P. E., Hermans, P. W., Koedam, M. A., Teppema, K. S. ... van Embden, J. D. (1997). A Novel Pathogenic Taxon of the Mycobacterium tuberculosis Complex, Canetti: Characterization of an Exceptional Isolate from Africa. *International Journal of Systematic Bacteriology*, 47, 4, 1236-1245.
3. República de Cabo Verde. Ministério da Saúde de Cabo Verde. Relatório Estatístico Anual, 2014. 135 p.
4. Dye C, Scheele P, Pathinai V, Raviglion Mc. Global Burden of Tuberculosis. Estimate incidence, prevalence and mortality by country. *JAMA*. 1999. 282(7):677-89.
5. World Health Organization. Pursue High-Quality DOTS Expansion and Enhancement, 2015.
6. World Health Organization. Compendium of indicators for monitoring and evaluating national tuberculosis programmes. Geneva: WHO; 2004. OMS.
7. República de Cabo Verde. Ministério da Saúde e da Segurança Social. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepre. Relatório de atividades do ano 2016. 12 p.
8. Freitas, WMTM, Santos, CC, Silva, MM, & Rocha, GA. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do



- Pará, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde. 2016. 7(2): 45-50.
9. Santo, LALA, Santos, PCH, & Moreira, ME. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com tuberculose em hospital universitário da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista. 2009. 6(68): 14-21.
10. Lopes, T, Gomes, C, Diogo, N. Tuberculosis unit: study of 10 years of activity (1999-2009). Revista Portuguesa de Pneumologia. 2011. 17(6):266-271.
11. Silveira, MPT, Adorno, RR & Fontana, T. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2007. 33(2): 199-205.
12. República de Cabo Verde. Ministério da Saúde. Direção Nacional de Saúde. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra. Guia Técnico de Controlo da Tuberculose. 2012.
13. da Costa RR, Silva MR, Rocha AS, Abi-Zaid KCF, Fonseca Junior AA, de Souza DMK & Bonan PRF. Tuberculosis: epidemiological profile in a reference hospital in the treatment of disease. Rev Med Minas Gerais. 2014. 24 (Supl 5): S57-S64.
14. República de Cabo Verde. Ministério das Finanças e do Planeamento. Direção Nacional do Planeamento. Relatório ODM Cabo Verde (Dados referentes a 2014). Julho, 2015. 95 p.
15. Sharma SK & Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. Indian J Med Res. 2004. 120: 316-353.
16. Vorster MJ, Allwood BW, Diacon AH & Koegelenberg CFN. Tuberculous pleural effusions: advances and controversies. Journal of Thoracic Disease. 2015. 7(6): 981-991.
17. Pawlowski A, Jansson M, Sköld M, Rottenberg ME, Källén G. Tuberculosis and HIV Co-Infection. Hobman TC, ed. PLoS Pathogens. 2012. 8(2):e1002464. doi:10.1371/journal.ppat.1002464.
18. Getahun H, Gunneberg C, Granich R, Nunn P. HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response. Clin Infect Dis. 2010. 50 (Suppl 3):S201-S207.
19. Francisco J, Oliveira O, Felgueiras O, Gaio AR, Duarte R. How much is too much alcohol in tuberculosis?. European Respiratory Journal. 2017. 49(1):1601468.
20. Andrade RLP, Villa TCS, Pillon S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas – SMAD. 2005. 1(1):artigo 07.
21. Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Room R, Parry C, Lönnroth K, et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. BMC Public Health. 2009;9:450. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-450>.
22. Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde de Cabo Verde (2007), Inquérito sobre os principais factores de risco das doenças não transmissíveis (IDNT). Julho, 2007.
23. Haddad MB, Wilson TW, Ijaz K, Marks SM & Moore M. Tuberculosis and homelessness in the United States, 1994-2003. JAMA. 2005. 293, 22, 2762-2766.
24. Buskin SE, Gale JL, Weiss NS & Nolan CM. Tuberculosis risk factors in adults in King County, Washington, 1988 through 1990. American Journal of Public Health. 1994. 84:1750-1756.
25. World Health Organization (2011). Global status report on alcohol and health 2011. Geneva: WHO. 85 pp.
26. Barreto, JN. Consumo de álcool entre pacientes com tuberculose na cidade da Praia no ano de 2012. Revista da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos. Série III, N° 21, 2017.
27. Wong WM, Wu PC, Yuen MF. Antituberculosis drug-related liver dysfunction in chronic hepatitis B infection. Hepatology. 2000. 31:201-206.
28. Schweitzer, A et al. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. The Lancet. 2015. 386(10003):1546 – 1555.
29. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO; 2005.
30. Corbett EL, Watt CJ, Walker N, Maher D, Williams BG, Raviglione MC & Dye C. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. Arch Intern Med. 2003. 12;163(9):1009-21.
31. Patel, N & Singh, S. Antituberculosis therapy in patients with hepatitis B viral infection. Hepatitis B Annual. 2012. 9(1): 16-48.



Compacto Amebiasis para Cabo Verde

Autores:

Dr. OLEG SVISTUNOV⁽¹⁾

Dra. Anya Kalu⁽²⁾

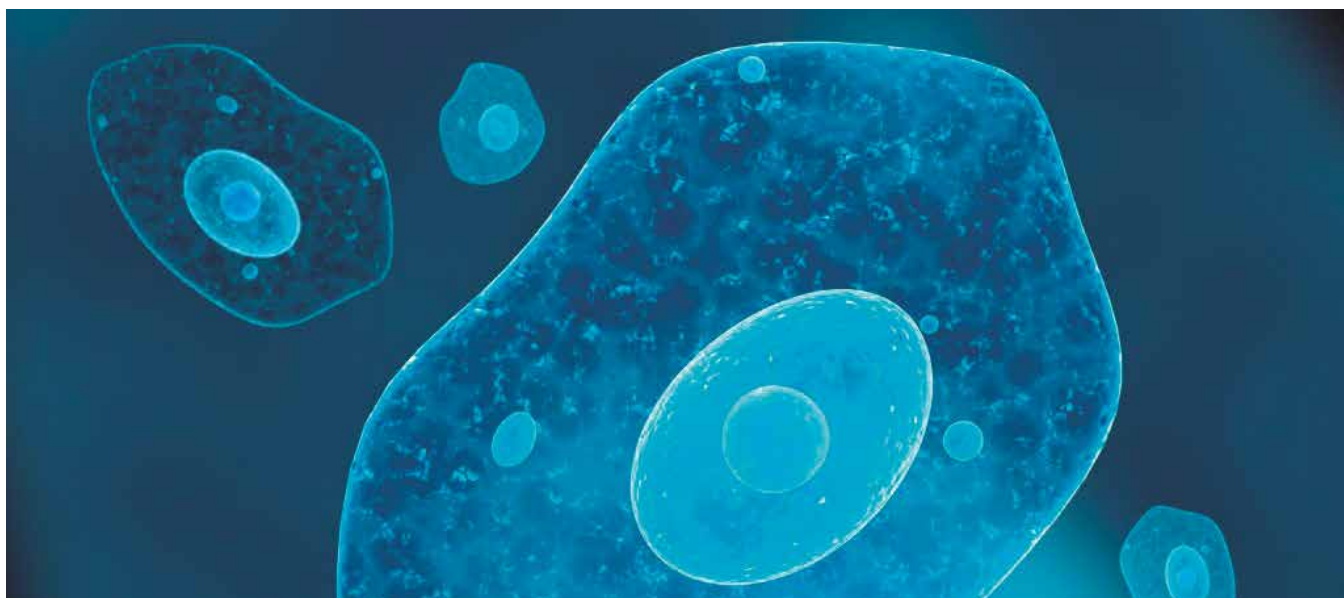
Dr. Ime Umoh⁽²⁾

Dr. Isuwu Ifeanyi⁽³⁾

⁽¹⁾ Ph.D., Consultor do Departamento Médico Alcon (Rusal) na Nigéria, é um especialista em medicina tropical e higiene (Universidade Wits.SA) e em doenças contagiosas (RAPO, Moscow), membro da Royal Society Specialists in Tropical Medicine (Inglaterra).

⁽²⁾ Assistente de laboratório

⁽³⁾ Parasitologista, Hospital Alcon na Nigéria.



ABSTRATO

Em 2007, notamos que cresceu na unidade hospitalar da fábrica Alcon, na Nigéria, o número de pacientes que buscam atendimento com sintomas de danos em diferentes órgãos e tecidos e manifestações clínicas causadas pela lesão de um órgão particular.

Os órgãos alvo de lesões foram útero, fígado, intestino, olhos, próstata, cérebro, coração, mama, entre outros. Pela primeira vez no período de 2007 a 2009, realizou-se um estudo com mais de 1.250 pacientes na região de Akwa Ibom, Ikot Abasi, que concluiu que a principal causa dos danos foi *E.histolytica*. (1, 2).

No período de 2009 a 2014, continuamos a estudar a amebíase e chegamos a uma série de conclusões. A amebíase não pode ter um quadro assintomático sem manifestações clínicas. O Trofozoit-erythrophage *E.histolytica* causa complicações graves. Ele é ca-

racterizado por um estado crónico com lento desenvolvimento e fraca manifestação de sintomas, o que leva ao esgotamento do organismo, que é a causa da grande variedade de doenças secundárias e representa um elevado risco para a saúde dos pacientes.

Foram examinados os pacientes de diferentes regiões do mundo: Nigéria, Cabo Verde, Israel, África do Sul, Senegal, Moçambique, Namíbia, Rússia, Ucrânia, Portugal, Estados Unidos da América e outros países. Estamos convencidos de que os médicos em diferentes países e regiões não entendem que, juntamente com as infeções perigosas como a SIDA, a malária e a esquistossomose, a amebíase é a doença infecciosa menos estudada e menos compreendida, mas afeta rapidamente um grande número de pessoas sem um período certo de incubação. Isso provoca uma série de complicações que podem ocorrer em qualquer período da vida do paciente.



AMEBÍASE - E.HISTOLYTICA - UM CATALISADOR DO INÍCIO DE TUMORES E OUTRAS COMPLICAÇÕES

A infecção por protozoários continua a ser uma das principais causas da alta morbidade da população. Esta doença está bem descrita por especialistas de diferentes países do mundo e há um grande número de medicamentos para o tratamento desta doença. (3)

Foram estudadas duas doenças causadas por protozoários - malária e amebíase. A malária é geralmente um processo infeccioso agudo, bem definido mas nem sempre com quadro clínico constante. Os métodos de diagnóstico e seu tratamento estão bem estabelecidos. É por isso que nós colocamos a ênfase no estudo da epidemiologia, na clínica, no diagnóstico, no tratamento e na prevenção da amebíase. A principal causa da doença é a penetração de cistos E.histolytica no corpo. Os objetivos da nossa pesquisa são o desenvolvimento de um método simplificado de diagnóstico de amebíase, para elaborar os métodos mais simples de tratamento até a recuperação completa do paciente e, certamente, a prevenção da amebíase. Além disso, as consequências a longo prazo dos danos no corpo humano por cistos e por trofozoítos móveis - erythrophage E.histolytica - ainda não foram estudadas. Acredita-se ainda que há morbidade assintomática de E.histolytica mas a nossa equipa de especialistas não está de acordo com essa opinião.

EPIDEMIOLOGIA DA AMEBÍASE

A epidemiologia da infecção por cistos da E.histolytica como causa de danos no corpo humano foi descrita por muitos autores. (10,11,12,13,14) A existência prolongada de cistos em focos naturais contribui para a

rápida disseminação da amebíase em todo o mundo. Na maioria dos países africanos a água é a principal fonte de infecção. Em países com clima quente e húmido, como Nigéria, Camarões, Moçambique, a amebíase está presente em todo o país. Em países quentes e secos, onde há fontes abertas de água utilizada pela população local, observa-se um maior número de pacientes com amebíase. (Líbia, Cabo Verde, África do Sul).

