

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE NO
HOSPITAL PEDIÁTRICO DAVID BERNARDINO
- LUANDA, ANGOLA -**

Nélia Neves

Orientador: Dr. António Carneiro

Co-orientador: Dr. Luís Bernardino

Resumo

No âmbito do Mestrado Integrado de Medicina, este estágio decorreu no Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB), em Luanda, durante o período de 6 a 30 de Abril de 2009, com vista a proporcionar a experiência de uma diferente realidade de Saúde Infantil e o contacto com uma grande diversidade de patologias, complementando a formação prevista na unidade de Pediatria do 6ºano.

Durante um período total de 100 horas, distribuídas por 4 semanas, passei por várias Unidades de Internamento do HPDB: Cuidados Intermédios 2, Infecciologia, Cuidados Intermédios 1, Pneumologia, Centro de Recuperação Nutricional e Neonatologia. Sendo um estágio de carácter profissionalizante, fui integrada na actividade da enfermaria em cada uma das unidades e procurei desempenhar as mesmas funções atribuídas aos restantes alunos estagiários e participar nas mesmas actividades hospitalares, incluindo as sessões clínicas semanais, as reuniões de médicos diárias e o banco de urgência semanal.

O trabalho na enfermaria e no Serviço de Urgências consistia na realização dos diários clínicos, elaboração de notas de entrada, execução de alguns procedimentos técnicos e requisição/interpretação de exames complementares de diagnóstico. Esta actividade permitiu o desenvolvimento de capacidades práticas e competências na identificação e resolução dos problemas, incluindo a elaboração de planos de investigação e de terapêutica. Neste ponto, as sessões clínicas e os momentos de discussão de casos, tiveram um importante papel.

Este estágio constituiu também uma excepcional oportunidade de aprendizagem e aquisição de conhecimentos sobre uma grande diversidade de patologias, principalmente doenças infecciosas, respiratórias, associadas à desnutrição e ao período neonatal.

Foi um mês intenso e enriquecedor: do ponto de vista médico, pois tive a oportunidade de experimentar um estágio verdadeiramente profissionalizante, como se pretende que seja o 6ºano do curso de Medicina, e intenso também a nível de formação e de vivência pessoal.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Carlos Lopes, primeiro impulsionador do intercâmbio bilateral entre alunos do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS) e Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN).

Ao Dr. António Carneiro, orientador deste estágio, amigo e conselheiro, pelo incentivo e inspiração.

À Direcção do Hospital Pediátrico David Bernardino, nomeadamente Director Geral Dr. Luís Bernardino, pela co-orientação deste estágio e apoio logístico cedido, Directora Clínica Dr.^a Vitória Espírito Santo e Director Pedagógico Dr. Joaquim Van-Dúnem.

Aos Chefes de Equipa Dr. Leite Cruzeiro e Dr.^a Sílvia Silvestre, pela sabedoria e experiência partilhadas e dinamismo contagiante.

Aos médicos especialistas, nomeadamente Dr.^a Carla Benchimol, Dr.^a Ondina Cardoso, Dr.^a Adelina Fernandes e Dr. Elizete e aos médicos internos complementares Dr.^a Yala Almeida, Dr. Joaquina, Dr. Manza, Dr. Tete, Dr.^a Vanda, Dr. Jorge, Dr.^a Felismina e Dr.^a Laurinda.

Aos alunos estagiários com quem trabalhei diariamente nas enfermarias e partilhei dúvidas, angústias e pequenas vitórias.

Às empresas *Bacelar* e *Vitalino Sousa Figueiredo, Lda.* pelo material cedido para a avaliação nutricional realizada no Centro de Acolhimento de Crianças Arnaldo Janssen, em Luanda.

À Direcção do GAS' África – Grupo de Acção Social em África e Portugal – da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto, particularmente Diana Borges pelo entusiasmo e empenho no trabalho realizado no Centro de Acolhimento de Crianças Arnaldo Janssen.

Ao João Correia, pela presença.

Lista de Abreviaturas

AC	Auscultação cardíaca	NCHS	National Center for
AP	Auscultação pulmonar		Health Statistics
bpm	batimentos por minuto	ODM's	Objectivos de Desenvolvimento do
BK	Bacilo de Koch		Milénio
CACAJ	Centro de Acolhimento de	PC	Perímetro cefálico
	Crianças Arnaldo Janssen	PCR	Proteína C reactiva
cAMA	corrected Arm Muscle Area (Área	PIB	Produto Interno Bruto
	Muscular do Braço corrigida)	PL	Punção lombar
CI 1	Cuidados Intermédios 1	PPE	Profilaxia pós-exposição
CI 2	Cuidados Intermédios 2	RN	Recém-nascido
cpm	ciclos por minuto	SU	Serviço de Urgências
FC	Frequência cardíaca	TA	Tensão arterial
FMUAN	Faculdade de Medicina da	TSF	Tricipital Skinfold Thickness
	Universidade Agostinho Neto		(prega cutânea tricipital)
FR	Frequência respiratória	UNDAF	United Nations Development
HPDB	Hospital Pediátrico David Bernardino		Assistance Framework
IM	Intra-muscular	UNICEF	United Nations Children's Fund
IMC	Índice de massa corporal	VO	Via Oral
INE	Instituto Nacional de Estatística	WHO	World Health Organization
IPPNW	International Physicians for the		
	Prevention of Nuclear War		
IV	Intra-venoso		
MAC	Mid upper Arm Circumference		
	(perímetro do braço)		

Índice Geral

1. Introdução.....	1
2. Discussão.....	2
2.1. Contextualização.....	2
2.1.1. Impacto do contexto social na saúde da criança.....	2
2.1.2. Realidade encontrada: o contexto de Angola.....	2
2.2. Estágio profissionalizante.....	5
2.2.1. Caracterização do Hospital Pediátrico David Bernardino.....	5
2.2.2. Componentes clínicas do estágio.....	7
2.2.2.1. Cuidados Intermédios 2/Infecciologia.....	8
2.2.2.2. Cuidados Intermédios 1/Pneumologia.....	14
2.2.2.3. Centro de Recuperação Nutricional.....	19
2.2.2.4. Neonatologia.....	24
2.2.2.5. Serviço de Urgências.....	27
2.2.2.6. Outras actividades hospitalares.....	29
2.3. Actividades extra-hospitalares.....	30
3. Conclusões.....	31
4. Bibliografia.....	33

Anexos

Anexo I. Calendarização das actividades hospitalares

Anexo II. “O mundo da criança”

Anexo III. Indicadores demográficos e indicadores de nutrição, UNICEF 2009

Anexo IV. Ranking mortalidade menores de 5 anos

Anexo V. Centro de Recuperação Nutricional – Histórias Clínicas / Notas de Entrada

Anexo VI. Serviço de Urgências – Movimento e Ocorrências do dia

Anexo VII. Serviço de Urgências – Casos Clínicos

Anexo VIII. Projecto “Promoção da saúde e melhoria das condições alimentares e higio-sanitárias do Centro de Acolhimento de Crianças Arnaldo Janssen”

Anexo IX. Apresentação da organização médica *International Physicians for the Prevention of Nuclear War*

1. Introdução

6 de Abril de 2009: primeiro dia de estágio no Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB) em Luanda. Início da concretização de um projecto que vinha sendo entusiasticamente planeado nos últimos meses. A motivação para este estágio..? A vontade de complementar a minha formação com experiências em realidades médicas diferentes. O meu interesse particular pela área da Pediatria, juntamente com as informações recolhidas sobre o bom funcionamento do Hospital Pediátrico David Bernardino, determinaram a escolha desta instituição.

Angola era já terreno conhecido. Em anos anteriores, tinha tido a oportunidade de participar em projectos de voluntariado, de curta duração, no Hospital Central Agostinho Neto e em Centros de Acolhimento de Crianças no Lubango e em Luanda. Dessas viagens e experiências, que marcaram o meu percurso académico, nasceu uma empatia pelo país, pela cultura e pelo povo angolano e permaneceu o desejo de lá regressar num contexto diferente: o do exercício da Medicina. Em Agosto de 2008, durante um intercâmbio médico na República Checa, este desejo ganhou consistência e maturidade e surgiu a ideia de concretizar este estágio no âmbito do Mestrado Integrado de Medicina.

A boa relação existente entre ICBAS e Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN), nomeadamente a existência de um acordo de intenções entre as duas instituições, foi determinante para a concretização deste estágio em Luanda.

Todo este percurso, desde a preparação do estágio até à sua conclusão, foi acompanhado e orientado pelo Dr. António Carneiro. O planeamento das actividades hospitalares, nomeadamente a distribuição pelas Unidades de Internamento do Hospital Pediátrico, e o acompanhamento durante a rotação foram assegurados, respectivamente, pelo Dr. Luís Bernardino e pelos médicos responsáveis em cada unidade.

O presente relatório pretende ser uma descrição sistemática e fundamentada de todas as actividades desenvolvidas durante o estágio, com o devido enquadramento no contexto específico da sociedade angolana, incluindo também as aprendizagens e os conhecimentos adquiridos, assim como as vivências e as emoções experimentadas.

2. Discussão

2.1. Contextualização

2.1.1. Impacto do contexto social na saúde da criança

Os contrastes entre os principais problemas de saúde das crianças de países desenvolvidos e em desenvolvimento é o reflexo da influência profunda do meio físico, social, cultural e económico na saúde e desenvolvimento da criança (**Anexos II. “O Mundo da Criança”**). A intervenção médica tem, portanto, de ser adequada a esse complexo sistema de factores e influências que é o mundo da criança. Assim, os seus problemas devem ser enquadrados num contexto mais amplo que ultrapassa a própria criança: o contexto familiar e o da sociedade em que ela vive, pois estes não só influenciam a causa da doença, como a sua gravidade e a escolha das abordagens terapêuticas.

2.1.2. Realidade encontrada: o contexto de Angola

Angola, que emergiu em 2002 de quase três décadas de guerra civil, é hoje um país em construção, apresentando nos últimos anos um crescimento exponencial. Com a consolidação do processo de paz iniciou-se um processo de reconciliação e recuperação nacional, mas o conflito que devastou o país por quase 30 anos deixou cicatrizes profundas em praticamente todos os aspectos da vida social e económica do país, incluindo a saúde e nutrição da população, especialmente de mulheres e crianças.

Indicadores Demográficos

Com uma taxa de crescimento populacional anual superior ao valor médio estimado para a África subsariana, Angola tem actualmente uma população total de cerca de 17 milhões de habitantes, dos quais mais de 50% são menores de 18 anos. A esperança média de vida é de 42 anos, uma das mais baixas do mundo, sendo inferior à média deste indicador nos países menos desenvolvidos a nível mundial, estimada em 55 anos. A taxa de natalidade é muito elevada – 48 nascimentos por 1000 habitantes, em 2007, assim como a taxa global de fertilidade, correspondendo a 6,5 filhos por mulher (UNICEF, 2009) (**Anexo III. Indicadores demográficos e indicadores de nutrição, UNICEF 2009**).

A proporção da população angolana que vive abaixo do limiar de pobreza é de 68%, dos quais 28% vivem em situação de pobreza extrema (INE Angola, 2001).

No Relatório de Desenvolvimento Humano 2008/2009 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Angola apresenta um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), situando-se em 157º lugar num ranking de 179 países, apresentando um valor inferior ao IDH médio do continente africano, registando, no entanto, uma subida de 5 posições desde 2005.

Indicadores de saúde e bem-estar infantil

A taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a taxa de mortalidade de menores de 5 anos constituem os principais indicadores utilizados para avaliar a saúde e bem-estar das crianças, reflectindo o estado de saúde infantil e o nível de desenvolvimento de uma sociedade.

Em 2001, a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos em Angola era a terceira mais alta do mundo, estando estimada em 250 mortes por cada 1000 crianças nascidas vivas. O nível de educação/escolaridade da mãe e a condição sócio-económica foram as características que maior impacto tiveram no risco de mortalidade infantil e de menores de cinco anos (INE Angola - UNICEF, 2001).

Verificou-se também que as taxas de mortalidade infantil em Angola são tão elevadas nas áreas rurais como nas áreas urbanas, o que contrasta com outros países em desenvolvimento em que estas taxas de mortalidade são consideravelmente mais elevadas nas áreas rurais. Este facto pode ser explicado pela deslocação de milhões de pessoas do meio rural para as regiões urbanas durante a guerra, o que resultou no crescimento rápido e anárquico de grandes *musseques* (bairros) na periferia dos centros urbanos.

Assim, para a elevada taxa de mortalidade infantil nos centros urbanos contribuem a falta de acesso das populações urbano-periféricas a cuidados de saúde, a baixa qualidade dos mesmos e os riscos ambientais acrescidos nas zonas urbanas muito aglomeradas e pobres.

A mortalidade de crianças menores de 5 anos em Angola apresenta a seguinte distribuição etária: um terço do total das mortes são de recém-nascidos, outro terço são mortes de crianças entre um mês e um ano de vida; e o restante terço corresponde a crianças com idade entre 1 e 4 anos (Ministério da Saúde – Angola, 2003).

Relativamente às possíveis causas da mortalidade de crianças com menos de 5 anos, verifica-se que 60% das mortes neste grupo etário são directamente causadas por um reduzido número de doenças, que inclui malária, doenças diarreicas agudas, infecções respiratórias agudas, sarampo e tétano neo-natal. A desnutrição é a principal causa associada de mortalidade, aumentando em 50% o risco de morte devido às doenças infecciosas.

Estratégias para melhoria da saúde infantil

O panorama precário no fim da guerra revelado pelos indicadores de saúde levou ao desenvolvimento de planos estratégicos por parte do Governo Angolano em cooperação com outros organismos internacionais, como as Nações Unidas e UNICEF.

Neste contexto, com o propósito de contribuir para a melhoria da saúde e redução da pobreza da população angolana particularmente dos grupos mais vulneráveis, foi elaborado em 2004 o ‘Plano Estratégico para a Redução acelerada da Mortalidade Materno-Infantil em Angola’, cujos objectivos gerais para o período 2004-2008 incluíam: reduzir em 50% a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos; reduzir 30% a taxa de desnutrição de crianças menores de 5 anos e reduzir 30% a taxa de mortalidade materna.

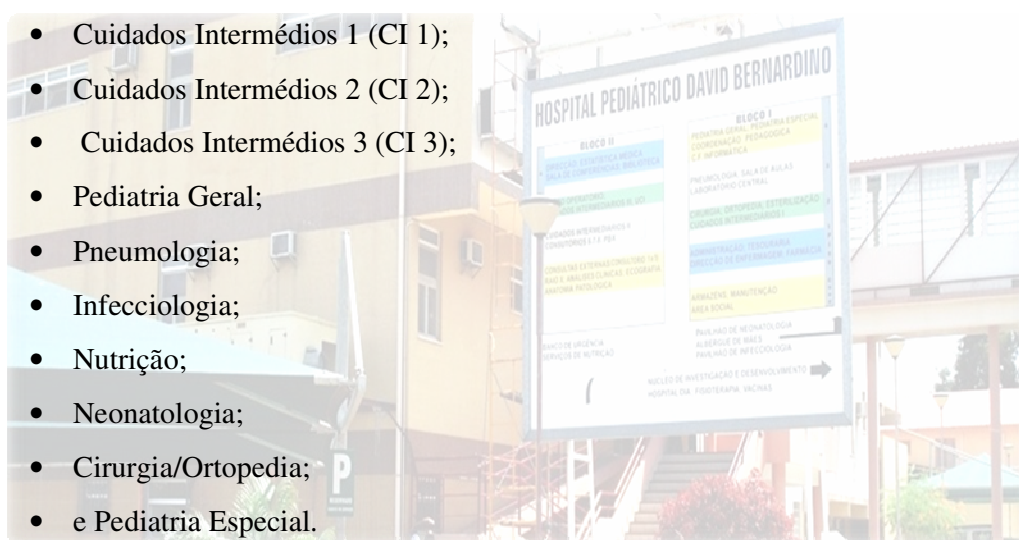
Dados mais recentes publicados pela UNICEF em *The State of the World's Children 2009* revelam que Angola se encontra, de acordo com a taxa de mortalidade de menores de 5 anos, na décima sexta posição no ranking de 189 países, revelando uma evolução positiva, nos últimos anos, no que diz respeito à saúde infantil (**Anexo IV. Ranking mortalidade menores de 5 anos**).

