



ORDEM DOS MÉDICOS  
CABO-VERDIANOS

# Revista

da ORDEM DOS MÉDICOS



# Informação geral para os autores

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS CABO-VERDIANOS

A Revista da Ordem dos Médico Cabo-verdianos (ROMC) é uma Revista científica, propriedade da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, que visa a promoção e atualização do conhecimento médico.

Tem periodicidade bianual (no primeiro e segundo trimestres).

A ROMC inclui uma parte destinada a notícias relevantes da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos e outra parte sobre artigos científicos.

A publicação de artigos na revista implica que sejam originais ou, caso já tenham sido publicados noutras revistas, que detenham autorização explícita para a sua publicação na ROMC, pela revista onde foi originalmente publicada.

Ao submeter os seus trabalhos, os autores deverão indicar que tipo de artigo se trata (Pesquisa, Casos clínicos, Artigos de Revisão, Imagens em Medicina, História da Medicina em Cabo Verde, Pagina do Estudante e Carta à Redacção).

Os artigos publicados ficarão sob propriedade da ROMC, não devendo ser reproduzidas noutras revistas sem o conhecimento e consentimento do Corpo Redatorial da mesma.

Os trabalhos deverão ser submetidos, por via eletrónica, para o e-mail [revistaomc@gmail.com](mailto:revistaomc@gmail.com), sendo que o texto deve ser enviado no formato Word (PDF, facultativo) e as imagens em JPEG.

O conteúdo dos trabalhos é da inteira responsabilidade dos autores, sendo que a submissão do artigo para publicação implica que tenha sido verificado e cumprido todos os aspetos legais e éticos inerentes assim como o consentimento informado do paciente/familiar/instituição e anexada a carta de submissão do mesmo.

A submissão do artigo deverá ser até 3 meses antes da data da sua distribuição (1º Trimestre e 4º Trimestre).

Após análise do artigo será contactado o primeiro autor do artigo, até 3 semanas após a respetiva receção.

De forma geral, os artigos devem ser escritos em português, letra *Candara*, tamanho 11, identificação dos autores (nomes, destacando o primeiro autor, formação, local de trabalho, Instituição e e-mail).

Não deve conter abreviatura, sem ser mencionado previamente o termo a que se refere (exceto aquelas internacionalmente aceites). Devem ser utilizadas medidas internacionais e o nome dos medicamentos deverá ser escrito de acordo com o princípio ativo. A posologia deve ser referida de acordo com as regras internacionais de prescrição.

Os artigos de Pesquisa devem incluir um resumo estruturado (Introdução, Material e Métodos, Resultados e Conclusão). Os outros trabalhos também devem conter um resumo contudo não necessariamente estruturado.

O resumo pode ser traduzido para Inglês (*Abstract*) e deve conter no máximo, 250 caracteres.

A seguir ao resumo, antes da descrição pormenorizada do trabalho, devem ser apontadas Palavras-chave.

As tabelas e gráficos do trabalho devem ser enviados em separado, enumerados de acordo com a citação no texto, com respetiva legenda e fonte. As imagens também devem ser acompanhadas de legenda.

Todos os artigos (facultativo no Editorial), devem incluir referências bibliográficas, cujas citações devem ser com o estilo Vancouver (<http://www.icmje.org/recommendations>).

Os agradecimentos, quando aplicável, devem ser referidos após a conclusão do artigo, de forma breve.

**Nota:** O regulamento das normas de publicação, será disponibilizado no site da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos.



## BAIXA MÉDICA

Os Consultórios e Clínicas Privadas já podem Certificar a Incapacidade Temporária para o Trabalho (Baixa Médica).

**LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO**

**CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (CIT) PARA O TRABALHO**

**Identificação e Declaração do Médico**

O Médico \_\_\_\_\_

Portador da Cédula n.º \_\_\_\_\_ entidade pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra que observou o doente cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença incapacitante para o trabalho.

**Identificação do Beneficiário e do Familiar Internado**

N.º de inscrição no INPS \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Segurado \_\_\_\_\_

Nome do descendente internado \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Classificação da Incapacidade	Período de Incapacidade	Fundamentação para Ausência de Domicílio
Doença Natural <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Interrupção	
Doença Direta <input type="checkbox"/>	Data do início _____	
Acompanhamento do Filho Internado <input type="checkbox"/>	Data do início _____	
Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	N.º de dias _____	
Acidente de Viagem <input type="checkbox"/>	Internamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Outros <input type="checkbox"/>	Data de Alta Hospitalar _____	

**Autenticação**

Assinatura e carimbo da Instituição de Saúde \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

Apoio-de-cobrança? Espaço de Médico \_\_\_\_\_

Este exemplo deve ser remetido à Entidade Gestora da Proteção Social Obrigatória no prazo máximo de 10 dias a contar da data do início da incapacidade, sob pena do subsídio ser atribuído a contar da data da sua entrega.

### PARA O EFEITO,

Os consultórios e clínicas devem utilizar o modelo próprio, no qual deve constar logotipo da clínica.

**NOTA:** Situação de incapacidade para doença que exceder 20 dias, seguidos ou interpolados, nos últimos três meses, devem ser avaliados pela Comissão de Verificação de Incapacidade (CVI).

# SUMÁRIO

## Casos Clínicos

pág. 6

Enfarte esplénico em paciente com Fibrilhação auricular crónica: a propósito de um caso clínico

Carla Almeida Brito, Ana Lynce, Luís Campos

## Pesquisas

pág. 10

Segurança alimentar e nutricional e uso de pesticidas em Cabo Verde

Doutora Ângela Moreno, Eng<sup>a</sup> Nora Silva, Eng<sup>o</sup> Jorge Brito, Dr<sup>a</sup> Maria Rosa Semedo, Eng<sup>o</sup> João Gonçalves, Doutor Ricardo Diaz

## Artigos Originais

pág.18

Tratamento farmacológico da dor em Cuidados Paliativos

Valeria Semedo, Florbela Gonçalves

Repensar a Saúde em Cabo Verde

Danielson Veiga

## Medicina em Cabo Verde

pág. 28

História da Tuberculose em Cabo Verde

João Lisboa Ramos

## Imagens em Medicina

pág. 34

Necrose asséptica da cabeça do fémur, uma complicação tardia da anemia falciforme

Linette Fernandes, Carlos Neves, Valéria Semedo

Carbúnculo, ainda é uma realidade em Cabo Verde?

Isabel Adir

Carcinoma nasofaríngeo com invasão intracraniana, importância dos sintomas iniciais

Ileydis H. Cabezas, Carmen Borges Almeida, Isabel Andir Tavares, Hirondina Borges

## Página do Estudante

pág. 44

Primeiro ano em Coimbra

Mayra Soares, Hagi Lopes, Vera Rodrigues

## 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

Dra. Flávia Semedo

### Conselho Editorial

Dra. Luísa Santiago  
Dr. Murtala Keita  
Dra. Valéria Semedo

### Edição

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

### Colaboram neste nº

Danielson Veiga  
Valéria Semedo  
Florbela Gonçalves  
Carla Almeida Brito  
J. D. Lisboa Ramos  
Isabel Adir  
Linette Fernandes  
Carlos Neves  
Ileydis H. Cabezas  
Carmen Borges  
Isabel Andir Tavares  
Hirondina Borges  
Mayra Soares  
Hagi Lopes  
Vera Rodrigues  
Ângela Moreno  
Nora Silva  
Jorge Brito Maria Rosa Semedo  
João Gonçalves  
Ricardo Diaz

### Tiragem

1000 exemplares



A redação de casos clínicos é um importante meio de transmissão de conhecimento científico entre a classe médica e, segundo alguns autores, é o meio mais simples de elaboração de trabalhos científicos, tendo em conta que consiste na descrição de situações clínicas vivenciadas no dia-a-dia.

Os artigos sobre casos clínicos tem como principal objetivo a divulgação de casos que tenham interesse na prática clínica, quer pela sua raridade e/ou atualidade, quer pelas particularidades apresentadas durante o seu curso (nomeadamente na apresentação clínica, na exploração diagnóstica, no tratamento e/ou no follow-up) ou por comportar dilemas ético-legais na sua abordagem.

Da mesma forma que na atividade clínica vários profissionais são envolvidos na abordagem dos pacientes, a redação de casos clínicos deve seguir o mesmo princípio e incluir os profissionais que estiveram envolvidos no caso. Principalmente aqueles cujo papel tenha sido relevante, sendo que habitualmente o primeiro autor é o principal responsável pelo caso clínico ou pela elaboração do artigo e os outros intervenientes, os co-autores, também devem ter responsabilidades na preparação do artigo.

Os primeiros passos para a redação de um caso clínico consistem: na identificação do caso clínico como tendo interesse clínico e científico, levando em consideração os pontos acima salientados; na definição do objetivo da sua publicação (apresentar uma doença rara, descrever a resposta a um determinado tratamento, descrever alguma particularidade durante a investigação diagnóstica, entre outros aspetos); na colheita, seleção e organização dos dados clínicos e na consolidação dos conhecimentos sobre o assunto, através da revisão bibliográfica.

Posto isto, começa a fase de redação propriamente dita, onde os autores devem fornecer a informação relevante de forma consistente e adequada às normas de publicação da revista onde pretendem publicar o artigo.

O resumo ou abstract é a apresentação sumária do artigo, deve ser conciso, incluir uma breve introdução, seguida da descrição dos dados mais relevante do caso clínico, por ordem cronológica finalizado com uma nota de conclusão que deve estar interligada com o(s) objetivo(s) do artigo.

O texto de desenvolvimento deve incluir os pontos referidos no resumo/abstract, de forma mais aprofundada.

Nesta parte a descrição do caso deve ser mais detalhada, incluir os dados da anamnese, do exame físico (dando relevo aos principais aspetos do exame físico que



vale ressaltar), as hipóteses diagnósticas, os exames complementares solicitados e os seus resultados (destacando também neste ponto, os resultados mais importantes para o caso), o(s) diagnóstico(s) definitivo(s) (incluindo os scores ou estádios, se for caso disso), a conduta terapêutica, a evolução clínica, a resposta terapêutica, evolução clínica e o seguimento.

A parte final corresponde a conclusão, na qual se pretende a fundamentação e argumentação do artigo, com base na pesquisa bibliográfica sobre a matéria e os dados do caso clínico reportado.

Na conclusão também podem ser acrescentadas algumas recomendações por parte dos autores.

As referências bibliográficas devem ser citadas, de acordo com as normas das revistas, priorizando as que tiveram maior relevo na elaboração do artigo.

Relembra-se que a obtenção do consentimento informado por parte do paciente ou do seu responsável legal, é condição sine qua non para a publicação dos casos clínicos em revistas científicas.

Com estes breves tópicos, o Corpo Editorial da Revista da OMC pretende motivar os leitores para a submissão de casos clínicos, como forma de ampliarmos a partilha da nossa experiência, no nosso contexto nacional e de promovermos o raciocínio clínico como a ferramenta indispensável da prática médica.

Directora da ROMC



# ENFARTE ESPLÊNICO EM PACIENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**Autores:**

**Carla Almeida Brito<sup>(1)</sup>, Ana Lynce<sup>(2)</sup>, Luís Campos<sup>(3)</sup>**

**(1) Médica, Hospital São Francisco Xavier**

**(2) Médica, Especialista em Medicina Interna, Hospital São Francisco Xavier**

**(3) Médico, Especialista em Medicina Interna, Diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Francisco Xavier, Portugal**



## INTRODUÇÃO

O enfarte esplênico ocorre quando o fornecimento vascular do baço fica comprometido por coágulos, pequenos êmbolos ou êmbolos sépticos. Existem diversas etiologias possíveis nomeadamente: fibrilhação auricular, trauma, endocardite infecciosa, estados de hipercoagulabilidade, hemoglobinopa-

tias, doenças linfoproliferativas ou doenças autoimunes. A dor no hipocôndrio esquerdo é o sintoma mais frequente e ocorre no enfarte esplênico de qualquer etiologia. As manifestações clínicas podem ainda ser dor torácica tipo pleurítica, febre, calafrios, náuseas ou vômitos. A evolução depende da etiologia. O tratamento depende da causa podendo ser conservador com anti-inflamatórios e

anticoagulantes. As complicações hematológicas, enfartes maciços, abscessos ou a persistência da dor podem levar a cirurgia. As complicações pulmonares ou infecciosas pós-operatórias são responsáveis por cerca de 5% de mortalidade.

Os exames complementares mais utilizados para o diagnóstico e para avaliar possíveis complicações são a tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) com ou sem contraste. Normalmente, o baço é homogêneo com uma aparência semelhante a um gânglio linfático; sendo que no enfarte pode apresentar-se com áreas de baixa atenuação com realce de anel.

A TC e a RM são eficazes na identificação de lesões focais, embora a ressonância magnética possa ser mais útil para caracterizar uma lesão já identificada e que requer avaliação adicional.

## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Doente de 72 anos, género feminino, autónoma nas actividades de vida diária, residia no domicílio com o esposo.

Doente aparentemente estável até cerca de quatro dias antes da admissão no Serviço de Urgência, quando iniciou um quadro de epigastria, tipo ardor, sem relação com a ingestão de alimentos e dor na base anterior do hemitorax esquerdo. Negava febre, sudorese, astenia, dispneia, pirose, azia, diarreia, obstipação, perdas hemáticas visíveis, disúria e poliquiúria.

Referia ainda perda ponderal não quantificada desde o internamento em 2018, sem anorexia. Tratava-se de uma doente que não cumpria a medicação corretamente.

Apresentava antecedentes relevantes de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral em 2018 com estudo etiológico completo negativo, fibrilhação auricular paroxística, diabetes mellitus tipo 2, enfisema pulmonar, hipertensão arterial essencial e patologia osteoarticular degenerativa. A doente é órfã não se conseguindo apurar antecedentes familiares.

De salientar, absoluto incumprimento terapêutico.

Objectivamente apresentava-se com bom estado geral, orientada, com discurso coerente, com mucosas hidratadas e coradas, apirética, anictérica e acianótica. Hipertensa com TA:140/90mmHg, normocárdica com FC:77bpm. Auscultação cardíaca arritmica sem sopros; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, abdómen com ruídos hidroaéreos presentes, depressível, não doloroso à palpação superficial e profunda, baço não palpável; presença de equimose da região dorso-lombar esquerda. Membros inferiores com sinais de insuficiência venosa crónica, sem edemas nem sinais de trombose venosa profunda. Sem evidência de lesões suspeitas de melanoma.

Analiticamente a destacar leucocitose com neutrofilia (12700 com 86,4%); PCR 14,3 e D- dímeros 1,3. Neste contexto foi solicitado angioTC tóraco-abdomino pélvico, que excluiu trombo-embolismo pulmonar e revelou enfarte esplénico de causa a determinar.