O consumo de legumes, frutos e alimentos sem tratamento térmico promove a penetração dos cistos no intestino e o desenvolvimento da doença. Os funcionários de restaurantes, lojas, comerciantes do mercado local são, na maioria dos casos, a fonte de infecção por amebíase. Os pacientes com a forma crónica de amebíase, que provoca lesões no útero, na próstata, no pulmão e no intestino, são uma fonte constante de infecção por amebíase. (15).

MATÉRIA E MÉTODOS DE ESTUDO

Em Março de 2007, no hospital de Aluminium Plant Alcon foi iniciada a investigação das principais causas de morbidade dos trabalhadores da fábrica e da população local da região da província nigeriana de Akwa Ibom. Também realizamos a vigilância constante de peritos estrangeiros. Os pacientes de diferentes regiões da Nigéria e de outras partes de África, como Cabo Verde, Senegal, África do Sul, Moçambique, Líbia, Zimbábue, Angola, Camarões, e os pacientes dos países da CEDEAO foram examinados. Além disso, realizamos triagem laboratorial de moradores da cidade de Tver (Rússia) no laboratório do Hospital N°1. Examinamos pacientes de todas as idades, de 1 a 90 anos. Pacientes de escolas, creches, lojas, mercados e pacientes de clínicas ginecológicas e cirúrgicas, funcionários de restaurantes também foram incluídos no nosso estudo.



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



Durante o período de 2007 até o presente momento nós examinamos 6.520 pacientes da África Central, do Sul da África (dos quais 3020 homens e 3500 mulheres) e 450 pessoas provenientes da Rússia (Tver, Rússia). A maioria (5410 pessoas) foram examinados para morbidade transportadora do cisto, embora algumas tivessem manifestações clínicas duvidosas da doença.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A forma mais simples de diagnóstico de amebíase é a análise microscópica de fezes. (5, 6, 7). A duas colheres-padrão de fezes adiciona-se 5 ml de solução salina. Depois de agitar uma gota da solução obtida, é aplicada numa lâmina de vidro e coberta com uma lamela. A presença de trofozoítos móveis é verificada e o número de cistos é contado. Nós investigamos a presença de trofozoítos móveis em amostras de fezes frescas depois de algumas horas ou dias. Quando o recipiente é armazenado à temperatura ambiente, os trofozoítos vivos podem ser encontrados nas fezes em 3 dias; em duas semanas os cistos reduzem de tamanho e em seguida desaparecem.

A conclusão sobre a extensão dos danos no corpo é feita de acordo com a presença de trofozoítos vivos e com a quantidade de cistos nos 10 campos de visão.

A presença de 1 a 10 cistos é indicado por um sinal mais (+); a presença de cistos de 10 a 30, por dois sinais mais (++); e 30 ou mais cistos, por três sinais mais (+++). Mas este não é um critério suficiente de avaliação da gravidade da doença.

Somente com base em métodos de investigação clínica e outros se pode julgar sobre o estado de saúde do paciente intefacto com *E.histolytica*. (8) Se cistos *E.histolytica* nas fezes são detetados em homens de idade genital, recomenda-se examinar a urina e o esperma na presença de cistos *E.histolytica*. Recomenda-se também o estudo de amostras microscopicamente após a massagem da próstata, não menos do que nos 10 campos de visão, sem diluição salina. A contagem dos cistos é feita da mesma forma que no caso da análise de fezes. Nos pacientes de sexo feminino, especialmente com problemas ginecológicos, é necessário realizar microscopia tripla de esfregaços das paredes da vagina e do colo do útero para a presença de cistos e trofozoítos móveis de *E.histolytica*.

MÉTODOS ADICIONAIS DE PESQUISA

A análise sanguínea completa foi realizada em todos os pacientes em caso de observação de *E.histolytica* nas fezes. Em pacientes com quadro clínico de anemia, fibroma múltiplo de útero e hemorragias hemorroidárias os valores de sangue vermelho (hemoglobina, eritrócitos) foram reduzidos significativamente.

Caso tenham sido indicadas aos pacientes, gastroscopia e colonoscópica foram realizadas. ?????

Na maioria dos casos, as mucosas do recto e sigmóide foram infetadas com múltiplas e profundas feridas e úlceras sangrentas com conteúdo purulento. Na colonoscopia à cúpula do ceco pode-se observar os submucosos, amarelados, com múltiplas formações granuladas em tamanho de 0,5 cm a 3 cm. Em diferentes partes do cólon pode-se detetar um único pólipó amebiano.

Em caso de tratamento prolongado e inadequado de amebíase comissuras são formadas e a obstrução da área afetada pode ocorrer no futuro. O exame histológico e a remoção de pólipos é recomendado. (16). No exame histológico é necessário diferenciar a adenocarcinoma maligna de adenocarcinoma da amebíase atual crónica causada por *E.histolytica*. É necessário investigar as amostras de biopsia relativamente à presença de cistos e trofozoítos de *E. histolytica*. Atualmente, a importância social da colonoscopia e polipectomia é reconhecida, porque o câncer colo-rectal ocupa o terceiro lugar na morbidade e mortalidade por cancro no mundo. Os pacientes com neoplasia intra-epitelial e carcinoma intra-mucoso altamente diferenciado têm prognóstico favorável em caso de remoção do pólipo no tempo e no seguimento posterior anual do intestino grosso. (VI Nikishaev, ARPaty. INTumak, IAKolyada). Acreditamos que o dano do cólon por cistos e trofozoítos *E.histolytica* é um dos principais fatores desencadeantes de amebomes, adenocarcinomas pré-cancerosas do intestino e outros órgãos infetados por trophozoites erythrophage *E.histolytica* vivos, tais como útero, próstata, órgãos da vista, glândulas mamárias, todos os órgãos com fibras musculares lisas.

Testes de ecografia e ecocardiograma são indicados para todos os pacientes com amebíase. Exames de ecografia do útero e da próstata devem ser realizados em todos os pacientes em idade fértil. A mamografia é recomendada para mulheres para detetar amebome das glândulas mamárias.

ESTUDO PATOLOGIA-ANATÓMICO DE AMEBOME DE ÚTERO.

O estudo pós-morte de amebome remoto do útero foi realizado em 31 pacientes.

Quadro histológico de fibromas tem a mesma imagem microscópica. (15, 16, 17, 18).

O tumor é constituído por fibras musculares lisas interligadas em diferentes direções. Os núcleos das células musculares têm forma de haste com extremidades arredondadas. O estroma fibroso tem uma estrutura de camadas estreitas. Em alguns lugares, as camadas de tecido fibroso são mais largas. Há grandes focos de fibrose e hialinose, grandes vasos de paredes espessas, focos de necrose de tecido do tumor, alguns cistos sem revestimento epitelial. Um quadro semelhante é observado em amostras obtidas do amebome da próstata removida. (20, 21) Consideramos errada a opinião de que o trophozoite-erythrophage *E.histolytica* vivo migra para o corpo através do fluxo sanguíneo, por duas razões. A malária e o *E.histolytica* pertencem à classe de infecções por protozoários. Clinicamente, a libertação do *Plasmodium* da malária no sangue é acompanhada por uma série de sintomas clínicos, um dos quais é febre elevada devido à reação do corpo às proteínas estranhas. Isso não acontece no caso da amebíase. Na maioria dos casos, o dano do corpo por *E.histolytica* ocorre sem sintoma de febre.

Após estudo da estrutura anatômica das fibras musculares lisas, chegamos à conclusão de que a trophozoite-erythrophage avança para órgãos-alvo pelo espaço intersticial das fibras musculares lisas dos vasos. Estudos microscópicos mostraram que não há continuidade protoplásmica membrana entre as fibras individuais do sincício muscular. Eles são separados um do outro por finas (200-500 Å) fendas. Sem causar reação séptica no corpo para *E.histolytica*, ao atingir o órgão-alvo, Trophozoite-erythrophage continua a mover-se e provoca danos mecânicos e tóxicos nas células de músculo liso.

Ao contrário das fibras de vários núcleos dos músculos esqueléticos, que não podem ser divididas após a conclusão da diferenciação, as fibras musculares lisas têm um único núcleo e são capazes de se dividir ao longo de toda a vida do organismo. (22) O dano do tecido por trofozoito-erythrophage provoca a divisão anormal dos músculos lisos, alterando a trajetória do crescimento das células musculares lisas da lon-

gitudinal para foice - anel, formando amebome, que eventualmente começa a dispersar-se pelos grandes vasos deformados, de paredes espessas e é gradualmente transformado de amebome benigna em adenocarcinoma.

TRATAMENTO DE AMEBÍASE E DAS SUAS COMPLICAÇÕES

Tinidazol foi o principal medicamento indicado para o tratamento de formas complicadas de amebíase em pacientes com idade dos 7 aos 90 anos. Um comprimido contém 500 mg de Tinidazol. Recomenda-se a administração de um a quatro comprimidos por dia, dependendo da idade e do peso do paciente.

Recomenda-se tomar 4 comprimidos uma vez por dia após a refeição, durante 5-10 dias. As crianças menores de 7 anos devem tomar 5 ml de xarope de suspensão de Metronidazol, três vezes ao dia, durante 5-10 dias, dependendo do curso clínico de amebíase. Após 15 dias de tratamento tem que se repetir a análise das fezes. Se os cistos são detetados novamente o segundo ciclo de tratamento é indicado até a recuperação completa.

É necessário controlar o nível de leveduras nas análises fecais, que aumenta depois de se tomar medicamentos anti - amebícos. O principal representante dessas leveduras é *Candida Albicans*. Fluconazol, que é um medicamento antifúngico, também é administrado: 1 cápsula (150 mg) uma vez por dia. O curso do tratamento é de 5-10 dias.

O desaparecimento de cistos em amostras de fezes não é considerado como plena recuperação do paciente. Ao paciente é indicado um exame trimestral de fezes durante um ano e, em seguida, um exame posterior de fezes a cada seis meses de vida.

O tratamento de amebíase complicado está bem descrito na literatura médica. O quadro clínico de amebíase deve ser desde o início diferenciado das outras patologias agudas abdominais (colite ulcerativa, doença de Crohn). O diagnóstico diferenciado da dor na região ilíaca direita associada à amebíase e apendicite baseia-se apenas na análise das fezes.

Deteção de trofozoítos e cistos nas fezes do paciente é uma contra-indicação para cirurgia. A cirurgia é recomendada em caso de hemorragia maciça, ou apenas peritonite. O tratamento de abscessos amebianos do fígado, dos pulmões e do cérebro são geralmente efetuados cirurgicamente.

(9) Amebomes únicas e múltiplas dos pólipos do útero, próstata, mama e intestino requerem tratamento cirúrgico obrigatório para prevenir a degeneração do processo benigno para maligno.

O tratamento da amebíase da pele consiste em tratamento local da área afetada pela solução de iodo a 5% até a recuperação completa e inclui curso anti amebico obrigatório de tratamento. O dano amebiano do globo ocular é tratado cirurgicamente e curso repetidos de tratamento com Tinidazol são indicados para prevenir recidivos.

Se a amebome é detetada em qualquer órgão do paciente a operação cirúrgica é necessária, a fim de salvar as funções fisiológicas do órgão.

RESULTADOS

Notamos que entre 6520 habitantes de África examinados apenas em 1.450 pessoas (22,3%) não foram detetados nas fezes cistos de *E. histolytica* ou as suas formas vivas. Entre os habitantes de Tver, Rússia, o número de tais indivíduos foi significativamente maior, em 330 pacientes de cada 450 examinados, que representou 73,4% ($p < 0,01$), os cistos não foram detetados. Os dados obtidos por um lado, apoiam a declaração geral de que a amebíase é mais comum em países de clima quente. No entanto, por outro lado, a incidência global de identificação de amebíase é muito maior do que o indicado na literatura (1), que é cerca de 10%.