2.2. Estágio profissionalizante

O estágio decorreu no Hospital Pediátrico David Bernardino durante o período de 6 a 30 de Abril de 2009, com um total de 100 horas, distribuídas por 4 semanas. O planeamento das actividades hospitalares do estágio teve como princípio privilegiar o contacto com as patologias pediátricas mais prevalentes em Angola e climas tropicais, de forma a complementar a formação prevista na unidade de Pediatria do plano curricular do 6ºano. Nesta perspectiva, a escolha da rotação pelos serviços incidu em unidades de internamento de patologia infecciosa, respiratória e associada à malnutrição.

2.2.1. Caracterização do Hospital Pediátrico David Bernardino

Considerado o melhor hospital estatal africano, o Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB) tem 312 camas distribuídas pelo Serviço de Urgências e por dez Unidades de Internamento:



As restantes componentes clínicas do Hospital incluem a Consulta Externa; Hospital e Salas de Dia; quatro Laboratórios, nomeadamente Central, Urgência e Anatomia Patológica e quatro Unidades de Radiologia, incluindo Ecografia e TAC.

Actividade Clínica e Recursos Humanos

A actividade clínica do HPDB inclui um elevado número de consultas de Pediatria Geral e de sessões de Fisioterapia e, em menor número, consultas de Cirurgia Pediátrica, Hematologia, Neonatologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Pneumologia, Anestesia e

Neurocirurgia. O movimento diário do Hospital é extremamente elevado, sendo o número médio de doentes observados na Urgência superior a 300, dos quais 90 são internados, registando-se, em média, 10 mortes, em cada 24 horas.

Relativamente a recursos humanos, o Hospital possui 89 médicos e 320 enfermeiros num total de 742 efectivos.

Internamentos (Dados de 2007)

Aproximadamente 85% das crianças admitidas no HPDB têm idade inferior a 5 anos, com a seguinte distribuição etária: 12% são recém-nascidos, 26% têm menos de 12 meses e 47% têm entre 1 e 4 anos. Entre as principais causas de internamento encontram-se anemia grave, malária, doença respiratória aguda, malnutrição grave, doença diarreica aguda, tuberculose, sépsis neonatal, meningite, tétano e anemia de células falciformes.

As condições clínicas mais letais são a prematuridade, o tétano e a meningite com uma taxa de letalidade de cerca de 50%. Seguem-se outras patologias como sépsis neonatal, hipoxia neonatal, malnutrição grave e cardiopatias entre as doenças mais letais.

2.2.2. Componentes clínicas do estágio

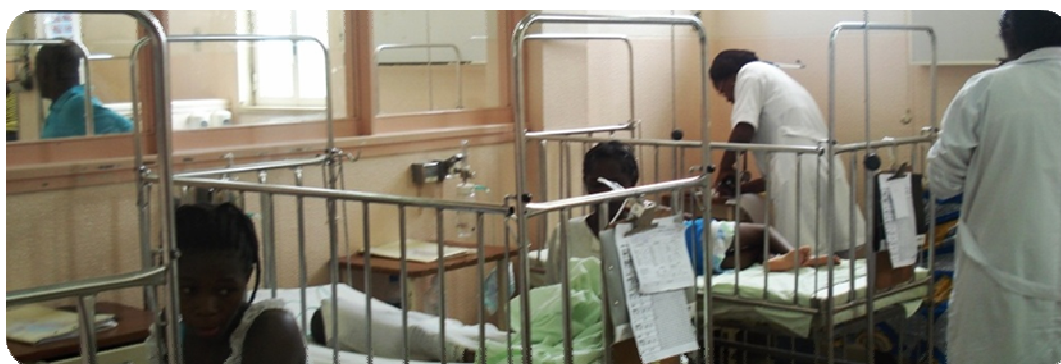
Durante as primeiras 3 semanas de estágio passei pelas unidades de Cuidados Intermédios 2, Infecçiology, Cuidados Intermédios 1, Pneumologia e Centro de Recuperação Nutricional. A quarta, e última, semana de estágio foi opcional e a minha escolha foi o serviço de Neonatologia, área pela qual me interessa particularmente.

Sendo um estágio de carácter profissionalizante, fui integrada na rotina da enfermaria em cada uma das Unidades de Internamento. O início do estágio coincidiu com o começo da rotação de pediatria dum grupo de alunos do 6ºano, o que facilitou este processo de integração. Foram-me atribuídas as mesmas responsabilidades dos restantes alunos estagiários locais e, portanto, procurei desempenhar as funções de trabalho exigidas na enfermaria, incluindo um banco de urgências semanal de 12 horas.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar e aprender metodologias e técnicas médicas; de realizar a colheita da anamnese, o exame físico e o registo diário no processo clínico; de observar e executar procedimentos técnicos; de solicitar exames complementares de diagnóstico e de elaborar planos terapêuticos sob orientação.

Também participei nas restantes actividades hospitalares, nomeadamente as sessões clínicas semanais e as reuniões diárias dos médicos. A descrição completa do programa cumprido encontra-se em anexo (**Anexo I. Calendarização das actividades hospitalares**).

Segue-se a exposição e discussão da actividade médica e científica realizada durante o estágio, incluindo uma selecção de casos clínicos observados, histórias clínicas e notas de entrada realizadas, organizados por unidades de internamento e serviço de urgências.



CUIDADOS INTERMÉDIOS 2 / INFECCIOLOGIA

1ª Semana:

6 a 9 Abril 2009

2.2.2.1. Cuidados Intermédios 2/Infecciologia

A primeira semana de estágio decorreu nas unidades de Cuidados Intermédios 2 (CI 2) e de Infecciologia, onde se encontra principalmente patologia infecciosa, estando os casos mais graves e que exigem mais cuidados internados na enfermaria de cuidados intermédios.

Durante a permanência na enfermaria da Infecciologia, os doentes internados eram distribuídos pelos alunos do 6º ano, que ficavam responsáveis pelos registos diários nos processos clínicos. Assim, todas as manhãs cada aluno estagiário tinha à sua responsabilidade cerca de 3 a 5 doentes. A realização dos diários clínicos foi uma experiência importante e nova, pois foi a primeira oportunidade de participar, com responsabilidade profissional, nas actividades de uma enfermaria de Pediatria. A discussão no final das manhãs com o Dr. Leite Cruzeiro sobre os doentes avaliados proporcionou a integração de conhecimentos, promoveu o raciocínio clínico e a decisão do plano terapêutico.

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES CI2 E INFECCIOLOGIA (QUADRO I.) E CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS Tive a oportunidade de observar as seguintes patologias: encefalite por raiva, malária (simples e grave/complicada), meningite bacteriana (meningocócica e tuberculosa) e tétano. No contexto destas patologias, selecionei um resumo de alguns casos clínicos que me pareceram mais relevantes.

Quadro I. Caracterização Cuidados Intermédios 2 e Infecciologia.

Cuidados Intermédios 2	N.º Camas	30
	Médicos	2
	Enfermeiros	22
Infecciologia	Nº Camas	32
	Médicos	4
	Enfermeiros	12
Patologias mais frequentes:	Meningite bacteriana, malária, raiva e tétano.	

CASOS MAIS SIGNIFICATIVOS**Caso clínico 1**

AFA, crianças de 10 anos, sexo masculino, raça negra, natural e residente em Luanda, recorre ao SU do HPDB a 06.04.2009 por vários episódios de **vómitos** consecutivos, **cefaleias** e **alterações do comportamento**, nomeadamente agitação e recusa de contacto com água, desde há 1 dia. Pai refere história de **mordedura por cão vadio** não vacinado em Fevereiro do ano decorrente no membro superior esquerdo. Na altura, recorreu a um posto médico local onde foi tratado com fármacos intravenosos que não sabe especificar, permanecendo assintomático. Sem antecedentes pessoais de relevo.

À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, corado, hidratado e apirético. Apresentava **agitação psicomotora**, **hidrofobia** e **aerofobia**. Sem sinais de dificuldade respiratória, exantemas ou petéquias. Sem sinais meníngeos. Sem alterações auscultatórias e sem alterações no exame do abdómen. Sem edemas periféricos. Evolução intra-hospitalar: coma e morte 24 horas após a admissão.

Hipóteses de diagnóstico: A hipótese de diagnóstico mais provável é encefalite por raiva. O quadro clínico de vómitos, cefaleias, agitação psicomotora, hidrofobia e aerofobia, bem como os antecedentes de mordedura por cão vadio, sem confirmação da profilaxia anti-rábica pós-exposição, são dados a favor deste diagnóstico.

Terapêutica instituída: Apenas sintomática, incluindo Clorpromazina (25mg/1ml) 2ml 6/6h IV, fluidoterapia e medidas gerais como repouso no leito, medição de sinais vitais 2/2h e dieta líquida.

CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS COM ESTE CASO A raiva é uma doença quase sempre fatal e não existe tratamento específico após manifestação da infecção. No entanto, na maioria dos casos a doença é passível de prevenção com a profilaxia pós-exposição (PPE) apropriada durante o período de incubação que pode ir de 1 a 3 meses. A PPE inclui cuidados locais com a ferida e imunização activa (Vacina anti-rábica, 5 doses IM: D0, D3, D7, D14 e D28) e passiva (Imunoglobulina anti-rábica, 20 UI/kg, até 7 dias após a 1ª dose de vacina, se possível totalmente infundida no local da ferida). Após o início da manifestação da infecção os doentes sobrevivem apenas alguns dias, mesmo em unidade de cuidados intensivos. O diagnóstico definitivo é confirmado na autópsia pela observação de corpúsculos de Negri no tecido cerebral.

Caso clínico 2

MM, 4 anos, sexo feminino, raça negra, natural e residente em Cacuaco - Luanda. Criança com antecedentes de internamento em Janeiro de 2009 por **meningite tuberculosa**, tendo obtido alta sem sequelas neurológicas com a instituição de tratamento ambulatorial com **anti-bacilares**. Permaneceu assintomática durante cerca de 2 meses, tendo **interrompido a terapêutica** no último mês. Desde há 6 dias apresenta um quadro clínico de **arrepios** de frio, **hipersudorese**, **cefaleias**, vários episódios de **convulsões** e **tosse produtiva**.

Objectivamente: F.C.: 120 bpm, FR.: 60 cpm, Temp.:38°C. Criança com 8 kg (<P5) e malnutrição grave (Peso/altura<70%). Mucosas coradas e hidratadas, não apresentando sinais de dificuldade respiratória. **Diminuição do estado de consciência** (Coma grau 2/5 na Escala de Blantyre), com sinais de **descerebração** e **rigidez cervical**. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular rude com roncos dispersos bilateralmente. Auscultação cardíaca e exame abdominal sem alterações. Sem edemas periféricos. Analiticamente: glicose sérica-72,6 mg/dL, hemoglobina-13,6 g/ml, Leucócitos-8,350/mm³ (Neutr:51%, Linf: 48%, Eosin: 1%); **LCR**: aspecto límpido, 4 cel/μl, predomínio de **linfócitos**, **glicose 15,4 mg/dL**; exame bacteriológico directo (Gram): negativo; exame cultural: **sem crescimento bacteriano**. Pesquisa de **plasmódio** (gota espessa) positiva: **1012 P/μL**.

Hipótese de diagnóstico: Recidiva de Meningite tuberculosa. A favor: quadro clínico de febre, cefaleias, rigidez da nuca, convulsões, coma, antecedentes de meningite com esta etiologia e interrupção da terapêutica com tuberculostáticos. No LCR, a glicose<50% da glicose sérica, o predomínio linfocitário e a ausência de crescimento bacteriano também abonam a favor desta hipótese. No entanto, por vezes, os doentes com malária podem ter presença de células e diminuição da glicose no LCR, mesmo sem meningite.

Terapêutica instituída: Pirazinamida, Estreptomicina, Rifampicina e Isoniazida durante 2 meses e depois Rifampicina e Isoniazida até completar 1 ano; Prednisona (5 mg); Vitaminas Complexo B (piridoxina); Diazepam e leite terapêutico F100.

CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS COM ESTE CASO O tratamento tuberculostático deve ser iniciado empiricamente, quando o LCR mostra características sugestivas de meningite tuberculosa. A corticoterapia reduz o risco de sequelas a longo prazo, devendo ser administrada durante, pelo menos, um mês.

Caso clínico 3

MG, 7 anos, sexo feminino, raça negra, natural e residente em Viana – Luanda, é trazida ao SU de HPDB dia 01.04.2009 com história de **febre** e **cefaleias** com 3 dias de evolução, que não cederam à toma de paracetamol. Um dia após o início da sintomatologia ocorre **perda de consciência**. Sem antecedentes pessoais e familiares de relevo.

Objectivamente: criança corada, hidratada e apirética. F.C.: 106 bpm, FR.: 28 cpm. Com alteração do estado de consciência, letargia e **rigidez da nuca**. Sem outros sinais meníngeos. Sem sinais de dificuldade respiratória. Sem exantemas ou petéquias. Sem alterações auscultatórias nem ao exame do abdominal. Analiticamente: Hb: 11,5 g/ml, glicose sérica: 58,5 mg/dL. **LCR: aspecto turvo, 5800 cel/mm³**, predomínio de **neutrófilos**, **glicose 7,1 mg/dL**, exame bacteriológico: diplococos gram negativo, ex.cultural: positivo para *Neisseria meningitidis*. Pesquisa de plasmódio negativa.

Diagnóstico: Meningite meningocócica.

Terapêutica instituída: Penicilina (1M/4cc) 5,7cc 6/6h IV, Cloranfenicol (1g/cc) 2ml 6/6h IV, Diazepam (10mg/2 cc) 1 ml IV em SOS, Paracetamol (500mg) em SOS.

CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS COM ESTE CASO O *S.pneumoniae* e a *N.meningitidis* são os agentes etiológicos mais comuns da meningite bacteriana em crianças com mais de 5 anos. A escolha do tratamento empírico de um caso suspeito de meningite bacteriana adquirida na comunidade é feita em função da idade da criança. Em crianças com idade superior a 5 anos, o tratamento empírico deve incluir uma combinação de dexametasona e uma cefalosporina de terceira geração (eg. ceftriaxone e cefotaxima), que oferece boa cobertura contra o *S.pneumoniae* sensível, estreptococos do grupo B, *H.influenzae* e *N.meningitidis*.

Nos países em que não estão disponíveis cefalosporinas de terceira geração, a combinação de penicilina G ou ampicilina com cloranfenicol é uma alternativa aceitável, que foi a opção terapêutica neste caso. No tratamento específico para a meningite meningocócica, a penicilina G continua a ser o antibiótico de escolha contra as estirpes sensíveis de *N.meningitidis*.

Os meningococos isolados do LCR devem ter a sua sensibilidade à penicilina e ampicilina testada. Um ciclo de antibioterapia IV de 7 dias, geralmente, é adequado para a meningite meningocócica sem complicações.

Caso clínico 4

MM, 3 anos, sexo feminino, raça negra, natural e residente em Samba – Luanda, é trazida ao SU do HPDB dia 13.04.2009 com história de **febre, convulsões e alteração do comportamento** com 24 horas de evolução. Mãe nega diarreia, vômitos, desconforto abdominal ou outras queixas álgicas. Criança sem antecedentes pessoais e familiares de relevo.

À admissão encontrava-se **febril (38,5°C)**, corada, hidratada, anictérica. F.C.: 130 bpm, FR.: 30 cpm. Diminuição do estado de consciência (coma grau 8/15 na escala de Glasgow) e agitação psicomotora. Sem rigidez da nuca nem outros sinais meníngeos. Sem exantemas ou petéquias. À auscultação pulmonar: murmúrio vesicular discretamente diminuído na base pulmonar direita e crepitações com a mesma localização. Auscultação cardíaca: S1 e S2 presentes, rítmicos. Sem sopros audíveis. Abdomen: plano, mole e depressível. Esplenomegalia grau II (bordo esplênico palpável 4 cm abaixo do rebordo costal, liso e doloroso). Sem hepatomegalia. Membros sem alterações.

Analiticamente: Hemoglobina: **7,58 g/ml**, glicemia: 50,9 mg/dL, Leucócitos: **12,370/mm³** (neut: 45,8%, eos: 0,1%, basóf: 1%, linf: 40,3%, Monóc: 12,8%), Plaquetas: **60.000/mm³**. LCR: aspecto límpido, sem presença de células, glicose 47,5 mg/dL. Pesquisa de plasmódio em gota espessa: **40.800 P/μL**.

Diagnóstico:

Um síndrome febril agudo acompanhado de gota espessa positiva para plasmódio confirma o diagnóstico de malária. A presença de sinais e/ou sintomas de doença grave, como alteração do estado de consciência/coma e alta parasitemia, são sugestivas de malária cerebral, excluídas outras causas de encefalopatia.

