«Um *dia alguém pintou uma frase no aeroporto Internacional de Luanda: "Bem-vindo à Lua. Entre e deixe a razão lá fora."»*

*In: Barroco Tropical***,** José Eduardo Agualusa.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento

No âmbito da realização do mestrado integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, procurei realizar um estágio extra-curricular na área de Medicina Interna no Hospital Américo Boavida em Luanda, Angola.

A escolha de um local tão distante para a realização desse estágio prende-se com o interesse em conhecer outra realidade e de contactar com patologias diferentes.

O presente relatório constitui o relato dessa experiência, discussão e apresentação dos dados recolhidos e a pesquisa bibliográfica associada. [1]

1.1.1. Luanda – dados gerais:

Figura 1 – Mapa de Angola (*WHO - Global Task Force on Cholera Control*, 2007).

A República de Angola é um país localizado no sudoeste de África e que faz fronteira com a Namíbia, a República Democrática do Congo, a Zâmbia e na costa oeste com o Oceano Atlântico; está dividida em 18 Províncias e 164 municípios. Foi uma colónia portuguesa até 1975, altura em que adquiriu a independência após treze anos de guerra colonial. Pouco tempo depois, iniciou-se nova guerra entre movimentos de libertação, pelo controlo do poder, que terminou em 2002. Estes longos anos de guerra deixaram o país com grandes problemas sócio-económicos e com milhões de deslocados. (*WHO*, 2007)

Actualmente, possui uma superfície total de 1246700 Km^2 e cerca de 15 94100 habitantes (Tabela 1). A distribuição etária da população corresponde a uma pirâmide em que a

[1] Todas as fotografias de doentes apresentadas neste relatório foram obtidas com a autorização dos mesmos.

maior faixa percentual é constituída por crianças e adolescentes – cerca de 60% dos angolanos tem menos de 18 anos. (*USAID*, 2005)

A esperança média de vida é de 40 anos de idade e a mortalidade infantil é de 276/mil nascimentos para o sexo masculino e de 243/mil para o sexo feminino (Tabela 1). A Malária é a principal causa de morbi-mortalidade no país, com um total de 3,25 milhões de casos e 38,000 mortes por Malária reportados em 2003. A prevalência de HIV em 2003 é de 3,9% (*USAID*, 2005).

Na sociedade angolana existe um enorme fosso entre ricos e pobres, mais de 2/3 da população vive na miséria e o país apresenta maus indicadores sociais e económicos. No índice de Desenvolvimento Humano de 2005, da ONU, está em 160º lugar em 177 estados (*UNDP/UNFPA*, 2006). Os gastos públicos com a Saúde são calculados em 1,5% do PIB e o número de médicos por cada 100 mil pessoas é de 7,7 (*USAID*, 2005).

Tabela 1 – Dados demográficos e sócio-económicos de Angola. (Adaptado de *WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global Task Force on Cholera Control*, 2007).

Geografia	Superfície total	1 246 700 Km^2 (costa 1,600 Km)
	Capital	Luanda (população de Luanda 4 799 432)
	Províncias	18
	Língua oficial	Portuguesa
Ambiente	Clima	Tropical com uma estação seca
	Estação da chuva	Maio a Outubro
	Cheias e secas	Cheias em Dezembro de 2002 e Março de 2005; seca em Setembro de 2004
	Recursos naturais	Petróleo, diamantes, ferro, fosfatos, cobre, ouro, feldspato, bauxita, urânio
Demografia	População	15 941 000 (Taxa de Crescimento média anual da população: 2,15%)
	Religião	38% Cristã, 15% Protestante e 47% Indígenas
	Grupos étnicos	Total de 90 com os 3 principais: Ovimbundu (37%), Mbundu (25%), Bakongo (13%)
	População Deslocada	61 700 Deslocados internamente desde Dezembro de 2005 (em Cabinda, Luanda, Moxicoila, Kuando Kubango)
Economia	Industria	Petróleo, diamantes
	Agricultura	Campos cultivados constituem apenas 2,8% da área total de Angola. Cultivo de mandioca, bananas, milho e cana-de-açúcar.
Indicadores de Saúde	Gastos na Saúde per capita total	49$
	Esperança média de vida (anos)	Sexo masculino: 38 Sexo feminino: 42
	Mortalidade infantil (por cada 1000)	Sexo masculino: 276 Sexo feminino: 243
		70% dos médicos estão concentrados em Luanda
Doenças infecto-contagiosas	Malária, Tuberculose, Doença do Sono, Oncocercose, Lepra	
	Prevalência de HIV (2003): 3,9%	
	População com acesso a água: 53%	
	População com acesso a condições sanitárias adequadas: 31%	
	Malnutrição crónica: 40-50%	

A província de Luanda, engloba a cidade capital da República de Angola e situa-se na faixa litoral. É composta por 9 Municípios e possui 2417,78 $Km^{2,}$ o que representa 0,19% da

superfície do território nacional (Governo da Província de Luanda, 2008). Estima-se que tenha aproximadamente 4,7 milhões de habitantes e que cerca de três quartos destes vivam em bairros de lata conhecidos pela designação de *musseques* (Tabela 1).