A doente esteve internada durante oito dias e pelos antecedentes patológicos de TEP recente associado a quadro de perda ponderal, colocou-se como hipótese diagnóstica provável, enfarte esplénico secundário a neoplasia oculta como síndrome paraneoplásico ou de etiologia embólica associado a fibrilhação auricular com incumprimento terapêutico.

Para tal realizou outros exames complementares (estudo analítico completo, endoscopia digestiva alta e baixa, TC toraco-abdomino-pélvica, ecocardiograma TT, mamografia e ecografia mamária, ecografia da tiroide, cintigrafia óssea e broncofibroscopia) que se revelaram negativos ou normais.

Foi tratada com enoxaparina em dose terapêutica (1mg/kg 12/12 h) durante 7 dias e após esse período iniciou rivaroxabano 20 mg dia que mantém ao nível ambulatorio.

Sendo assim foi admitido enfarte esplénico de etiologia embólica associado a FA, por incumprimento terapêutico.



Figuras 1 e 2 – Angio-TC Abdómen evidenciando Enfarte Esplênico (baço normodimensionado apresentando duas áreas hipodensas que atingem o hilo com concomitante trombose da artéria esplênica)

## DISCUSSÃO

O diagnóstico de enfarte esplênico precisa de um elevado índice de suspeição pelo que é muito importante a obtenção de uma anamnese cuidada com particular ênfase nos antecedentes patológicos e fatores de risco, bem como no cumprimento da terapêutica.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico de enfarte esplênico deve ser considerado em todos os pacientes com dor intensa no quadrante abdominal superior esquerdo e com fatores de risco relevantes.

Uma história clínica bem elaborada orienta-nos para o diagnóstico.

Deve ser feito o estudo para descartar a neoplasia, que pode ser uma das causas.

De destacar a importância dos Hospitais Centrais disporem de meios complementares de imagem que permitam o diagnóstico, estudo evolutivo e

detecção de possíveis complicações de múltiplas situações clínicas.

## BIBLIOGRAFIA

Teixeira, G et. al. Splenic infarction and abscess after endovascular repair of splenic artery aneurysm. 2015. *Angiol Cir Vasc* vol.11 no.4.

Shen, L. L., Qi, W., Duarte, J., Nagar, A., & Merchant, N. B. (2019). *Acute renal and splenic infarctions as the initial manifestations of atrial fibrillation. The Lancet*, 393(10183), 1856. doi:10.1016/S0140-6736(19)30839-6

Lawrence YR, Pokroy R, Berlowitz D, et al. Splenic infarction: an update on William Osler's observations. *Isr Med Assoc J* 2010; 12:362.

Schattner A, Adi M, Kitroser E, Klepfish A. Acute Splenic Infarction at an Academic General Hospital Over 10 Years: Presentation, Etiology, and Outcome. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94:e1363.

**A Farmácia do seu Bem Estar!**







Tratar e cuidar dos bebês expostos ao VIH-SIDA é uma missão.

Cuidar das mães seropositivas e mantê-las com vida é um desafio importante no processo de Eliminação da Transmissão de VIH de mãe para filho em Cabo Verde!

**Quem ama cuida!**



# SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E USO DE PESTICIDAS EM CABO VERDE

**Autores:**

**Doutora Ângela Moreno<sup>(1)</sup>, Eng<sup>a</sup> Nora Silva<sup>(1)</sup>, Eng<sup>o</sup> Jorge Brito (MAA/INIDA)<sup>(1)</sup>, Dr<sup>a</sup> Maria Rosa Semedo<sup>(2)</sup>, Eng<sup>o</sup> João Gonçalves<sup>(2)</sup>, Doutor Ricardo Diaz et all, 2019 (PERVEMAC II)<sup>(3)</sup>**

**1) Instituto Nacional de Investigação e Desenvolvimento Agrário**

**(2) Secretariado Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**

**(3) Parceiros do PERVEMAC**



## INTRODUÇÃO

Sendo a agricultura o meio de subsistência de um grande número de famílias cabo-verdianas e uma das atividades mais vulnerável aos efeitos das mudanças climáticas, impõe-se a necessidade de procurar as melhores opções de práticas sustentáveis para o aumento da produtividade e a diversificação das culturas, com impacto positivo na segurança alimentar e nutricional das populações e consequente redução da pobreza. Daí a importância da segurança alimentar e nutricional, bem como do uso seguro de pesticidas na agricultura praticada em Cabo Verde

O Instituto Nacional de Investigação e Desenvol-

vimento Agrário (INIDA) de Cabo Verde, através do programa de Investigação Aplicada em Hortofruticultura e Transferência de Conhecimentos e Tecnologias, tem vindo a testar, avaliar e selecionar novas espécies e variedades hortícolas, raízes e tubérculos (beringela, beterraba, cenoura, repolho, tomate, pimento, batata-doce de polpa alaranjada e roxa e mandioca entre outras espécies) e frutícolas (abacateiro, ananaseiro, bananeira, carambola, mangueira, morango, pitanga, pitaya ente outras espécies), visando contribuir para o aumento e a diversificação do sistema agrícola nacional.

O INIDA tem incentivado, junto de agricultores e produtores, a prática de uma agricultura inteligente



que valoriza: a) a aplicação de métodos biológicos de controlo de pragas e doenças, traduzindo-se na redução do uso de pesticidas e de resíduos químicos nos alimentos; b) o adequado consórcio e rotação de culturas; c) a conservação de material vegetal selecionado de batata-doce, mandioca e fruteiras em bancos de germoplasma; d) o emprego de técnicas de conservação dos solos e da água na produção hortofrutícola (cobertura do solo com resíduos de culturas, compostagem); e) a adequação de técnicas culturais e de micro-irrigação; f) a formação e a utilização das recomendações do INIDA, no que tange ao cultivo de espécies e variedades hortícolas mais adaptadas às diferentes condições agroclimáticas locais, tolerantes às pragas e doença mais importante (viroses, oídio, alternaria, nematoides-das-galhas, ácaros) e com elevado valor comercial.

O incentivo para a mudança de hábitos alimentares mais saudáveis, com impactos positivos na saúde, tem sido feito através da divulgação de espécies & variedades mais nutritivas, denominadas bio fortificadas, ricas em vitaminas ( $\beta$ -caroteno - precursor da vitamina A, B1, B2, e C), sais minerais e antioxidantes, que contribuem para a manutenção da saúde, prevenção e redução dos riscos de doenças. Estas atividades de divulgação se baseiam numa abordagem participativa e inclusiva, abarcando o apoio aos programas de alimentação nas escolas do EBI, através dos hortos escolares, participação em feiras agropecuárias e de agronegócios e condução de campos demonstrativos nos terrenos de agricultores e produtores.

Contudo, novos desafios são palpáveis nos setores agrícola, silvícola, pecuária e ambiental, que exigem continuidade e confirmação dos trabalhos da investigação para o desenvolvimento agrário, com vista a melhoria dos padrões da segurança alimentar e nutricional em Cabo Verde.

## SITUAÇÃO ALIMENTAR DAS FAMÍLIAS CABO-VERDIANAS

A situação alimentar do país é assegurada pela importação de cerca de 90% de cereais, que constituem os Principais Produtos Alimentares de Primeira Necessidade<sup>1</sup>. A produção nacional é dependente das

<sup>1</sup> Milho, feijão, arroz, leite, óleo, trigo/farinha de trigo e açúcar

condições agroclimáticas, com grandes variações anuais, tornando difícil a autossuficiência agroalimentar do país em alimentos, cobrindo os cereais apenas 10% das necessidades básicas. Esta situação de dependência aumenta a vulnerabilidade em termos alimentares e nutricionais das famílias.

As necessidades de importação de cereais para 2019 estão previstas em 97.702.338,83 toneladas, 7% acima de 2018. Os últimos dados mostram que a garantia do abastecimento de cereais é regular e estável, com uma quantidade média de 9.459 toneladas e com um prazo de cobertura média de 5,6 meses, ultrapassando o período mínimo da garantia de segurança do abastecimento alimentar.

Segundo os dados referentes ao segundo trimestre de 2019, a garantia do abastecimento de cereais é regular e estável com um prazo de cobertura média de 5,6 meses, ultrapassando o período mínimo da garantia de abastecimento alimentar que é de 3 meses; o abastecimento de mercados nacionais em produtos hortícolas é regular ou estável; a acessibilidade aos alimentos de primeira necessidade e hortofrutícolas é considerada estável, não obstante as famílias com menor rendimento e aquelas que praticam agricultura e pecuária terem uma dieta alimentar menos diversificada.

De acordo com os dados sobre a Situação Alimentar Mundial produzida pela FAO, 12,6% da população cabo-verdiana estão subalimentadas (FAO, 2019). As carências alimentares ainda constituem uma preocupação, manifestando sobretudo sob a forma de carências nutricionais específicas em grupos vulneráveis, como a anemia que atinge ainda 43% das crianças menores de cinco anos (IDSR III- 2018), tendo contudo registado uma redução de 9% em relação ao ano de 2009 (IPAC 2009).

Segundo as projeções feitas pela análise do Quadro Harmonizado na determinação das populações vulneráveis para julho e agosto de 2019, estimavam que 14% da população estariam na fase de subpressão e 1,65% na fase de “Crise”, em comparação com cerca de 20% e 4%, na fase subpressão e crise em 2018.

Em 2018 a insegurança alimentar atingiu 37,7% da população de Cabo Verde, sendo 28,1% de insegurança alimentar moderada e 9,6% de insegurança alimentar grave. A insegurança alimentar foi maior nas famílias do meio rural e nas ilhas agrícolas (Santo Antão, Santiago e Fogo).

## SITUAÇÃO NUTRICIONAL EM CABO VERDE

Os problemas nutricionais são referidos como o múltiplo fardo da malnutrição/tríplo fardo da malnutrição (Fig. 1), resultantes da subnutrição, sobrenutrição e deficiências em micronutrientes, que, apesar de terem o espectro clínico diferente, podem apresentar aspetos semelhantes, nomeadamente a subnutrição e a deficiência nutricional, que normalmente ocorrem em simultâneo.



Fig. 1: Triplo fardo da malnutrição (Fonte Rosa Semedo).

A subnutrição resulta da insuficiente ingestão alimentar em relação às necessidades metabólicas e manifesta-se em desnutrição aguda, crónica e insuficiência ponderal.

A sobrenutrição resulta em acúmulo da gordura corporal e no risco acrescido de desenvolver doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente diabetes, cancro, hipertensão arterial, doença cerebro-cardiovascular, entre outras.

A deficiência de micronutrientes, também designada de “fome oculta”, refere a uma ingestão inadequada de vitaminas e minerais essenciais, como o ferro, o iodo e a vitamina A.

Tanto a sobrenutrição como a subnutrição podem estar associadas a deficiências nutricionais.

## USO DE PESTICIDAS NA AGRICULTURA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), pesticidas são produtos químicos, substâncias ou misturas de substâncias, usadas para prevenir, destruir ou controlar qualquer praga ou doença nas culturas alimentares.

O uso de substâncias com a finalidade de eliminar ou controlar as pragas e doenças vem desde a antiguidade e são exemplos: o uso de plantas e outros produtos, como pó de enxofre, que foram utilizados para controlar insetos, o Cloreto de Sódio (NaCl) que foi utilizado para matar ervas daninhas e, posteriormente, utilizados os extratos de pimenta, água com sabão, cal, vinagre, entre outros, com a mesma finalidade.

Mundialmente, a utilização dos pesticidas deu início no século XIX visando controlar ou exterminar os diferentes tipos de organismos nocivos nas culturas (pragas/doenças). No entanto, o emprego de pesticidas tem causado, a nível mundial, problemas relacionados com a saúde pública e contaminação ambiental. Segundo a OMS, são registradas 20 mil mortes por ano devido ao consumo de pesticidas.

Os principais afetados são os agricultores e trabalhadores das indústrias de pesticidas, a população em geral, devido a exposições múltiplas e consumo de alimentos contaminados, as grávidas, crianças e adolescentes devido a alterações metabólicas, imunológicas ou hormonais que esses produtos podem causar.

As formas de exposição aos pesticidas podem ser:

- No local de produção agrícola, através da inalação, contato dérmico, aplicação e preparação do aditivo químico.
- Ambiental, através das pulverizações aéreas que ocasionam a dispersão dessas substâncias, atingindo a população.
- Consumo de alimentos e água contaminados.
- Contato com os vestuários dos trabalhadores que lidam com o pesticida.

Quanto à forma de ação, os pesticidas podem ser classificados em: fungicidas, desfolhantes, herbicidas, raticidas, inseticidas e acaricidas.



Estes ainda podem ser classificados, de acordo com a toxicidade, ou seja, pela dose letal mediana (DL<sub>50</sub>), conforme referido no Quadro 1 a seguir.

**Quadro 1: Classificação dos pesticidas de acordo com a DL<sub>50</sub>**

Classe	Grau de Toxicidade	DL <sub>50</sub>
I	Extremamente tóxica	DL <sub>50</sub> ≤ 1 mg/kg
II	Altamente tóxica	DL <sub>50</sub> > 1 a 50 mg/kg
III	Moderadamente tóxica	DL <sub>50</sub> > 50 a 500 mg/kg
IV	Pouco tóxico	DL <sub>50</sub> > 0,5 a 5 g/kg

As consequências nefastas do pesticida na saúde humana resultam do seu potencial risco para desencadear intoxicações.

As intoxicações não são reflexos de uma relação simples entre o produto e a pessoa exposta, mas sim, de vários fatores que participam na determinação das mesmas, nomeadamente:

- As características do produto: características toxicológicas, forma de apresentação, estabilidade, solubilidade, presença de contaminantes, presença de solventes, etc.
- As características do indivíduo exposto: idade, sexo, peso corporal, estado nutricional, escolaridade, conhecimento sobre os efeitos e medidas de segurança, etc.
- As condições de exposição: condições gerais do trabalho, frequência, dosagem, formas de exposição, etc.

O quadro clínico das intoxicações por pesticidas incluem desde sintomas leves, até situações mais graves que podem culminar na morte da pessoa afetada. Estas podem ser agudas ou crônicas e podem incluir cefaleia, sonolência, vômitos, dispnéia, taqui/bradicardia, alterações hepáticas, insuficiência renal, abortos, alterações hormonais, malformações congénitas, entre outras.

É de salientar a relação existente entre a exposição a pesticidas e o desenvolvimento de cânceros, apesar de ainda não estar comprovado essa relação direta, tendo em conta outros fatores de risco, nomeadamente os ambientais e também a fatores genéticos.

Contudo, estudos vêm mostrando o potencial de desenvolvimento de câncer relacionado com diversos pesticidas, justificando a recomendação de precaução para com o uso e contato, por exemplo:

- Aumento de incidência de câncer de próstata na Suécia em trabalhadores rurais expostos a pesticidas.
- Taxas elevadas de infertilidade e câncer de testículo em locais com alta exposição a pesticidas.
- Alterações nas características do esperma de adolescentes saudáveis expostos a pesticidas.
- Alterações mamográficas precursoras de câncer em mulheres que lidam com pesticidas.
- Observação de maior deteção de câncer de mama na pré-menopausa também nas pessoas expostas a pesticidas.