Terapêutica instituída:

Quinino IV (600mg/2ml) 0,4 ml em soro glicosado 5% IV 8/8h, Penicilina cristalizada (1M/4ml) 1,3ml 6/6h IV, Paracetamol (500mg), Diazepam (10mg/2ml) 0,5 ml IV em SOS, e medidas gerais como repouso no leito e medição de sinais vitais 4/4h.



CUIDADOS INTERMÉDIOS 1 / PNEUMOLOGIA

2ª Semana:

14 a 17 Abril 2009

2.2.2.2. Cuidados Intermédios 1/Pneumologia

A segunda semana de estágio decorreu nas unidades de Cuidados Intermédios 1 (CI 1) e de Pneumologia. Na unidade de Cuidados Intermédios 1, o trabalho de enfermaria iniciava-se com a visita de médicos e a distribuição dos doentes internados pelos alunos do 6º ano e médicos internos e especialistas. Semanalmente, decorriam sessões de discussão de casos clínicos apresentados por estagiários e internos complementares, orientadas pela Dr.^a Sílvia Silvestre, bem como sessões de temas científicos. Durante a permanência nos CI 1, tive a oportunidade de elaborar registos clínicos, solicitar e interpretar exames auxiliares de diagnóstico e realizar técnicas médicas, como punção lombar.

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES CI 1 E PNEUMOLOGIA (QUADRO II.) E CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS Nesta semana, tive a oportunidade de observar uma grande diversidade de patologias: Sarampo, Pneumotórax, Pneumonia/Broncopneumonia, Tuberculose pulmonar, Tuberculose ganglionar, Tuberculose óssea, Empiema, Abscesso pulmonar, Bronquiolite, Malformações congénitas broncopulmonares, como Hipoplasia pulmonar, Pericardite e Cardiopatias congénitas, como Transposição dos grandes vasos e Comunicação inter-ventricular.

Quadro II. Caracterização Cuidados Intermédios 1 e Pneumologia.

Quadro 11. Caracterização Cuidados Intermédios 1 e Pneumologia		
Cuidados Intermédios 1	N.º Camas	33
	Médicos	5
	Enfermeiros	23
Pneumologia	Nº Camas	31
	Médicos	6
	Enfermeiros	14
Patologias mais frequentes:	Empiema, pneumonia, broncopneumonia, pneumotórax, tuberculose pulmonar e extra-pulmonar, abscesso pulmonar e cardiopatias congénitas.	
De salientar a elevada prevalência de empiemas, estando uma enfermaria de 14 camas da unidade CI 1, geralmente, reservada para estes casos.		

CASOS MAIS SIGNIFICATIVOS**Caso clínico 5**

IM, criança de 21 meses, sexo masculino, raça negra, natural e residente em Luanda, apresenta quadro clínico de **febre**, não quantificada no domicílio, e **tosse** com início há uma semana. Quatro dias após início da sintomatologia, aparecimento de **lesões cutâneas peri-orais e no períneo**, tendo sido medicada com quinino, paracetamol e nistatina no Centro de Saúde. Recorre ao Serviço de Urgências 24horas depois por agravamento do quadro clínico. Mãe refere história de contacto com tia com tuberculose pulmonar (a fazer tratamento há 2 meses) e incumprimento do plano de vacinação.

Ao exame objectivo: criança com peso inferior ao percentil 5 (8,200 kg) e malnutrição moderada (Peso/altura<80%). F.C.: 120 bpm, FR.: 48 cpm, Temp.:36,8°C. Corada e hidratada, sem sinais de dificuldade respiratória. Presenças de lesões ulcerativas na face (região peri-oral e mentoniana) e região perineal. À auscultação pulmonar: **diminuição do murmúrio vesicular** e presença de **crepitações** no campo pulmonar esquerdo. Auscultação cardíaca sem alterações. Sem alterações no exame do abdómen. Sem edemas periféricos. Analiticamente: Leucócitos 25.310/mm³ (50% Neutrófilos, 46% Linfócitos), hemoglobina 6,2 g/dl; Hematócrito 24,8%, VCM 54 fl, HCM 13,5 pg e RDW 21,8%. A radiografia torácica revela nível hidroaéreo no terço inferior do campo pulmonar esquerdo, apagamento do fundo de saco costo-frénico esquerdo e infiltrado intersticial difuso no campo pulmonar esquerdo.

Durante o internamento: evolução para tosse produtiva com expectoração seromucosa espessa e aparecimento de dispneia.

Hipóteses de diagnóstico:

Broncopneumonia à esquerda, com derrame pleural

Abcesso pulmonar

Tuberculose pulmonar

Exames complementares adicionais: Prova de Mantoux, exame microbiológico da expectoração (exame directo e cultural), serologia HIV e Gota espessa.

Terapêutica instituída: Cloxacilina (250mg/5ml) 2 ml 6/6h VO₂ Metronidazol (250mg/5ml) 2,5 ml 8/8h VO₂ Leite terapêutico F75 130ml/Kg 3/3h.

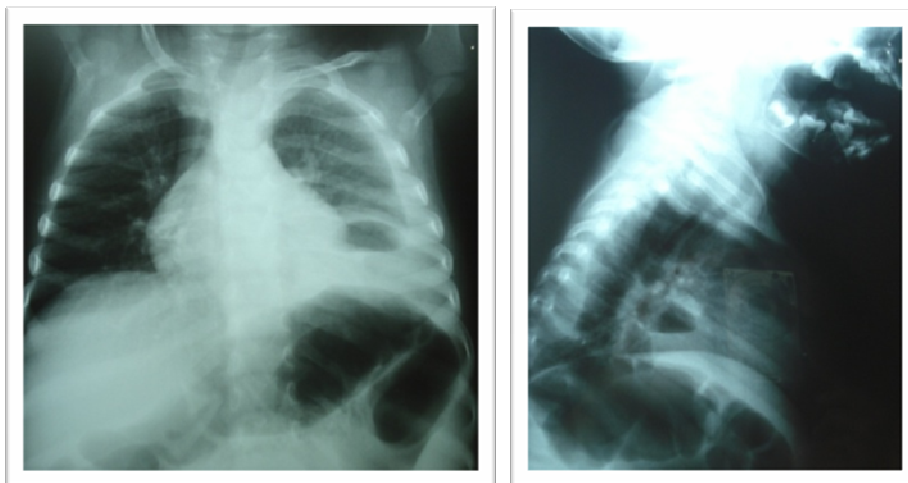


Figura 1. Radiografia torácica frente e perfil de IM, 21 meses de idade, no dia da admissão.

Caso clínico 6

BA, 3 anos, sexo feminino, raça negra, natural e residente em Cacuaco – Luanda. Criança com quadro clínico arrastado, desde 1 ano antes, caracterizado por episódios de **febre e rigidez cervical**, tendo recorrido ao Serviço de Urgências por 3 vezes durante este período com a referida sintomatologia, tendo recebido alta após realização de punções lombares negativas e tendo sido medicada em ambulatório, com terapêutica que não sabe especificar. Um mês antes nota aparecimento de **tumefacção dolorosa na região cervical posterior**, tendo realizado tratamento tradicional para “Giba”, com massagens e aplicação local de ervas, sem remissão da sintomatologia. Nega cefaleias, vômitos e queixas respiratórias. Sem história de contacto com tuberculose.

Ao exame objectivo: F.C.: 120 bpm, FR.: 32 cpm, Temp.: 36,5°C. Criança consciente, apresentando mau estado geral, com gemido. Mucosas coradas, hidratadas. Sinais de ligeira dificuldade respiratória: tiragem intercostal inferior ligeira.

Apresenta tumefacção na região cervical posterior, ligeiramente à direita da linha média das apófises espinhosas, com aproximadamente 10 cm de diâmetro, consistência elástica, dolorosa à palpação. Rigidez cervical e limitação dos movimentos de rotação e lateralização do pescoço.

Sem outros sinais meníngeos. Sem exantemas ou petéquias. Sem edemas periféricos. Cicatriz de BCG visível. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Auscultação cardíaca: S1 e S2 presentes, rítmicos. Sem sopros audíveis. Sem alterações no exame abdominal.

Analiticamente: hemoglobina 10,8 g/dl, glicemia 91,3mg/dl. Prova de Mantoux com **17 mm**, mas pesquisa de BK nas secreções brônquicas negativa (Ziel-Neelson e exame cultural negativos). Gota espessa negativa.

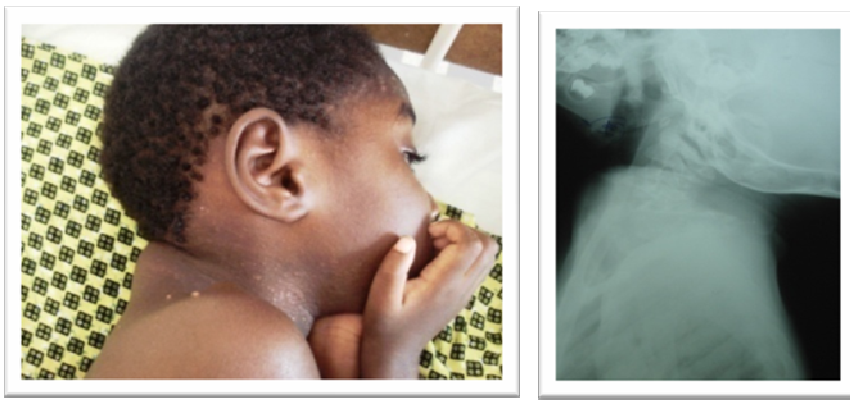


Figura 2. Tumefacção cervical posterior e radiografia cervical.

Hipótese de Diagnóstico: Tuberculose óssea/Mal de Pott.

Exames complementares adicionais: Ecografia das partes moles da região cervical posterior, serologia para HIV e teste de falciformação.

Terapêutica instituída:

Paracetamol 500 mg ½ comp. VO SOS

Rimactazida® (rifampicina+isoniazida) 225mg, 2 comp. VO 1x/dia

Pirazinamida 500mg ¾ comp. VO 1x/dia

Vitaminas Complexo B 1 comp. /dia VO



CENTRO DE RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL

3ª Semana:

20 a 24 Abril 2009

2.2.2.3. Centro de Recuperação Nutricional

Durante a terceira semana de estágio fui integrada na unidade de Nutrição do HPDB, designada por Centro de Recuperação Nutricional. Esta unidade é constituída por uma enfermaria e uma Sala de Dia (Quadro III.), para onde são transferidos os doentes após melhoria do quadro clínico. As funções atribuídas diariamente aos alunos de 6ºano, e em que participei, incluíam a realização de consultas na Sala de Dia; a elaboração das notas de entrada dos doentes admitidos e dos registos diários dos doentes internados na enfermaria; a requisição dos exames de rotina e a educação/esclarecimento dos pais ou cuidadores das crianças.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE NUTRIÇÃO (QUADRO III.) E CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS Nesta unidade, tive a oportunidade de contactar com malnutrição moderada e grave, malnutrição com edemas (Kwashiorkor), bem como malnutrição com outras patologias concomitantes, como doença diarreica aguda, doença respiratória aguda, como Pneumonia/Broncopneumonia, Abscesso pulmonar, Tuberculose pulmonar e Tuberculose peritoneal. As histórias clínicas e notas de entrada que realizei encontram-se em anexo (**Anexo V. Centro de Recuperação Nutricional – Histórias Clínicas / Notas de Entrada**).

Quadro III. Caracterização do Centro de Recuperação Nutricional.

Enfermaria	N.º Camas	14
+	Médicos	3
Sala de dia	Enfermeiros	6
Crítérios de Internamneto:	Malnutrição moderada a grave com mau estado geral, edemas ou patologia concomitante.	
Crítérios e procedimentos para alta:	• $P/A \geq 85\%$ e $PMB \geq 12\text{cm}$ (se comp. $\geq 75\text{cm}$) ou $IMC \geq 17,5$; • Sem edemas há 10 dias; • Completou-se a educação dos pais ou cuidadores; • Plano de vacinação em ordem; • Tomaram-se medidas para assegurar o seguimento.	

Problemática da desnutrição no contexto angolano

Em Angola, a desnutrição crónica afecta 45% da população angolana com menos de 5 anos de idade, estando associada a duas em cada três mortes de crianças neste grupo etário. A desnutrição aguda afecta cerca de 6% da população com menos de 5 anos (INE Angola - UNICEF, 2001). Tal como nas taxas de mortalidade, a maior prevalência de desnutrição verifica-se em crianças de famílias com pior condição socio-económica e de mães com menor nível de escolaridade.

Os níveis mais elevados de desnutrição encontram-se nas crianças entre os 12 e 23 meses, etapa crítica da diversificação alimentar que é inadequada na maioria da população deste grupo etário (INE Angola - UNICEF, 2001). A introdução de alimentos sólidos administrados 4-6 vezes por dia, a partir dos 6 meses de idade, de forma a complementar o aleitamento materno é crítica numa percentagem significativa de casos. Segundo os dados da UNICEF, em 2007, a percentagem de crianças entre os 6 e 9 meses de idade que receberam alimentação complementar à amamentação foi de 77%. **(Anexo III. Indicadores demográficos e indicadores de nutrição, UNICEF 2009).**

As crianças até aos 6 meses de idade apresentam o menor índice de desnutrição, constituindo um grupo “protegido” pela amamentação materna, uma vez que esta garante as necessidades nutricionais das crianças. Apesar de 37% das crianças angolanas ainda estarem a ser amamentadas aos 20-23 meses, apenas 11% recebem amamentação materna exclusiva até aos 6 meses, valor muito inferior à percentagem média na África subsariana de crianças amamentadas exclusivamente com leite materno até aos 6 meses (31%). Este dado é importante na medida em que as crianças menores de 6 meses de idade que não recebem amamentação materna exclusiva apresentam um risco duas vezes superior de morte por diarreia ou infecção respiratória aguda.

Assim, a introdução de água, outros líquidos ou sólidos antes dos 6 meses de idade é uma medida desnecessária, uma vez que o aleitamento materno cobre todas as necessidades líquidas e nutricionais das crianças menores de 6 meses, como pode ser também uma fonte de infecção, especialmente nas famílias pobres.

Indicadores de desnutrição

A Organização mundial de Saúde recomenda que o estado nutricional seja expresso através de dois indicadores: Altura por idade (A/I) e Peso por altura (P/A).

- Altura por idade (A/I) – é uma medida da paragem de crescimento e, portanto, é um índice de desnutrição crónica, resultado de alimentação inadequada e doenças infecciosas frequentes.
- Peso por altura (P/A) - reflecte uma perda recente de peso e indica desnutrição aguda, como resultado de falta de alimento e doença grave aguda.

No Centro de Recuperação Nutricional do HPDB, a desnutrição é classificada em malnutrição moderada ou grave de acordo com o valor do índice P/A, determinado através das tabelas de peso por altura para crianças a partir de 49cm a 130cm (NCHS/WHO):

- **Malnutrição moderada:** P/A 70-79%
- **Malnutrição grave:** P/A <70%

A presença de um índice P/A > 85% em crianças desnutridas geralmente está associado a edema (Doença de Kwashiorkor).

Causas da desnutrição

A desnutrição das crianças resulta de uma complexa interacção de factores que podem actuar a vários níveis. A um nível mais imediato, existe a sinergia negativa entre a alimentação inadequada e as doenças infecciosas que acometem as crianças, em que a desnutrição aumenta em 50% o risco de morte devido às doenças infecciosas, devido à supressão do sistema imunitário (UNICEF, 2001).

A nível familiar e do círculo social próximo da criança actuam factores como a falta de segurança alimentar; o acesso limitado ou inexistente a água potável, saneamento básico e a cuidados primários de saúde; e o nível de escolaridade das mães. Factores relacionados com a estrutura económica, política e cultural da sociedade afectam igualmente a prevalência de desnutrição no país.

No Centro de Recuperação Nutricional do HPDB, encontrei entre as causas mais frequentes da elevada prevalência de desnutrição as seguintes:

- O baixo peso ao nascer relacionado com a má nutrição e saúde das mães durante a gestação;
- As gravidezes sucessivas, com intervalos pequenos, que se traduzem na interrupção precoce da amamentação materna;
- A diversificação alimentar inadequada e insuficiente para as necessidades nutricionais das crianças;
- O baixo nível de escolaridade das mães e a falta de conhecimento relativamente à reintrodução de outros alimentos e cuidados básicos de higiene na confecção e armazenamento dos alimentos;
- A ausência de água potável e saneamento básico.