Descobriu-se que, em geral, a infestação por *E. histolytica* da população que vive em um clima temperado é bastante elevada. Na verdade, cistos ou trofozoítos foram encontrados em fezes de 26,6% residentes examinados.

Os indivíduos examinados (5190 pacientes), nas fezes dos quais cistos e trofozoítos foram encontrados, podem ser divididos em dois grupos. O primeiro grupo incluiu 4.022 pacientes, que tiveram cistos apenas nas fezes, ou seja, eles eram portadores de cisto. Em geral, portadores de cisto representam 57,7%, independentemente do lugar de residência.

A maioria deles não apresenta quaisquer queixas. Concluímos que a intensidade da infestação por cistos varia, dependendo do lugar de residência dos portadores. Assim, entre os 98 examinados residen-

tes de Tver (Rússia) a morbidade do transportador de cisto correspondente a + foi detetada em 70 residentes examinados (71,5%), correspondendo a ++ em 20 residentes examinados (20,4%) e correspondente a +++ em 8 pessoas examinadas (8,2%).

O quadro é bem diferente no que diz respeito aos 3924 habitantes de África observados. A morbidade do transportador de cisto correspondente a + foi detetada em 1350 pacientes (34,4%); ++ em 1525 (38,9%) e +++ em 1049 (26,8%). Os dados apresentados mostram claramente que entre os habitantes de África a morbidade do transportador de cisto é mais frequente, com alto grau de contaminação de fezes.

Dos 4022 portadores de cisto 453 casos foram cuidadosamente estudados e foi dada especial atenção a quaisquer queixas durante os últimos 6 meses, principalmente relacionadas ao trato gastrointestinal: dor abdominal, área lombar, diarreia com presença de sangue e muco nas fezes, mal-estar e, às vezes, febre. Entre esses 453 casos estudados apenas 233 (51,5%) foram observados durante os últimos 6 meses.

Deve notar-se que apenas 163 (70%) dos 233 pacientes dirigiram-se aos serviços de saúde, mas a amebíase não foi diagnosticada e todos foram tratados como casos de disenteria bacilar. Situação diferente foi observada entre os indivíduos examinados quando foram encontrados trofozoítos nas fezes.

Nenhum dos 22 moradores da cidade Tver sentiu-se completamente saudável. Na maioria dos casos tinham queixas gerais de origem incerta: mal-estar, perda de peso, deficiência, falta de apetite, diminuição do interesse pela vida, etc. Apenas 8 pacientes examinados apresentaram queixas mais específicas: dores abdominais na região ileocecal, fezes às vezes instáveis com muco e sangue. Estes dados serviram de base para o diagnóstico diferencial entre disenteria bacteriana e colite amebiana (disenteria amebiana). Os estudos realizados permitiram confirmar o diagnóstico acima mencionado em todos os casos. A aplicação de Tinidazol (2 g, uma vez por dia) durante 10-15 dias em todos os casos deu excelentes resultados.

Entre os moradores de África observou-se o seguinte quadro. Entre 1139 pacientes com trofozoítos em fezes 450 indivíduos (39,5%) não apresentavam quaisquer queixas e se consideravam saudáveis, e 386 pessoas observadas (33,9%) apresentavam queixas

de natureza indefinida, mas nenhuma patologia foi encontrada.

No entanto, deve notar-se que entre estes indivíduos houve perda inexplicada de peso bastante comum, por vezes até a exaustão (73; 19,0%). Em 303 pessoas (26,6%) observamos uma patologia objetiva bastante clara que, na maioria dos casos, correspondia a certa nosologia: colite amebiana foi diagnosticada em 206 pacientes (68,0%), abscesso hepático em 26, danos dérmicos de mãos e pernas como eritema resistente e prurido em 15 (5,0%), ameboma útero em 6 (2,0%), doenças oculares diferentes em 4 (1,4%), prostatite - em 7 (2,4%), abscesso cerebral em 1 (0,4 %).

Em 38 pacientes observados (12,6%) a amebíase foi diagnosticada em combinação com outra doença infecciosa (SIDA, malária, filariose, estrongiloidíase, sífilis, tuberculose, etc.). Essas doenças alteram o quadro clínico de amebíase, o que dificulta o diagnóstico. Sem dúvida que a combinação de amebíase com outras doenças infecciosas (parasitas) prejudica a condição geral do paciente e torna difícil o tratamento. Ora, o tratamento específico em todos os casos deu um efeito positivo.

A pesquisa realizada resultou na elaboração de uma metodologia de diagnóstico mais económico de amebíase nos países em desenvolvimento, com monitoramento altamente informativo e simplificado de morbilidade. Recomenda-se o uso da fórmula de contagem dos cistos durante exame microscópico em 10 campos de visão.

O problema de tumores benignos de vários órgãos como útero, próstata, mama, olho, pólipos intestinais com a sua transformação em carcinoma foi estudado. A forma mais económica de tratamento de amebíase com Tinidazole foi elaborada. Foi recomendado o regime de tratamento e consequente prevenção de danos possíveis causados por *Cândida Albicans* como um efeito secundário de terapia anti protozoária de amebíase.

CONCLUSÕES

As conclusões feitas pelos autores, em resultado de investigações clínicas e estudos da literatura científica, provam que os danos no corpo humano causados por cistos *E.histolytica* não podem ser denominados por «morbidade transportadora».

Os danos causados por *E.histolytica* levam às doenças com um quadro sintomático diferente, com perda de órgãos e tecidos das fibras musculares lisas. A persistência de trofozóito - *erythrophage* no organismo leva a um número de complicações sérias tais como anemia, formação de abscessos, formação de amebomes em vários órgãos como útero, próstata, mama, olho, pele, formação dos pólipos únicos e múltiplos de cólon com tendência para transformação em cancro, provocam insuficiência cardíaca, perturbações de fertilidade e lesões vasculares profundas.

O dano tecidual por *erythrophage* leva à divisão patológica da musculatura lisa, alterando a trajetória de crescimento das células musculares lisas longitudinais em foice - anel, formando amebome-conglomerado, que eventualmente começa a crescer, com grandes deformações, vasos de parede espessa e, gradualmente, degenera da ameboma benigno em carcinoma.

Na base das observações clínicas e estudo da literatura especializada, chegamos a conclusões sobre as possíveis formas de passagem de trophozoite-*erythrophage* no espaço intercelular da musculatura lisa dos órgãos-alvo, sem manifestações clínicas. É necessário continuar o estudo do processo de propagação da trofozóite -*erythrophage* no corpo humano por meio de exame histológico de amostras de biópsia a partir dos órgãos alvo das fibras musculares lisas.

O tratamento cirúrgico de amebomes de útero, próstata, mama e pólipos intestinais deve ser realizado. No caso de lesões ulcerativas do sigmóide e recto o tratamento conservador deve ser recomendado inicialmente até o desaparecimento completo de trophozoite-*erythrophage* e cistos nas análises de amostras fecais e raspas das superfícies afetadas. O tratamento cirúrgico é recomendado só nos casos de hemorragia, perfuração, formação de fístula.

A simplicidade do diagnóstico e o monitoramento da eficácia do tratamento dos doentes permitiu aos autores concluir as recomendações para o controle da amebíase em pacientes de todas as idades e mulheres grávidas, independente da região de residência: África, Europa, Ásia, outros países. É necessário fazer a análise das fezes três vezes em 6 meses, durante o ano, a fim de identificar para curar *E.histolytica*, até o desaparecimento completo dos cistos do corpo.



Com base nesta pesquisa podemos concluir que a Entamoeba histolytica é hoje um perigo real para a saúde e a vida da população. Isso faz com que uma série de graves complicações pouco diferenciadas levem a diagnósticos equivocados e tratamento incorreto, especialmente em certos ramos da medicina, como ginecologia, urologia, oncologia, gastroenterologia, neurologia, entre outros.

Gostaríamos de recomendar aos médicos de todas as instituições mundiais que prestem atenção especial a este tipo de patologia, e deem mais atenção à condição do trato gastrointestinal dos pacientes durante a rotina de check-up médico.

Aos chefes de maternidades e clínicas pré-natais recomendamos a realização de exames médicos mais aprofundados às mulheres.

REFERÊNCIAS / BIBLIOGRAFIA

1. Svistunov O.P. Amebiasis and its clinical picture at present moment. // Infectious Diseases. -2008. - Nº1. - S. 81-83
2. Amoebiasis and the fight against it. // Bulletin of WHO - 1985, Nº3, s.1-9.
3. Pavlova E.A. Amebiasis. // TSIUV, Moscow, 1980, 34 s. Guide Instruction in Tropical Diseases. Amoebiasis. // Ed. Lysenko A.Ya., 1983.
4. Gasparini, G., and Harris. A.L. (1995) J. Clin. Oncol., 13, 765-782.
5. Gorbunova Y.P. Laboratory diagnosis of intestinal protozoos. // TSIUV, Moscow, 1989, 34 p.
6. Amoebiasis DAVID A. BRUCKNER
Department of Pathology and Laboratory Medicine,
UCLA Medical Center, Los Angeles, California 90024-1713
7. Garcia, L. S., and D. A. Bruckner. 1988. Diagnostic medical parasitology. Elsevier Science Publishing Co. Inc., New York. CLINICAL MICROBIOLOGY REVIEWS, Oct. 1992, p. 356-369 0893-8512 / 92 / 040356-14 \$ 02.00 / 0 Copyright © 1992, American Society for Microbiology
8. Joyce, M. P., Ravdin J.I. 1988. Pathology of human amoebiasis, p. 129-146. Ravdin J.I. (ed.), Amoebiasis: human infection by Entamoeba histolytica. John Wiley & Sons, Inc., New York.
9. Kapoor, o. P., Nathwani B.N., Joshi V.P. 1972. Amoebic peritonitis: a study of 73 cases. J. Trop. Med. Hyg. 75: 11-15.
10. Kean, B. H., K. E. Mott K.E., Russell A.J. 1978. Tropical
11. Weinke, T., B. Friedrich-Janicke, P. Hopp, and K. Janitschke. 1990. Prevalence and clinical importance of
- Os epidemiologistas precisam desenvolver uma série de programas internacionais contra o Entamoeba histolytica. É necessário que os médicos militares estudem cuidadosamente a epidemiologia patogênese e o quadro clínico da doença, porque o Entamoeba histolytica pode se transformar em uma arma biológica que leva à infertilidade feminina e, provavelmente, masculina, provocando um número grande de consequências inexploradas das lesões provocadas por este tipo de infecção por protozoários. Também é recomendado explorar e desenvolver métodos de desinfecção de água e processamento de alimentos e a criação de novos medicamentos e desinfetantes. As campanhas de sensibilização em massa sobre o Entamoeba histolytica devem ser organizadas a nível da OMS.
- Entamoeba histolytica in two high-risk groups: travelers returning from the tropics and male homosexuals. J. Infect. Dis. 161: 1029-1031.
12. Sargeant, PG, Williams J.E., Kumate J., Jimenez E. 1980. The epidemiology of Entamoeba histolytica in Mexico City. A pilot survey. I. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 74: 653-656.
13. Amebiasis * Kerrison Juniper, Jr., M.D. ** Phil J Microbiol Infect Dis 1984; 13 (1): 49-64
14. Scragg J. Amoebic liver abscess in African children. Arch Dis Child 1960; 35: 171.
15. Reddy DG, Rangam CM. Amoebic granuloma (amoeboma) of the large intestine. Indian Med Gaz 1946; 81: 463.
16. Baker K, Zhang Y, Jin C, et al. Proximal versus distal hyperplastic polyps of the colo-rectum: different lesions or a biological spectrum? J Clin Pathol 2004; 57: 1089-1093
17. Goldstein N. Small colonic microsatellite unstable adenocarcinomas and high-grade epithelial dysplasia in sessile serrated adenoma. Am J Clin Pathol 2006; 125: 132-145
18. Kudo S, Lambert R, Allen JI, et al. Non-polypoid neoplastic lesions of the colorectal mucosa. Gastrointest Endosc 2008; 68 (4 Suppl): 3-47
19. Oka S, Tanaka S, Hiyama T, et al. Clinicopathologic and endoscopic features of colorectal serrated adenoma: differences between polypoid and superficial types. Gastrointest Endosc 2004; 59: 213-219
20. Gasparini.G, Harris.A.L. (1995)
21. Pluda, J.M., Parkinson, D.R. (1995)
22. http://medbiol.ru/medbiol/phys_m/0000659.htm#00006b91.htm