#### QUADRO LEGAL DE GESTÃO DE PESTICIDAS EM CABO VERDE

Em relação ao uso de pesticidas em Cabo Verde existe um quadro regulamentar que inclui:

- Decreto-Lei nº 114/80 de 31 de Dezembro (antiga lei que regulava QV e gestão de pesticidas);
- Decreto-lei nº 26/97 de 20 de maio (apenas a gestão de pesticidas);
- Regulamentação Comum de Pesticidas ao Nível do CILSS (CEDEAO):

a) Artigo 5º - Homologação a nível regional – O Comité Saheliano de Pesticidas (CSP) e lista positiva nacional (Cabo Verde não contempla nenhum herbicida e privilegia pesticidas menos tóxicos e ambientalmente seguros, Classe s III e IV)

b) Artigo 6º - Importação e comercialização de pesticidas reservadas a operadores inscritos na Direção Geral do Comércio (DGC) e que reúnem requisitos como: dispor de pessoal qualificado, armazém apropriado, meio de transporte adequado, carecendo sempre de autorização da Direção Geral de Agricultura

e Desenvolvimento Rural (DGADR) e controlo na entrada da parte do Serviço de Inspeção.

c) Artigo 15º – Pesticidas devem ser comercializados em locais apropriados, devidamente separados de outras mercadorias destinadas a alimentação humana e animal.

### RESULTADOS DAS ANÁLISES DE RESÍDUOS DE PESTICIDAS NOS ALIMENTOS: CASO DE ESTUDO, CABO VERDE (2017 E 2018).

Em 2019 foi feito um estudo em Cabo Verde sobre a “Agricultura sustentável e segurança dos alimentos na Macaronésia”, no âmbito do projeto PERVMAC, do qual é membro: INIDA, ERIS, DGASP, INSP e várias outras instituições internacionais.

Este estudo objetivou, entre outros assuntos, pesquisar e avaliar os resíduos de pesticidas nas frutas e hortaliças.

As fontes de dados/informações consultadas para planificar a amostragem foram:

- Série de dados sobre a estimativa da produção nacional de hortaliças e frutas (Estatísticas do MAA);
- Dados de importação de frutas e legumes ins-

peccionados nos principais pontos de entrada (Ilhas S. Vicente, Sal, Boavista e Santiago) (Serviços de Agricultura);

- Estimativa sobre o consumo médio anual (importação + produção nacional);
- Sazonalidade da produção nacional;
- Peso populacional por ilha/concelhos em todo o território nacional;
- Principais importadores de frutas, hortaliças e cereais.

O plano de amostragem incluiu um total de 319 amostras de frutas e hortaliças (sendo 103 amostras do ano 2017 e 216 amostras do ano 2018), correspondendo 78% (250 amostras) à produção nacional e 22% (69 amostras) à importação.

As unidades de amostragem nacionais foram obtidas nos mercados municipais (vendedeiras que comercializam frutas e hortícolas) e as amostragens dos produtos importados nos armazéns/espacos dos Operadores importadores.

A metodologia utilizada para a deteção de resíduos de pesticidas nesses produtos teve por base o seguinte esquema (Fig.2):

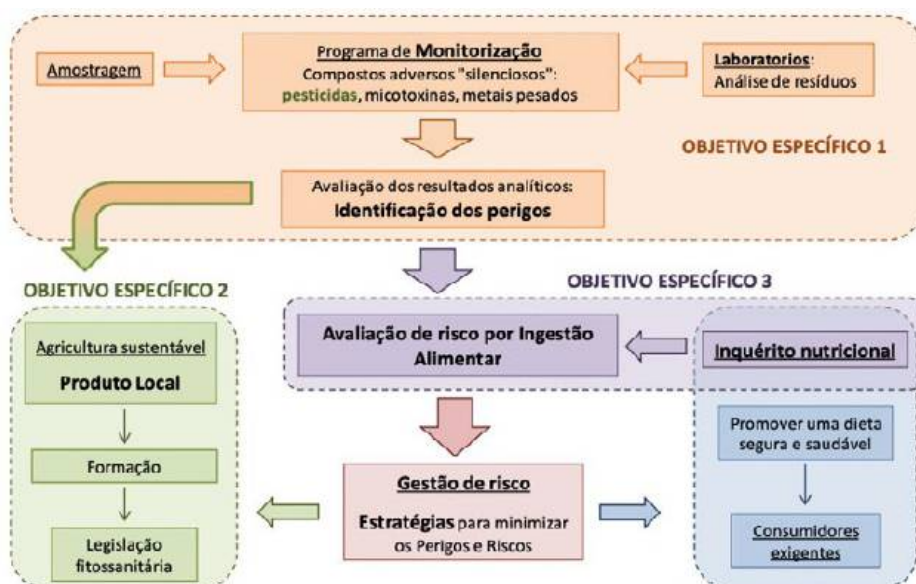


Fig.2: Metodologia e objetivos do trabalho (Fonte PERVMAC II)



A média de resíduos de pesticidas detetados no total das amostras foi de 0,91, sendo de 0,34 nos produtos nacionais e 2,94 nos produtos importados, sendo

a quantidade de resíduos detetados nos alimentos importados oito vezes superior à quantidade detetada nos produtos nacionais. (Quadro2).

**Quadro 2: Resultados dos Produtos nacionais e importados versus resíduos de pesticidas detetados.**

MATRIZ	TOTAL	PRODUTOS NACIONAIS	PRODUTOS IMPORTADOS
Pepino	15	15	
Pera	10		10
Salsa	6	6	
Pimento	19	17	2
Banana	9	9	
Repolho	23	23	
Melancia	7	4	3
Tomate	83	81	1
Uva	5		5
Cenoura	25	22	3
	319	250	69
		78%	22%
Resíduos	289	86	203
	0.91	0.34	2.94

Fonte: Adaptado de PERVEMAC II; (Fonte PERVEMAC II)

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo revela a existência em Cabo Verde de um quadro múltiplo da malnutrição, nomeadamente o atraso do crescimento que ainda afeta 11 % de crianças menores de cinco anos e a existência de uma elevada prevalência de anemia. Apesar da sua progressiva redução, o estudo indica que o fenómeno da malnutrição ainda atinge 43% de crianças nesta mesma faixa etária.

De entre outros problemas que se colocam em relação à questão da segurança alimentar e nutricional que precisam ser equacionados, a sobrenutrição também se tornou significativa, especialmente o risco do excesso de peso, que atinge 13,3% de crianças menores de cinco anos e mais de um terço da população adulta entre os 18 a 64 anos.

Comparando Cabo Verde com os países da Macaronésia e os restantes países europeus, os resultados deste estudo permitem classificar Cabo Verde como um país seguro em termos de resíduos de pesticidas nos alimentos produzidos localmente.

Quanto aos produtos importados alguns devem

merecer maior controlo, tendo em conta que estes apresentaram oito vezes mais resíduos de pesticidas que os produzidos localmente.

Nos produtos como Limão, Laranja, Pimento, Melancia, Tomate, Cenoura, tanto os importados como os produzidos localmente devem ser monitorizados frequentemente, com vista a garantir que os níveis de resíduos de pesticidas se mantenham sempre abaixo dos valores recomendados.

Somos obrigados a tirar melhor proveito técnico e científico das boas práticas e melhores tecnologias disponíveis, sobretudo para valorizar a nossa agricultura familiar e promover a saúde pública dos nossos consumidores.

As políticas públicas implementadas pelo Ministério da Agricultura e Ambiente em Cabo Verde nos setores de agricultura e segurança alimentar e nutricional estão bem alinhadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e nota-se dia-após-dia os esforços feitos para garantir a sustentabilidade e a segurança dos alimentos consumidos pelos cabo-verdianos.

## PRINCIPAIS FONTES BIBLIOGRÁFICAS

Angela Moreno, 2019. *Biodiversidade agrícola e segurança alimentar em Cabo Verde*. INIDA, Cabo Verde

FAO, 2019. *Situação Alimentar Mundial*, Rom, Itália.

IPAC 2009- *Inquérito sobre prevalência de anemia e fatores associados a crianças menos de 20 anos*. Jorge Brito, 2015. *Pesticidas & Saúde- Contributo para uma Alimentação Saudável*, INIDA, Cabo Verde

Nora Silva, 2019- *Biodiversidade agrícola Resgate e conservação de sementes de variedades locais com enfoque na segurança alimentar e nutricional*, INIDA. Cabo Verde

Quadro Harmonizado na determinação das populações vulneráveis para julho a agosto de 2019

Ricardo Diaz e João Gonçalves, PERVEMAC I e II, 2018 e 2019- ARFA, Cidade da Praia

Rosa Maria Rosa Semedo, 2019) - *Situação nutricional em Cabo Verde*. MAA, Cabo Verde.







ORDÉM DOS  
MÉDICOS  
CABO-VERDIANOS

Os votos de um Feliz 2020 da OMC  
também são extensíveis à toda a população  
em Cabo Verde para que continue na  
senda da procura de uma sociedade mais  
saudável e melhor informada.

*Boas Festas*

# TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Autoras:**

**Valéria Semedo <sup>(1)</sup>, Florbela Gonçalves <sup>(2)</sup>**

**(1) Médica, Especialista em Medicina Interna, Hospital Dr. Agostinho Neto**

**(2) Médica, Doutoranda em Cuidados Paliativos, Especialista em Medicina Interna, Instituto Português de Oncologia, IPO - Coimbra**



## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que mais de 19 milhões de adultos necessitam de cuidados paliativos no fim da vida. (1).

Sabe-se que a dor é um dos principais sintomas dos doentes paliativos e que é um dos parâmetros a avaliar na qualidade de vida do doente. Numa revisão sistemática da prevalência da dor em doentes com cancro, a prevalência da dor foi calculada para 4 subgrupos: doentes após o tratamento curativo, 33% [intervalo de confiança (IC) de 95% 21% a 46%]; doentes sob tratamento antineoplásico, 59% (IC 44% a 73%); doentes com doença

avançada, 64% (IC 58% a 69%); doentes em todos os estados de desenvolvimento da doença, 53% (IC 43% a 63%) (3). O tipo de cancro com a maior prevalência de dor foi o da cabeça e pescoço 70% (IC 51% a 88%), relativamente aos outros tipos de cancro não houve diferenças significativas (3). Outra revisão sistemática e meta-análise mostrou que 38% dos doentes tinham dor moderada a intensa (4).

A dor pode ter um impacto devastador na qualidade de vida de um doente. A avaliação e gestão adequadas da dor são, portanto, indicadores de qualidade nos cuidados paliativos.

A dor é um sintoma comum em muitos tipos de cancro. A sua abordagem por uma equipa multidisciplinar, que inclua a avaliação da dor, conferência com o doente e família e tratamento farmacológico e não farmacológico são essenciais.

Este artigo incidirá sobre os aspectos farmacológicos do tratamento da dor no cancro e procurará dar uma visão geral e actualizada sobre os mais recentes avanços neste campo.

## DESENVOLVIMENTO

Tradicionalmente, usa-se a escala analgésica da OMS para o tratamento farmacológico da dor no cancro (5). Esta escala indica o tipo de analgésico mais adequado para o nível de dor. Assim, para uma correta abordagem farmacológica da dor é necessário a classificação adequada da dor.

Existem regras de boas-práticas para o tratamento da dor, que também devem ser levadas em consideração no doente paliativo: Pela boca (preferir sempre via oral), pelo relógio (prescrever tendo em conta a posologia correta), pela escala (usar o analgésico adequado para a intensidade da dor, de acordo com escala analgésica de OMS) e ter em conta as particularidades.

Para além dos analgésicos não opióides e opióides, o tratamento farmacológico da dor inclui também o uso de coadjuvantes, sobretudo no controle da dor neuropática.

Deve-se também evitar os efeitos secundários previsíveis, nomeadamente com a prescrição de antiemético, se necessário, e laxante quando se prescreve opióides, e usar protetor gástrico quando se usar anti-inflamatórios não esteroides e corticoides..

O tratamento da dor oncológica deve incluir a prescrição de analgésico fixo, de longa acção e analgésico de acção curta em SOS para os episódios de dor irruptiva.

## ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES

### Paracetamol

Uma revisão recente da Cochrane avaliou o papel do paracetamol oral no tratamento da dor oncológica (7). Havia três pequenos ECRs incluídos. Todos os três estudos avaliaram o paracetamol em combinação com opióides. O risco de viés foi alto. Nenhum estudo avaliou a utilização do paracetamol individualmente. Assim, conclui-se pela falta de evidência a favor ou contra o uso isolado de paracetamol na dor oncológica (7)

### Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)

Os anti-inflamatórios não esteroides são utilizados em cuidados paliativos para o tratamento da dor oncológica em que a inflamação é a etiologia subjacente (2).

O papel dos AINEs no tratamento da dor no cancro foi avaliada numa revisão Cochrane recente (8). Nove dos onze estudos incluídos tiveram um viés elevado, sendo os estudos com amostras pequenas e com dados incompletos. Em quatro estudos, ficou demonstrado que os AINEs reduziram a dor moderada ou intensa após uma ou duas semanas de tratamento (415 participantes).

No entanto, não se conseguiu evidência suficiente que sustentasse o uso de AINEs (isoladamente ou em combinação com opióides).

Os AINEs têm toxicidade gastrointestinal, toxicidade renal e toxicidade cardiovascular (9,10). O risco de complicações do tracto gastro-intestinal superior, em comparação com o placebo, é o dobro com os coxibs e Diclofenac, e o quádruplo com altas doses de Ibuprofeno (2400 mg/24 horas) e naproxeno (1000 mg/24 horas). Só 2% das complicações do trato gastrointestinal superior se revelam fatais. O risco de insuficiência cardíaca levando a admissão hospitalar é o dobro com todos os AINEs. O celecoxib e o Diclofenac têm menor risco de complicações do tubo digestivo superior, mas um risco mais elevado de grandes eventos cardiovasculares. Por isso, devem ser evitados nos doentes com risco cardiovasculares.

Com base no risco individual de toxicidade gastrointestinal ou cardiovascular, são feitas as seguintes recomendações sobre a escolha dos AINEs (11):

- Nenhum risco cardiovascular ou gastrointestinal: AINE não seletivo (por exemplo, naproxeno, ibuprofeno, diclofenac)

- Risco gastrointestinal e nenhum risco cardiovascular: evitar, se possível; se não for possível, optar por celecoxib (200 mg/24 horas)

- Risco cardiovascular +/- risco gastrointestinal: evitar, se possível; Naproxeno (1 g/24 horas) ou dose baixa de Ibuprofeno (< 1200 mg/24 horas).

Inibidores da bomba de prótons devem ser prescritos a todos os doentes em tratamento com AINEs, independentemente dos riscos gastrointestinais (12).