Importância da educação materna

A educação e esclarecimento das mães têm um papel essencial na protecção dos recém-nascidos e crianças contra a desnutrição e doenças infecciosas. A promoção da amamentação exclusiva e precoce, juntamente com mensagens simples sobre práticas de higiene básicas na preparação dos alimentos, tais como manter a comida tapada para impedir o acesso de insectos ou utilizar água fervida para consumo, podem ter resultados altamente benéficos. Igualmente importante é o esclarecimento das mães para promover o reconhecimento dos sinais de desnutrição, como cabelo fino e descolorado, aparecimento de lesões cutâneas hipo-pigmentadas e lesões nas mucosas oral e genital.

A Unidade de Nutrição do HPDB, tem plena consciência da importância do impacto da educação materna na saúde das crianças, por isso investe no esclarecimento e ensino das mães antes da alta das crianças (Quadro III.). Assim, tive a oportunidade de desempenhar esta tarefa durante as consultas da Sala de Dia do Centro de Recuperação Nutricional.



NEONATOLOGIA

4ª Semana:

27 e 28 Abril 2009

2.2.2.4. Neonatologia

A última semana de estágio foi de carácter opcional. Apesar da unidade de Neonatologia não estar incluída na rotação dos alunos estagiários do 6ºano, foi-me permitido integrar-me na dinâmica desta unidade. A actividade da enfermaria iniciava com a visita de médicos e, seguiam-se os registos diários nos processos clínicos, actividade em que participei. Esta rotação proporcionou uma excelente oportunidade de prática de exame físico a recém-nascidos.

A unidade de Neonatologia é constituída por duas enfermarias, a maior com 16 camas reservada para os casos mais críticos e outra para os casos de tétano neo-natal, e duas Salas de Dia (Quadro IV. Caracterização da Unidade de Neonatologia). Assim, os casos mais críticos encontram-se separados dos casos menos graves que são transferidos para as salas de dia, ao contrário do que se passava na década de 90, em que todos os casos se encontravam na mesma enfermaria. Esta medida foi responsável pela redução da Mortalidade de 70% para 20%. Outra medida importante foi a transformação da unidade em ‘berçário com mãe’, desde 2001.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE NEONATOLOGIA (QUADRO IV.) E CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS Durante a minha permanência na Neonatologia, tive a oportunidade de observar casos clínicos de sépsis neo-natal, hipóxia peri-natal, meningite e tétano neo-natal.

Quadro IV. Caracterização da Unidade de Neonatologia.

2 Enfermarias	N.º Camas	40
(críticos e tétanos)	Médicos	6
+	Enfermeiros	21
2 Salas de Dia		
Patologias mais frequentes:	Sépsis neo-natal, hipóxia peri-natal, meningite e tétano neo-natal.	

Caso clínico 7

Recém-nascido de 3 dias, sexo masculino, raça negra, natural de Luanda, onde reside, trazido ao Serviço de Urgências dia 24.04.2009 com quadro clínico caracterizado por **icterícia**, **febre** (não quantificada), um **episódio convulsivo** e **recusa alimentar** (“recusa as mamadas”), com início 24 horas após o parto. Gravidez de termo, **não vigiada** e com **intercorrências** (malária aos 9 meses). Parto hospitalar, eutócico, peso à nascença: 3,500kg, **Índice Apgar** 1/5 minutos: **6/7**. Mãe, 32 anos, doméstica, G6P6A0. Pai, 37 anos, pedreiro, sem antecedentes patológicos significativos. Nega consaguinidade. 5 Irmãos saudáveis. Residem numa habitação de blocos, com 1 quarto, 1 sala, 1 WC, sem electricidade, água canalizada ou saneamento básico, onde coabitam 8 pessoas (pai, mãe e 6 filhos).

Ao exame objectivo: FC: 136 bpm, FR: 52 cpm, Temp: 37,2°C. Peso – 3,000 Kg, comprimento não medido, PC-36 cm. Mucosas coradas e hidratadas. Sem sinais de dificuldade respiratória. Sem exantemas ou petéquias. Fontanela anterior normotensa e pulsátil, 5cmx2,5cm. Fontanela posterior 2cmx0,5cm. Recém-nascido **sem choro**, com diminuição da resposta a estímulos, **ictérico**, sem reflexo de sucção. Reflexo de Moro normal. Tônus muscular normal. AP: Murmúrio vesicular presente, simétrico, bilateral; sem ruídos adventícios. AC: S1 e S2 presentes, rítmicos, sem sopros audíveis. Abdómen sem alterações; coto umbilical limpo, sem sinais inflamatórios. Mancha hiperpigmentada, de coloração azulada, na região sagrada. Fimose fisiológica. Testículos no saco escrotal.

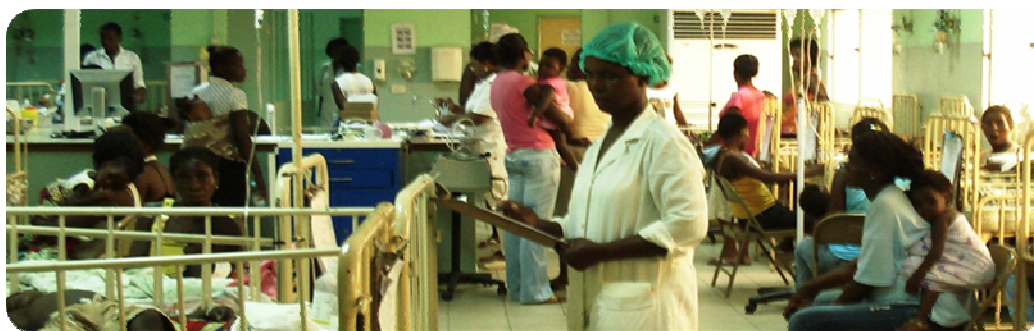
Analiticamente: Hemograma 18,4 g/dl, glicemia 95,5 mg/dl. Pesquisa de plasmódio negativa. Punção lombar traumática.

Hipóteses de diagnóstico: Hipóxia peri-natal, Sépsis Neo-natal e Meningite.

Malária congénita é rara e só se trata no RN quando a parasitémia é significativa.

Exames Complementares adicionais: Bilirrubinas, ionograma (sódio e cálcio), hemograma, PCR, Hemocultura, grupo sanguíneo RN e mãe e ecografia transfontanelar, por suspeita de meningite e devido à ocorrência de convulsões.

Terapêutica instituída: Antibioterapia empírica para meningite - ampicilina (500mg/4ml) 0,6 ml 6/6h IV e cefotaxima (1g/8ml) 0,8 ml 12/12h.



SERVIÇO DE URGÊNCIAS

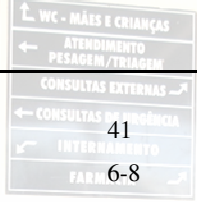
9 Abril | 16 Abril | 23 Abril 2009

2.2.2.5. Serviço de Urgências

A experiência no Serviço de Urgências (SU) foi, sem dúvida, a mais marcante do estágio. O grande número de doentes que recorre ao SU do HPDB (Quadro V.), muito superior à capacidade de resposta humana e técnica, e a diversidade de patologias encontrada são as principais razões pelas quais esta experiência foi tão proveitosa e formativa. O movimento e as ocorrências dos dias em que estive integrada na equipa de urgência podem ser consultados em anexo (**Anexo VI. Serviço de Urgências – Movimento e Ocorrências do dia**).

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIAS DO HPDB (QUADRO V.) E ACTIVIDADES REALIZADAS Durante a permanência no SU, tive a oportunidade de observar as seguintes patologias: pneumonia, disenteria, hidrocefalia congénita, sépsis neonatal, malnutrição grave com edema, malária, crise de drepanocitose, raiva, meningite, piodermite, osteomielite, tétano, sarampo, malformações congénitas e cardiopatia congénita. Também observei e colaborei na realização de diversas técnicas médicas, como colocação de sonda nasogástrica, algaliação, punção lombar e reanimação cardiorrespiratória. Uma selecção dos casos clínicos mais significativos encontra-se em anexo (**Anexo VII. Serviço de Urgências – Casos clínicos**).

Quadro V. Caracterização do Serviço de Urgências.

Movimento diário médio:	• 300 observados • 90 internados • 10 óbitos	
Banco 24 horas	N.º Camas Médicos Enfermeiros	 41 6-8 6-8
Estrutura	Atendimento Pesagem/ Triagem Consulta de Urgência Emergência Reanimação	Radiologia/Lab.Análise/Hemoterapia Sala de rehidratação oral Pequena cirurgia Nebulização Tratamento ambulatorio
Principais causas de internamento:	Anemia grave, Malária, Doença respiratória aguda, Malnutrição grave, Doença diarreica aguda, Tuberculose, Sépsis neo-natal, Meningite, Tétano e Anemia de células falciformes.	

2.2.2.6. Outras actividades hospitalares

Consulta Externa

A rotação pelas unidades de internamento foi também complementada pela passagem pela consulta externa. Assisti à consulta específica de Anemia de Células Falciformes (ou Drepanocitose) com o Dr. Luís Bernardino e à consulta de gastroenterologia com a Dr.^a Vitória Espírito Santo.

CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS A consulta externa de Anemia Falciforme proporcionou uma oportunidade única de contacto com as manifestações clínicas clássicas da doença, como por exemplo a Síndrome mãos-pés no início da lactação, bem como com algumas das complicações mais frequentes, tais como necrose asséptica da cabeça do fémur, mais frequente no sexo feminino, e osteomielite. Em Angola, a taxa de portadores do traço falciforme (genótipo SA) é de 20%, nascendo, por ano, cerca de 6 mil indivíduos com genótipo SS. O rastreio é feito através do teste de falciformação (microscopia de esfregaço sanguíneo) e o teste de solubilidade. A triagem neonatal para a hemoglobina SS é essencial para iniciar uma prevenção precoce, uma vez que as infecções ocorrem no início da lactação. A administração profilática de penicilina e as vacinas pneumocócica e anti-*H.influenzae*, combinadas com antibioticoterapia precoce dos episódios infecciosos, permitiram reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade, antigamente altas, das crianças portadoras da doença.

Reuniões e Sessões Clínicas

A restante actividade hospitalar dos alunos estagiários incluía as reuniões diárias dos médicos, no início da manhã, momento em que eram apresentados o movimento e as ocorrências das últimas 24 horas de banco de urgências, bem como todos os doentes internados nas Urgências e transferidos para as enfermarias.

As sessões clínicas semanais, às quartas-feiras, dividiam-se em duas partes: a primeira que consistia na apresentação de um tema científico (Quadro VI. Sessões Clínicas), seguida da discussão, muito participada, de um caso clínico. Estas sessões foram muito proveitosas, particularmente a discussão de casos clínicos, pelo raciocínio clínico e integração de conhecimentos que proporcionou.

Quadro VI. Sessões Clínicas.

Data	Tema	Orador
08.04.2009	Intervenção defectológica em doentes com lesões encefálicas	Grupo de Psicologia
15.04.2009	Interações Medicamentosas - revisão bibliográfica	Grupo Urgências
22.04.2009	Estatística 1º Trimestre CI 2 Estatística 1º Trimestre Serviço de Cirurgia	Dr.ª Carla Benchimol
22.04.2009	“Patologia Molecular: Da ficção à realidade”	Professor Doutor Carlos Lopes
29.04.2009	Estatística 1º Trimestre CI 1	Dr.ª Sílvia Silvestre

2.3. Actividades extra-hospitalares

Durante a minha estadia em Luanda, colaborei na execução de um Projecto de Voluntariado na área da Saúde e Nutrição num centro de acolhimento de crianças. A apresentação do Projecto **“Promoção da saúde e melhoria das condições alimentares e higio-sanitárias do Centro de Acolhimento de Crianças Arnaldo Janssen”** encontra-se em anexo (**Anexo VIII.**).



Em conjunto com a associação de estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN), organizámos uma sessão de apresentação da organização médica *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* (IPPNW) para estudantes de medicina. A descrição desta actividade do IPPNW na FMUAN encontra-se em anexo (**Anexo IX.**).



3. Conclusões

30 de Abril de 2009: último dia de estágio no Hospital Pediátrico David Bernardino. Dia de despedidas. Início da reflexão e maturação da experiência vivida. O que aprendi? Que dificuldades senti? Qual o balanço final?

Numa primeira análise, os objectivos inicialmente traçados foram cumpridos, na medida em que este estágio proporcionou o contacto com uma diferente realidade de Saúde Infantil e foi uma excepcional oportunidade de aprendizagem e aquisição de conhecimentos sobre uma grande diversidade de patologias, principalmente doenças infecciosas, respiratórias e doenças associadas à desnutrição e ao período neonatal. Consistiu, portanto, num valioso complemento à minha formação.

O trabalho na enfermaria e no serviço de Urgências constituiu uma experiência única de prática clínica. Permitiu desenvolver capacidades práticas relacionadas com a realização dos registos diários nos processos clínicos, elaboração das notas de entrada dos doentes admitidos, execução de procedimentos técnicos, determinação da posologia dos fármacos e escolha e interpretação de exames complementares de diagnóstico. Da mesma forma, a actividade de enfermaria também contribuiu para a aquisição de competências essenciais na identificação e resolução dos problemas, incluindo a elaboração de planos de investigação e de terapêutica. Neste ponto, as sessões clínicas e os momentos de discussão de casos, tiveram um importante papel. Em suma, foi um estágio verdadeiramente profissionalizante, como se pretende que seja o 6º ano do curso de Medicina.

Os profissionais de saúde com quem me cruzei, quer médicos na actividade clínica ou docentes da Faculdade de Medicina, manifestaram sempre uma grande receptividade. A disponibilidade, paciência e entusiasmo, apesar do excesso de trabalho e falta de tempo, com que me explicaram, ensinaram e esclareceram sobre as patologias e casos clínicos observados, foi algo que enriqueceu ainda mais a vivência deste estágio.

As principais dificuldades sentidas estão, essencialmente, relacionadas com o grau de responsabilidade atribuído aos alunos estagiários, nomeadamente no Serviço de Urgências, onde os meios técnicos e os recursos humanos são visivelmente insuficientes para responder à elevada afluência de doentes e, por isso, o trabalho dos estagiários não só é útil, como absolutamente necessário e, consequentemente, exigente.

As diferenças culturais, por vezes, foram também um obstáculo à comunicação com os doentes, exigindo alguma *arte* e criatividade para se alcançar uma compreensão recíproca.

Foi um mês intenso e enriquecedor, não só do ponto de vista médico, mas também a nível humano, de crescimento e de vivência pessoal.

Durante quatro semanas conheci alunos, enfermeiros, médicos. Trabalhei, aprendi com eles. No final, *trouxe* amigos que não esquecerei.



4. Bibliografia

Bickley LS, Szilagyi PG. The Physical Examination of Infants and Children. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking 2003, Eighth Edition; 621-704.

Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? Lancet 2003;361:2226-34.

Bronfenbrenner U. Contexts of child rearing-problems and prospects. American psychologist 1979;34:844-850

Bryce J *et al.* WHO estimates of the cause of death in children. Lancet 2005; 365:1147-1152.

Fauci A, Braunwald E, at al. Harrison' Principles of Internal Medicine 2008, 17th Edition.

Kengman S, Katz SL. Measles (rubeola). Infectious diseases of children 1981, Seventh Edition; 144-159.

Kengman S, Katz SL. Rabies (hydrophobia; rage, lyssa). Infectious diseases of children 1981, Seventh Edition; 252-258.

Kliegman RM, Marcadante KJ, Jenson HB, Behrman HE. Nelson' Essentials of Pediatrics 2007, Fifth Edition.

Lissauer T, Clayden G. Illustrated Textbook of Paediatrics 2002, 2nd Edition.

Lissauer T, Clayden G. The child in society. Illustrated Textbook of Paediatrics 2007, 3rd Edition; 1-8.

Long SS, Pickering LK, Prober CG. Rabies Virus. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases 2008, Third Edition; 1126-1130.

Manual de Bolso - Normas de Tratamento da Malária 2005, Programa Nacional de Controlo da Malária, Ministério da Saúde, Angola.

Miall L, Rudolf M, Levene M. Paediatrics at a glance 2007, Second Edition.

Plano estratégico para a redução acelerada da Mortalidade Materno-Infantil em Angola 2004-2008, Direcção Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde, República de Angola; disponível on-line em http://www.unicef.org/angola/pt/Plano_estrategico_MI_22_04_04.pdf.

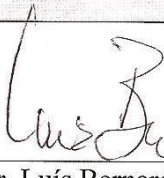
State of the World's Children 2009, Unicef.