Inalgin[®] Gel

Etofenamato

Inalgin é a solução

Alívio das dores musculares e
reumáticas



Inpharma

Inalgin Gel (etofenamato) é um medicamento não sujeito a receita médica obrigatória. **Indicações Terapêuticas:** este medicamento está indicado nas situações dolorosas localizadas do aparelho locomotor, atua no alívio da dor, redução do inchaço e inflamação, pode ser usado por adultos no tratamento de lesões musculares ou das articulações, como contusões, luxações, entorses e tendinites; doenças reumáticas (reumatismo), como artrites e artroses. **Contra indicações:** O etofenamato não deve ser aplicado diretamente em feridas abertas, peles lesadas, lesões eczematosas, nem deve ser utilizado em crianças com menos de 12 anos, grávidas, nem se tiver alergias (reações de hipersensibilidade: rash cutâneo (erupção na pele com vermelhidão), sensação de falta de ar e dificuldade em engolir; Reações bolhosas (reações externas a nível da pele com aparecimento de vermelhidão, descamação e grandes bolhas), ao etofenamato ou qualquer outro componente de **Inalgin**. **Precações e advertências:** Se aplicar só na zona onde **Inalgin** foi aplicado, poderá surgir dermatite foto-sensível (inflamação da pele que se pode manifestar por vermelhidão e coceira na zona de aplicação após exposição solar). Caso sinta um desses sintomas, contacte imediatamente o seu médico ou farmacêutico. **Interações medicamentosas:** Caso esteja a tomar algum dos seguintes medicamentos, contacte o seu médico ou farmacêutico antes de iniciar a aplicação de **Inalgin** porque pode comprometer o seu efeito ou aumentar o risco de efeitos secundários: O uso de **Inalgin** associado à enoxaparina pode aumentar o efeito hemorrágico; com a hidroclorotiazida pode diminuir a ação diurética desta e a sua eficácia anti-hipertensiva; o seu uso simultâneo com o lítio pode aumentar a toxicidade deste. Quando utilizado simultaneamente com o filanteno pode reduzir a eficácia deste e produzir nefrotoxicidade, diarreia, inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (ECA) e Antagonistas da Angiotensina II (AAI). **Efeitos secundários frequentes:** Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos secundários, embora estes não se manifestem em todas as pessoas. Frequentes: prurido (coceira); eritema (aparecimento de zonas avermelhadas na pele); irritação local da pele, que normalmente desaparece quando se interrompe o tratamento. **Apresentação:** **Inalgin** Gel embalagem de 100g. **Leia cuidadosamente as informações constantes do folheto informativo.**



Diagnóstico em Patologia Vascular

Doença Carotídea A propósito de 1 caso operado

Autores:

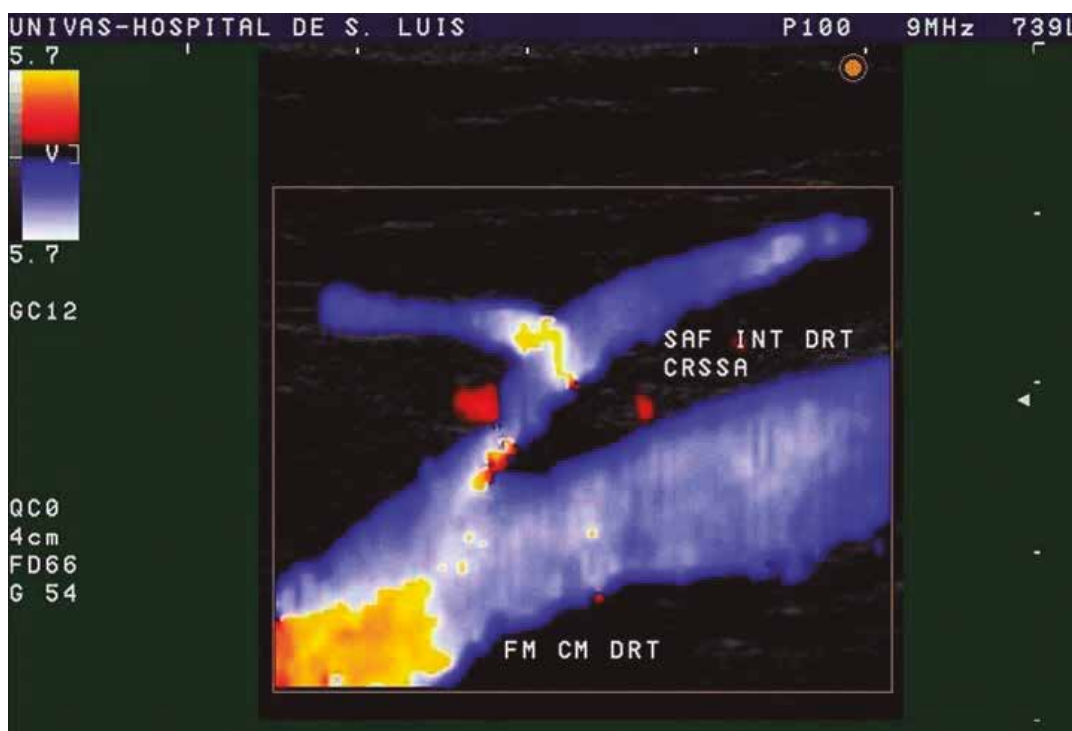
José Prates Raposo ⁽¹⁾. **HAN** ⁽²⁾.

Felisberto Borges ⁽³⁾

Henrique Vera-Cruz ⁽⁴⁾

Victor Costa ⁽⁵⁾

- (1) Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pelos Hospitais Cívicos de Lisboa e pela Ordem dos Médicos de Portugal. Ex-estagiário nos Hospitais Universitários de Montpellier, Tours, Paris e Lausanne.
- (2) Comunicação às I^{as} Jornadas de Angiologia e Cirurgia Vascular em 07 de Dezembro de 2013 na Cidade da Praia em Cabo Verde.
- (3) Otorrinolaringologista
- (4) Médico Clínica Geral/Cirurgião.
- (5) Médico Cirurgião



Eco-Doppler Cor Venoso da Região Inguinal – Imagem de Prates Raposo

INTRODUÇÃO

O presente trabalho comunicado publicamente nas I Jornadas de Angiologia e Cirurgia Vascular do HAN em Dezembro de 2013, pretendia dar uma ideia global das potencialidades e aplicações desta especialidade médica e cirúrgica, de aparecimento relativamente recente mas com uma evolução espectacular e galopante, acompanhando a explosão da micro-electrónica e da informática.

Como noutras áreas da medicina, a terapêutica correcta e eficaz depende em 1º Lugar de um diagnóstico rigoroso e convincente. Demos destaque à USV (Ultrassonografia Vascular) exame de 1ª linha, inócuo e não invasivo. Salientamos as indicações e limitações do Eco-Doppler Cor e do Angio TC – exames já disponíveis na cidade da Praia e no HAN.



A actualidade desta comunicação justifica plenamente, em nosso entender, esta publicação dedicada a uma patologia tão importante e frequente.

COMUNICAÇÃO

- Durante muitos séculos (quase 2.000 anos) a medicina evoluiu muito pouco, limitando-se às teorias de Hipócrates e Galeno e à aplicação essencialmente de purgantes, clisteres, ventosas e sangrias.
- O diagnóstico era muito limitado à observação do pulso e das urinas.
- A cirurgia era considerada uma arte menor.
- Nas últimas décadas (30 a 40 anos) os progressos da medicina e da cirurgia foram notáveis.
- A cirurgia vascular não escapou a este importantíssimo desenvolvimento e as causas foram múltiplas:
 1. Melhoria dos fios de sutura e das próteses.
 2. Melhoria dos instrumentos e equipamentos.
 3. Melhoria das técnicas anestésicas.
 4. Melhoria das técnicas de reabilitação.
 5. O aparecimento de drogas mais específicas e eficientes.
 6. O desenvolvimento da arteriografia diagnóstica e terapêutica com cateteres cada vez mais complexos e sofisticados.
 7. Generalização dos meios complementares de diagnóstico.

Este último terá sido um dos aspectos fundamentais deste enorme progresso, resultante do grande desenvolvimento da electrónica e da microinformática e da sua aplicação generalizada, nomeadamente a todos os ramos da Medicina e da Biologia.

Daqui resultou uma melhoria do diagnóstico, condição indispensável a uma terapêutica mais correcta e eficaz.

A arteriografia continua no entanto a ser o exame fundamental para a caracterização etiológica e

morfológica do doente vascular. Todavia pelas suas características não pode ser um exame de rotina ou de 1ª escolha:

1. Exame invasivo, doloroso e cruento.
2. Relativamente moroso e dispendioso.
3. Exigindo grande mobilização de meios técnicos e humanos.
4. Com limitações técnicas e financeiras.
5. Não isento de riscos.

Assim, a necessidade de vulgarização de meios atraumáticos, menos dispendiosos e mais versáteis levou ao aparecimento de múltiplos meios de diagnóstico alternativos de que salientamos os ultrassonográficos, sem dúvida, actualmente os mais desenvolvidos e vulgarizados:

1. Pela inocuidade.
2. Pela facilidade e rapidez de execução.
3. Pelo volume de informação fornecida, anatómica e hemodinâmica.
4. Pela elevada sensibilidade e especificidade.
5. Pela possibilidade de padronização e reproductibilidade.
6. Pelo baixo custo.

Por isso, os exames US (ultrassonográficos) têm a sua indicação em todas as fases do processo evolutivo das angiopatias:

1. Diagnóstico clínico e epidemiológico.
2. Selecção de doentes para exames cruentos e invasivos.
3. Orientação para terapêutica médica ou cirúrgica.
4. Apoio per-operatório.
5. Avaliação de resultados terapêuticos, médicos ou cirúrgicos.
6. Controle da evolução da doença e suas eventuais complicações.



Mas nem só as angiopatias constituem o campo de acção dos US, que hoje se aplicam a quase todos os domínios da medicina e da biologia, quer em diagnóstico quer em terapêutica, sobretudo desde que o fenómeno informático se desenvolveu e generalizou.

Vejamos então as principais aplicações diagnósticas da USV:

1. Diag. da insuf. vascular cerebral de natureza extra e intra-craneana.
2. Estudo da permeab. e débito das anastomoses extra – intra-craneanas.
3. Diag. das lesões da aorta e seus ramos viscerais.
4. Diag. e padronização da arteriopatia periférica.
5. Diag. e caracterização da doença venosa superficial ou profunda em todas as situações agudas ou crónicas quer por insuficiência, quer por lesão obstrutiva.
6. Diag. da hipertensão arterial de causa reno-vascular.
7. Estudo da circulação feto-placentária.
8. Estudo da circulação hepática e sua debimetria.
9. Avaliação das valvulopatias, nomeadamente aórtica e tricúspida.
10. Estudo da disfunção erétil de natureza arterial ou venosa.
11. Estudo da permeabilidade e débitos das fístulas arterio-venosas.
12. Avaliação dos resultados das mais diversas intervenções de cirurgia cardíaca e vascular, nomeadamente transplantações cardíacas, hepáticas ou renais.