Os AINEs devem ser prescritos na dose mais baixa eficaz e no espaço de tempo mais curto possível. O tratamento deve ser revisto regularmente e descontinuado se não houver benefício ou surjam efeitos colaterais intoleráveis. Deve haver especial precaução com os idosos nos quais o risco de efeitos tóxicos gastrointestinais, renais ou cardiovasculares são maiores (13).

## ANALGÉSICOS OPIÓIDES

Os opióides fracos (por exemplo, codeína) têm sido tradicionalmente prescritos antes dos opióides fortes (por exemplo, morfina) para a gestão da dor no cancro. No entanto, iniciar com uma dose baixa de opióides fortes (por exemplo,  $\leq 30$  mg/dia oral de morfina) demonstrou dar melhor alívio da dor do que a utilização de opióides fracos, como a codeína (14). Para os doentes em que se faz conversão de um opióide fraco em forte e sem disfunção renal ou hepática, uma dose inicial de 10 – 15 mg de morfina de libertação prolongada por via oral duas vezes por dia, mais 5 mg de morfina de libertação normal por via oral de acordo com as necessidades (15). Para doentes “naïves” de opióides, utilizam-se doses menores de morfina de libertação imediata, conforme necessário (habitualmente 1/6 da dose diária total), monitorizando os efeitos colaterais e titulando a dose.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos refere que não há diferenças importantes entre a morfina, a oxicodeona e a hidromorfona administradas por via oral e sugere que qualquer um destes três fármacos pode ser usado como o opióide forte de primeira escolha para a dor moderada a severa no cancro (16). Uma revisão Cochrane de 17 estudos sugere que a oxicodeona tem efeitos analgésicos e efeitos adversos semelhantes a outros opióides e que a oxicodeona ou a morfina podem ser utilizadas como opióides orais para alívio da dor oncológica (17).

Assim, a morfina é o analgésico opióide recomendado por excelência como primeira opção no tratamento da dor oncológica, podendo ser administrada por via oral, subcutânea, endovenosa, transmucoso e retal e tópica.

## Tapentadol

Uma alternativa recente aos opióides fortes tradicionais é o tapentadol. O Tapentadol é um agonista dos receptores  $\mu$ -opióide relativamente fraco (ligação 18 vezes menos potente do que a morfina) e um inibidor da recaptação da noradrenalina. As duas ações farmacológicas atuam sinergicamente. Uma revisão Cochrane sobre o uso de tapentadol oral em doentes com cancro, incluiu quatro estudos (< 200 doentes) e comparou o tapentadol de libertação prolongada com a morfina e a oxicodeona; a revisão concluiu que o tapentadol não era superior nem inferior à oxicodeona ou à morfina.

## Opióides Transdérmicos

A buprenorfina e o fentanil são opióides fortes muito potentes, frequentemente utilizados como adesivos transdérmicos. Podem ser usados quando os opióides orais não são tolerados ou quando o doente não tem a via oral disponível. Concentrações eficazes de fentanil são geralmente alcançadas dentro de três a 23 horas. Se após 48 horas os doentes necessitarem de duas ou mais doses de resgate/dia deve haver um aumento da dose de 12 – 25 mcg/hora.

Concentrações eficazes de buprenorfina são geralmente alcançados dentro de 11 a 24 horas. Se após 72 horas os doentes necessitarem de duas ou mais doses de resgate/dia deve haver um aumento da dose para o patamar seguinte disponível.

A buprenorfina e o fentanil estão associados a menos obstipação do que doses equianalgésicas de morfina de libertação lenta e a buprenorfina demonstrou causar menos disfunção cognitiva do que os outros opióides.

### Efeitos Adversos dos Opióides

Os opióides têm uma ampla gama de efeitos secundários. Uma revisão recente da Cochrane avaliou a série de eventos adversos que surgiram após  $\geq 2$  semanas de uso de opióides para dor crónica não oncológica em adultos (18). Catorze revisões mostraram um aumento significativo de reações adversas (obstipação, tonturas, sonolência, fadiga, sudorese, prurido, náuseas e vômitos) dos opióides em relação ao placebo.

Médicos e doentes podem erroneamente ficar apreensivos sobre o efeito da toma de opióides na sobrevida. Esse receio pode levar a um controlo inadequado da dor. Uma revisão sistemática relatou que nos últimos dias-a-semanas de vida, os opióides não influenciaram a sobrevida, mas houve uma possível associação entre o uso prolongado dos opióides e uma menor sobrevida em pacientes adultos com câncer (19).

De notar, no entanto que estes estudos foram de má qualidade e o efeito dos opióides na sobrevida não foi o desfecho primário, pelo que a causalidade não pode ser estabelecida (20). Além disso, a relação entre o uso dos opióides e a sobrevida mais curta pode ser devida ao facto de a doença mais agressiva também poder ser mais dolorosa e com mais necessidade de opióides. Sabe-se também que a presença da dor pode afetar negativamente a sobrevida (21).

### Prescrição de Opióides

Os opióides têm uma ampla gama de efeitos secundários. Uma revisão recente da Cochrane avaliou a série de eventos adversos que surgiram após  $\geq 2$  semanas de uso de opióides para dor crónica não oncológica em adultos (18). Catorze revisões mostraram um aumento significativo de reações adversas (obstipação, tonturas, sonolência, fadiga, sudorese, prurido, náuseas e vômitos) dos opióides em relação ao placebo.

Médicos e doentes podem erroneamente ficar apreensivos sobre o efeito da toma de opióides na sobrevida. Esse receio pode levar a um controlo inadequado da dor. Uma revisão sistemática relatou que nos últimos dias-a-semanas de vida, os opióides não influenciaram a sobrevida, mas houve uma possível associação entre o uso prolongado dos opióides e uma menor sobrevida em pacientes adultos com câncer (19).

De notar, no entanto que estes estudos foram de má qualidade e o efeito dos opióides na sobrevida não foi o desfecho primário, pelo que a causalidade não pode ser estabelecida (20). Além disso, a relação entre o uso dos opióides e a sobrevida mais curta pode ser devida ao facto de a doença mais agressiva também poder ser mais dolorosa e com mais necessidade de opióides. Sabe-se também que a presença da dor pode afetar negativamente a sobrevida (21).

### Coanalgésicos

Os fármacos coanalgésicos ou adjuvantes referem-se a substâncias que foram originalmente comercializadas para outras indicações que não a dor. Estes incluem antidepressivos como a amitriptilina e a duloxetina, e antiépiléticos como a gabapentina e a pregabalina. A duloxetina é um inibidor da recaptção da serotonina - noradrenalina licenciado para o tratamento da dor neuropática periférica diabética. Num estudo multicêntrico e aleatório de duloxetina versus placebo, a duloxetina reduziu significativamente a intensidade da dor em doentes com neuropatia periférica induzida pela quimioterapia de platina e taxanos (22).

Muitos dos fármacos utilizados para tratar a dor neuropática não estão licenciados e isso limita o seu uso. Sugere-se a utilização da amitriptilina, duloxetine, gabapentina ou pregabalina como tratamento inicial para dor neuropática (exceto a neuralgia do trigémio). A terapêutica combinada pode ser útil se as escolhas iniciais não melhorarem suficientemente a dor (23).

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos recomenda que a amitriptilina ou a gabapentina devam ser consideradas para os doentes com dor oncológica neuropática que seja apenas parcialmente responsiva a analgesia opióide. Os efeitos adversos desta associação sobre o sistema nervoso central são frequentes, pelo que se deve fazer um equilíbrio balanceado com os benefícios obtidos.

## CONCLUSÃO

Existem alguns desenvolvimentos recentes na abordagem da dor em cuidados paliativos. Estudos mais robustos são necessários.

O tratamento dos doentes deve ser individualizado, tendo em conta os riscos e os benefícios da medicação e as comorbilidades do doente. Uma reavaliação frequente da resposta à terapêutica deve ser realizada e os fármacos devem ser interrompidos se não houver melhoria ou surgirem efeitos adversos intoleráveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Connor S, Sepulveda C. The Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014.
2. Bruera E, Kim HN. Cancer pain. *JAMA* 2003;290:2476–2479.
3. van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J (2007) Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 18:1437–1449.
4. van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstetbach LMJ, Joosten EAJ, PhD, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and metaanalysis. *J Pain Symptom Manage* 2016;51:1070-1090.
5. World Health Organization . *Cancer pain relief* . Geneva : WHO , 1986 .
- 6 Carlson CL . Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: an integrative review . *J Pain Res* 2016 ; 9: 515 – 34 .
- 7 Wiffen PJ, Derry S , Moore RA et al . Oral paracetamol (acetaminophen) for cancer pain . *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7: CD012637.
8. Derry S , Wiffen PJ , Moore RA et al. Oral nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) for cancer pain in adults . *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; 7 : CD012638
- 9 Bhala N , Emberson J , Merhi A et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials . *Lancet* 2013 ; 382 : 769 – 79.
- 10 Nissen SE , Yeomans ND , Solomon DH et al. Cardiovascular Safety of Celecoxib, Naproxen, or Ibuprofen for Arthritis . *N Engl J Med* 2016 ; 375 : 2519 – 29.
11. Scarpignato C , Lanasa A , Blandizzi C et al. Safe prescribing of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with osteoarthritis – an expert consensus addressing benefits as well as gastrointestinal and cardiovascular risks . *BMC Med* 2015 ; 13 : 55
12. National Institute for Health and Care Excellence. *Osteoarthritis: care and management: NICE Guideline (CG177)*. NICE , 2014 . nice.org.uk/guidance/gc177 [Accessed 27 November 2017]
13. Fine P . Treatment guidelines for the pharmacological management of pain in older persons . *Pain Medicine* 2012; 13 : S57 – S66 .
14. Crews KR , Caudle KE , Dunnenberger HM et al. Considerations for the utility of the CPIC Guideline for CYP2D6 genotype and codeine therapy . *Clin Chem* 2015 ; 61 : 775 – 6 .
15. National Institute for Health and Care Excellence. *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief: NICE Guideline (CG140)*. NICE , 2012 . nice.org.uk/guidance/cg140 [Accessed 27 November 2017]



16. Caraceni A , Hanks G , Kaasa S *et al.* Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC . *Lancet Oncol* 2012 ; 13 : e58 – 68 .

17. Schmidt-Hansen M , Bennett MI , Arnold S *et al.* Oxycodone for cancer-related pain . *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; 8 : CD003870 .

18. Els C , Jackson TD , Kunyk D *et al.* Adverse events associated with medium and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews . *Cochrane Database Syst Ver* 2017 ; 10 : CD012509 .

19. Boland JW , Ziegler L , Boland EG , McDermid K , Bennett MI . Is regular systemic opioid analgesia associated with shorter survival in adult patients with cancer? A systematic literature review . *Pain* 2015 ; 156 : 2152 – 63

20. Boland JW , Ziegler L , Boland EG , McDermid K , Bennett MI . Is regular systemic opioid analgesia associated with shorter survival in adult patients with cancer? A systematic literature review . *Pain* 2015 ; 156 : 2152 – 63 .

21. Smith D , Wilkie R , Uthman O , Jordan JL , McBeth J . Chronic pain and mortality: a systematic review . *PloS one* 2014 ; 9 : e99048

22. Smith EM , Pang H , Cirrincione C *et al.* Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial . *JAMA* 2013 ; 309 : 1359 – 67 .

23. National Institute for Health and Care Excellence . *Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings: NICE Guideline (CG 173)*. NICE , 2013 . [nice.org.uk/guidance/cg173](http://nice.org.uk/guidance/cg173) [Accessed 27 November 2017]



# 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

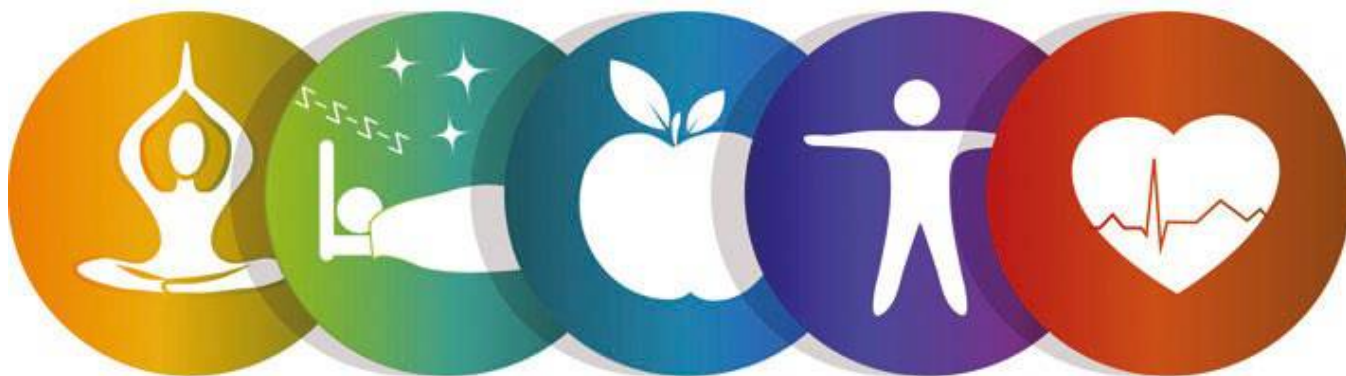


# REPENSAR A SAÚDE EM CABO VERDE

Autor:

Danielson Veiga

Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos



## INTRODUÇÃO

Numa época em que a saúde já obteve grandes ganhos em termos de quantidade (redução de mortalidade, aumento do número de recursos humanos, aumento do número de estruturas de saúde), a qualidade em medicina afigura-se como um dos maiores desafios.

Esses desafios são multisetoriais e tem como único objetivo e foco a melhoria da qualidade de vida.

## DESENVOLVIMENTO

A prática da medicina sofreu muitas alterações ao longo dos tempos, nomeadamente na relação médico/doente, muito prejudicado pela necessidade de redução das listas de espera e pelo aumento da afluência dos utentes. Ademais, doenças cada vez mais complexas, com diagnósticos mais exigentes em termos de meios complementares de diagnóstico e a existência das especialidades, subespecialidades e esta multiplicidade de intervenientes no mesmo paciente obriga o profissional a aprender a trabalhar em equipa, equipas multidisciplinares e transdisciplinares, assentes em bases bem alicerçadas de respeito e ética profissional. O acesso à inter-

net, que por vezes incita os mais leigos a acreditarem que a medicina se esgota neste meio de comunicação, também veio alterar a relação entre o médico e o doente, criando desconanças e pressões sobre os médicos, que outrora não existiam.

Os médicos também muitas vezes tem que gerir os custos cada vez maiores na saúde, sempre ciente de que a saúde não tem preço.

As técnicas cada vez mais complexas, as questões jurídicas e a comunicação social também afiguram-se como outras características da prática médica atual e merecem uma atenção especial, treino, formação e estratégias bem definidas.

Os desafios atuais a enfrentar também dizem respeito aos decisores políticos.

Aqui destaca-se o direito à saúde e o acesso a serviços de (qualidade) saúde.