World malaria report 2008, World Health Organization; disponível on-line em <http://apps.who.int/malaria/wmr2008/malaria2008.pdf>.



Anexo I. Calendarização das actividades hospitalares

Data	Horário	Descrição
06.04.2009	9.30-12.30h	Reunião com Dr. Luís Bernardino, Director Geral do HPDB. Visita geral e apresentação dos diferentes departamentos do hospital. Actividade na enfermaria de Cuidados Intermédios 2/Infecciologia.
07.04.2009	8-13h	Reunião de médicos. Actividade na enfermaria de Cuidados Intermédios 2/Infecciologia.
08.04.2009	8-13.30h	Reunião de médicos. Actividade na enfermaria de Cuidados Intermédios 2/Infecciologia. Sessão Clínica: “Intervenção defectológica em doentes com lesões encefálicas”. Caso Clínico.
09.04.2009	8-21h	Reunião de médicos. Actividade na enfermaria de Cuidados Intermédios 2/Infecciologia. Serviço de Urgência.
14.04.2009	8-16h	Reunião de médicos. Actividade na Enfermaria de Cuidados Intermédios 1/Pneumologia. Consulta Externa de Anemia de Células Falciformes.
15.04.2009	9-13.30h	Actividade na Enfermaria de Cuidados Intermédios 1/Pneumologia. Sessão Clínica: “Interações Medicamentosas”. Caso clínico.
16.04.2009	9-21h	Actividade na Enfermaria de Cuidados Intermédios 1/Pneumologia. Serviço de Urgência.
17.04.2009	8-15h	Reunião de médicos. Actividade na Enfermaria de Cuidados Intermédios 1/Pneumologia. Consulta Externa de Gastroenterologia.
20.04.2009	8-13.30h	Reunião de médicos. Actividade na Enfermaria e Sala de Dia do Centro de Recuperação de Nutrição.
22.04.2009	8-13h	Reunião de médicos. Actividade na Enfermaria e Sala de Dia do Centro de Recuperação de Nutrição. Apresentação da Estatística 1º Trimestre - Cuidados Intermédios 2. Caso Clínico.
23.04.2009	8-21h	Reunião de médicos. Actividade na Enfermaria e Sala de Dia do Centro de Recuperação de Nutrição. Serviço de Urgência.
24.04.2009	8-13h	Reunião de médicos. Actividade na Enfermaria e Sala de Dia do Centro de Recuperação de Nutrição.
27.04.2009	8-15h	Reunião de médicos. Actividade na Enfermaria da Unidade de Neonatologia. Reunião com Dr. Luís Bernardino, Dr.ª Vitória Espírito Santo e Professor Doutor Carlos Lopes. Sessão Clínica: “Tuberculose em Pediatria”.
28.04.2009	8.30-13h	Actividade na Enfermaria da Unidade de Neonatologia.
29.04.2009	11-13h	Sessão Clínica: “Patologia Molecular: Da ficção à realidade...” - Professor Doutor Carlos Lopes. Caso clínico. Apresentação da Estatística 1º Trimestre - Cuidados Intermédios 1.
30.04.2009	9.30h	Reunião de conclusão de estágio com Dr. Luís Bernardino.
Total horas: 100 horas		



Dr. Luís Bernardino
Director Geral do HPDB

Anexo II. “O Mundo da Criança”¹

O mundo da criança consiste num sistema complexo de factores e influências, que inclui quer aspectos individuais da criança, como idade, género e genética, quer questões ligadas ao círculo social próximo, bem como à estrutura e contexto social, a nível local, nacional e internacional (Bronfenbrenner, 1979). A importância da influência do meio na saúde da criança é demonstrada pelas diferenças entre os principais problemas de saúde infantil nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos estes problemas incluem, principalmente, doenças crónicas; distúrbios comportamentais, emocionais e de desenvolvimento neurológico; acidentes; excesso de peso e obesidade; desigualdades sócio-económicas; consumo de drogas e álcool; tabagismo e gravidez na adolescência.

A realidade da saúde infantil nos países em desenvolvimento é diferente e outros factores integram a lista dos problemas que mais afectam a saúde das crianças, tais como elevadas taxas de natalidade, condições habitacionais precárias, ausência de saneamento e abastecimento de água e má higiene alimentar. Nestes países, as infecções, frequentemente combinadas com desnutrição, constituem a principal causa de mortalidade infantil (Bryce *et al*, 2005). A pneumonia, diarreia, malária e doenças peri-natais são responsáveis por 80% das mortes de crianças com menos de 5 anos nos países em desenvolvimento, estando a desnutrição associada em mais de 50% destes casos (Black *et al*, 2003).

A condição socioeconómica é um determinante importante da saúde e bem-estar das crianças. Uma condição socioeconómica baixa está frequentemente associada a uma alimentação inadequada, quer em quantidade quer em valor nutricional, a condições habitacionais precárias e a acesso reduzido aos serviços de saúde e educação. A uma escala mais alargada foi estabelecida uma correlação entre o produto interno bruto (PIB) de um país e o respectivo nível de saúde infantil, em que se determinou que quanto menor o PIB: maior a proporção da população constituída por crianças, maior a taxa de mortalidade infantil, maior a proporção de recém-nascidos com baixo-peso e menores as taxas de imunização (UNICEF, 2006).

¹ * Lissauer T, Clayden G. The child in society. Illustrated Textbook of Paediatrics 2007, 3rd Edition; 1-8.

Anexos III. Indicadores demográficos e indicadores de Nutrição, UNICEF 2009

TABLE 1. BASIC INDICATORS

Countries and territories	Under-5 mortality rank	Under-5 mortality rate		Infant mortality rate (under 1)		Neonatal mortality rate 2004	Total population (thousands) 2007	Annual no. of births (thousands) 2007	Annual no. of under-5 deaths (thousands) 2007	GNI per capita (US\$) 2007	Life expectancy at birth (years) 2007	Total adult literacy rate (%) 2000–2007*	Primary school net enrolment/attendance (%) 2000–2007*	% share of household income 1995–2005*	
		1990	2007	1990	2007									lowest 40%	highest 20%
Afghanistan	2	260	257	168	165	60	27145	1314	338	250x	44	28	61	–	–
Albania	126	46	15	37	13	9	3190	52	1	3290	76	99	94	21	40
Algeria	75	69	37	54	33	22	33858	704	26	3620	72	75	95	19	43
Andorra	189	6	3	5	3	2	75	0	0	d	–	–	83	–	–
Angola	16	258	158	150	116	54	17024	810	128	2560	42	67	58s	–	–

SUMMARY INDICATORS

Sub-Saharan Africa	186	148	109	89	41	767218	30323	4480	965	50	62	64	13	54
Eastern and Southern Africa	165	123	101	80	36	378926	14268	1761	1245	50	65	68	12	58
West and Central Africa	206	169	116	97	45	388292	18056	2719	698	50	60	60	16	48
Middle East and North Africa	79	46	58	36	25	389176	9726	445	3666	69	75	86	18	45
South Asia	125	78	89	59	41	1567187	37986	2985	889	64	63	80	19	46
East Asia and Pacific	56	27	42	22	18	1984273	29773	799	2742	72	93	97	16	46
Latin America and Caribbean	55	26	44	22	13	566646	11381	302	5628	73	91	93	11	56
CEE/CIS	53	25	44	22	16	405992	5560	138	5686	68	97	93	20	42
Industrialized countries ⁵	10	6	8	5	3	974913	11021	66	38579	79	–	96	20	40
Developing countries ⁵	103	74	71	51	31	5432837	122266	9109	2405	67	79	83	15	50
Least developed countries ⁵	179	130	112	84	40	804450	29076	3775	491	55	57	65	15	50
World	93	68	64	47	28	6655406	135770	9216	7952	68	81	85	19	42

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

Under-five mortality rate – Probability of dying between birth and exactly five years of age, expressed per 1,000 live births.

Infant mortality rate – Probability of dying between birth and exactly one year of age, expressed per 1,000 live births.

Neonatal mortality rate – Probability of dying during the first 28 completed days of life, expressed per 1,000 live births.

GNI per capita – Gross national income (GNI) is the sum of value added by all resident producers, plus any product taxes (less subsidies) not included in the valuation of output, plus net receipts of primary income (compensation of employees and property income) from abroad. GNI per capita is gross national income divided by midyear population. GNI per capita in US dollars is converted using the World Bank Atlas method.

Life expectancy at birth – Number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

Adult literacy rate – Number of literate persons aged 15 and above, expressed as a percentage of the total population in that age group.

Primary school net enrolment/attendance ratios – Number of children enrolled in or attending primary school, expressed as a percentage of the total number of children of primary school age. The indicator is either the primary school net enrolment ratio or the primary school net attendance ratio. In general, if both indicators are available, the primary school net enrolment ratio is preferred unless the data for primary school attendance is considered to be of superior quality. Definitions for both the primary school net enrolment ratio and the primary school net attendance ratio are given in Table 5, p. 134.

Income share – Percentage of income received by the 20 per cent of households with the highest income and by the 40 per cent of households with the lowest income.

MAIN DATA SOURCES

Under-five and infant mortality rates – UNICEF, World Health Organization, United Nations Population Division and United Nations Statistics Division.

Neonatal mortality rate – World Health Organization using vital registration systems and household surveys.

Total population – United Nations Population Division.

Births – United Nations Population Division.

Under-five deaths – UNICEF.

GNI per capita – World Bank.

Life expectancy – United Nations Population Division.

Adult literacy – UNESCO Institute for Statistics (UIS), including the Education for All 2000 Assessment.

School enrolment/attendance – UIS, Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and Demographic and Health Surveys (DHS).

Household income – World Bank.

NOTES

- a: low income (\$935 or less).
 b: lower-middle income (\$936 to \$3,705).
 c: upper-middle income (\$3,706 to \$11,455).
 d: high income (\$11,456 or more).

– Data not available.

x: Data refer to years or periods other than those specified in the column heading, differ from the standard definition or refer to only part of a country. Such data are not included in the calculation of regional and global averages.

s: National household survey data.

* Data refer to the most recent year available during the period specified in the column heading.

Fonte: State of the World's Children 2009, UNICEF.

TABLE 2. NUTRITION

Countries and territories	% of infants with low birthweight 2000–2007*	% of children (2000–2007*) who are:			% of under-fives (2000–2007*) suffering from:						Vitamin A supplementation coverage rate (6–59 months) 2007		% of households consuming iodized salt 2000–2007*
		exclusively breastfed (<6 months)	breastfed with complementary food (6–9 months)	still breastfeeding (20–23 months)	underweight† (WHO ref. pop.)	underweight† (NCHS/WHO)		wasting† (NCHS/WHO)	stunting† (NCHS/WHO)	at least one dose† (%)	full coverage‡ (%)		
					moderate & severe	moderate & severe	severe	moderate & severe	moderate & severe				
Afghanistan	–	–	29	54	33y	39y	12y	7y	54y	94	92	28	
Albania	7	40	69	22	6	8	1	7	22	–	–	60	
Algeria	6	7	39	22	3	4	1	3	11	–	–	61	
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Angola	12	11	77	37	26	31	8	6	45	36	36	35	

SUMMARY INDICATORS

Sub-Saharan Africa	15	31	68	51	24	28	8	9	38	77	67	64
Eastern and Southern Africa	14	40	71	56	23	28	7	7	40	73	68	56
West and Central Africa	15	23	65	47	24	28	9	10	36	81	67	72
Middle East and North Africa	12	26	57	36	11	17	5	8	26	–	–	60
South Asia	27	44	53	75	41	45	–	18	38	64	50	51
East Asia and Pacific	6	43	45	27	11	14	–	–	16	86	86**	86
Latin America and Caribbean	9	–	–	–	5	6	–	2	16	–	–	83
CEE/CIS	6	20	41	23	–	5	1	2	12	–	–	50
Industrialized countries [§]	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Developing countries [§]	15	39	55	51	24	26	–	11	30	72	62**	70
Least developed countries [§]	17	37	64	64	30	34	9	11	40	84	82	55
World	14	38	55	50	23	25	–	11	28	72	62**	68

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

Low birthweight – Percentage of infants weighing less than 2,500 grams at birth.

Underweight (WHO ref. pop.) – Moderate and severe: Percentage of children aged 0–59 months who are below minus two standard deviations from median weight for age of the WHO Child Growth Standards published in 2006.

Underweight (NCHS/WHO) – Moderate and severe: Percentage of children aged 0–59 months who are below minus two standard deviations from median weight for age of the National Center for Health Statistics (NCHS)/WHO reference population; Severe: Percentage of children aged 0–59 months who are below minus three standard deviations from median weight for age of the NCHS/WHO reference population.

Wasting (NCHS/WHO) – Moderate and severe: Percentage of children aged 0–59 months who are below minus two standard deviations from median weight for height of the NCHS/WHO reference population.

Stunting (NCHS/WHO) – Moderate and severe: Percentage of children aged 0–59 months who are below minus two standard deviations from median height for age of the NCHS/WHO reference population.

Vitamin A – Percentage of children aged 6–59 months who received vitamin A supplements in 2007.

Iodized salt consumption – Percentage of households consuming adequately iodized salt (15 parts per million or more).

MAIN DATA SOURCES

Low birthweight – Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), other national household surveys, data from routine reporting systems, UNICEF and WHO.

Breastfeeding – DHS, MICS, other national household surveys and UNICEF.

Underweight, wasting and stunting – DHS, MICS, other national household surveys, WHO and UNICEF.

Vitamin A – UNICEF.

Salt iodization – DHS, MICS, other national household surveys and UNICEF.

NOTES

- Data not available.
- x Data refer to years or periods other than those specified in the column heading, differ from the standard definition or refer to only part of a country. Such data are not included in the calculation of regional and global averages.
- y Data refer to years or periods other than those specified in the column heading, differ from the standard definition or refer to only part of a country. Such data are included in the calculation of regional and global averages.
- k Refers to exclusive breastfeeding for less than four months.
- w Identifies countries with national vitamin A supplementation programmes targeted towards a reduced age range. Coverage figure is reported as targeted.
- † In this year's report, the 'underweight' statistics apply the same indicators to two different reference populations. Due to this difference, the data presented here are not strictly comparable with each other or with previous editions of this report. The WHO Child Growth Standards are gradually replacing the widely used NCHS/WHO reference population. For a more detailed description of this transition, please see the *General note on the data* on page 114.
- ‡ The data for 'wasting' and 'stunting' refer to the same reference populations and are therefore comparable with each other and with data published in previous editions of this report.
- § Refers to the percentage of children who received at least one dose in 2007 (the most recent coverage point at the time of reporting).
- Δ The percentage of children reached with two doses in 2007 is reported as the lower percentage of two coverage points. '0' (zero) indicates that only one dose was delivered in 2007.
- * Data refer to the most recent year available during the period specified in the column heading.
- ** Excludes China.

Fonte: State of the World's Children 2009, UNICEF.

Anexo IV. Ranking mortalidade menores de 5 anos.**Under-five mortality rankings**

The following list ranks countries and territories in descending order of their estimated 2007 under-five mortality rate (U5MR), a critical indicator of the well-being of children. Countries and territories are listed alphabetically in the tables on the following pages.