O desenvolvimento destes meios complementares de diagnóstico tem sido tão rápido e tão útil nas

últimas três décadas que a sua aplicação inicialmente às angiopatias periféricas e em apoio per-operatório alargou progressivamente o seu campo de actuação a toda a patologia cardio-vascular arterial e venosa quer aos vasos superficiais, quer profundos.

Hoje os ultrassons, fornecendo uma caracterização tecidual cada vez mais perfeita, e uma informação hemodinâmica não invasiva mais extensa, transmitem-nos parâmetros fundamentais da circulação na aorta ou na veia cava, nas carótidas ou nas digitais.

Temos assim dados quantitativos, semi-quantitativos e qualitativos, directos e indirectos, anatómicos, hemodinâmicos e anatomo-patológicos, a nível das lesões bem como a montante e a jusante das mesmas.

Sendo a patologia vascular a principal causa de mortalidade e de morbilidade entre nós, com elevados custos sociais, a necessidade imperiosa de diagnosticar esta patologia nos seus estádios mais precoces, fomentou, pois, a generalização destes exames.

Todavia, e conforme sublinhou há muito **Leandre Pourcelot**, *“é preciso não esquecer sempre que a exploração por ultrassons é uma técnica manual que necessita uma longa aprendizagem, muita paciência, e uma vontade permanente de progredir”*.

Importa também salientar que nesta metodologia, em que a execução e a interpretação dependem muito do operador, o rigor das conclusões é uma função directa dos seus conhecimentos e da sua experiência, e esta assenta, não apenas no número global de exames executados, mas na confrontação sistemática com outros métodos de diagnóstico e com a informação clínica.

Claude Franceschi, por seu lado, afirmou textualmente que o exame Doppler não era um exame banal e, *“pela riqueza de informação teórica e prática fornecida sobre a árvore circulatória, este método não devia nunca ser abandonado ao improvisado”*, sendo um instrumento metodológico e semiológico demasiado precioso para ser abandonado em mãos insuficientemente informadas em patologia vascular como em hemodinâmica e em ultrassonografia.



Segundo Franceschi, “o Doppler e o Eco-Doppler devem de ser utilizados no máximo das suas possibilidades, ou não utilizá-los. Eles não suportam nem a insuficiência teórica, nem a aproximação metodológica”.

É por isso que uma longa, paciente e exigente formação teórica, prática e responsável, é absolutamente necessária.

Prosseguiremos com as bases e as generalidades desta maravilhosa ciência que se renova a cada instante e cujo futuro é deveras imprevisível, e veremos finalmente alguns marcos históricos fundamentais, para compreensão do problema em toda a sua plenitude, homenageando simultaneamente os homens que nos brindaram com os prodígios da sua imaginação.

A . FORMAS DE APRESENTAÇÃO DO SINAL DOPPLER

Eco A. – Amplitude . Eco M. - Movimento

Eco B. - Brilho - Corte Ecotomográfico

Curvas de velocimetria . Análise espectral.

FFT

Doppler pulsátil multicanal . Duplex-Scan

Triplex-Scan . Eco-Doppler codificado a Cores

. Angiodinografia

Ultrassonografia Volumétrica ou 3 D . USV Intra-Vascular

B . DADOS DOS EXAMES US

Doppler Contínuo

. A partir do início dos anos 60 fornecia-nos informação puramente hemodinâmica e cega.

Ecotomografia

. A partir dos anos 70 passou a fornecer-nos regularmente importante informação anatômica, hemodinâmica e anatomo-patológica, embora com restrições.

Sistemas mistos

. A partir de meados dos anos 70 acoplando numa mesma sonda a imagem ecotomográfica e a respectiva informação Doppler em *real time* estes equipamentos permitiram uma melhor caracterização dos vasos e do sangue circulante.

. A introdução dos códigos de cor veio melhorar e enriquecer notavelmente as potencialidades diagnósticas nos equipamentos chamados Triplex-Scan.



Eco-Doppler Cor . Eixo Carotideo Esquerdo com placa - Imagem de Prates Raposo



C . QUALIDADE DO EXAME

Na maior parte dos casos podemos obter exames de excelente qualidade com graus de sensibilidade e de especificidade que rondam os 95%, porém a qualidade destes exames depende:

- Da anatomia do doente.
- Da qualidade do equipamento utilizado.
- Da preparação e experiência do operador.
- Da tecnologia em si.

D . RISCOS E IMPREVISTOS

Preparação deficiente do operador, equipamentos de má qualidade ou metodologias incorrectas, principalmente em certos doentes, podem conduzir a importantes erros de execução ou de interpretação com o consequente prejuízo para o doente. Os principais são:

- Erros por defeito.
- Erros por excesso.
- Erros por referenciação.
- Erros de carácter administrativo.

E . MARCOS HISTÓRICOS

William Harvey . 1578 – 1657

Descreve pela primeira vez a circulação sanguínea.

Christian Doppler . 1803 – 1853

Descreve o efeito físico com o mesmo nome.

Etienne Marey . 1830 – 1904.

Implementa o fusil fotográfico em 1882.

William Roentgen . 1845 – 1923.

Descobre a radiação X em 1895.

Paul Langevin . 1872 – 1946.

Em 1920 efectua os primeiros ensaios de ultrassonografia submarina.

Egas Moniz . 1874 – 1955.

1927 Pioneiro da arteriografia. Angiografia Cerebral.

Reynaldo dos Santos . 1880 – 1970.

1927 Generaliza as aplicações da arteriografia.

Elder e Hertz . Suecos.

Primeiros a estudar, em 1954, as estruturas cardíacas em movimento. Foi o início da ecocardiografia.

Shigeo Satomura . Japonês . 1919 – 1960.

Demonstra pela primeira vez, em 1955, o interesse dos US para o estudo da circulação sanguínea. Este autor inventou e construiu o primeiro fluxímetro Doppler, bem como o 1º analizador de espectro em 1960.

Leandre Pourcelot, em França, e Donald Strandness, nos USA:

Grandes impulsionadores da investigação e divulgação da USV a partir de 1962 – 1963. Foi o auge do Doppler Contínuo. Mendes Fagundes, em Lisboa, e Mário Caetano Pereira, no Porto:

Pioneiros da USV em Portugal a partir de 1971 – 1972.

Década de 80 do século XX:

Aparecimento do Doppler Transcraneano.

Aparecimento do Eco-Doppler a Cores – Triplex-Scan.

Década de 90 do século XX.

Desenvolvimento da USV de volume ou 3 D. Aparecimento da Ecografia Intra-vascular

NOTA: A apresentação inicial deste trabalho foi ilustrada com a projecção de 33 imagens, em Power Point.



BIBLIOGRAFIA

1. Indications de L'ultrasonographie Doppler Dans L'étude des Vaisseaux Péripheriques Leandre Pourcelot . La Revue du Praticien . Paris 1975
2. Tecnicas de Chirurgie Vasculaire B. Andreassian, A. Carpentier e outros . Masson . Paris . 1984
3. L'Investigation Vasculaire par Ultrasonographie Doppler. Claude Franceschi . Masson . Paris 1987
4. Nouvelles Explorations Atraumatiques em Phatologie Vasculaire Cérébrale . J. Cambier e col. PIL. Paris . 1987
5. Ultrassonografia Vascular . Generalidades . Princípios . Aplicações. J. Prates Raposo . O Médico N° 1849 . Lisboa . 1987
6. Ecotomografia das artérias Cervicais. J. Prates Raposo . O Médico nº 1895 . Lx. 1988
7. Ultrasonographie Vasculaire Diagnostique . Michel Dauzat e col. Vigot 1991
8. Pratique de Eco-Doppler Couleur . M.C. Plainfosse . Masson . Paris . 1993
9. Plaques carotides. Diagnostic, Evaluation Prognostic . J.M. de Bray e col. Sauramps. Montpellier . 1997
10. Noções Fundamentais de Imagiologia . Martins Pisco e Ayres de Sousa . Lx. 1999
11. Exame Venoso . Eco-Doppler Cor . J. Prates Raposo . UNIVAS . Lisboa 2003
- 12.. Carótidas e Vertebrais . Eco-Doppler Cor . J. Prates Raposo . UNIVAS . Lisboa 2004.
13. Exame Arterial . Eco-Doppler Cor . J. Prates Raposo . UNIVAS . Lisboa 2005
- 14.. Ultrasonographie in Vascular Diseases . Edward I. Bluth, Carol B. Benson e outros . Thieme . New York 2007
- 15.. Ultrassonografia Vascular . Dados Históricos e Evolução Recente J. Prates Raposo . UNIVAS . Lisboa 2008
- 16.. Rutherford's Vascular Surgery . 7ª Edição . Philadelphia . Els. Saunders 2010
- 17.. Manual de Angiologia e Cirurgia Vascular. Edição Serv. Angiologia e Cirurgia Vascular . Hosp. Santa Marta . 2013



FARMÁCIA
Moderna

Avenida Amílcar Cabral
Plateau - Praia
Santiago

T. 261 27 19
F. 261 29 51
E. fmoderna@sapo.cv

HORÁRIO
2ª a 6ª Das 8h às 20h
Sábado Das 9h às 13h

O QUE É SER UM MÉDICO NOS DIAS DE HOJE?

SERÁ UM SER DIVINO, UM
SACERDOTE, UM CURANDEIRO,
UM HERÓI OU SIMPLEMENTE
UM SER HUMANO

Autores:

[G1] Luís Cardoso; Jeanise Marques; Mileide Borges; Nair Reis; Silvana Da Veiga e Maria Socorro. ⁽¹⁾

[G2] Emeline Vieira; Eliana Almeida; Eliane Mascarenhas; Hillary Duarte; João Brito; Yahaira Lima; Yasmin Flor. ⁽¹⁾