É necessário melhorar de forma sustentada a equidade do acesso aos serviços e a saúde. A melhoria da qualidade da rede de cuidados de saúde deve tornar-se também mais eficiente, incluindo também os seguros de saúde e a proteção daqueles que não tem condições econômicas.



Cabo Verde deve ser alvo de maior investimento financeiro na saúde, contudo, é necessário que todo o investimento seja monitorizado, usando indicadores fiáveis e que se traduzam em ganhos reais de saúde.

As instituições de saúde, sobretudo os hospitais, são das organizações mais complexas de gerir, com uma indústria de apoio em equipamentos e medicamentos extremamente voláteis e em permanente turbulência e evolução.

Do outro lado da moeda estão as *questões éticas, delicadas de vida e de morte* sendo que a saúde é sempre o nosso bem mais precioso.

A sociedade civil também afigura-se como um dos atores determinantes para enfrentar os desafios atuais da medicina. Esta deve ter um papel mais ativo, através de associações, deve haver um investimento e incentivo à literacia em saúde, de forma a proteger e promover a saúde. Medidas específicas para promoção da saúde devem ser alvos prioritários de intervenção.

As soluções para ultrapassar os desafios atualmente impostos incluem estratégias transversais, passando da reforma na formação de profissionais de saúde, mas também pelos políticos e gestores, chegando a sociedade civil.

A preparação dos médicos deve ter em conta os atuais desafios que a profissão os impõe, de forma a fornecer instrumentos essenciais para conseguirem exercer a profissão. A inclusão de algumas temáticas na formação pré-graduação do médico, desde liderança, relação médico-doente e trabalho de equipa e noções de gestão são alguns dos temas que podem ser iniciados ainda na faculdade e mais aprofundados ao longo da formação especializada. É necessário encontrar e criar verdadeiros líderes a quem forneceremos melhores recursos e maior autonomia, enriquecendo a capacidade formativa para a criação de profissionais com graus muito elevados de excelência que permitirão a criação inequívoca de Valor e por consequência menos custos para a saúde a médio e a longo prazo.

Para os decisores políticos a Saúde não tem um preço observável.

Pelo menos na Saúde temos que, de uma vez por

todas, acabar com a gestão de cargos em função dos partidos políticos.

É necessário ter a coragem de escolher os melhores entre os melhores sem influências políticas para gerir a saúde, sendo este um pilar necessário para a edificação do sistema de saúde que se pretende. É assim inevitável a aposta na escolha de gestores com formação clínica de base e/ou com vocação para a gestão das unidades de saúde.

É preciso também que os decisores e, sobretudo, os políticos envolvam aqueles que estão na linha da frente, os profissionais de saúde, com destaque para o médico, pois é aquele que a todo o momento tem a responsabilidade de decisões que afetam a vida das pessoas e que assumem decisões de uma dimensão maior que nunca se poderá comparar a qualquer outra profissão.

Enquanto existirem chefes que não são líderes e gestores sem competência para o cargo, os profissionais de saúde irão continuar desmotivados e alheados da gestão de serviços e unidades onde estão incorporados

Aqui a constante motivação é um ingrediente essencial para garantir uma reforma adequada e sustentada do sistema nacional de saúde, pois os pivôs de qualquer alteração neste sector, para o bem e para o mal, são os profissionais de saúde.

Tão ou mais importante do que medir, é necessário perceber que medir apenas a quantidade de atos na saúde é um modo muito mau de avaliar o desempenho e deve ser privilegiada a qualidade.

Fazer continuamente uma avaliação rigorosa dos cumprimentos das regras estabelecidas com os gestores das unidades de saúde e reestruturação das mesmas sempre que tal possa melhorar os ganhos de saúde.

A sociedade civil, uma das grandes parceiras, também deve ser mais ativa e procurar informações, não só de doenças, mas sobretudo do seu papel no sistema de saúde.

Esta deve estar consciente do sistema de saúde que o país dispõe e saber usufruir das várias tipologias de prestação de serviço, acabando de vez com os comportamento de apenas apagar fogos.

É assim fundamental trabalhar as questões que possam criar hábitos de vida mais saudáveis para que as pessoas recorram o menos possível às instituições hospitalares. Estas últimas são estruturas de extrema complexidade onde os custos reais na saúde são muito elevados e cada vez mais difíceis de sustentar.

O envelhecimento da população, o crescente peso das doenças crónicas e a inovação terapêutica e tecnológica colocam cada vez mais grandes pressões ao setor da Saúde.

Aqui surge-nos um desafio essencial: investir cada vez mais na literacia em Saúde com ganhos na promoção de comportamentos que promovam hábitos saudáveis e um envelhecimento ativo. Deve-se realizar o trabalho na promoção de hábitos de vida saudáveis em conjugação com outros Ministérios.

Isso significa apostar de forma continuada na prevenção com prioridade nos Cuidados Primários colocando as pessoas aos poucos a gerir a sua saúde e a sua doença, o que reforça o papel do paciente na sua doença, dando autonomia e valorizando uma relação médico-doente saudável, baseado no princípio ético da autonomia, sempre que for possível.

E pensar sempre que quanto mais saudáveis forem os nossos cidadãos ao longo do tempo menos oneroso será o nosso Sistema Nacional de Saúde.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário, Ministério da Saúde e Segurança Social

# 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@cvtelcom.cv



# FARMÁCIA Moderna

## HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

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

Avenida Amílcar Cabral  
Plateau- Praia  
Santiago

T. 261 27 19  
F. 261 29 51  
E. [fmoderna@sapo.cv](mailto:fmoderna@sapo.cv)

# NOTAS SOBRE A HISTÓRIA DA TUBERCULOSE EM CABO VERDE

*Autor:*

*J. D. Lisboa Ramos*

*Médico*



Costumo dizer que no passado a Tuberculose imolava famílias nas ilhas de Cabo Verde, com base em reminiscências da infância, de ver ou ouvir falar de casos ocorridos na ilha de São Nicolau e que levaram à morte várias pessoas da mesma família.

E delas tenho lembrança muito clara de uma pessoa próxima e de três dos seus filhos, dos quais guardo ainda muita saudade apesar dos quase 60 anos passados sobre o falecimento do filho mais velho, que foi o último da série de quatro membros da família que adoeceram e morreram de Tuberculose Pulmonar entre 1951 a 1961.

A filha mais nova, tinha 10 ou 11 anos, quando adoeceu com febre, tosse, enfraquecimento progressivo, e veio a falecer cerca de um ano depois, com o que os mais velhos chamavam Doença-fraca.

A mãe começou a ficar doente um ou dois anos depois, aí para 1954 ou 1955. Iniciou o tratamento de Tuberculose Pulmonar na Enfermaria Regional, tendo ido depois para S. Vicente, onde tinha uma irmã com algumas posses e o Hospital com mais recursos em pessoal e medicamentos. Fez o tratamento possível e uma melhor alimentação e outros cuidados durante alguns meses, e regressou a S. Nicolau onde faleceu pouco tempo depois.

Um ano ou dois mais tarde foi o segundo filho, jovem robusto de cerca de 24 ou 25 anos e já pai de dois filhos que adoeceu e faleceu um ano depois com quadro idêntico ao da mãe e da irmã mais nova.

Finalmente, o filho mais velho começou com os mesmos sintomas. Iniciou o tratamento na terra e

se a memória não me trai ou não estou a inventar, lembro de o saudoso médico de então na ilha me falar do uso de Rimifon no tratamento. Não sei se terá sido medicado também com estreptomicina. Morreu alguns meses depois em 1961.

Lembro-me também do poeta Onésimo Silveira que fazia referência no poema “Hora Grande” às pessoas que no Hospital S. Vicente iam fazer o PNEUMA, Pnemotórax terapêutico (?), tratamento residual de situações complicadas.

E ainda de um meu professor que, esse sim, teve a possibilidade de passar um ano em tratamento em Portugal e recuperar, já lá vão também quase sessenta anos.

E por me referir a lembranças não posso deixar de mencionar aquela moça do Liceu Gil Eanes em S. Vicente, de 14 anos de idade, companheira de estudo minha e de meu saudoso irmão, que apareceu doente de tuberculose pulmonar em Outubro ou Novembro de 1957 e aguardou a Primavera para ir para Portugal em tratamento. Embarcou em Abril para Lisboa onde viria a falecer escassos quatro meses depois. Era já tarde dado o avanço da doença.

.....

De regresso a Cabo Verde após a conclusão dos estudos de Medicina, estive colocado de 1969 a 1975 sucessivamente em Santiago, no Hospital da Praia, na ilha do Fogo, Brava, S. Nicolau, Santo Antão, S. Vicente e finalmente de novo no Hospital da Praia, como médico dos Serviços de Saúde e Assistência de Cabo Verde.

Por onde ia passando incluí no tratamento várias pessoas com tuberculose pulmonar, algumas seis no Fogo, talvez quatro em S. Nicolau, cerca de quinze em Santo Antão. Em S. Vicente havia um serviço organizado, supervisionado pelo Delegado de Saúde, com um enfermeiro em exclusividade. O número de doentes em S. Vicente era superior a quarenta.

Depois da Independência, embora colocado no Ministério da Saúde a partir de 1976, continuei ligado à consulta de tuberculose até Fevereiro de 1986.

O diagnóstico era na base da clínica, e baciloscopia da expectoração e radiografia do tórax feitas na Praia ou em S. Vicente.

O tratamento era feito com Estreptomicina nos dois primeiros meses e Isoniasida e PAS até completar um ano e meio. A partir de 1977 introduzimos progressivamente a Tiacetazona em substituição do PAS e reduziu-se a duração para um ano. Como medicamento de reserva havia a Rifampicina, raras vezes utilizada.

Como medidas de prevenção a vacinação com o BCG; o tratamento dos casos; a quarentena doméstica.

A introdução da BCG em Cabo Verde teve início com os trabalhos preliminares em S. Vicente e Sal em 1955, pela Missão Permanente para o Estudo e Combate de Endemias de Cabo Verde, que passou a ser a Missão de Erradicação do Paludismo de Cabo Verde a partir de 1963. Foi institucionalizada efectivamente em todas as ilhas com a criação da Brigada Móvel de Vacinação pelo BCG em 1960, na dependência da referida Missão (Dr. Meira, Dr. Pinheiro, Dr. Albertino Fortes).

Em 1975 Cabo Verde recebeu um donativo da OMS de cem mil doses de BCG. A vacinação sistemática viria a ser reforçada depois da independência no quadro do Programa de Protecção Materno Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF), mais tarde no PAV, actualmente no Programa de Saúde Reprodutiva.

.....

Durante o período de 1975 a 1986 fui responsável pela consulta externa de Tuberculose no Hospital Central da Praia (Hospital Dr. Agostinho Neto). Nesse quadro, na ausência dum especialista na área, e na senda do trabalho que vinha fazendo nas diversas Delegacias de Saúde por onde fui passando de 1969 a 1974 – Fogo, Brava, São Nicolau, Santo Antão e São Vicente.

Participei duma formação de curta duração em Luta antituberculosa na Argélia em 1977, por indicação do Ministro da Saúde. Nessa altura esboçou-se o que seria um plano ainda que sintético para o combate à tuberculose em Cabo Verde.

Em 1977 por ocasião da 1ª Assembleia dos Trabalhadores da Saúde e Assuntos Sociais foi elaborado o Plano de Luta Anti-tuberculosa, que foi apresentado durante o evento. Previa vários aspectos, incluindo orientações organizativas, normas para o diagnós-

tico e tratamento e outros, que foram sendo implementados de acordo com as possibilidades da época.

Constava desse esboço de Plano a ideia de assegurar o diagnóstico baseado na baciloscopia da expectoração; previa o tratamento controlado (sob observação directa) que considerávamos difícil de se implementar na época por causa das nossas condições geográficas e carência de recursos humanos a todos os níveis; introduziu-se o tratamento de um ano de duração com base no esquema de tratamento com Estreptomicina, Isoniazida e Tiacetazona em duas fases; preconizava a utilização da Rifampicina e a introdução do Etambutol e Piraminazida nos tratamentos de segunda linha. Esse esquema viria a perdurar por vários anos ainda, até a introdução de novas orientações terapêuticas (Guião, 1997).

Entre 1984 a 1986 o Dr. Fernando das Neves Almeida, Inspector Clínico Coordenador da Direcção de Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias de Portugal, efectuou várias missões ao nosso país ao serviço da Fundação Gulbenkian e levou a cabo, em colaboração com as autoridades nacionais, os trabalhos preparatórios para a elaboração dum Programa de Luta contra a Tuberculose em Cabo Verde. Os trabalhos culminaram com a realização do Simpósio sobre Tuberculose, na cidade da Praia, em Novembro de 1986. Durante o Simpósio foi apresentado o Programa constante do livro PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NA REPÚBLICA DE CABO VERDE, editado pela Fundação em 1987, que iria ser implementado de acordo com os Projectos que dele faziam parte.

Notar-se-á na narrativa cronológica, um certo hiato entre os anos de 1986 e 2000-2002. No entanto, independentemente dos elementos disponíveis relativamente a esse período, do ponto de vista assistencial e programático, a situação melhorou, nomeadamente com a intervenção da pneumologista Dra. Fernanda Rocha, de saudosa memória; dos vários médicos que dirigiram e colaboraram com o Programa, e de outros técnicos; e com intervenções diversas havidas nesse período no quadro da cooperação. Refira-se nesse âmbito a Fundação Gulbenkian, a OMS, a União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias, ou a colaboração bilateral, incluindo a Cooperação Luxemburguesa.

Durante esse período foi criado o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra; houve acções de formação importantes com a colaboração da OMS e da União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias, visando a capacitação do nosso pessoal clínico, de laboratório e de gestão, nos modelos mais modernos de combate à Tuberculose; foram elaborados protocolos diversos, e dois documentos fundamentais, o Guia Técnico de Controlo da Tuberculose em Cabo Verde (GUIÃO, 1997) e o Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose 2002-2006, que seriam submetidos ulteriormente a revisão - Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose 2007-2011 e o GUIÃO (revisão de 2008-2009).

Esses documentos são fundamentais na luta contra a tuberculose no nosso país. Com efeito, o PEN-TB contém planificação geral com objectivos, estratégias, actividades previstas e estimativas de orçamento, facilitando a elaboração dos Planos de Acção anuais de combate à tuberculose nos cinco anos a que se referia. Por outro lado o Guião continha normas técnicas específicas relativas ao diagnóstico, tratamento e seguimento em geral, incluindo os formulários de gestão e avaliação, às actividades de sensibilização, informação e educação ao nível dos indivíduos e das comunidades.