1.2. Objectivos

Este estágio teve como objectivo principal o contacto com uma realidade diferente da conhecida ao longo do curso nomeadamente, um conjunto de patologias, sistema de Saúde e relação médico-doente diferentes das existentes em Portugal.

1.3. Metodologia

O estágio decorreu no período de tempo decorrido entre 6 de Abril e 1 de Maio de 2009 no Hospital Américo Boavida em Luanda, Angola, com um total de 111 horas.

A metodologia do estágio seguiu a mesma estrutura das rotações médicas dos alunos do 6º ano profissionalizante, tendo sido integrada nas rotinas diárias das equipas médicas.

Neste contexto, tive a oportunidade de trabalhar no Hospital e no Hospital Américo Boavida, onde estagiei nos seguintes Serviços: Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Serviço Médico de Urgência. A minha actividade consistiu na colheita de anamnese, realização de exame físico, observação e aprendizagem de metodologias / técnicas médicas e na prestação de cuidados assistênciais, acompanhando o trabalho de vários médicos do hospital e desempenhando um papel activo.

2. Actividades Realizadas

2.1. Plano de estágio

O período de estágio estipulado foi de 6 de Abril a 1 de Maio de 2009 com um número total de 80 h obrigatórias distribuídas por quatro semanas (Tabela 2).

Tabela 2 – Calendarização com a distribuição das quatro semanas pelos Serviços.

1ª Semana	6 a 10 de Abril de 2009	**Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Américo Boavida**
2ª Semana	13 a 17 de Abril de 2009	**Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Américo Boavida**
3ª Semana	20 a 24 de Abril de 2009	**Hospital Esperança**
4ª Semana	27 de Abril a 1 de Maio de 2009	**Banco Médico de Urgência do Hospital Américo Boavida**

2.2. Local de estágio:

2.2.1. Descrição e Casuística:

HOSPITAL AMÉRICO BOAVIDA (HAB)

Figura 2 – Fachada anterior do HAB.

O Hospital Américo Boavida é um hospital geral e polivalente com serviços de internamento de: Medicina Interna, Cardiologia, Gastroenterologia, Dermatologia, Cuidados Intensivos, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Cirurgia, Urologia, Pediatria e Ortopedia. Apresenta em funcionamento a Consulta Externa nas especialidades de Medicina Interna, Fisiatria, Dermatologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Hematologia, Cirurgia Geral e Maxilofacial, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Urologia, Pediatria e Ginecologia. Possui um Serviço de Urgência dividido em três áreas: Medicina, Cirurgia e Pediatria; um Laboratório Central e um Serviço de Radiologia.

Segundo os dados estatísticos anuais do Departamento de Estatística do HAB no ano de 2008, foram registados 6.266 internamentos, 6.250 saídas (vivos 5.574, falecidos 603,

transferidos 73). A média de camas reais foi de 524, a média de estadia de 17,2 dias e a taxa de ocupação de 57,0 %. A mortalidade bruta foi de 9,6%.

Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) do HAB

Figura 3 – O SCI do HAB.

O Serviço de Cuidados Intensivos possuiu 4 salas com um total de 12 camas e um único ventilador mecânico. Tem 10 médicos efectivos, 36 enfermeiros e 7 auxiliares de enfermagem.

De acordo com o Relatório Anual de Actividades do SCI, em 2008 foram registados 385 internamentos sendo a maioria, entradas provenientes do Serviço de Urgência (330 doentes) e apenas 47 doentes transferidos de outras instituições de Saúde. Verificaram-se 385 saídas: 163 vivos, 54 falecidos com mais de 48h de internamento, 58 falecidos com menos de 48h de internamento e cerca de 110 saídas por transferência.

A média de estadia neste Serviço foi de 7,8 dias e a mortalidade bruta de 29,7%. As três principais causas de internamento e morte foram Sépsis (40,5%), Tétano (16,9%) e Cetoacidose Diabética (13,2%).

Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (SDIP)

Figura 4 – Porta de entrada do SDIP.

O Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias funciona com 4 médicos especialistas, 3 enfermeiros, 2 técnicas administrativas e 4 auxiliares de limpeza. Possui 32 camas divididas em 2 áreas, uma para doentes infecto-contagiosos e uma para não-contagiosos. As patologias mais comuns são HIV/SIDA em estádios III e IV da OMS, Tuberculose e Malária.

Segundo os dados estatísticos anuais do Departamento de Estatística do HAB em 2008 foram internados no SDIP, 215 doentes, saíram 216 (vivos 123, falecidos 85, transferidos 8). A média de estadia verificada foi de 23 dias e a mortalidade bruta de 39,4%.

No mês de Abril de 2009, foram admitidos 19 doentes com idades compreendidas entre 22 e 56 anos com os seguintes diagnósticos à entrada: HIV (13 doentes), TB pulmonar (8 doentes), Malária (1 doentes) e HIV + TB (3 doentes). Contabilizaram-se 4 mortes. Na semana de estágio, de 13 a 17 de Abril de 2009, registaram-se 5 entradas de doentes e 3 saídas: 1 alta hospitalar e 2 mortes.

HOSPITAL ESPERANÇA

Figura 5 – Fachada anterior do Hospital Esperança.

O Hospital Esperança é reservado a doentes HIV/SIDA. É constituído por duas áreas: uma chamada CATV – centro de aconselhamento e testagem voluntária, que possui 2 gabinetes para testes rápidos de HIV/SIDA e palestras de adesão, uma sala de Triagem de enfermagem, um gabinete para consultas de Psicologia. A outra área tem uma sala de pronto-

atendimento com 4 camas de observação, 3 gabinetes de atendimento de consultas de rotina, um gabinete de enfermagem, um laboratório de Biologia Molecular, uma sala de palestras, um laboratório de química clínica e uma farmácia. Tem 7 médicos especialistas em Medicina Interna, 2 enfermeiros, 3 técnicos-activistas, 3 psicólogos, 2 auxiliares de limpeza, vários técnicos administrativos.

Segundo o Relatório Mensal do Hospital Esperança, em Março de 2009, foram atendidos no CATV cerca de 920 utentes com uma média de 43,8 utentes/dia, 17,2 masculino/dia e 28,9 feminino/dia. A maioria dos doentes com resultados HIV positivos (em média 15,2 positivos/dia) esteve nas faixas etárias de 30-39 anos (45%) e de 20-29 anos (26%).

Os médicos observaram nas consultas de Rotina e Triagem um total de 2 215 pacientes, 30% do sexo masculino e 70% do sexo feminino.

Serviço de Urgência Médico (SUM)

Figura 6 – Corredor central do SUM e uma das salas de observação.

A área de Medicina do Serviço de Urgência é constituída por três gabinetes de triagem médica, uma sala de emergência, uma sala de enfermagem, uma sala de armazenamento de medicamentos e uma zona de observação com 15 camas distribuídas por 3 salas e 1 zona onde se colocam macas quando abundam doentes. Funciona com uma equipa médica de 8 médicos que faz turnos de 24h, 5 enfermeiros e alguns auxiliares de enfermagem.

Nos dados estatísticos anuais do Departamento de Estatística do HAB, consta que em 2008 foram atendidos no total 55 239 utentes: cerca de 17 249 na área de Medicina. A média de atendimento diário foi de 60 doentes/dia.

No dia 29 de Abril de 2009, um dos dias de estágio no SMU, registou-se a entrada de um total de 56 doentes: 21 urgentes, 33 não urgentes e 2 emergentes.

2.3. Descrição das actividades desenvolvidas

2.3.1.Serviço de Cuidados Intensivos (SCI)

Descrição das actividades da semana (Tabela 3)

Actividades (Tabela 4)

Exemplo de casos observados

Tabela 3 – SUMÁRIO da 1ª semana

Dia	**Segunda-feira, 6/04/09**		**Terça-feira, 7/04/09**	**Quarta-feira, 8/04/09**		**Quinta-feira, 9/04/09**	**Sexta-feira, 10/04/09**
Serviço	SCI – Hospital Américo Boavida	SCI – Clínica da Sagrada Esperança	SCI – Hospital Américo Boavida	SCI – Hospital Américo Boavida	SCI - Clínica da Sagrada Esperança	SCI – Hospital Américo Boavida	FERIADO – Sexta-feira Santa
Horário	8h – 14h30	15h30-20h30	8h – 12h30	8h – 12h30	15h-21h	8h – 12h30	
Nº horas diárias	6,5	5	4,5	4,5	6	4,5	
Sumário	Visita guiada pelo HAB e pelo SCI. Visita médica com passagem do turno de serviço. Realização de diários dos doentes atribuídos.	Visita ao Serviço de Cuidados Intensivos desta Clínica.	Visita médica com passagem do turno de serviço.	Visita médica com passagem do turno de serviço.	Visita médica com passagem do turno de serviço.	Visita médica com passagem do turno de serviço. Realização de diários dos doentes atribuídos e discussão com o médico responsável (8h – 11h).	
	Reunião às 11h com o Decano da Universidade Agostinho Neto e com o Director Científico do HAB.	Visita médica com passagem do turno de serviço.	Realização de diários dos doentes atribuídos e discussão com o médico responsável.	Realização de diários dos doentes atribuídos e discussão com o médico responsável.	Realização de diários dos doentes atribuídos e discussão com o médico responsável.	Reunião Clínica do SCI – apresentação do tema "Tromboembolismo Pulmonar – proposta de protocolo" pelo Dr. Ismael (11h-12h30).	
Nº Total de Horas = 31							