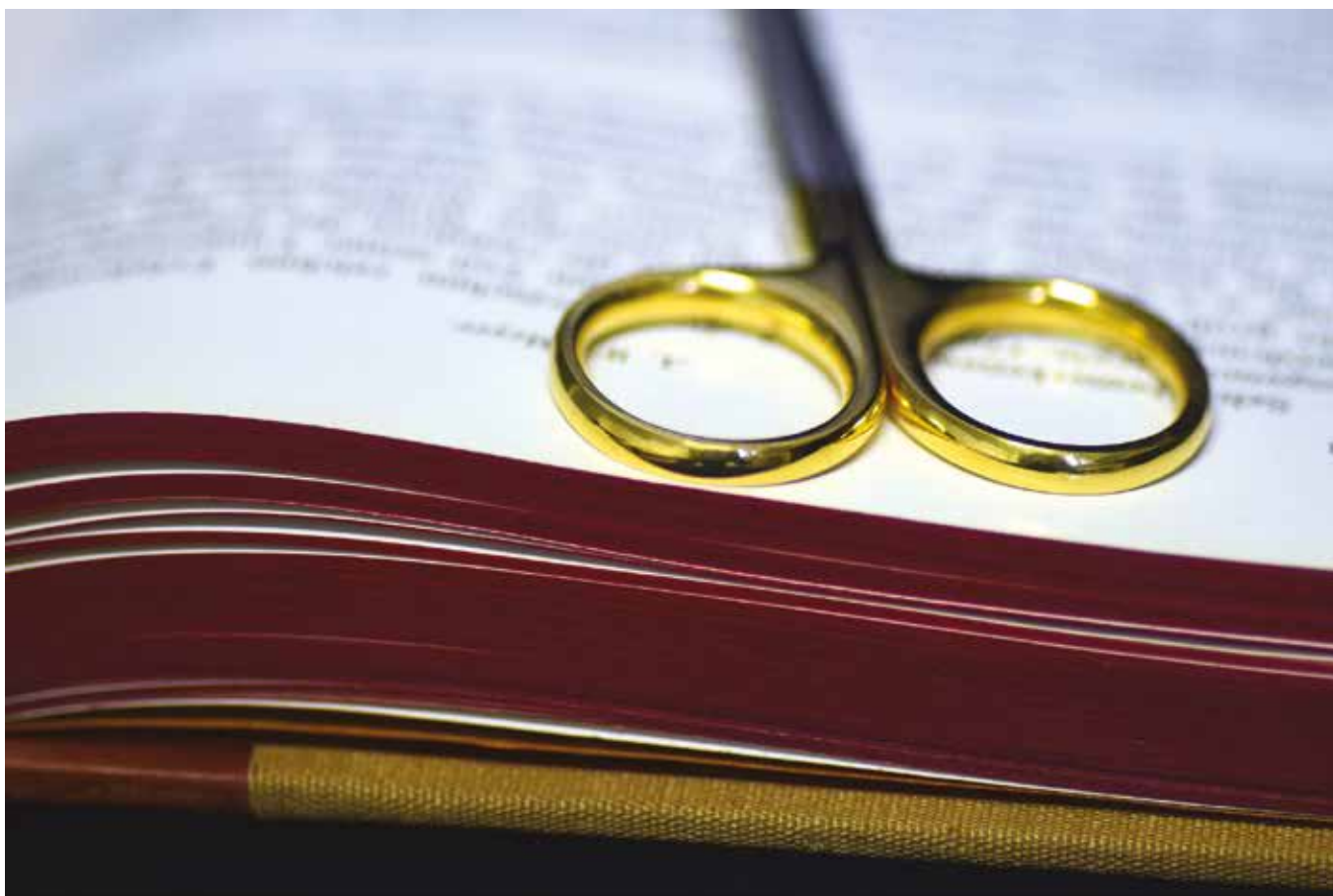
[G3] Edvânia Dias; Elma Bettencourt; Joceline Freire; Lenilda Silva; Marco Silva; Maria Bertalina Lopes; Marline Gonçalves. ⁽¹⁾

[G4] Amanda Amorim; Jaqueline; Marlene; Helder Landim; Ana Viana; Hélica Moreno. ⁽¹⁾

António Pedro Delgado, Docente ⁽²⁾

(1) Alunos do Curso de Medicina da Uni-CV IPM1 /Turma 2017/2018

(2) Docente no Curso de Medicina/MIM na Uni-CV, Coregente da UC de Introdução à Prática Médica 1.



Desde a antiguidade, o Homem procurou a razão da sua existência de modo a entender a sua posição neste infinito universo. A evolução da humanidade arrastou consigo novos conceitos, tecnologias modernas e aumentou a lucidez do pensamento e o homem não foi indiferente para consigo, quis saber de onde veio, do que é feito e porque morremos. Este ser curioso e intrigante por natureza, tentou encontrar fórmulas e respostas para tudo aquilo que parecia sobrenatural nessa longa caminhada.

Talvez por isso, querer ser Médico seja um sonho que vem invadindo a mente de muitas pessoas, desde criança imagina-se na pele do Médico com a bata branca, um herói que salva vidas e que faz milagres. Hoje sabemos que cuidar de uma pessoa, salvar uma vida não se resume apenas aos sonhos de infância antes idealizados, exercer como Médico acarreta muitas responsabilidades, exigências e obstáculos, ultrapassáveis com muito carácter, força de vontade, destreza e sabedoria. Mas ser Médico é ser aquele homem ou aquela mulher que, movido por sentimentos de grande pureza de lutar pela vida, com o estudo de muitos conteúdos, consentindo privações, plantões, estresse e o grande cansaço no final de cada dia, mantém-se firme na grande vontade de levar alegria à pessoa enferma, carregando consigo o significado de empatia que faz parte da real função dessa profissão. É exercer uma profissão que envolve muito o sentimento de amor: amor ao próximo e amor por aquilo que se faz. Só assim, ele estará apto para compreender que em cada pessoa existe um ser com uma história e características próprias, com cultura, religião, classe social e orientação sexual diferente. Daí a grande importância de o Médico saber lidar com as pessoas doentes ou em risco e saber apoiá-las em qualquer situação, desde as mais simples até os casos mais delicados.

A Medicina é uma bela fonte de alegria e também de muito trabalho, mas ainda assim é um privilégio ter a capacidade de curar um enfermo. Os Médicos não devem tratar o paciente apenas nos aspetos clínicos, mas também como emocional, ou seja, ver o paciente como um todo, uma pessoa. Não basta o conhecimento científico, mas devem ser éticos e firmes nos desafios nessa profissão, saber lidar com diversas situações como as perdas e mesmo assim manter o equilíbrio emocional e a neutralidade, com a presença e com a agilidade que alguns momentos podem exigir. O exercício da Medicina é um ofício que exige muito responsabilidade e profissionalismo, pelo facto de lidarmos com vida e morte com limites muito ténues, por vezes. Para muitos os Médicos são vistos como seres imaculados e ausentes de erros, depositando uma elevada expectativa em cada um, porém não é uma profissão solitária, pois envolve o apoio e cooperação de toda uma equipa, sendo o Médico um dos defensores do bem-estar da comunidade.

É incrível como as pessoas se esquecem, por vezes, que por detrás da palavra “Medicina” existem anos e anos de estudo e dedicação. As pessoas se esquecem que é um dos cursos mais longos de graduação – se não o mais longo – e que depois de formados precisa-se passar por mais outros longos anos de especialização e aprendizagem. Com o diploma na mão, o Médico não se torna um super-herói, mas sim se torna apto para cuidar da sua saúde. Não se faz um Médico num abrir e fechar de olhos, é preciso esculpir e renovar continuamente o modo de ser, agir e pensar, indo além das suas limitações e das limitações que lhe são impostas, porque a sabedoria se constrói também a partir dos erros. Tornar-se Médico é um processo complexo, é um ato de coragem, é quebrar barreiras, é ter capacidade de lidar com problemas que possam surgir, sem perder a ética, sem medo e intimidação pois é preciso ousar ser diferente, com muita competência para ser conciso nas suas ações e sensato nas suas obrigações e fazer a diferença.

Como em qualquer processo de aprendizagem, um curso de Medicina precisa disponibilizar ferramentas para aquisição de muitos conhecimentos específicos e para, sobretudo adquirir a sensibilidade para lidar com o sofrimento dos outros sem os descartar, a capacidade de ouvir problemas mesmo não sendo capaz de lhes dar soluções satisfatórias, a humildade de aceitar os trajetos de vida dos outros e de lhes fornecer respostas que respeitem as suas escolhas.

Portanto, ser Médico é lutar por um mundo melhor, é ser sensível e principalmente nunca se esquecer de que ele é um ser humano, racional, porém limitado. Viver a Medicina é loucura, paixão que não se mede, conhecimento que não se acaba, uma verdadeira aventura em que se lida com a vida, com a morte, com desespero, com o esperado e o inesperado. Ser Médico é ter a louca vontade de exercer a compaixão.

BIBLIOGRAFIA

medicina2017uni@gmail.com

(2) Texto compilado a partir dos trabalhos de grupo dos alunos da turma de 2017/2018, na UC Introdução à Prática Médica 1, 1º semestre do Curso de Medicina da Uni-CV.

1.apc_delgado@hotmail.com ou antoniop.delgado@docente.unicv.edu.cv



A Vida toda.



Evacuação

Deslocação do beneficiário (segurado, pensionistas e familiares) com direito activo, para observação e tratamento fora do concelho de residência ou fora do país determinado pelo órgão de saúde competente a fim de beneficiar dos cuidados de saúde. A Portaria nº 35/2011 de 03 de Outubro, que regula a Evacuação Sanitária do beneficiário abrangido pelo sistema da protecção social obrigatória para observação ou tratamento fora do concelho de residência, ou fora do País, determinado pelas estruturas de saúde competentes;

Como é organizado o processo de evacuação interna – Circuito das Evacuações Internas

1º Delegacia de Saúde

Estabelecida a necessidade de uma consulta ou tratamento de especialidade inexistente nos serviços de saúde da localidade, sob proposta do médico Assistente e devidamente fundamentada em relatório médico e homologado pelo Delegado de Saúde, a deslocação do paciente para um Hospital Central/Regional, para efeito de consultas, tratamento e/ou exames de diagnósticos, é solicitada pelas Estruturas Locais de Saúde. Tratando-se de evacuação entre hospitais centrais a homologação é da competência da Junta da Saúde.

2º Hospital Central

A marcação de consulta de especialidade depende unicamente da disponibilidade dos Hospitais Centrais/Regionais, e é realizada pelos seus serviços internos. Feita a marcação das consultas, os serviços responsáveis, informem o INPS da data da consulta.

3º INPS

O INPS, assegura a logística do processo de evacuação nomeadamente: marcação da viagem na data mais próxima da consulta e as despesas com transportes. Assegura igualmente o pagamento do Subsídio Diário Único, mediante apresentação aos balcões.



A Vida toda.



Evacuação

Deslocação do beneficiário (segurado, pensionistas e familiares) com direito activo, para observação e tratamento fora do concelho de residência ou fora do país determinado pelo órgão de saúde competente a fim de beneficiar dos cuidados de saúde. A Portaria nº 35/2011 de 03 de Outubro, que regula a Evacuação Sanitária do beneficiário abrangido pelo sistema da protecção social obrigatória para observação ou tratamento fora do concelho de residência, ou fora do País, determinado pelas estruturas de saúde competentes;

Como é organizado o processo de evacuação Externa – Circuito das Evacuações Externas

1º Junta de Saúde

Esgotados todos os meios de diagnóstico e ou tratamento no País o médico assistente do paciente elabora um Atestado e um Relatório Médico e submete a Junta de Saúde para Avaliação. (Artº 16 da Portaria 35/2011)

2º Ministério da Saúde

Se a Junta de Saúde decidir pela Evacuação do Paciente para o exterior é elaborado um documento chamado Mapa da Junta de Saúde que é enviado ao Ministério de Saúde para ser Homologado pelo Ministro. (Artº 18º da Portaria 35/2011)

3º Embaixada Cabo Verde em Portugal

Após a homologação pelo Ministro da Saúde este documento é enviado para a Embaixada de Cabo Verde em Portugal que o reencaminha para a Direcção Nacional de Saúde Portuguesa que irá promover a marcação. A DNSP quando tiver a marcação envia à Embaixada de CV em PT e este reencaminha a marcação para o MS.

4º Ministério da Saúde

Com a Recepção da Marcação de Consulta o MS envia ao INPS para proceder com a Organização do Processo de Evacuação.

5º INPS

Com a Recepção das Notas com as devidas marcações o Instituto comparticipa nas despesas de transporte, Visto e Estadia (Subsídio Diário único) e SDO-Artº 3º da Portaria 35/2011

São Nicolau: Um breve relato de uma experiência de Medicina Comunitária na Localidade de Preguiça

Autora:

Élvio Pereira⁽¹⁾

⁽¹⁾ Médico de Clínica Geral, Delegado de Saúde da Ribeira Brava.



ENQUADRAMENTO

SITUAR PREGUIÇA

No ano de 2015, com a criação da ficha familiar, a Delegacia de Saúde de S. Nicolau deu início ao mapeamento de todas as famílias, tarefa que foi levada a cabo por profissionais de Saúde da ilha, com aposta forte e clara na atenção primária integral e junto das comunidades.

Antes as visitas domiciliares tinham sobretudo carácter curativo ou paliativo e, às vezes, de seguimento dos doentes crónicos que não conseguem se deslocar às estruturas de Saúde. Mas, no quadro da nova abordagem adotada pela Delegacia, apostamos mais na vertente de promoção e prevenção, com uma atitude proativa e uma visão holística.