No entanto, é durante esse período que apareceu um novo fenómeno, da maior importância na luta antituberculosa. A emergência da pandemia de VIH/SIDA, que ao nível mundial veio agravar todos os parâmetros no combate à Tuberculose. A começar pela gravidade dos casos, com quadros clínicos mais graves e imagens radiológicas quase que inimagináveis nos anos 70 e 80. E Cabo Verde não foi excepção. Novos desafios que foram enfrentados com determinação, no quadro da nova realidade, e que culminaram com a criação do Programa Nacional de Luta contra o SIDA, no tratamento conjugado da Tuberculose e outras doenças ligadas ao VIH/SIDA, incluindo a utilização dos antirretrovirais em doentes seropositivos.

No período de 2003-2004 um marco importante foi a celebração de acordo entre o Ministério da Saúde e o Global Drug Facility (GDF), programa ligado à OMS para o fornecimento de medicamentos antituberculosos de boa qualidade, a título gratuito ou a preço

abordável, conforme a situação económica dos diversos países. O acordo que foi cumprido por ambas as partes previa a adopção correcta por Cabo Verde do esquema de Tratamento sob Observação Directa, e o fornecimento da parte de GDF dos medicamentos antituberculosos em quantidades calculadas na base da situação epidemiológica da tuberculose no país e suficientes para o tratamento de todos os doentes durante três anos renováveis, incluindo os esquemas de recurso. Adoptou-se também, no mesmo âmbito, a utilização de medicamentos associados para toma única com vantagens para o doente e para os serviços.

No período de 2010-2019, segundo o Dr. Jorge Noel Barreto, a principal intervenção foi a introdução do novo teste diagnóstico com a aquisição e introdução da técnica e equipamento em relação com o PCR, GeneXpert, (ou “Xpert”), teste rápido molecular que permite identificar especificamente o *Mycobacterium tuberculosis* de forma rápida, em duas horas. Este teste veio permitir enormes progressos no diagnóstico, resolvendo questões como os negativos que eram tratados empiricamente, a resistência bacteriana à Rifampicina, determinação de multirresistência e mesmo actuação relativamente a infecção contra o VIH /Sida. Para além de outras intervenções ocorridas durante esse período.

Apesar disso, a tuberculose continua a infligir sofrimentos às nossas populações aqui em Cabo Verde, como vem ocorrendo pelo Mundo todo, mas particularmente nos países pobres e em desenvolvimento, nomeadamente no martirizado Continente Africano. É por isso que os esforços devem ser continuados e reforçados para reduzir cada vez mais o fardo de uma doença grave e mortífera mas que tem cura quando diagnosticada a tempo e bem seguida. Esta é uma doença que pode ser prevenida com êxito desde que adoptadas as medidas adequadas com esforços internos do Estado e das comunidades, e a parceria de organizações internas e internacionais como a OMS, a UICT, o Fundo Global e outras instituições vocacionadas, e no âmbito da cooperação bilateral.

### Situação epidemiológica

Nota-se uma evolução em declínio, com uma diminuição acentuada da morbidade, seja da incidência, seja dos números absolutos de casos, mas também da mortalidade, desde 1962 (1066 casos dos quais 777 de tuberculose pulmonar, taxa de mortalidade de 75,5 por 100.000 habitantes - Lopo Cancela de Abreu, 1966), até 2009 (266 casos de Tuberculose, taxa de mortalidade por 100.000 habitantes de 3,2 - dados estatísticos do Ministério da Saúde).

No entanto nos últimos 15 anos notar-se-á alguma estabilização dos números, ou mesmo algum aumento, particularmente dos valores absolutos (cerca de 250 a 280 casos anualmente) e da incidência (entre 45 e 55 por cem mil habitantes com os picos de 2001 e 2003 de 65,77 e 71,9 respectivamente). Na década de 80 estimava-se a incidência à volta de 130 por cem mil habitantes e a mortalidade da ordem de 13 por cem mil (Dr. Fernando das Neves Almeida, obra citada).

Este facto estará em relação com o crescimento demográfico, com a melhoria das condições de diagnóstico e, eventualmente, com o efeito VIH/SIDA, embora no PENTB 2007-2011 se refira que não é evidente o impacto do VIH/SIDA na incidência da Tuberculose em Cabo Verde, baseando-se na evolução do número de casos novos e mortalidade de 1997 a 2007.

A diminuição da mortalidade continua sendo consolidada; a taxa de mortalidade em 1995 era de 10,87 por cem mil habitantes, enquanto se registaram valores de 3,1, 1,2 e 3,2 por cem mil habitantes em 2007, 2008 e 2009. As formas de tuberculose pulmonar são muito mais frequentes do que as formas extrapulmonares, com percentagens de tuberculose pulmonar à volta de 80%.

No que se refere a distribuição por concelhos os dados relativos aos anos de 2001, 2003 e 2005 dão uma ideia de maior incidência nos concelhos de Praia, S. Vicente e Ribeira Grande, seguidos de Santa Cruz, Tarrafal e S. Filipe. Parece que o factor urbano/rural terá alguma influência na maior ou menor ocorrência de tuberculose, para além de outros factores que lhe possam estar associados. No entanto convém notar que as estatísticas anuais parecem um tanto voláteis nesse sentido pelo que uma análise mais cuidada deve ser feita num período relativamente longo ou eventualmente através de um estudo específico.

## Casos e óbitos da tuberculose. 1962-1966; 1980-1984; 1994-2001; 2005-2009

Ano	População	Casos novos TB	Casos em registo	Incidência Por 100.000	Prevalência (por 100.000)	Óbitos	Taxa mortalidade (por 100.000)
1962		1066					75,5
1963		748					55,0
1964		586					28,0
1965		637					31,2
1966		692					29,2
1967		777					
1968		654					
1976		183		64			
1977		254		88			
1978		151		52			
1979		424		144			
1980		606		174			12,83
1981		377		97			5,6
1982		607					13,97
1983		565					14,98
1984 3°TR		181					
1994	376000	200		53,2		33	8,77
1995	386185	233		60,3		42	10,87
1996	396172	190		48,0		26	6,56
1997	406514	196		48,2		20	4,91
1998	417200	208		49,8		28	6,71
1999	428227	172		40,16		13	3,04
2000	434625	222		51		14	3,22
2001	442450	291		65,77		19	4,29
2002	450483	195		43,128			
2003	460000	331		71,9			
2005	478.000	228	305	47,7	63,8	13	2,7
2006	483.000	219	276	45,3	57,1	23	4,8
2007	491.000	223	255	45,4	51,9	15	3,1
2008	499.000	278	349	55,6	69,8	6	1,2
2009	508.000	266	352	52,3	69,2	16	3,2

Quadro resumo adaptado com elementos de origens diferentes mencionadas no texto de 1962, Lopo Cancela de Abreu citado por LR,1985; 1976-1979, F. Neves Almeida, 1986; 1980-1983-84 LR; Bol. Est. MSAS, 1983, 1994-2005, Rel. An. P TUB CV, Coop Lux., 2005-2009, Rel. Estat. MS, 2009.





## BIBLIOGRAFIA

- Onésimo Siilveira. Hora Grande. Poema “Tristeza”. Edição da década de 60. Reedição de 2008; Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro. Poemas do Tempo da Trevas, Saga, Hora Grande. (pag. 121).

- MANUEL T. V MEIRA (Médico – chefe dos Serviços de Saúde de Cabo Verde e chefe da Missão para a Erradicação do Paludismo). JÚLIO JOSÉ PINHEIRO (Chefe da secção de Epidemiologia e Educação Sanitária da Missão para a Erradicação do Paludismo). ALBERTINO MORAIS FORTES Chefe da Secção de Operações de Insecticidas da Missão para a Erradicação do Paludismo). A VACINAÇÃO CONTRA A TUBERCULOSE EM CABO VERDE. Separata de “O Médico”, N.º 707 -1966.

-Ministerio da Saude Assuntos Sociais. ESTRATÉGIA NACIONAL DE SAÚDE. Praia, 1976. Parte II; 3. Vigilância epidemiológica e luta contra as doenças transmissíveis (pg 64).

- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS. I ASSEMBLEIA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E AS-

SUNTOS SOCIAIS. PLANO DE LUTA ANTI-TUBERCULO-SA (1977).

- FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. FERNANDO NEVES DE ALMEIDA (Inspector Clínico Coordenador da Direcção de Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias). Lisboa Junho de 1987. PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NA REPÚBLICA DE CABO VERDE.

- UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE. GUIA TÉCNICO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE POR EXAME MICROSCÓPICO DIRECTO. 1978, 3ª edição revista; Tradução: Serviço de Luta antituberculose – FLAT – Portugal.

- Ministério da Saúde. Guião Técnico de Controlo da Tuberculose em Cabo Verde; Guião, 1997, 2008-2009)

- Ministério da Saúde. Plano Estratégico Nacional e de Luta contra a Tuberculose 2002 – 2006 e 2007 – 2011.

- Documentação diversa do Ministério da Saúde / Programa de Luta contra a Tuberculose e Lepra.



# SAÚDE É PRIORIDADE!

# NECROSE ASSÉPTICA DA CABEÇA DO FÉMUR, UMA COMPLICAÇÃO TARDIA DA ANEMIA FALCIFORME

**Autores:**

**Linette Fernandes<sup>(1)</sup>, Carlos Neves<sup>(2)</sup>, Valéria Semedo<sup>(3)</sup>**

**(1) Médica, Especialista em Hematologia, Hospital Agostinho Neto**

**(2) Médico, Especialista em Hematologia, Hospital Agostinho Neto**

**(3) Médica, Especialista em Medicina Interna, Hospital Agostinho Neto**



Figura 1: evolução do quadril com osteonecrose caso não seja instituído tratamento adequado

(Fonte: [www.inacioventura.com.br/quadril-e-jelho/quadril-e-jelho/quadril/problemas/osteonecrose-do-quadril/](http://www.inacioventura.com.br/quadril-e-jelho/quadril-e-jelho/quadril/problemas/osteonecrose-do-quadril/))

## CASO CLÍNICO

A doença falciforme representa a patologia hereditária mais prevalente no mundo. Em Cabo Verde não existe um estudo sobre a prevalência da doença mas é a patologia mais frequente nas consultas de hematologia no Hospital Agostinho Neto, que atende doentes de toda a região de Sotavento. Pouco relatos de casos na região de Barlavento.

A necrose asséptica da cabeça do fémur, também conhecida como necrose avascular da cabeça do fémur ou osteonecrose, é uma complicação

esquelética comum da doença falciforme. Presumivelmente surge quando glóbulos vermelhos rígidos e anormalmente aderentes prejudicam repetidamente o fluxo sanguíneo para articulações susceptíveis causando infarto ósseo nas placas epifisárias e artrite degenerativa de início precoce.

Expõe-se um caso clínico de uma doente, 31 anos, com diagnóstico de anemia falciforme, confirmado pela eletroforese de hemoglobina, seguida na consulta de hematologia, com queixas de dores e claudicação na articulação coxo-femoral direita com vários meses de evolução, tendo-se agravado na última gestação (parto há 6 meses).

Foi internada no serviço de Medicina por queixas de dores intensas na coxa direita e dificuldade na marcha e encurtamento do referido membro. A radiografia da bacia revela: “anquilose com desorganização da cabeça do fêmur direito. Achados relacionados com necrose asséptica da cabeça” (figura 1 e 2).

A radiografia na fase inicial da doença pode não evidenciar alterações não obstante as queixas, sendo a Ressonância magnética mais sensível, no entanto nas fases avançadas (tabela 1) são perceptíveis as alterações osteocondrais.

A conduta terapêutica depende do estágio da doença. Pode ser clínica conservadora ou cirúrgica. No caso desta paciente, que encontra-se no estágio

avanzado preconiza-se a artroplastia total da anca.

Estádio	Alterações radiológicas
0	Normal
I	Normal ou com ligeira osteopenia
II	Esclerose subcondral e cistos, com esfericidade da cabeça mantida
III	Sinal do crescente (sequestro e colapso parcial do seguimento osteonecrótico)
IV	Pinçamento articular, formação de osteofíticos e deformação da cabeça

Tabela 1- Estádio da necrose asséptica da cabeça de fémur- Classificação de Arlet e Ficat



Figura 1 - Radiografia da bacia, mostrando deformação da cabeça do fémur direito



Figura 2 - Radiografia da bacia, mostrando deformação da cabeça do fémur direito

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

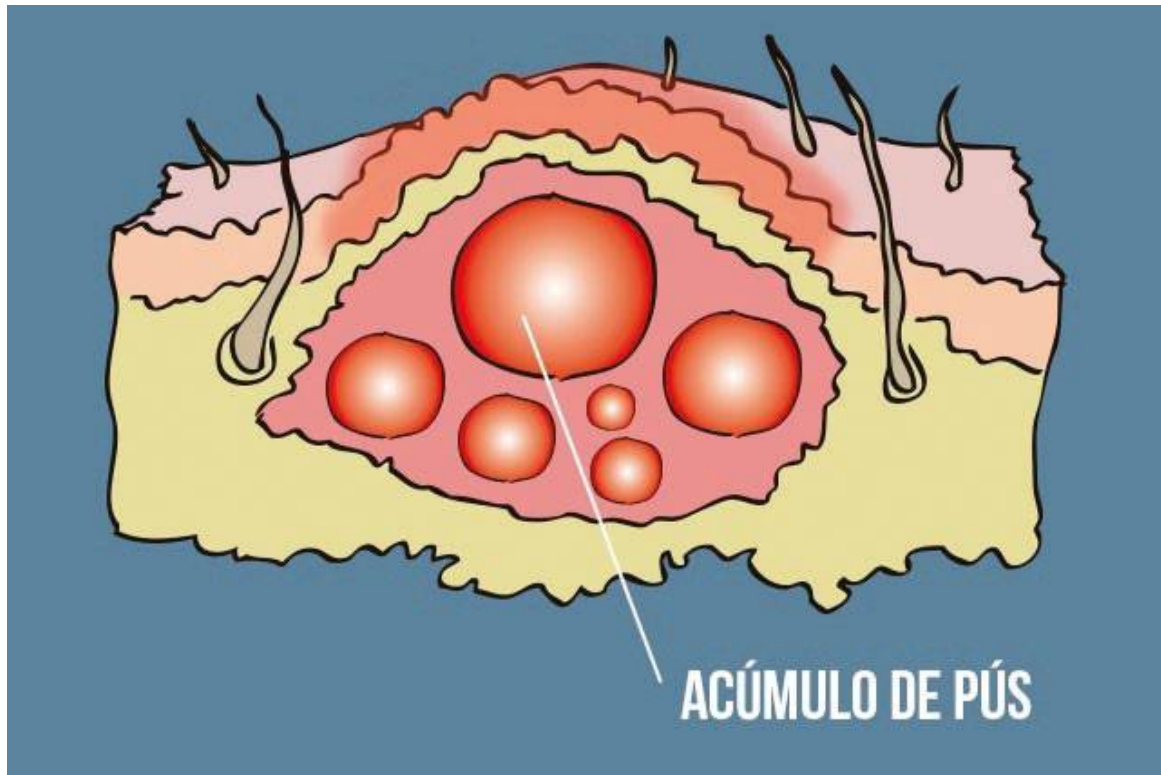
- 1- Oyebimpe Adesina et al. Osteonecrosis of the femoral head in sickle cell disease: prevalence, comorbidities, and surgical outcomes in California, *Blood advances*. 2017;1(16): 1287-1295
- 2- Daniel Petek et al. Osteonecrosis of the femoral head: pathophysiology and current concepts of treatment *Efor. Open. rev.* 2019; 4(3):85-97
- 3- Azar s. et al. Sickle Cell Disease: A Brief Update. *Med Clin North Am.* 2017;101(2):375-393.
- 4- Sugano N. et al.: The 2001 revised criteria for diagnosis, classification and staging of idiopathic osteonecrosis of the femoral head. *J Orthop Sci* 7: 601-605, 2002
- 5- Kim Y. et al.: Contemporary total hip arthroplasty with and without cement in patients with osteonecrosis of the femoral head. *J Bone Joint Surg Am* 85: 675-681, 2003.