	Under-5 mortality rate (2007)			Under-5 mortality rate (2007)			Under-5 mortality rate (2007)	
	Value	Rank		Value	Rank		Value	Rank
Sierra Leone	262	1	Mongolia	43	67	Uruguay	14	132
Afghanistan	257	2	Uzbekistan	41	68	Bahamas	13	134
Chad	209	3	Botswana	40	69	Belarus	13	134
Equatorial Guinea	208	4	Micronesia (Federated States of)	40	69	Seychelles	13	134
Guinea-Bissau	198	5	Azerbaijan	39	71	Barbados	12	137
Mali	198	6	Guatemala	39	71	Bulgaria	12	137
Burkina Faso	191	7	Dominican Republic	38	73	Oman	12	137
Nigeria	189	8	Kyrgyzstan	38	73	Antigua and Barbuda	11	140
Rwanda	181	9	Algeria	37	75	Costa Rica	11	140
Burundi	180	10	Tuvalu	37	75	Dominica	11	140
Niger	176	11	Egypt	36	77	Kuwait	11	140
Central African Republic	172	12	Mexico	35	78	Malaysia	11	140
Zambia	170	13	Nicaragua	35	78	Bahrain	10	145
Mozambique	168	14	Trinidad and Tobago	35	78	Montenegro	10	145
Democratic Republic of the Congo	161	15	Morocco	34	81	Palau	10	145
Angola	158	16	Vanuatu	34	81	Brunei Darussalam	9	148
Guinea	150	17	Iran (Islamic Republic of)	33	83	Chile	9	148
Cameroon	148	18	Cape Verde	32	84	Latvia	9	148
Somalia	142	19	Kazakhstan	32	84	Lithuania	8	151
Liberia	133	20	Indonesia	31	86	Serbia	8	151
Uganda	130	21	Jamaica	31	86	Slovakia	8	151
Côte d'Ivoire	127	22	Georgia	30	88	United Arab Emirates	8	151
Djibouti	127	22	Maldives	30	88	United States	8	151
Congo	125	24	Nauru	30	88	Cuba	7	156
Benin	123	25	Lebanon	29	91	Hungary	7	156
Kenya	121	26	Paraguay	29	91	Poland	7	156
Ethiopia	119	27	Suriname	29	91	Thailand	7	156
Mauritania	119	27	Philippines	28	94	Australia	6	160
United Republic of Tanzania	116	29	Occupied Palestinian Territory	27	95	Canada	6	160
Ghana	115	30	Samoa	27	95	Croatia	6	160
Senegal	114	31	Belize	25	97	Estonia	6	160
Madagascar	112	32	Saudi Arabia	25	97	New Zealand	6	160
Malawi	111	33	Armenia	24	99	United Kingdom	6	160
Gambia	109	34	El Salvador	24	99	Belgium	5	166
Sudan	109	34	Honduras	24	99	Cyprus	5	166
Myanmar	103	36	Jordan	24	99	Israel	5	166
Togo	100	37	Ukraine	24	99	Republic of Korea	5	166
Sao Tome and Principe	99	38	Panama	23	104	Malta	5	166
Timor-Leste	97	39	Tonga	23	104	Netherlands	5	166
Cambodia	91	40	Turkey	23	104	Switzerland	5	166
Gabon	91	40	Brazil	22	107	Austria	4	173
Swaziland	91	40	China	22	107	Czech Republic	4	173
Pakistan	90	43	Ecuador	22	107	Denmark	4	173
Zimbabwe	90	43	Sri Lanka	21	110	Finland	4	173
Bhutan	84	45	Tunisia	21	110	France	4	173
Lesotho	84	45	Colombia	20	112	Germany	4	173
Haiti	76	47	Peru	20	112	Greece	4	173
Yemen	73	48	Grenada	19	114	Ireland	4	173
India	72	49	Saint Vincent and the Grenadines	19	114	Italy	4	173
Eritrea	70	50	Venezuela (Bolivarian Republic of)	19	114	Japan	4	173
Lao People's Democratic Republic	70	50	Cook Islands	18	117	Monaco	4	173
Solomon Islands	70	50	Fiji	18	117	Norway	4	173
Namibia	68	53	Libyan Arab Jamahiriya	18	117	Portugal	4	173
Tajikistan	67	54	Moldova	18	117	San Marino	4	173
Comoros	66	55	Saint Kitts and Nevis	18	117	Slovenia	4	173
Papua New Guinea	65	56	Saint Lucia	18	117	Spain	4	173
Kiribati	63	57	Syrian Arab Republic	17	123	Andorra	3	189
Bangladesh	61	58	The former Yugoslav Republic of Macedonia	17	123	Iceland	3	189
Guyana	60	59	Argentina	16	125	Liechtenstein	3	189
South Africa	59	60	Albania	15	126	Luxembourg	3	189
Bolivia	57	61	Mauritius	15	126	Singapore	3	189
Democratic People's Republic of Korea	55	62	Qatar	15	126	Sweden	3	189
Nepal	55	62	Romania	15	126	Holy See	–	–
Marshall Islands	54	64	Russian Federation	15	126	Niue	–	–
Turkmenistan	50	65	Viet Nam	15	126			
Iraq	44	66	Bosnia and Herzegovina	14	132			

Fonte: State of the World's Children 2009, UNICEF.

Anexo V. Centro de Recuperação Nutricional – Histórias Clínicas / Notas de Entrada

HISTÓRIA CLÍNICA 1

Dados de Identificação:

MM, 18 meses, sexo feminino, raça negra, natural e residente em Luanda.

História clínica baseada nas informações cedidas pela mãe e pela consulta do processo clínico. Criança internada via Serviço de Urgências no Centro de Recuperação Nutricional do Hospital Pediátrico David Bernardino, Luanda. Data de Internamento: 21.04.2009.

Motivo de internamento: Edema generalizado.

História da Doença Actual:

Criança de 18 meses com história de febre e diarreia há 1 mês atrás, com a frequência de a 5 a 8 dejectões diárias abundantes de fezes de coloração escura (“pretas”), sem raios de sangue, em muco, que evoluiu para diarreia aquosa, tendo recorrido ao Centro de Saúde da área da residência, onde foi medicada com Bactrim® (Roche), com remissão do quadro ao fim de uma semana. Recorre a 21.04.2009 ao Serviço de Urgências com quadro clínico de edemas generalizado, com início há 2 semanas, de instalação progressiva, primeiro nos membros inferiores e em seguida no abdómen, membros superiores e face e oligúria há uma semana. Mãe refere ocorrência anterior de quadro de edema de localização peri-orbitária, de predomínio matinal, há 2 meses, acompanhado de febre, com menos de uma semana de evolução, obtendo melhoria da sintomatologia após tratamento com diuréticos que não sabe especificar. História de contacto com tuberculose pulmonar (avô paterno).

Exame objectivo:



F.C.: 125 bpm, FR.: 30 cpm, Temp.: 37°C. Antropometria: Peso 8,900 kg (<P5), Comprimento 75 cm (P5), Índice P/A >80%. À admissão encontrava-se consciente, com mucosas hidratadas, ligeiramente descoradas e escleróticas anictéricas, Sem sinais de dificuldade respiratória. Edema generalizado: peri-orbitário, no dorso das mãos e nos membros inferiores bilateramente, desde o dorso dos pés até à raiz da coxa.

Cicatriz extensa no couro cabeludo na região parieto-frontal, com alopecia, sequela de queimadura. Auscultatoriamente: murmúrio vesicular mantido, simétrico e bilateral, sem ruídos adventícios. Sons cardíacos presentes, normofonéticos e rítmicos; sem sopros audíveis. Abdomen globoso, muito distendido, sinal de onda positivo.

Antecedentes familiares:

Mãe – 22 anos, doméstica. Sem antecedentes patológicos significativos.

Pai – 21 anos, pedreiro. Sem antecedentes patológicos significativos.

Irmão mais velho, 4 anos, saudável.

Nega consanguinidade e história de patologias de carácter heredo-familiar. Agregado familiar constituído por 4 elementos (pai, mãe e 2 filhos); vivem em casa de construção não definitiva, com duas divisões, sem WC, electricidade, água canalizada ou saneamento básico.

Antecedentes pessoais:

Gravidez – II Gesta, II Para

Gravidez normal, vigiada e sem intercorrências.

Parto – de termo, eutócico, domiciliário. Peso, comprimento e perímetro cefálico à nascença desconhecidos. Período neonatal sem intercorrências;

Mãe não apresenta o boletim de vacinas e refere incumprimento do plano vacinal. Sem cicatriz de BCG visível.

Antecedentes patológicos: Criança sem antecedentes patológicos relevantes até há 2 meses.

Resumo:

Criança de 18 meses, trazida ao Serviço de urgências com quadro clínico caracterizado por edema generalizado (face, membros e abdómen) com 2 semanas de evolução e oligúria há uma semana. Duas semanas antes do episódio actual, história de febre e diarreia, várias dejectões diárias abundantes de fezes de coloração escura, tendo sido medicada com Bactrim®. Sem antecedentes patológicos de relevo até há 2 meses, altura em que inicia quadro de edema peri-orbitário, acompanhado de febre, obtendo melhoria da sintomatologia após tratamento com diuréticos no Centro de Saúde.

Objectivamente: Criança apirética e hemodinamicamente estável; peso abaixo do P5 e comprimento no P5; mucosas ligeiramente descoradas. Edema generalizado: periorbitário, no dorso das mãos e em toda a extensão dos membros inferiores bilateralmente. Abdomen globoso, muito distendido e sinal de onda positivo. Sem alterações auscultatórias.

História de contacto com tuberculose pulmonar (avô paterno), PNV não actualizado e sem cicatriz de BCG visível.

Lista de problemas:

Edema generalizado (periorbitário, membros, abdomen)

Ascite

Oligúria

História de contacto com tuberculose pulmonar e incumprimento do plano de vacinação.

Peso inferior ao percentil 5

Hipóteses de diagnóstico:

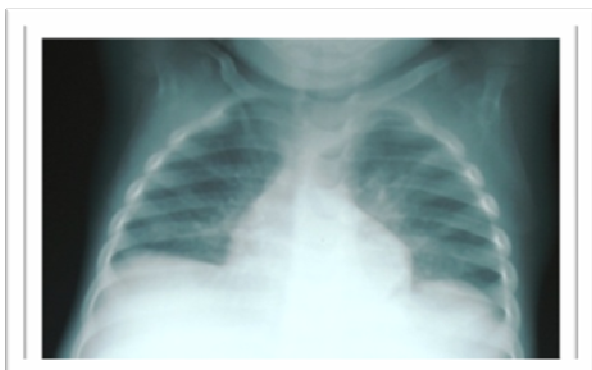
Malnutrição Grave com edemas

Síndrome nefrótica

Tuberculose peritoneal

Exames Complementares:

Hemograma, sumário de urina, serologia HIV, Bioquímica (glicemia, **função renal**), Teste de falciformação, Prova de Mantoux, Radiografia torácica



Ecografia abdominal: Sem alterações a nível do fígado, pâncreas, baço, vesícula e vias biliares. Sem imagens de adenomegalias. “Presença de liquido em todos os espaços livres do abdómen, sugerindo ascite.”

Terapêutica instituída:

Dieta nutricional Leite F75 150 ml VO 3/3h, Coartem® (Artemeter+Lumefantrina) 140 mg 1 cp VO 12/12h, 3 dias, Amoxicilina xarope (250mg/5cc) 5 ml VO 8/8h, Ácido fólico 5mg 1 cp VO dose única, Vitamina A (6 gotas ao 1º, 2º e 14º dia) e Mebendazol 100mg 1 cp VO 12/12h, 3 dias.

HISTÓRIA CLÍNICA 2

Dados de Identificação:

AC, 9 meses, sexo masculino, raça negra, residente e natural em Luanda.

Nota de entrada baseada nas informações cedidas pela mãe e pela consulta da ficha clínica do Serviço de Urgências e do Cartão de Saúde Infantil.

Criança internada via SU na Unidade de Nutrição do Hospital Pediátrico David Bernardino - Luanda no dia 15.04.2009.

Motivo de internamento:

Diarreia, vómitos e tosse.

História da Doença Actual:

Criança trazida ao SU por apresentar um quadro clínico de diarreia e vómitos com 3 dias de evolução. Diarreia de fezes claras, com muco, sem sangue, com a frequência de 3 dejectões diárias. Vómitos pós-prandiais, de conteúdo alimentar. Nas últimas 24 horas a mãe refere tosse produtiva ligeira e hipersudorese, não tendo medido a temperatura. Refere emagrecimento que não sabe quantificar, sonolência e menor interacção da criança desde o início do quadro e rinorreia serosa 4 dias antes. Nega recusa alimentar.

Exame objectivo:

Sinais vitais: FC: 115 bpm, FR: 46 cpm, Temp: 37,2°C, TA e Sat.O2: não medidas.

Medidas antropométricas: Peso – 5,700 Kg Comprimento – 69 cm. Índice P/A=70%

Criança consciente (5/5 na escala de Blantyre) com deficiente estado nutricional. Mucosas hipocoradas e diminuição do turgor da pele (sinal da prega cutânea). Apresenta sinais de dificuldade respiratória: tiragem intercostal moderada, mas sem adejo nasal. Sem exantemas ou petéquias. Boa perfusão periférica. Fontanela anterior normotensa e pulsátil. Sem adenomegalias palpáveis, edemas periféricos ou dermatites cutâneas. Otoscopia: não realizada. Orofaringe: sem alterações. AC: S1 e S2 presentes, rítmicos, sem sopros audíveis. AP: Murmúrio vesicular presente, simétrico, bilateral; sem ruídos adventícios. Abdómen: mole e depressível, sem massas ou organomegalias palpáveis

Evolução intra-hospitalar: Edema bilateral dos membros inferiores até à região maleolar com início no 2º dia de internamento e duração de 3 dias. À auscultação pulmonar: crepitações inspiratórias ligeiras dispersas no hemitórax direito.

Antecedentes familiares:

Mãe – 20 anos, sem escolaridade, desempregada, nega hábitos tabágicos, consumo de drogas ou álcool. Sem antecedentes patológicos significativos.

Pai – 24 anos, desempregado, escolaridade desconhecida, abuso de álcool e tabagismo que a mãe da criança não sabe quantificar. Apresenta comportamento violento após consumo de álcool. Mãe nega agressões do pai à criança, mas admite ser agredida com bastante frequência. Sem antecedentes patológicos significativos.

Sem consanguinidade. Agregado familiar constituído por 3 elementos (pai, mãe, filho); vivem em casa de adobe alugada, com apenas uma divisão, sem WC, electricidade, água canalizada ou saneamento básico.

Antecedentes pessoais:

Gravidez – I Gesta, I Para, normal, vigiada e sem intercorrências. Grupo Sanguíneo da Mãe desconhecido. Imunizada.

Parto – de termo, eutócico, domiciliário, Índice de Apgar não medido, Peso à nascença 3,300 Kg (P25), comprimento e perímetro cefálico desconhecidos. Período neonatal sem intercorrências.

Alimentação – Amamentação exclusiva até aos 6 meses. A partir desta idade introdução de papa de farinha de milho 2 vezes/dia.

Plano de vacinação actualizado.

Antecedentes patológicos: irrelevantes. Sem história de contacto com tuberculose pulmonar.

Hipóteses de diagnóstico:

Gastroenterite

Broncopneumonia

Malnutrição moderada

Exames Complementares:

Hemograma, sumário de urina, serologia HIV, Bioquímica (glicemia), Teste de falciformação e Radiografia torácica, que revelava um infiltrado intersticial peri-hilar direito.



Terapêutica instituída:

Medidas gerais – Sinais vitais 6-6h, Vitamina A (6 gotas ao 1º, 2º e 14º dia), Leite fórmula F75 (100 ml 3/3h), Ácido fólico (5mg, dose única), Coartem® (Artemeter+Lumefantrina) (140 mg, 12-12h, 3 dias) e Amoxicilina xarope (125mg/5ml) 5ml 8-8h

HISTÓRIA CLÍNICA 3

Dados de Identificação:

EA, 9 meses, sexo feminino, raça negra, natural e residente em Luanda.

Nota de entrada baseada nas informações cedidas pela mãe e pela consulta da ficha clínica do Serviço de Urgências. Criança internada via SU na Unidade de Nutrição do Hospital Pediátrico David Bernardino - Luanda no dia 19.04.2009.

Motivo de internamento:

Febre e tosse.

História da Doença Actual:

Criança trazida ao SU por apresentar um quadro clínico de febre e tosse produtiva com 1 semana de evolução. A febre foi objectivada no centro de saúde, mas a mãe não sabe quantificar. Rinorreia serosa prévia. Criança mantém apetite, sem recusa alimentar.

Aos 7 meses:

- Quadro clínico de diarreia, caracterizado por vários episódios de dejeções diarreicas por dia durante 4 dias, com acentuada perda de peso, que a mãe não sabe quantificar, e da qual a criança não voltou a recuperar.
- Celulite do membro inferior esquerdo na região da coxa após trauma, com drenagem de exsudado purulento. Curativos realizados no Centro de Saúde.

Exame objectivo: FC: 150 bpm, FR: 76 cpm, Temp: 37,8°C, TA e Sat.O2: não medidas.

Medidas antropométricas: Peso – 5,400 Kg; Comprimento – 68 cm; PC - 42,4 cm, Índice P/A<70%.

Criança consciente (5/5 na escala de Blantyre), apresenta mucosas hipocoradas, sinais de desidratação: diminuição do turgor da pele (sinal da prega cutânea positivo) e olhos encovados e sinais de dificuldade respiratória: tiragem intercostal e supraclavicular moderadas. Sem exantemas ou petéquias.

Fontanela anterior hipotensa, 3cm x 2,5 cm. Sem adenomegalias palpáveis. Lesões ponteadas de coloração esbranquiçada em toda a cavidade bucal, principalmente em toda a superfície da língua e palato. Otoscopia: não realizada.