Com as informações recolhidas das fichas familiares (que são atualizadas continuamente) podemos planificar melhor as nossas ações. Hoje temos identificados os problemas de Saúde, os fatores de risco e determinantes de Saúde de cada localidade

e de cada família, o que permite direccionar esforços para resolvê-los.

Neste âmbito, no dia 17 de Outubro de 2016, a partir da localidade de Preguiça, iniciámos uma campanha de visita às famílias que foram identificadas no mapeamento, entre elas as mais vulneráveis (idosos que vivem sozinhos, famílias muito carenciadas, pessoas portadoras de doença mental, com problemas de alcoolismo, doentes crónicos sem seguimento periódico, etc.), levada a cabo por uma equipa multidisciplinar constituída por um médico de clínica geral, cinco enfermeiros, um agente comunitário, uma psicóloga (voluntária), uma nutricionista (voluntária), um agente de luta antivetorial, uma assistente social, uma técnica de saúde reprodutiva, um técnico de farmácia, um responsável do programa saúde escolar, um responsável da secretaria da Delegacia, um responsável local pela área de saneamento da Câmara Municipal da Ribeira Brava e integrantes do núcleo comunitário de Saúde da Preguiça.



CARATERIZAÇÃO DA ZONA

Preguiça é uma zona piscatória, com uma população jovem e com muitas carências a nível social, razão pela qual decidimos que seria a primeira a ser contemplada pelas visitas.

Variáveis	Dados
Total de habitantes	609
Número de famílias	122
População feminina	296
População masculina	313
Universitários	6
Casas sem rede elétrica	38
Casas sem água canalizada	59
Casas sem casa de banho	66
Alcoolismo	13
Tabagismo	39
HTA	26
Diabetes mellitus	3
Pessoas com doença mental	5
Asma bronquial	1
Tuberculose	0
Acamados	2
Pessoas com deficiências físicas	14

Fonte: - Mapeamento S. Nicolau 2015 | DSSN

TRABALHO NO TERRENO

Durante 2 dias e 5 horas diárias de trabalho as equipas visitaram 67 casas, um jardim infantil e um escola da ensino básico integrado. Fez-se medição de pressão arterial a todos os membros das famílias, de glicemia às pessoas diabéticas e com risco de diabetes. Fez-se também avaliação e aconselhamento psicológico e nutricional, assim como visitas domiciliárias a todas as grávidas da localidade e educação para a Saúde.

O técnico de farmácia visitou os doentes crónicos para verificar o estado de conservação, validade e administração de medicamentos e atualizou a base de dados de medicamentos desses pacientes, medida que poderá ter um impacto positivo na gestão e acesso aos medicamentos.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Findo o trabalho de terreno, chegámos às seguintes constatações:

1. **Baixo rendimento económico:** diretamente ligado ao problema do desemprego e subemprego dos moradores da zona, e tem um impacto direto na vida e na saúde dos mesmos.
2. **Defecação ao ar livre:** mais de metade das casas não tem casa de banho (é a localidade da ilha com mais famílias sem casa de banho). (Fonte: Mapeamento de S. Nicolau 2015 | DSSN)
3. **Insegurança alimentar:** muitas famílias têm dificuldade em fazer 3 refeições por dia.
4. **Idosos que vivem sozinhos com pouca capacidade de autocuidado:** a maioria destes idosos tem problemas com a alimentação e problemas de visão, locomoção e audição, que lhes dificultam as suas atividades diárias, até mesmo para fazerem corretamente as suas medicações.

Os problemas de cada família foram identificados e anotados na respectiva ficha familiar, discutimos e negociamos de forma educativa as medidas a serem tomadas, definindo prazos para a resolução dos mesmos.

SEGUIMENTO

Os dados recolhidos foram compilados, lançados na nossa base de dados, partilhados e discutidos com todos os membros da Comissão Municipal de Saúde do Município da Ribeira Brava e devolvidos à comunidade para discussão de soluções, com seguimento da sua implementações.

GANHOS

Com esta experiência espera-se ter:

- Um conhecimento real da situação da saúde da comunidade;
- Uma melhor planificação das nossas atividades;
- Uma maior eficiência e eficácia nas ações;
- Uma maior receptividade às mensagens de promoção de saúde por parte das pessoas;
- Um melhor rastreio de doenças crónicas como HTA e diabetes;
- Uma melhor gestão de recursos humanos e financeiros disponíveis;
- Uma redução das complicações e descompensações de doenças crónicas.

CONCLUSÃO

A experiência de mapeamento da localidade de Preguiça, com uma clara opção por uma *saúde de proximidade*, constitui uma experiência interessante de Medicina Comunitária que poderá ser alargada à Ilha de São Nicolau com ganhos para a Saúde Pública.

A abordagem de proximidade, com mais aposta na prevenção e promoção da saúde e integração dos parceiros a nível local, pode permitir levar mais saúde à nossa população.

A educação em saúde é essencial para que cada indivíduo na sua família e no seu bairro assumam verdadeiramente o seu papel de promotor de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mapeamento S. Nicolau 2015 | DSSN

Síndrome de HELLP

Breves considerações

Autora:

Débora Silves Ferreira

Médica Clínico-Geral



RESUMO

A síndrome de HELLP é a mais frequente complicação de gravidez, na qual ocorre hemólise microangiopática, exacerbação de enzimas hepáticas e destruição plaquetária. Afeta gestantes com pré-eclampsia, acrescentando-lhes um importante risco, mas pode também ocorrer em grávidas normotensas e sem proteinúria. É possível a ocorrência do quadro após o parto. A medida de tratamento é a interrupção da gestação. O prognóstico é reservado, com alto índice de mortalidade, porém o risco de recorrência desta síndrome é pequeno.

Palavras-chave: HELLP, Complicações na Gravidez; Pré-eclâmpsia; Transaminases; Trombocitopenia.

ABSTRACT

HELLP syndrome is the most frequent complication of pregnancy in which microangiopathic hemolysis, exacerbation of liver enzymes and platelet destruction happen. It affects pregnant women with pre-eclampsia, inputting a relevant additional risk, but can also occur in normotensive pregnant women and without proteinuria. The condition may also occur in post-partum period. Interruption of gestation is the chosen treatment. The prognosis is poor, with a high mortality rate; however the recurrence risk is small.

Key words: HELLP Syndrome; Pregnancy Complications; Pre-eclampsia, Transaminases, Thrombocytopenia.

DEFINIÇÃO

A Síndrome de HELLP é uma patologia obstétrica que surge após a 20ª semana de gestação, mas sobretudo no 3º trimestre, podendo estender-se até o puerpério (Graça et al, 2000).

Do ponto de visto histórico há a considerar as contribuições de Pritchard que, em 1954, conjuntamente com a sua equipa, descobriu a toxémia gravídica na sua segunda fase (a eclâmpsia), na qual predomina a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) e um padrão laboratorial ligeiramente diferente, com presença predominante de hemólise ⁽¹⁾. Porém, o primeiro artigo publicado que nomeia a síndrome como HELLP apareceu na literatura quase trinta anos depois, segundo os autores Barnet, Robyn e Kendrick no “New Zealand Journal of Medical Laboratory Science Case study – HELLP syndrome (2010)”.

Mais tarde, Louis Weinstein (1982) estudou e enfatizou principalmente por Pressão Arterial Alta (superior a 140 x 90 mm Hg, em duas tomadas com intervalo de 4h, em repouso, ou quando houver aumento maior que 30 mm Hg na PAS e/ou aumento maior que 15mmHg na PAD), em relação a conhecidos níveis prévios à gestação, associado a alterações hepáticas e plaquetárias (2). Desde então, Weinstein e a sua equipa formaram um acrónimo que veio dar o nome à síndrome, a partir dos critérios de diagnóstico (3): H - Hemolytic anemia (Hemólise), EL - Elevated Liver enzymes (enzimas hepáticas aumentadas), LP - Low Platelet count (Baixa contagem de plaquetas).

Graça, et al, (2000) consideram que estes autores estudaram a síndrome que acompanha a eclâmpsia no auge da sua gravidade laboratorial. Segundo este autor, a síndrome de HELLP é mais frequente em gestantes com pré-eclâmpsia, com Hipertensão Arterial Crónica, de idade avançada, gestantes negras, gestação a termo ou pré-termo avançado, em múltiparas ou obesas (4).

CLASSIFICAÇÃO

A gravidade da síndrome HELLP e as correspondentes medidas clínico-terapêuticas a implementar dependem da magnitude das alterações clínico-laboratoriais encontradas. Por isso, existe a classificação de Martin et. al. (5), em graus, de acordo

com a intensidade da trombocitopenia: Classe 1 - plaquetas $\leq 50.000 /\text{mm}^3$, Classe 2 - plaquetas entre $51.000/\text{mm}^3$ e $100.000/\text{mm}^3$, Classe 3 - plaquetas $> 100.000/\text{mm}^3$.

FISIOPATOLOGIA

O processo fisiopatológico inicia-se com a lesão endotelial (6), o que é comum a todas as situações de hemólise microangiopática. A lesão da íntima vascular leva à deposição de fibrinas nessas zonas, o que faz desencadear a ativação plaquetária com vaso ativação, por via da serotonina e do tromboxano A2. A deposição e agregação de plaquetas nas áreas de endotélio fazem com que este tenha ainda mais lesões da íntima, diminuição de prostaciclina evidente. Estas alterações levam a uma vasoconstrição generalizada, agravada, sobretudo pelo aumento da produção de endotelina - peptídeo com atividade vasoconstritora potente.

A constrição vascular e a deposição de fibrina nos sinusóides hepáticos provocam insuficiência hepática devido à perfusão do fígado, provocando hemorragias e destruição dos hepatócitos. O que muito evidentemente se descreve clinicamente como dor epigástrica ou subcostal direita.

Nalguns casos, ocorre a infiltração hepática do parênquima hepático devido à trombocitopenia e aumento de transaminases. Quando as alterações clínico-laboratoriais são muito importantes, ou seja, quando as plaquetas são de número inferior a $20.000/\text{mm}^3$, acontece a coagulação vascular disseminada (CID) (7), verificando-se nesses casos, além da trombocitopenia, a diminuição do fibrinogénio ($<300\text{mg/dL}$) e o aumento dos produtos de degradação da fibrina ($>40 \text{ ug/ml}$) (8).

Em cerca de 1/5 dos casos ocorre o deslocamento precoce da placenta normalmente inserida (DPPNI), que, associado à CID, pode provocar a morte fetal.

CLÍNICA

O diagnóstico é tanto clínico quanto laboratorial. Após um exame físico podemos considerar que estamos perante uma “gestante aparentemente estável”. Contudo, deve-se avaliar a pressão arterial, a presença de edema generalizado, o aumento de peso acima de 1000g por semana, proteinúria com

valores iguais ou superiores a 300mg de proteína na urina coletada durante 24 horas.

O largo leque de sintomas inclui (9): epigastralgia (90% casos), hepatoesplenomegália, astenia (90% dos casos), cefaleia (30% dos casos), escotomas, parestesia, náuseas e vômitos agravantes (50% dos casos), coagulação intravascular disseminada (20% dos casos), edema pulmonar (6% dos casos), edema generalizado, cianose, oligúria, convulsões, trombocitopenia, creatinina sérica elevada, proteinúria maior que 300mg em 24 horas, hemorragia nasal ou outra de difícil controle ou coma (raros).

Os exames específicos a serem requisitados são (10) as enzimas hepáticas transaminase glutâmico-oxalacética (GOT > 70 UI/l), alanina-aminotransferase (GPT), desidrogenase láctica (LDH, > 600 UI/l), Plaquetas (<100 000/mm³), Bilirrubina total (> 1,2 mg/dl) e presença de Esquizócitos no sangue periférico. Porém, perante uma síndrome de Hellp também devem ser igualmente pedidos outros exames de rotina, como o hemograma, leucograma, glicemia, creatinina, ureia e urina II.