# CARBÚNCULO, AINDA É UMA REALIDADE EM CABO VERDE?

**Autora:**

**Isabel Adir**

*Médica, Especialista em Oftalmologia, Hospital Agostinho Neto, Coordenadora Nacional da Saúde Ocular, Primeira vogal do Colégio da Especialidade OMC*



## INTRODUÇÃO

O carbúnculo é uma doença infecciosa, habitualmente zoonótica, grave, quer nos animais como nos Homens, de origem bacteriana, causada pelo *Bacillus anthracis* (*B. anthracis*).

O *B. anthracis* é uma bactéria bacilo Gram positivo, produtor de esporos, existente nos solos, onde pode persistir durante muitos anos, que pode afectar os animais, nomeadamente os herbívoros, selvagens ou domésticos e humanos.

A infecção nos humanos é rara e resulta da sua exposição aos animais infectados, ou aos seus produtos quando contaminados (exemplo: tecidos de animais infetados, carne, pêlos, lã, entre outros) ou através da exposição ambiental a elevadas

concentrações das formas esporoladas da bactéria.

Apesar da sua raridade ao nível mundial, esta doença é mais frequente em países em desenvolvimento, onde há lacunas na vigilância epidemiológica e vacinação dos animais, nomeadamente nas regiões agrícolas da Europa Central e do Sul, a África subsariana, a Ásia central e ocidental, a Europa mediterrânea e oriental e as Caraíbas.

Do ponto de vista clínico, as três principais formas de infecção no Homem são: 1 - cutânea (cerca de 95% dos casos), através de lesões existentes na pele (porta de entrada), 2 - pulmonar, através da inalação dos esporos, e 3 - gastrointestinal, através da ingestão de produtos de origem animal infectados.

Outra forma de infecção mais recentemente relatada e menos frequente é pela via endovenosa direta, através do uso de drogas injetáveis.

A produção de endotoxinas é um dos principais fatores de virulência e responsável pelas manifestações graves da doença, nomeadamente choque séptico, falência multiorgânica e meningite e pela elevada mortalidade nas apresentações sistêmicas (pulmonares e gastrointestinais).

O diagnóstico da infecção cutânea é principalmente clínico e epidemiológico. Entretanto a etiologia, em qualquer uma das apresentações, pode ser confirmada através do exame microbiológico com pesquisa do bacilo e técnicas moleculares para a identificação de toxinas (PCR).

O tratamento consiste na antibioterapia, que deve ser instituída o mais rapidamente possível. Contudo, nos quadros pulmonares e gastrintestinais, a taxa de mortalidade é elevada, cerca de 85%, mesmo perante a administração atempada e adequada do antibiótico.

Na apresentação cutânea, que é a principal forma de manifestação da doença nos humanos, habitualmente verifica-se uma boa resposta ao tratamento.

Trata-se de um importante problema de saúde pública, atendendo as suas implicações ao nível humano, ambiental e portanto de notificação obrigatória.

A vacinação dos animais, principalmente nas regiões endémicas, é uma medida valiosa para o controlo da doença nos animais e consequentemente nos humanos.

A par disso, recorda-se que o *B. anthracis* está entre os principais agentes utilizados nas guerras biológicas e no bioterrorismo.

## CASO CLÍNICO

Paciente feminina de 38 anos de idade, referenciada para consulta de Oftalmologia, com quadro de inflamação peri-orbitário, de início súbito e gradual, com três dias de evolução e piora progressiva.

Tratava-se de paciente trabalhadora doméstica, com história de estadia em meio rural (residência de familiares) durante 10 dias, cerca de uma semana antes do início da sintomatologia e onde teve contacto com vários animais, nomeadamente vacas, carneiros e cabras.

De acordo com a imagem fornecida pela paciente (imagem 1), no primeiro dia da doença, constatou uma inflamação periorbital direito, associado a um pequeno desconforto local, sem compromisso da acuidade visual ou outra sintomatologia associada.

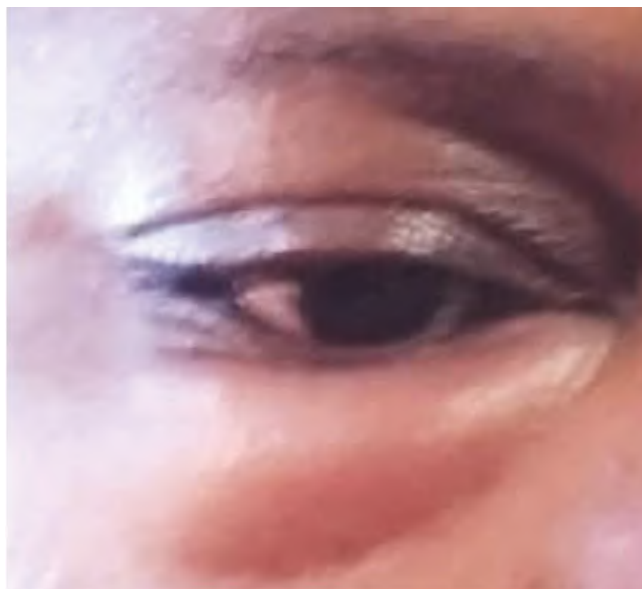


Imagem 1: Primeiro dia dos sintomas – Sinais inflamatorios periorbitario.

Perante o agravamento clínico progressivo, no 3º dia recorreu ao Centro de Saúde da área de residência, tendo sido referenciada a Consulta de Oftalmologia no HAN, no mesmo dia.

Na avaliação da oftalmologia, a paciente apresentava sinais inflamatorios exuberante dos tecidos periorbitario, que condicionava a abertura ocular, sem contudo haver compromisso da visão com destaque a uma pequena lesão escurecida na palpebra inferior homolateral. Os sinais inflamatorios extendiam-se à hemiface homolateral. A paciente não referia aparecimento de outros sintomas.

Tendo em conta o contexto epidemiológico e a clínica, foi colocado a hipótese diagnóstica de Carbúnculo ocular e iniciado antibioterapia endovenosa com Ceftriaxona 1 gr de 12 em 12 horas.



Imagem 2: Primeiro dia da observação pela Oftalmologia – Sinais inflamatórios exuberantes dos tecidos periorbitário direito, condicionando oclusão ocular. No centro da palpebra inferior visualiza-se uma pequena lesão punctiforme com centro escurecido, característica da infecção pelo *B. anthracis*.

Foi mantida a antibioterapia inicial durante 24 horas, tendo sido alterada para Penicilina Cristalizada 2MU, via endovenosa, de 4 em 4 Horas.



Imagem 3: Terceiro dia de internamento, onde se verifica aparecimento de bolhas supurativas e nota-se a pequena lesão escariforme na palpebra inferior.



Imagem 4: Lesões necrotizantes (escara) periorbitário, características da infecção cutânea pelo *B. anthracis*.

A paciente cumpriu 7 dias de antibioterapia, com resolução clínica gradual e sustentada. Teve alta hospitalar e manteve o seguimento em Consulta de Oftalmologia.

Uma semana após a alta foi observada na consulta externa, onde apresentava melhoria considerável dos sinais inflamatórios e uma pequena lesão cicatricial.

Nas consultas subsequentes, verificou-se queda da crosta cicatricial, permanecendo uma pequena cicatriz na palpebra inferior (imagens 6, 7 e 8).



Imagem 6: Cicatriz palpebral inferior. Imagem 7: Pequena cicatriz infra palpebral inferior associado a pequena inflamação da pálpebra direita inferior.



Imagem 7: Pequena cicatriz infra palpebral inferior associado a pequena inflamação da pálpebra direita inferior.



Imagem 8: Resolução da inflamação e persistência da lesão cicatricial infra-palpebral.

## CONCLUSÃO

Com esta publicação, pretende-se alertar para a necessidade de vacinação de animais vacunos e bovinos como forma de reduzir o risco de aparecimento de casos que no passado não muito longínquo já foram frequentes em Cabo Verde.

## PESQUISAS BIBLIOGRÁFICAS

-Schmid G, Kaufmann A. Anthrax in Europe: its epidemiology, clinical characteristics, and role in bioterrorism. *Clin Microbiol Infect.*2002;8(8):479-88.

- World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health. Anthrax in humans and animals. 4th ed. Geneva: WHO, 2008.

- Spencer RC. Bacillus anthracis. *J Clin*

*Pathol.*2003;56(3):182-7. Review

- Velimirovic B. Anthrax in Europe. *Rev Sci Tech Off Int Epiz.* 1984;3(3):527-59.

- World Organisation for Animal Health. World Animal Health Information Database (WAHID) Interface: Disease information [Em linha]. [consult. 20/7/2014].

- Direção-Geral da Saúde. Doenças de Declaração Obrigatória, 1996-2000. Lisboa: DGS, 2001. (7) Direção-Geral da Saúde. Doenças de Declaração Obrigatória 2000-2004. Lisboa: DGS, 2005.

- Direção-Geral da Saúde. Doenças de Declaração Obrigatória 2002-2006. Lisboa: DGS, 2007.

- Direção-Geral da Saúde. Doenças de Declaração Obrigatória 2004-2008. Lisboa: DGS, 2010.

- Direção-Geral da Saúde. Doenças de Declaração Obrigatória 2009-2012. Lisboa: DGS.



**emprofac**

medicamentos de cabo verde



**Nesta época seja a melhor versão  
de si próprio.**

**Mais amor, menos stress e mais  
saúde... para o ano todo.**

**Feliz Natal e Próspero Ano Novo**





# CARCINOMA NASOFARÍNGEO COM INVASÃO INTRACRANIANA, IMPORTÂNCIA DE SINTOMAS INICIAIS, A PROPÓSITO DE UM PACIENTE.

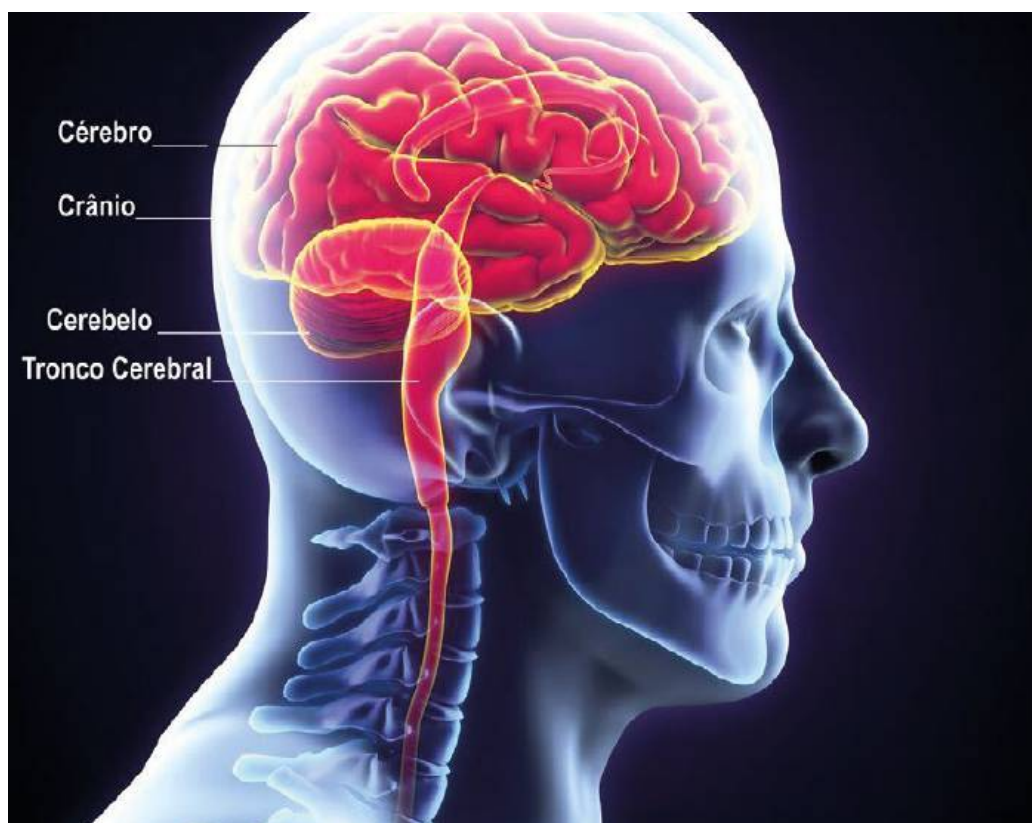
**Autoras:**

*Ileydis H. Cabezas<sup>(1)</sup>, Carmen Borges Almeida<sup>(2)</sup>, Isabel Andir Tavares<sup>(3)</sup>*

*(1) Médica, Especialista em Neurocirurgia, Hospital Agostinho Neto*

*(2) Médica, Especialista em Otorrinolaringologia, Hospital Agostinho Neto*

*(3) Médica, Especialista em Oftalmologia, Hospital Agostinho Neto*



## INTRODUÇÃO

O carcinoma de nasofaringe é uma entidade clínica rara, correspondendo a 2% dos tumores de cabeça e pescoço e a 0,25% de todos os tumores, sendo rara em todo o Mundo com exceção da China e região asiática, onde é responsável por 18% de todos os tumores e corresponde a 55% dos tumores

de cabeça e pescoço.

É mais comum nos homens e tem uma distribuição bimodal, apresenta dois picos de incidência: 20% dos tumores ocorrem em jovens menores de 30 anos e o restante entre indivíduos entre a 4ª e a 5ª década de vida e diagnosticado ao redor dos 51 anos de idade.

As manifestações clínicas não são patognomónicas e dependem da extensão da doença. Isto, associado à sua natureza invasiva, a sua proximidade com a base de crânio e de outras estruturas vitais, e a dificuldade no exame da nasofaringe conferem um prognóstico sombrio à doença.

O início é geralmente a volta da tuba auditiva (na fosseta de Rosenmüller) ou no rebordo da coana, desenvolvendo-se em sentido à própria tuba e em direção à base do crânio. O crescimento para a orofaringe e fossas nasais é raro.