AC: S1 e S2 presentes, rítmicos, sem sopros audíveis. AP: Murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito, com crepitações inspiratórias. Abdómen: globoso, mole e depressível, sem massas ou organomegalias palpáveis. Membros: ligeiro edema bilateral no dorso dos pés. Na face anterior da coxa, presença de mancha hipopigmentada e de 2 locais de drenagem prévia. Sem exsudados nem sinais inflamatórios.

Antecedentes familiares:

Mãe – 28 anos, doméstica, 4ª classe de escolaridade, nega hábitos tabágicos, consumo de drogas ou álcool. História prévia de tuberculose pulmonar há 2 anos. Refere cumprimento terapêutico completo do tratamento tuberculostático.

Pai – 40 anos, polícia, escolaridade e antecedentes patológicos desconhecidos. Rejeita paternidade da criança. Sem consanguinidade.

Agregado familiar constituído por 5 elementos (mãe, avô materno e 3 crianças); vivem em casa com 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 WC, sem electricidade, água canalizada ou saneamento básico.

Antecedentes pessoais:

Gravidez – vigiada. III Gesta, III Para. Malária aos 6 meses de gestação.

Parto – de termo, eutócico e domiciliário. Sem acesso à informação do peso à nascença, comprimento e perímetro cefálico. Período neonatal sem intercorrências.

Alimentação – Amamentação exclusiva até aos 6 meses. A partir desta idade introdução de papa de farinha de mandioca (1vez/dia). Introdução de leite em pó e papa de cereais aos 7 meses. Peixe e fruta esporadicamente.

Dieta actual: Peq. Almoço- pão e leite em pó; meio da manhã – leite materno; 12h – papa de cereais com leite; lanche – leite materno; 18h – papa de farinha de mandioca.

Mãe refere plano de vacinação actualizado. Cicatriz de BCG visível.

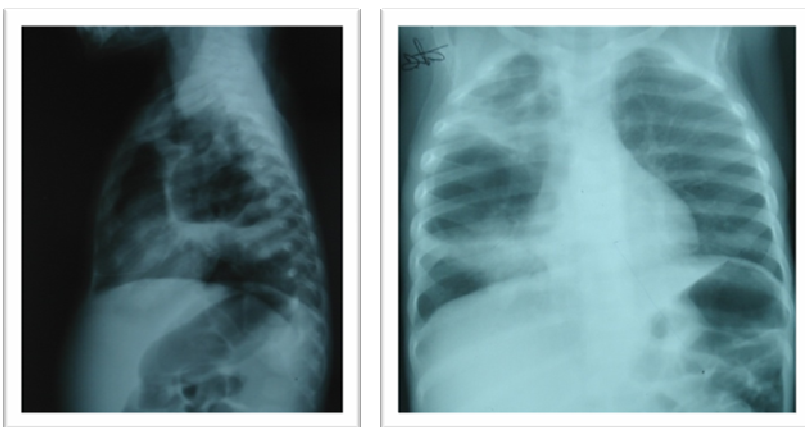
Hipóteses de diagnóstico:

Malnutrição grave

Pneumonia à direita

Abcesso pulmonar

Exames Complementares: Hemograma, Urina tipo II, Serologia HIV, Bioquímica (glicemia), Teste de falciformação e Radiografia torácica, que revelou um infiltrado intersticial no terço superior e inferior do hemitórax direito, com uma hipertransparência no terço médio e, no raio X de perfil, presença de nível hidroaéreo sugestivo de abcesso pulmonar.



Terapêutica instituída:

Medidas gerais – repouso no leito, Vitamina A (100.000 UI) 6 gotas ao 1º, 2º e 14º dia, Leite terapêutico F75, 80 ml 3/3h, Ácido fólico (5mg, dose única), Penicilina cristalizada 1ml IV 6/6h, Metronidazol (500 mg/100 ml) 10 ml IV 8/8h.

HISTÓRIA CLÍNICA 4

Dados de Identificação:

AJ, 16 meses, sexo masculino, raça negra, natural e residente em Luanda.

Nota de entrada baseada nas informações cedidas pela mãe e pela consulta da ficha clínica do Serviço de Urgências. Criança internada via SU na Unidade de Nutrição do Hospital Pediátrico David Bernardino - Luanda no dia 21.04.2009.

Motivo de internamento:

Febre e tosse.

História da Doença Actual:

Criança com malnutrição grave, seguida em Centro Nutricional desde os 12 meses, é trazida ao SU por apresentar um quadro clínico de febre, não quantificada, e tosse com 3 semanas de evolução. Mãe refere nas últimas 24 horas 5 dejecções diarreicas semi-liquidas, sem muco e sem sangue.

Exame objectivo:

Sinais vitais: FC: 120 bpm, FR: 55 cpm, Temp: 37,4°C, TA e Sat.O2: não medidas.

Medidas antropométricas: Peso – 6 Kg; Comprimento – 71 cm; PC – 46,4 cm. Índice P/A<70%.

Criança apresenta mucosas descoradas, sinais de desidratação: diminuição do turgor da pele (sinal da prega cutânea positivo) e olhos encovados; cabelo enfraquecido e descorado; e sinais de dificuldade respiratória: tiragem intercostal e adejo nasal. Sem exantemas ou petéquias. Fontanela anterior hipotensa, 1,5cm x 1 cm. Sem adenomegalias palpáveis. Lesões ponteadas de coloração esbranquiçada em toda a cavidade bucal, principalmente em toda a superfície da língua e palato. Otoscopia: não realizada.

AC: S1 e S2 presentes, rítmicos, hipofonéticos. Sem sopros audíveis. AP: Murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito, com crepitações inspiratórias dispersas. Abdómen: globoso, mole e depressível, sem massas ou organomegalias palpáveis. Sem edemas periféricos.

Antecedentes familiares:

Mãe – 30 anos, doméstica, sem escolaridade, nega hábitos tabágicos, consumo de drogas ou álcool. Sem antecedentes patológicos significativos.

Pai – 37 anos, segurança, escolaridade desconhecida. Sem antecedentes patológicos significativos. Abuso de álcool e consumo frequente de cannabis. Mãe nega violência doméstica. Sem consanguinidade. Irmão, 8 anos, saudável. Agregado familiar constituído por 4 elementos (mãe, pai e 2 crianças); vivem em habitação própria com 1 quarto, 1 sala, 1 cozinha, WC exterior, com electricidade, sem água canalizada nem saneamento básico.

Antecedentes pessoais:

Gravidez – vigiada. II Gesta, II Para. Sem intercorrências.

Parto – de termo, eutócico e hospitalar. Sem acesso à informação do peso à nascença, comprimento e perímetro cefálico. Choro espontâneo e imediato. Período neonatal sem intercorrências.

Alimentação – Amamentação materna até aos 11 meses. Introdução de papa de farinha de milho e mandioca aos 3 meses, 2 vezes por dia. Carne, peixe e fruta apenas esporadicamente, “quando há dinheiro” (sic), desde os 6 meses. Desde os 11 meses, sem ingestão de nenhum tipo de leite. Dieta actual: Papa de farinha de milho e de mandioca, 2 vezes por dia.

Antecedentes patológicos: Aos 12 meses, aparecimento de edema facial e edema dos membros inferiores bilateralmente, passando a ser seguido no Centro de Nutrição.

Hipóteses de diagnóstico:

Malnutrição grave, sem edemas.

Broncopneumonia à direita

Exames Complementares:

Hemograma, Ionograma, Gasimetria arterial, Glicemia, Urina tipo II, Serologia HIV, Teste de falciformação, Radiografia torácica.

Terapêutica instituída:

Medidas gerais (Sinais vitais 6/6h), Soro glicosado 5% 200 ml + Soro fisiológico 200 ml 10gotas/min., Oxigenoterapia 3L/min, Vitamina A (100.000 UI) 6 gotas ao 1º, 2º e 14º dia, Ácido fólico (5mg, dose única), Ampicilina (500 mg/4 ml) 1,2 ml IV 6/6h e Gentamicina (40 mg/ml) 0,6ml IV, por dia.

Evolução intra-hospitalar:

Faleceu dia 22.04.2009, às 16h.

HISTÓRIA CLÍNICA 5

Dados de Identificação:

BM, 9 anos, sexo feminino, raça negra, residente e natural em Luanda.

Nota de entrada baseada nas informações cedidas pela mãe e pela consulta da ficha clínica do Serviço de Urgências. Criança internada via SU na Unidade de Nutrição do Hospital Pediátrico David Bernardino - Luanda no dia 21.04.2009.

Motivo de internamento: Tosse e dificuldade respiratória.

História da Doença Actual:

Criança com história de internamento prévio de 30 dias nos Cuidados Intermédios 2, em Março de 2009, por Tuberculose Pulmonar e Meningite, seguida no Hospital de Dia após alta devido às sequelas de meningite, é trazida ao Serviço de Urgências dia 21.04.2009 por tosse, dificuldade respiratória e anorexia desde há uma semana. Nega febre, dor torácica, rinorreia, obstrução nasal ou alterações do trânsito intestinal.

Exame objectivo:

Sinais vitais: FC: 100 bpm, FR: 12 cpm, Temp: 36,6°C, TA e Sat.O2: não medidas. Medidas antropométricas: Peso – 14 Kg. Criança com mau estado geral, prostrada e letárgica. Aspecto muito emagrecido, com sinais de desidratação grave: olhos encovados e sinal da prega cutânea presente. Mucosas coradas e escleróticas anictéricas. Apresenta ligeira tiragem intercostal. Sem exantemas ou petéquias. Sem adenomegalias palpáveis ou edemas periféricos. Orofaringe: Presença de lesões de coloração esbranquiçada na cavidade oral. Otoscopia: não realizada. AC: S1 e S2 presentes, rítmicos, normofonéticos. Sem sopros audíveis. AP: Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente; sem ruídos adventícios. Abdómen: mole, depressível e indolor. Sem massas ou organomegalias palpáveis. Membros: úlcera no calcâneo do pé direito com fundo de coloração amarelado e exsudado seroso. Sem edemas periféricos.

Exame Neurológico: Perda da capacidade da fala em Março de 2009, sequela da meningite. Não interage, não cumpre ordens. Incapacidade para a marcha, diminuição global da força muscular, sensibilidade preservada, hipotonia cervical, hipertonia dos membros inferiores e flexão permanente dos joelhos. Nervos cranianos não testados.

Antecedentes familiares:

Mãe – 42 anos, 6º ano de escolaridade, vendedora, nega hábitos tabágicos, consumo de drogas ou álcool. Sem antecedentes patológicos significativos. Pai – 48 anos, nacionalidade congoleza, pedreiro, escolaridade desconhecida, abuso de álcool e tabagismo (1 Maço por dia). Sem antecedentes patológicos significativos. Nega consanguinidade. 2 Irmãos (24 anos, sexo masculino e 20 anos, sexo feminino) saudáveis. Agregado familiar constituído por 5 elementos (pai, mãe e 3 filhos); vivem em habitação própria, com 4 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1WC exterior, com electricidade, sem água canalizada nem saneamento básico.

Antecedentes pessoais:

Gravidez vigiada e sem intercorrências (III Gesta, III Para). Parto de termo, eutócico e hospitalar. Sem intercorrências no período neo-natal. Amamentação materna até aos 14 meses. Começou a andar aos 8 meses, a falar quando completou 1 ano de idade. Estudou até 3ª classe até Março de 2009, altura em que deixou de frequentar a escola devido às sequelas neurológicas. Plano de vacinação actualizado.

Antecedentes patológicos:

Malária e Febre Amarela, que a mãe não sabe especificar as idades. Tuberculose pulmonar e meningite com sequelas, aos 8 anos (Março de 2009), tendo ficado internada nos CI 2 durante 30 dias. Após alta, seguimento no Hospital de Dia, incluindo fisioterapia para os membros.

Hipóteses de diagnóstico:

Malnutrição grave, Sequelas de meningite e Tuberculose pulmonar.

Exames Complementares:

Radiografia torácica, Hemograma e Bioquímica (glicemia), Exame sumário de Urina, Serologia HIV e Teste de falciformação.

Terapêutica instituída:

Lactato Ringer 400 ml IV, 4h, 25 gotas/min, Leite terapêutico F75, 220 ml 3/3h, Paracetamol 500 mg, ½ comp. 8/8h, Vitamina Complexo B, 1comp./dia, Rimactazide® (Rifampicina+Isoniazida) 25 mg, 1+1/4 comp./dia, Pirazinamida 500 mg, 1 comp./dia, Coartem® (Artemeter+lumefantrina) 140 mg, 1 comp. 12/12h.

Anexo VI. Serviço de Urgências – Movimento e Ocorrências do dia

09.04.2009

HOSPITAL PEDIÁTRICO DAVID BERNARDINO

Movimento e Ocorrências do dia

Dia	Dia da semana	Equipa n°	Chefe Equipa	Ronda
09.04.09	5 - Jre	3	Dr. Manuel Leste	

BANCO DE URGÊNCIA

Observados	Diagnósticos	Internados	ÓBITOS (horas de internam.)			
			6H	6-24	24-48	>48 H
Internados	Acidentes, Inal. e Intox. Acidentais	1				
	Anemias					
ÓBITOS	Asma	2				
Urgência	Broncopn/Pneumonia/Bronquiolite	16/3				
Enfermarias	Cirurgia (vários)					
AM	Diarreia	5				
BUL	Empiomas	1				
ATO	Malária	16				
RI	Malnutrição Grave	3				
Enfermarias	Meningites	3				
TRA	R/N Baixo Peso					
NS	R/N Hipóxia	3				
FE	R/N Sepsis					
RI	R/N Tétano					
DOS	SIDA					
Outros	Tétano Acidental					
ALTAS	Tuberculose					
FUGAS	Outras doenças	1 + 2 + 1				
FICAM NO S.O.	Causas Mal Definidas	5				

Raiva

ENFERMARIAS

INTERNAM	Pneumol	Nutrição	Pod. Geral	Pod. Esp.	C. Int. 1	C. Int. 2	C. Int. 3	Neonatal	Infecc.	Cirurg
ÓBITOS	I O	I O	I O	I O	I O	I O	I O	I O	I O	I O
Anemia										
Bloco Operat.										
Broncopneum	1		1	1				2		
C. Opotia										
Causas Indef										
Celulite										
Cirurgia-vários										
Diarreia										
Drepanocitose										
Empiema					1					
Gastro-Intest										
Hematologia						2				
Malária ↑ par.										
Mal. Cerebral										
Malnut. Grave								1		
Meningite										
Nefropatias										
Paralisia flácida					1	1		1		
Pneumonia	2									
RN Hipóxia								1		
RN ↓ peso										
RN D. Hemorr										
RN Sepsis										
RN Tétano										
Sarampo										
SIDA										
Tétano										
Tuberculose										
Outras doenças			1	1		1				
OBS.	Raiva									

16.04.2009

HOSPITAL PEDIÁTRICO DAVID BERNARDINO

Movimento e Ocorrências do dia

Dia	Dia da semana	Equipa n°	Chefe Equipa	Ronda
16.04.09	5ª	3	Dr. Lento Penhino	

BANCO DE URGÊNCIA

BANCO DE URGÊNCIA				ÓBITOS(horas de internam.)					
Observados		Diagnósticos		Internados		6H	6-24	24-48	>48 H
Internados		Acidentes, Inal. e Intox. Acidentais							
		Anemias							
ÓBITOS	Urgência	Asma		1					
		Broncopn/Pneumonia/Bronquiolite		11/9					
		Enfermarias		1					
		Cirurgia (vários)		3					
AM	Diarreias	Diarreia		1					
BUL		Empiomas		6					
ATÓ	Malnutrição	Malária		8					
RI		Malnutrição Grave		1					
		Enfermarias		2					
TRA		Meningites		2					
NS	Hospital Dia	R/N Baixo Peso		2					
FTE		R/N Hipóxia		4					
RI	H.J.M	R/N Sepsis							
DOS	H.L.Ngungula	R/N Tétano							
		SIDA							
		Tétano Acidental							
ALTAS		Tuberculose							
FUGAS		Outras doenças		7					
FICAM NO S.O.		Causas Mal Definidas							

ENFERMIARIAS

INTERNAM ÓBITOS	Pneumol		Nutrição		Ped. Geral		Ped. Esp.		Cl. Int. 1		Cl. Int. 2		Cl. Int. 3		Neonatal		Infecc.		Cirurg	
	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O
Anemia					1															
Bloco Operat.																				
Broncopneum.																				
C. opatia																				
Causas Indef.																				
Celulite																				
Cirurgia-vários																				
Diarreia																				
Drepanocitose																				
Empiema									1											
Gastro-Intest.																				
Hematologia																				
Malária ↑ par.					2						1									
Mal. Cerebral																				
Malnut. Grave			5														1			
Meningite																				
Nefropatias																				
Paralisia flácida																				
Pneumonia	2								2						4					
R/N Hipóxia													2	22h						
R/N ↓ peso																				
R/N D. Hemorr																				
R/N Sepsis																				
R/N Tétano																				
Sarampo																				
SIDA																				
Tétano																				
Tuberculose																				
Outras doenças									1		1				2					

OBS.