COMPLICAÇÕES

Quando não controladas, as complicações, como a mortalidade perinatal (11), são muito expressivas devido ao descolamento precoce de placenta normoinserida (DPPNI), assim como a asfixia perinatal, prematuridade extrema e baixo peso médio dos recém-nascidos nas subclasses 1 e 2. (12). Em casos mais raros surgem outras complicações, tais como Insuficiência Renal Aguda por necrose tubular aguda em hipertensas crônicas graves (7% dos casos), edema pulmonar agudo (6%), morte materna (1.1%), hematoma hepática e deslocamento da retina (0.9%).

TERAPÊUTICA

Com a possível exceção dos casos de síndrome de HELLP da classe 3 de Martin (11) ocorridos depois das 34 semanas de gestação, todas as grávidas com diagnóstico de síndrome de HELLP devem ser transferidas para um hospital dotado de todos os recursos obstétricos e perinatológicos, assim como unidades de cuidados intensivos para adultos e recém-nascidos.

Estas gestantes deverão sempre ser internadas no Bloco de partos de modo a que a observação da evolução do quadro clínico e a monitorização sejam constantes. A profilaxia das convulsões com sulfato de magnésio (11) deverá ser sempre feita, mesmo se os valores da tensão arterial não sejam muito altos. A equipa médica e a de enfermagem deverão dar grande atenção ao balanço hídrico da paciente, para se evitar uma excessiva retenção de fluidos, com o consequente aumento do risco de edema pulmonar agudo.

A única terapêutica eficaz é o término da gravidez, pelo que não se deve protelar esta medida em gestações com mais de 32 semanas. Se a gestação não tiver alcançado as 32 semanas e a grávida estiver estável, sem sinais de deteriorização do estado do feto, deve-se, então, proceder à estimulação maturativa fetal com o uso de corticoesteróides, aguardando-se o tempo necessário de modo a que a terapêutica atinja o seu efeito máximo, sempre sob a monitorização materno-fetal constante.

Perante elevadas cifras tensoriais e parâmetros laboratoriais, isto é, contagem de plaquetas menos de 50.000/mm³, assim como a ocorrência de CID, de DPPNI, ou de sinais cardiotocográficos (CTG) não tranquilizadores, exige-se a interrupção imediata da gestação, independentemente do tempo de gravidez ou da administração dos corticoesteróides. A ocorrência de epigastralgias e/ou dor subcostal direita indicam provável hemorragia subscapular do fígado e elevado risco de rutura hepática. Estas ocorrências implicam também o terminar da gravidez.

A hipertensão grave deve ser controlada por meio do uso de drogas como Labetalol, Hidralazina e Nifedipina, reservando-se o Nitroprussiato de Sódio para os casos menos responsivos às primeiras medicações.

A administração de Dexametasona (10 mg a cada 8 ou 12 horas por via endovenosa), tem efeito de acelerar a maturação pulmonar fetal (11), além do aumento significativo do número de plaquetas e melhoria dos outros parâmetros laboratoriais da função hepática (GGT, GOT, GPT), e efetivamente prolonga a gestação a 25 horas (13) após estabelecido o diagnóstico.

A síndrome de HELLP (14) não constitui, de modo algum, uma indicação direta para cesariana. Sendo

assim, o parto vaginal poderá ser induzido em gestações com mais de 30-32 semanas. Antes das 30 semanas, a cesariana eletiva deverá ser considerada. Não há contra-indicação para o uso da ocitocina e do amadurecimento do colo com prostaglandinas. Contudo, não havendo sinais cardiotocográficos tranquilizadores ou se a indução não põe em marcha o trabalho de parto nas primeiras 6 a 8 horas, a opção de cesariana deverá ser cogitada.

Perante perturbações de coagulação, contagens de plaquetas a menos de 20 000/mm³ ou hemorragias espontâneas, deve-se administrar plasma fresco congelado. Uma vez que o consumo de plaquetas é rápido e o da transfusão transitório, a cobertura com concentrados deve ser feita imediatamente antes do período operatório (10 unidades antes da indução da anestesia geral). Se no decurso da cesariana observar-se sangramento peritoneal, deve-se suspeitar de uma insuficiência hepática por rotura hepática. É imperativo proceder à administração de derivados de sangue, medidas de ressuscitação e solicitação imediata da intervenção do cirurgião-geral.

Após o procedimento cirúrgico, a paciente deverá ser acolhida no serviço de cuidados especiais/intensivos para monitorização clínica e laboratorial durante as primeiras 48 a 72 horas, que é o período de agravamento substancial com disfunção de múltiplos órgãos. A Dexametasona neste período pressupõe uma reversão mais rápida da trombocitopenia e das enzimas hepáticas.

PROGNÓSTICO

A síndrome HELLP associa-se a um prognóstico materno-fetal reservado, envolve um grande risco materno de (15) coagulação intravascular disseminada, deslocamento prematuro da placenta, insuficiência renal aguda, rutura de cápsula hepática associada a hematoma subcapsular.

PROGNÓSTICO PÓS-HELLP

Um estudo de Sibai et col. (1995) feito a 341 pacientes, 152 voltaram a engravidar, das quais 139 eram previamente normotensas e 13 tinham hipertensão crónica diagnosticada. No grupo das normotensas ocorreram outras 192 gestações após àquela em que ocorrera o síndrome de HELLP, provando-se que 19% das gestantes apresentavam pré-eclampsia, 12% parto pré-termo, 12% restrição do crescimento intra-uterino, 2% DPPNI, 4% morte perinatal, 3% síndrome de HELLP.

Das 113 mulheres em que o síndrome ocorrera há pelo menos 5 anos, 7 (6,2%) apresentavam hipertensão crónica no momento da reavaliação. Nas 98 mulheres com uso de anticoncepcionais orais, não se registaram complicações. E nas 13 previamente hipertensas ocorreram 20 novas gestações com uma elevada taxa de complicações: pré-eclampsia (75%), parto pré-termo (80%), restrição do crescimento fetal (45%), DPPNI (20%) e morte perinatal (40%), mas a taxa de recorrência de síndrome de HELLP foi de apenas 5%.



Em suma, com base (16) neste estudo, conclui-se que a probabilidade de ocorrer síndrome de HELLP em gestações futuras é relativamente baixa. Todavia, as mulheres que tiveram a síndrome apresentam uma taxa elevada de complicações em futuras gestações, principalmente se elas são portadoras de hipertensão crônica.

CONCLUSÃO

É fundamental a referência a partir dos Cuidados Primários ao Serviço de Obstetrícia de tais gestantes, com a máxima urgência, especialmente se há evolução com convulsão, epigastria, cefaleia, escotomas, vômitos ou sinais de falência cardíaca como a dispneia, astenia e/ou taquicardia.

Em Cabo Verde, não há dados que nos possibilitam precisar a incidência da síndrome de Hellp. Porém, a nossa classe sabe empiricamente que a sua incidência em mulheres da raça negra é relativamente elevada, o que é corroborado pelo facto de a gestacional hipertensiva ser bastante comum no país. Os próximos passos seriam estudar a incidência desta síndrome em Cabo Verde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pritchard JA, Weisman R, Jr., Ratnoff OD, et al. Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy. *N Engl J Med* 1954; 250:89.
2. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1982; 142: 159.
3. Audibert F, Friedman SA, Frangieh AY, Sibai BM, Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Obstet Gynecol. Am J* 1996 Aug; 175(2):460-4.
4. Graça, LM et al. *Medicina Materno Fetal* 2. *Obstet Gynecol* 2000; 43: 614.
5. Martin JN Jr., Blake PG, Lowry SL, et al. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. How rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol* 1990; 76: 737.
6. Graça, LM et al, *Medicina Materno Fetal* 2. *Obstet Gynecol* 2000; 43: 614.
7. Miles JF Jr., Martin JF Jr., Blake PG, et al. Postpartum Eclampsia: A recurring perinatal dilemma. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 328.
8. Sibai BM, Taslima MM, El-Nazer A, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 501.
9. Arias F. Síndrome HELLP. Primeiro Encontro Internacional dos Hospitais da Ordem de Santiago, Sesimbra, 1999.
10. Sibai BM, Taslima MM, El-Nazer A, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 501.
11. Graça, LM et al, *Medicina Materno Fetal* 2. *Obstet Gynecol* 2000; 43: 616.
12. Martin JN Jr., Rinehart BK, May WL, e col. The spectrum of severe preeclampsia: Comparative analysis by HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme level, and low platelet count) syndrome classification. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1373.
13. Maggan EF, Bass D, Chauhan SP, et al. "Antepartum corticosteroids: Disease stabilization in patients with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP)". *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1148.
14. Graça, LM et al, *Medicina Materno Fetal* 2. *Obstet Gynecol* 2000; 43: 617.
15. Tompkins MJ, Thiagarajah S. HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count) Syndrome: The benefit of corticosteroids. Presented at the Sixty-first Annual Meeting of The South Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists; 1999 Jan 23-26; 181:304.
16. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:125.

Conflitos de interesses: Nenhum.

Agradecimentos: À Dra. Iolanda Landim, médica gineco-obstetra e Diretora do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Agostinho Neto, Cidade da Praia, e orientadora do meu estágio efetuado nesse serviço, que me estimulou a escrever este presente artigo.

*Médica Clínico-Geral.

Endereço para correspondência: debbiesilves@yahoo.com.br




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
Achadiriña-Baixo C.P. 319/C - Praia - Cabo Verde



LABO JOVEM

Laboratório de Análises Clínicas e Hormonais
Dir. Técnica: DR.ª ISaura GOMES

POSTOS DE COLHEITA

- CLÍNICA URGIMED - Tel: 2300170
- CLÍNICA GINOMÉDICA - Tel: 2322679
- CLÍNICA MÚTUA - Tel: 2328508
- CLÍNICA SORRIDENTE - Tel: 2360013 (Posto São Nicolau)
- COLHEITA DOMICÍLIO
- COLHEITA EMPRESARIAL
- ENVIO DE RESULTADOS VIA EMAIL
- URGÊNCIAS 24H
- HORÁRIO DE COLHEITA: A PARTIR DAS 7H30



www.labojuvem.cv

Av. 12 de Setembro - Mindelo | S. Vicente - Cabo Verde | Tel.: 231 08 27 / 232 44 64 | Email: atendimento@labojuvem.cv

CONTROLE DE QUALIDADE EXTERNO

MARCA DE CONFIANÇA



LABQUALITY



Pela sua saúde, beba Água Trindade



De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, uma água própria para consumo humano deve ser aquela cujo pH se situa entre os 6,5 e os 8,5 e ser, preferencialmente, alcalina ou ligeiramente alcalina. Uma água alcalina é considerada ideal para a saúde. De entre os seus vários benefícios destaca-se o seu poder antioxidante e a sua propriedade retardadora do envelhecimento precoce das células. Trindade tem um pH igual a 7,27.

Pela sua saúde, beba Água Trindade



SEGUROS PARA MÉDICOS



-   GARANTIA ACIDENTES PESSOAIS
-   GARANTIA MULTI-RISCO PROFISSIONAL
-   GARANTIA RESPONSABILIDADE CIVIL
-   GARANTIA VIDA INDIVIDUAL
-   GARANTIA SAÚDE


GARANTIA
SEGUROS

JUNTOS POR UM FUTURO SEGURO

**JUNTOS PARA PROTEGER
A SUA CARREIRA**

Porque imprevistos acontecem, para você que é médico, a Garantia Seguros oferece protecção completa para a sua profissão, quer trabalhe por conta própria ou não.

Se a vida dos outros é prioridade para si, a sua é prioridade para nós.

Conheça os Seguros que temos, especialmente para os profissionais da saúde, para que possa preocupar-se, apenas, em salvar vidas.

www.garantia.cv