Os fatores de risco identificados são: exposições ambientais/ocupacionais com destaque para as nitrosaminas, hidrocarbonetos policíclicos, níquel, madeira, produtos têxteis, refinados de petróleo, pigmentos de cromo, exposição à fumaça industrial, gás mostarda, gás hidrocarbônico e fuligem. Isto faz com que a incidência de carcinoma espinocelular em trabalhadores que manipulam níquel seja 28 vezes maior que na população em geral.

Outros fatores de risco para a doença são o tabagismo, o alcoolismo, má higiene, má ventilação dos seios nasais e infeção do vírus Epstein-Barr (EBV). Estudos realizados em pacientes com neoplasia de nasofaringe identificaram altos títulos de anticorpos 4 contra EBV). Esta associação entre os carcinomas de nasofaringe com o EBV foi primeiramente descrita em 1973. Entretanto, o papel do vírus na patogénese do carcinoma da nasofaringe ainda é controverso. Estudos atuais mostram que o EBV está fortemente associado a estes tumores e este não é encontrado em outros tumores de cabeça e pescoço, podendo ser usado com screening dos tumores da nasofaringe, principalmente nas populações de risco e naqueles cujo a única manifestação são metástases cervicais sem identificação do tumor primário.

Relativamente as manifestações clínicas, estas

estão relacionadas com a localização tamanho, velocidade do crescimento e disseminação do tumor. A massa cervical é um dos principais sintomas. Outros sintomas podem ocorrer, nomeadamente otite média serosa, cefaleia, obstrução nasal, epistaxe, odinofagia, trismo e proptose podem estar presentes, dependendo do grau de acometimento das estruturas vizinhas e do tamanho da lesão. Menos frequentemente pode estar presente hemotímpano, massa periauricular, e perda auditiva neurossensorial súbita.

Do ponto de vista histopatológico, os tumores mais comuns da nasofaringe são as neoplasias epiteliais não glandulares e não linfáticas, agrupadas como Carcinoma nasofaríngeo.

Os carcinomas da nasofaringe foram subdivididos pela Organização Mundial de Saúde em três categorias de acordo com sua diferenciação e produção de queratina: Tipo I - Carcinoma de Células Escamosas (25% dos casos); Tipo II - Carcinomas Não Queratinizados (12% dos casos) e Tipo III - Carcinoma Indiferenciado (aproximadamente. 60% dos casos).

Os tumores mais agressivos são de origem linfóide (células .B e células s. gigantes), sendo difícil a diferenciação de Carcinoma indiferenciado com linfoma de células gigantes, necessitando de estudos imuno-histoquímicos para melhor caracterização.

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 40 anos de idade, fumador, com quadro clínico com um ano de evolução, caracterizado por diminuição da visão de olho esquerdo e paresia facial esquerda. Referia ainda cefaleia hemicrania esquerda e disфонia nos últimos 4 meses, pelo que foi internado no Hospital Agostinho Neto, para investigação. Do exame físico realizado, salienta-se bradiqueta, bradilalia, paresia

de III, IV, V, VI, VII e VIII pares cranianos à esquerda e hemiparesia direita, grau 4. Ao nível da face destaca-se quemose e proptose do olho esquerdo e hiperemia conjuntival no olho direito. Restante exame físico sem alterações dignas de registo.

Realizou vários exames complementares nomeadamente audiometria que mostrou hipoacusia moderada de condução no ouvido direito e cofose no ouvido esquerdo. A TAC Cárneo-encefálica e cervical realizada descreve: “significativa alteração da estrutura dos elementos da base craniana em particular ao nível do corpo esfenoide com aspetos nível lacunar e com irregularidade do contorno da cortical, envolvendo também a base occipital, sugerindo um padrão premiativo.

Identifica-se um envolvimento lesional de ambos os seios cavernosos prolongando-se pelo pelos buracos orbitários para a região posterior das órbitas e também ao nível do clivo, com maior lateralização esquerda preenchendo a cisterna pré bulboprotuberancial e acompanhando bordo superior do rochedo esquerdo. O envolvimento dos seios cavernosos é mais significativo à esquerda, prolongando-se para a fossa temporal. Esta lesão apresenta considerável impregnação de contraste, sendo sugestiva de volumoso envolvimento meningiomatoso acompanhando o contorno dural e prolongando-se às órbitas, a justificar de qualquer forma para mais correta caracterização e confirmação complemento por RM crânio-encefálica com contraste. Moderada hipodensidade cortico-subcortical temporal e da região protuberancial e do bulbo, por significativo edema. Observamos ainda uma imagem incipientemente nodular hipodensa na região interna do lobo temporal esquerdo com 17mm.”

Face a estes achados, foi realizado uma biopsia cirúrgica da lesão cujo resultado foi compatível com carcinoma escamoso invasivo indiferenciado de nasofaringe.

Assim estabeleceu-se o diagnóstico definitivo de Carcinoma escamoso invasivo indiferenciado de nasofaringe e paciente foi orientado para consulta de Oncologia, para estadiamento, tratamento e seguimento.

## COMENTÁRIOS FINAIS.

Os autores apresentam este caso clínico por se tratar uma situação clínica rara e com prognóstico sombrio. O objetivo é chamar a atenção para esta situação, visto que quanto mais precoce o diagnóstico, melhor o prognóstico. Estima-se uma sobrevida aos 5 anos de 38% nos estádios avançados, enquanto o tumor da nasofaringe no estágio I tem uma sobrevida de 72% aos 5 anos.

## BIBLIOGRAFIA

Imaging diagnosis of nasopharyngeal tumors, Ilka Yamashiro; Ricardo Pires de Souza, Radiol Bras vol.40 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2007

Relato de Caso: Carcinoma Epidermoide de Nasofaringe em Paciente Pediátrico, Santos, L.P.B.; Soares, V.K.; Guerra, I.P.; Soares, M.V.; Cestari, A.B. C.S.S.; Souza, L.C.M.R.; Arbex, M.B.B.; Simões, P.F.; Fernandes, R.B.A. Revista de Pediatria SOPERJ - mar 2015

# PRIMEIRO ANO EM COIMBRA

**Autores:**

*Mayra Soares, Hagi Lopes, Aida Valdez,  
Vera Rodrigues\**

*\* Estudantes do Mestrado Integrado em Medicina  
da Universidade de Cabo Verde*



Viver e estudar em Coimbra tem sido uma experiência enriquecedora a todos os níveis. Desde o primeiro dia de aulas até os últimos exames, muitos foram os aprendizados, os desafios, as dificuldades e vivências, que acredito terem contribuído tanto para o nosso crescimento académico como pessoal.

No início do primeiro semestre a adaptação não foi fácil. Acredito que foi devido a vários factores, alguns dos quais por termos chegado com várias semanas de atraso e que teríamos de correr contra o tempo para acompanhar os restantes e de ser um ambiente novo, com pessoas de uma cultura, modo de estar e ritmo de trabalho diferente. Ainda mais por estarmos a entrar como caloiros, num grupo de alunos que tinha caminhado junto desde o 1º ano e que agora tinha pessoas novas a fazer parte do mesmo. No entanto, com o passar do tempo conseguimos integrar bem, entramos no ritmo das aulas e recuperamos as que tínhamos em atraso, formamos novas amizades e até conseguimos disfrutar da ma-

gia, cultura e tradição académica da Universidade de Coimbra (UC).

Aquando da nossa chegada fomos muito bem recebidos e orientados pelo Departamento das Relações Internacionais, pelos Serviços de Ação Social da UC, pela Casa da Lusofonia e, ainda, fomos saudados com calorosas boas vindas pelo Ex Diretor da Faculdade de Medicina da UC, Prof. Doutor Duarte Nuno, pelo Coordenador Geral do MIM em Cabo Verde, Prof. Doutor Fernando Regateiro, pelo Ex Vice-Reitor da UC, Prof. Doutor Joaquim de Carvalho e por nossos antigos e atuais docentes portugueses, num encontro de receção ao nosso grupo.

Quanto à experiência académica, devo salientar que um dos aspetos que contribui muito para a nossa integração, foi o facto de estarmos familiarizados com os conteúdos lecionados nas aulas teóricas (pois davam continuidade aos que foram lecionados nos anos anteriores) e de conseguirmos participar ativamente nas aulas práticas, o que traduziu-se

nos nossos resultados finais, que considero terem sido satisfatórios. Isso demonstra que, apesar de não possuímos as estruturas, os recursos materiais e humanos, e a experiência académica secular da UC, os primeiros anos de formação em Cabo Verde permitiu-nos construir e solidificar as bases teóricas necessárias, para que pudéssemos estar preparados para esta vertente mais clínica do nosso ensino. E nesse aspeto, muito temos a agradecer a nossa Coordenadora do Curso em Cabo Verde, Dra. Antonieta Martins, que nos acompanha desde o primeiro ano, aos nossos docentes portugueses e cabo-verdianos que fizeram com que tivéssemos o melhor ensino possível, a UniCV e a UC que permitiram a existência e continuidade do curso, e aos nossos pais e encarregados de educação que são os principais pilares das nossas conquistas.

Para a próxima etapa, espero que consigamos concluir o 5º ano com resultados tão bons ou melhores que do 4º ano, regressar a Cabo Verde com mais conhecimentos e experiência e findar o curso com sucesso.

**Por: Mayra Soares**

É com muita nostalgia que eu lembro da minha chegada cá em Coimbra. O dia 27 de Setembro de 2018 marcou o início de uma nova aventura académica, o qual todos envolvidos na MIM UniCV ansiosamente aguardavam. Superando todas as expectativas, 17 alunos conseguiram atingir a segunda fase do curso e é com muito orgulho que digo, que os 17 conseguiram ultrapassar todas as dificuldades impostas desde a chegada, concluindo com sucesso o quarto ano.

O primeiro desafio, sem dúvida foi a adaptação ao novo ambiente e a uma nova realidade. Felizmente, a UC está muito bem organizada e preparada a fim de ajudar os estudantes a ultrapassarem essa dificuldade. Em poucos dias já conhecíamos todas as instalações relacionadas com a universidade e não só, lugares de lazer e de convívios. Infelizmente não chegamos todos ao mesmo tempo, mas como há

males que vêm para o bem, isso permitiu-nos apoiar melhor uns aos outros.

Um outro desafio que se fez sentir foi o ritmo académico que é um bocado diferente daquele que estávamos habituados, isto porque o nosso sistema de aulas até ao momento era completamente diferente. Este desafio também foi ultrapassado embora com algumas dificuldades devido ao atraso em nossa chegada. Contudo rapidamente nos integramos, e os colegas de Coimbra que, apesar de serem extremamente competitivos, ajudaram-nos bastante nesse processo de adaptação.

Os Professores regentes e os assistentes também ajudaram-nos muito, uma vez que nos viram como estudantes da UC e não como estudantes estrangeiros, o que os faziam ser muito exigentes. Isso claro, acabou por refletir no aumento do nosso conhecimento e nos nossos resultados. Conseguimos sair bem nos exames práticos e teóricos do primeiro semestre e melhor nos do segundo. Porém, a época de exames é extremamente exaustiva e o facto de termos conseguido adaptar e acompanhar o ritmo, mesmo tendo chegado atrasados e de termos feito todas as disciplinas com uma boa nota, demonstra que viemos muito bem preparados de Cabo Verde.

Lá se foi um ano, um ano de muitos desafios, muitas descobertas, de muitas conquistas e de muita, muita aprendizagem. Assim que posso descrever o nosso primeiro ano em Coimbra.

**Por: Hagi Lopes**

Para mim, Vera Rodrigues, o primeiro ano em Coimbra foi um desafio pois exigiu adaptações em diversas vertentes (académica, ambiental, cultural...). Apesar dos inconvenientes que, entretanto surgiram, tentei sempre manter o foco nos objetivos académicos. Coimbra é uma cidade maravilhosa e acolhedora, sem dúvidas! Os momentos vividos aqui levam-se para toda vida!

**Por: Vera Rodrigues**

## NOTA

- Textos originais dos alunos do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da UNICV

# Calendário 2020

JANEIRO							FEVEREIRO							MARÇO						
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
		1	2	3	4	5						1	2							1
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	2	3	4	5	6	7	8
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	16	17	18	19	20	21	22
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					

ABRIL							MAIO							JUNHO						
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
		1	2	3	4	5					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
27	28	29	30				24	25	26	27	29	30	31	29	30					

JULHO							AGOSTO							SETEMBRO						
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
		1	2	3	4	5						1	2	1	2	3	4	5	6	
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30				
							31													

OUTUBRO							NOVEMBRO							DEZEMBRO						
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
			1	2	3	4							1	1	2	3	4	5	6	
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12	13
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	14	15	16	17	18	19	20
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	24	25	26	27
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29	28	29	30	31			
							30													

## DATAS DE INTERESSE PARA SAÚDE

18/01	Dia Internacional do Riso	17/05	Dia Mundial da Hipertensão
25/01	Dia Mundial dos Leprosos	31/05	Dia Mundial Sem Tabaco
04/02	Dia Mundial de Luta contra o Câncer	09/06	Aniversário da Emprofac
06/02	Dia Int. de Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina	14/06	Dia Mundial de Doação de Sangue
03/03	Dia Mundial da Audição	28/07	Dia Mundial das Hepatites
12/03	Dia Mundial do Rim	10/09	Dia Mundial da Saúde Mental e da Prevenção do Suicídio
15/03	Dia Mundial do Consumidor	29/09	Dia Mundial do Coração
20/03	Dia Mundial da Saúde Oral	01/10	Dia Mundial dos Idosos
22/03	Dia Mundial da Água	10/10	Dia Mundial do Audiologista
24/03	Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose	15/10	Dia Mundial da Saúde da Mãe
06/04	Dia Mundial da Atividade Física	16/10	Dia Mundial da Alimentação
07/04	Dia Mundial da Saúde	19/10	Dia Internacional do Câncer da Mama
25/04	Dia Mundial do Paludismo	14/11	Dia Mundial da Diabetes
05/05	Dia Mundial de Higiene das Mãos	01/12	Dia Mundial de Luta contra o SIDA
12/05	Dia Internacional da Enfermagem e do Enfermeiro	12/12	Dia Mundial da Cobertura Universal de Saúde

# CAMPANHA



## PREVENÇÃO DO USO ABUSIVO DO ÁLCOOL

*Menos Álcool, Mais Vida!*

[www.menosalcoolmaisvida.cv](http://www.menosalcoolmaisvida.cv)

f [mentosalcoolmaisvida](https://www.facebook.com/mentosalcoolmaisvida)

t [@mentosalcoolcv](https://twitter.com/mentosalcoolcv)

i [mentosalcoolmaisvida](https://www.instagram.com/mentosalcoolmaisvida)

UMA INICIATIVA DA



*Presidência da República*

EM PARCERIA COM:

Entidades Estatais/Governamentais  
ONG, Associações, Voluntários, Escolas secundárias,  
Universidades, Centros de Investigação, Entidades Desportistas,  
Congregações Religiosas, Sindicatos, Entidades Empresariais,  
Comunicação Social