HOSPITAL PEDIÁTRICO DAVID BERNARDINO

Movimento e Ocorrências do dia

BANCO DE URGÊNCIA

1 Raiva

ENFERMARIAS											
INTERNA- MÓBITOS	Pneumol I O	Nutrição I O	Ped. Geral I O	Ped. Esp. I O	C. Int. 1 I O	C. Int. 2 I O	C. Int. 3 I O	Neonatal I O	Infecc. I O	Cirurg. I O	
Anemia											
Bloco Operat.								1			
Broncopneum					2						
C. Iopatia											
Causa Indef										2	
Celulite											
Cirurgia-vários											
Diarreia											
Drepanocitose											
Empioma											
Gastro-Intest											
Hematologia											
Malária ↑ par.			1			2	2				
Mal. Cerebral											
Malnut. Grave		3									
Meningite											
Nefropatias											
Paralisia flác.					1						
Pneumonia	2		1								
RN Hipóxia											
RN ↓ peso											
RN D. Hemorr								1			
RN Sepsis											
RN Tétano											
Sarampo											
SIDA							1	1			
Tétano											
Tuberculose							1	1			
Outras doenças				2							

OBS. o Reive

Anexo VII. Serviço de Urgências – Casos Clínicos**Caso clínico 1**Dados de Identificação:

G.J., 7 meses, sexo feminino, raça negra, natural e residente em Luanda, Angola

História Clínica recolhida no Serviço de Urgências do Hospital Pediátrico David Bernardino – Luanda, baseada nas informações fornecidas pela mãe e pela consulta da ficha clínica do Serviço de Urgências e do Cartão de Saúde Infantil.

Motivo de internamento: Tosse, Febre e Exantema

História da Doença Actual: A 23.04.2009, a criança é trazida ao Serviço de Urgências com quadro clínico de tosse, dificuldade respiratória e febre (temperatura não quantificada) com 3 dias de evolução: Associada a esta sintomatologia, conjuntivas hiperemiadas e com secreções de início concomitante. A mãe refere também diarreia, desde há 2 dias, de coloração esverdeada, sem muco nem sangue, com a frequência de 3-4 dejectos por dia e aparecimento, nas últimas 24 horas, de exantema generalizado, não pruriginoso, primeiro na face e pescoço, que depois expandiu para tronco e membros. Nega vómitos, recusa alimentar ou outra sintomatologia.

Exame objectivo: Peso- 6,900 Kg; Temp.: 38°C, FC: 160 bpm, FR: 46 cpm. Criança consciente, mucosas coradas, estado de nutrição e de hidratação normais. Apresenta sinais de dificuldade respiratória: tiragem intercostal, sem adejo nasal. Conjuntivas hiperemiadas, com exsudado



purulento bilateralmente. Não foi possível confirmar a presença de Mancha de Koplik. À auscultação pulmonar: murmúrio vesicular rude com prolongamento do tempo expiratório com crepitações inspiratórias e expiratórias bilateralmente. Sem adenomegalias palpáveis. Sem edemas periféricos. Exantema maculo-papuloso punctiforme generalizado (face, pescoço, tronco e membros); palmas e plantas livres.

Antecedentes pessoais: Gravidez normal, vigiada e sem intercorrências. Parto hospitalar, de termo, eutócico. Ao nascimento: Peso 4100 g (P90). Período neonatal: sem intercorrências. Desenvolvimento psicomotor: normal. PNV actualizado (BCG – 1 dose, Polio – 3 doses, Pentavalente – 3 doses)

Sem antecedentes patológicos significativos, nem história de contacto com doentes com Tuberculose pulmonar

Lista de problemas:

Tosse

Febre (38°C)

Dificuldade Respiratória

Exantema máculo-papuloso

Conjuntivite

Crepitações bilaterais e prolongamento do tempo expiratório

Diarreia

Hipóteses de diagnóstico: **Sarampo** e Broncopneumonia/Pneumonia.

Exames Complementares: O diagnóstico de Sarampo é essencialmente clínico. No entanto, pode-se pedir VS ou PCR e Hemograma, uma vez que cursa com linfocitopenia e neutropenia. Se presença de leucocitose, suspeitar de infecção bacteriana secundária. O Rx de tórax revelou infiltrado intersticial bilateral, de predomínio peri-hilar.



Plano terapêutico:

Tratamento sintomático: Fluidoterapia: soro fisiológico 30mL/h I, Oxigenoterapia 3L/min, Paracetamol 125 mg 8/8h se temp.>38°C. Ampicilina (500 mg/4ml) 1,4 ml IV 6/6h, pois considerou-se estar perante um quadro clínico de Sarampo complicado por Pneumonia bacteriana.

Caso Clínico 2

EE, 1 ano, sexo masculino, raça negra, natural e residente em Luanda, trazido ao SU por febre, dispneia e lesões cutâneas disseminadas, desde há uma semana, e tosse há 3 dias. Objectivamente a criança encontrava-se letárgica, com mucosas descoradas, taquipnéico (FR: 68 cpm) com sinais de dificuldade respiratória, sinais de desidratação e malnutrição moderadas (Peso:6,980kg, P/A >80%).



Numerosas lesões cutâneas despigmentadas, em fase cicatricial com bordos bem definidos na face anterior do tórax, pescoço e face. Lesão cutânea no membro superior direito com centro necrótico.

À auscultação: Murmúrio vesicular rude com crepitações à direita. Edema bilateral no dorso dos pés. Na radiografia do tórax observa-se reforço para-hilar direito.

Hipóteses de diagnóstico: Broncopneumonia à direita, Piodermite bolhosa (por estafilococemia ou estreptococemia) e Malnutrição grave com edemas (Kwashiorkor).

Terapêutica instituída:

Cloxacilina (500mg/4mL), 1,5mL IV 6/6h

Paracetamol xarope (125 mg), 4mL VO 6/6h se temp.>38°C

Oxigénio 3L/min

Leite terapêutico F75, 125mL 3/3h

Vitamina A 6 gotas: 1º, 2º e 14º dia

Ácido fólico 5mg, 1 comprimido VO

Caso clínico 3

TF, 2 anos, sexo feminino, raça negra, natural e residente em Luanda. Criança com antecedentes de Anemia de células falciformes diagnosticada aos 15 meses, seguida em consulta externa no HPDB desde então. É trazida ao Serviço de Urgência por aumento do volume do membro superior esquerdo com início há aproximadamente 4 dias. Medicada com ibuprofeno, sem melhoria. Iniciou **febre** nas últimas 24 horas, não quantificada. Ao exame objectivo: 9,200Kg; criança consciente, corada, hidratada, com um bom estado nutricional. Escleróticas subictéricas.



Tumefacção no terço médio do braço do membro superior esquerdo, com hipersensibilidade intensa, dor à movimentação do membro. Sem outros sinais inflamatórios. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdómen sem alterações. Radiograficamente o úmero apresenta aspecto heterogêneo, com reacção do periósteo ao longo da diáfise.

Hipóteses de diagnóstico:

A hipótese mais provável de diagnóstico é osteomielite, podendo ser uma complicação de Anemia Falciforme, devido à susceptibilidade aumentada às infecções, sobretudo por microrganismos encapsulados. Na anemia falciforme, há um risco mais alto de osteomielite estafilocócica e por salmonela.

Terapêutica instituída:

Ibuprofeno xarope, 5mL VO 8/8h

Cloxacilina (500mg/4ml), 1,8 mL IV 6/6h

Dipirona (1g/5ml), 0,7 ml IM SOS

Caso Clínico 4

GLF, recém-nascido de 15 dias, sexo masculino, raça negra, natural e residente em Luanda, é trazido ao Serviço de Urgências dia 08.04.2009 apresentando quadro de dificuldade respiratória desde o 3º dia de vida.



Objectivamente: Peso – 3,750 kg; apresenta-se consciente, com mucosas coradas e hidratadas, com tiragem intercostal moderada. Estado nutricional normal.

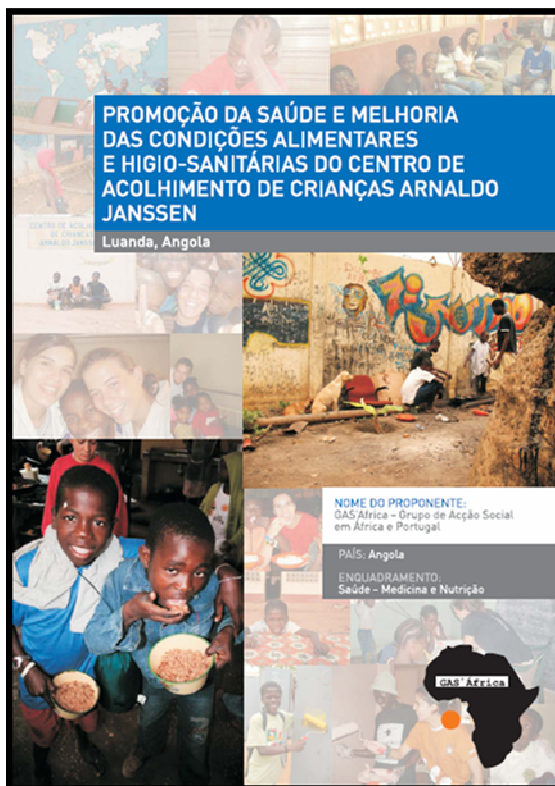
Assimetria do tórax, com ausência de palpação dos arcos costais no terço médio do hemitórax direito a partir da 4ª costela. À auscultação pulmonar: murmúrio vesicular rude bilateralmente. Sem ruídos adventícios. Antecedentes pessoais: gravidez mal vigiada, mãe 24 anos, G3P3A0; parto hospitalar, de termo, eutócico, peso à nascença 2,100 kg.

Hipótese de diagnóstico:

Malformação congénita dos arcos costais à direita.

Este projecto, organizado pelo grupo de voluntariado universitário da Universidade Católica Portuguesa – o GAS’Africa, foi implementado no Centro de Acolhimento de Crianças Arnaldo Janssen, em Luanda, durante o mês de Abril.

Esta iniciativa partiu do conhecimento da extrema falta de condições alimentares deste centro de acolhimento e da consequente suspeita de défices nutricionais das crianças e jovens acolhidas. Este centro recebe muitos meninos de rua, em número que ultrapassa a sua capacidade de resposta. A escassez de apoio em géneros alimentares, as condições higio-sanitárias precárias em que os alimentos são armazenados e confeccionados, bem como a falta de formação dos funcionários leva a que as carências nutricionais que muitas das crianças apresentam quando chegam ao centro sejam mantidas ou agravadas. O crescimento e desenvolvimento normal das crianças é afectado, reflectindo-se nas dificuldades de aprendizagem e no baixo rendimento escolar. Os objectivos deste Projecto, as actividades realizadas e os resultados obtidos com esta intervenção são apresentados no quadro seguinte.



FICHA DE APRESENTAÇÃO DO PROJECTO

Título	Promoção da saúde e melhoria das condições alimentares e higio-sanitárias do Centro de Acolhimento de Crianças Arnaldo Janssen (CACAJ)
Entidade	<u>GAS' África – Grupo de Acção Social em África e Portugal</u>
Responsáveis	Diana Marta de Carvalho da Mota Borges (Nutricionista) Nélia de Jesus Neves Silva (aluna do 6.º ano de Medicina)
País e região	Angola, Luanda – Bairro do Palanca
ODM's abrangidos	Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome Meta 2. Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a proporção de população afectada pela fome
Sector	Saúde – medicina e nutrição
Grupo-alvo	Crianças, adolescentes e funcionários do CACAJ.
Objectivo da Intervenção	• Avaliação nutricional das crianças e jovens do Centro de Acolhimento de Crianças Arnaldo Janssen em Luanda, Angola. • Melhoria de procedimentos de boas práticas de higiene e segurança alimentar do centro, nomeadamente na cozinha e locais de armazenamento de alimentos. • Melhoria da qualidade/quantidade da ingestão alimentar das crianças.
Actividades realizadas e Resultados 1. Avaliação do estado nutricional das crianças e adolescentes 2. Formação em Nutrição e Higiene Alimentar 3. Acompanhamento 4. Criação de uma base de dados com registos individuais de Saúde	1. Avaliação do estado nutricional das crianças e adolescentes do CACAJ: Foram avaliadas 102 crianças/adolescentes para o peso, altura, perímetro do braço (MAC) e prega cutânea tricipital (TSF). Posteriormente, calculou-se o Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$), em kg/m^2, e a Área Muscular do Braço corrigida ($cAMA = \{[\text{MAC} - ([\text{TSF} \times 10])^2 / 4]\} - 10$). Verificou-se que quase 50% das crianças e adolescentes do CACAJ se encontram com baixo peso para a sua altura e idade, sendo que 11% se encontram com IMC muito baixo (< P5). Embora metade das crianças/adolescentes apresente um peso normal para a sua altura e idade, mais de 95% apresenta uma área muscular do braço muito baixa, reflexo provável de um mau aporte de proteínas e energia. Estando a falar de crianças e adolescentes no pico do seu crescimento, este défice alimentar poderá comprometer o seu correcto desenvolvimento físico e intelectual. 2. Formação em Nutrição e Higiene Alimentar dirigida a todos os funcionários do CACAJ (educadores, cozinheiras, responsáveis e direcção) e utentes adolescentes. Incluiu quatro sessões: Conceitos básicos de Nutrição; Princípios da Segurança Alimentar; Nutrição associada à Saúde e Gestão de Recursos Alimentares. 3. Acompanhamento: da ingestão alimentar, através do registo qualitativo das refeições, e da segurança dos alimentos consumidos. 4. Criação de uma base de dados com registos individuais de Saúde de cada um dos utentes do Centro de Acolhimento de Crianças.



Anexo IX. Apresentação da organização médica *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* (IPPNW)



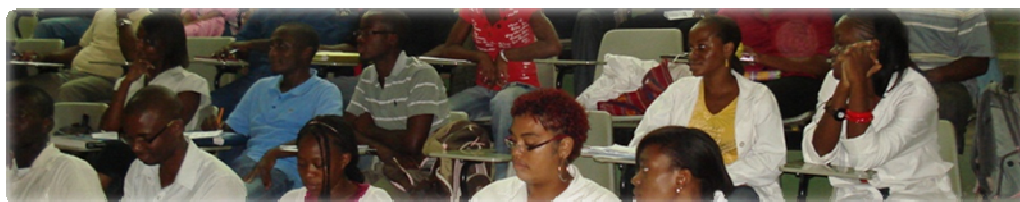
A organização médica *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* (IPPNW), reconhecida em 1985 com o prémio Nobel da Paz, é uma federação global de filiais em mais de 62 países, não partidária, constituída por médicos, estudantes de medicina e outros profissionais de saúde, que defende a **eliminação das armas nucleares** e promove **resoluções não violentas dos conflitos** e a minimização dos seus efeitos.

A forma de actuação do IPPNW é a **investigação e documentação** dos efeitos da produção, teste e uso de armas nucleares na saúde e no ambiente, passando também pela **educação do público e envolvimento da comunidade internacional** na defesa e prevenção de conflitos armados.

A filial portuguesa é constituída pelo movimento médico do IPPNW, presidido pelo Professor Doutor Nuno Grande, e pelo movimento estudantil, constituído por estudantes de Medicina provenientes, maioritariamente, do ICBAS.



No continente africano, existem filiais do IPPNW em alguns países como, República Democrática do Congo, Egipto, Nigéria, Uganda e Zâmbia. Com este estágio surgiu também a ideia de divulgar esta organização médica internacional junto dos alunos de Medicina da FMUAN numa sessão formal, aberta a todos os estudantes, na expectativa de se criar uma filial angolana e podermos trabalhar em parceria, partilhando projectos ou mesmo desenvolvendo acções conjuntas.



A receptividade superou as expectativas. Da primeira reunião com a direcção da Associação de Estudantes à sessão formal de apresentação do IPPNW houve um intervalo de apenas 3 dias, o que representou pouco tempo para divulgação, no entanto, a afluência foi surpreendente, tendo comparecido cerca de 50 alunos.