2.3.1.1. SCI do Hospital Américo Boavida

Na semana de 6 a 10 de Abril de 2009 acompanhei no SCI um total de 12 doentes com patologias diversas, algumas das quais nunca antes contactas, nomeadamente, Febre Tifóide e Tétano.

Tabela 4 – ACTIVIDADES no SCI – HAB

A. Actos médicos realizados	*B. Actos médicos observados*	*C. Actos de enfermagem observados*	*D. Casos clínicos observados no internamento*
Realização de histórias clínicas;	Colocação de Sonda Nasogástrica;	Higiene diária dos doentes;	***2 Casos de Febre Tifóide***
Realização dos diários dos doentes internados;		Execução de pensos;	***4 Casos de Cetoacidose diabética***
Preenchimento da requisição de exames subsidiários de diagnóstico;		Pesquisa de glicemia;	***1 Caso de Tétano***
			4 Casos de Sépsis com DMO
Avaliação de sinais vitais;		Mobilização de doentes;	***1 Caso de Hipertensão Portal com ruptura de varizes esofágicas***
Execução de pensos.		Punção venosa.	

Exemplo de 4 casos importantes nesta semana:

1º Caso – Doente do sexo feminino com 7 anos de idade internada por Tétano (grau IIIa de *Ablett*) com provável porta de entrada: otite média crónica supurativa bilateral ou ferimento no calcâneo esquerdo. Apresentava trismo, contractura Cervical e abdominal e espasmos induzidos, taquicardia e diminuição do MV à direita e roncos dispersos (Broncopneumonia).

2º Caso – Doente do sexo feminino com 23 anos de idade internada por Sépsis por Celulite Necrotizante da mama direita, da região cervical à esquerda e do ⅓ superior do HT esquerdo; com ponto de partida num abcesso dentário não tratado que conduziu a drenagem para tecidos moles (Figura 7).

Figura 7 – doente caso 2.

3º Caso – Doente do sexo feminino com 12 anos internada e transferida de Cirurgia 2 para SCI, por Sépsis com disfunção hematológica, neurológica e renal, com ponto de partida abdominal pós-cirúrgico – peritonite por perfuração de úlcera Tífica (Figura 8) e suspeita de Pneumonia nosocomial. Recorre ao SUM por febre, vómitos, dor abdominal e rectorragias com cerca de 1 mês de evolução. É internada no Serviço de Pediatria durante 4 semanas com hipótese de diagnóstico – hemorragia digestiva baixa e anemia grave. Cerca de 2 semanas depois, surge distensão abdominal progressiva e realiza-se uma laparotomia exploradora cujos achados cirúrgicos foram de extensas placas de fibrina, perfuração de 1 cm de diâmetro a 10 cm da válvula ileocecal e 200 ml de líquido ileal. Após 24h, realiza-se nova laparotomia detectando-se 15000 ml de conteúdo intestinal, 2 perfurações a 40 cm da válvula ileocecal, abcesso subfrénico, no saco de *Douglas* e necrose do epiplon. À entrada no SCI, apresentava mau estado geral e nutricional, *Score* de *Glasgow* 13, pupilas isocóricas, sem défice motor focal, nem rigidez cervical. taquicardia (FC 144 bpm), taquipneia (FR 40 cpm) com tiragem intercostal e adejo nasal, desidratação, mucosas hipocoradas, hipotensão (TA 90/48 mmHg) e apirética T axilar = 37.5 ºC. AP – MV diminuído nas bases e crepitações bibasais mais audíveis à direita. AC – sem alterações. Preenchimento capilar lento sem cianose. Abdómen – penso cirúrgico repassado, saída pelos bordos de material fecalóide. Ileostomia funcionante (saída de 100 ml de liquido hemático). Muito doloroso à palpação com defesa, RHA negativo. Algália – saco colector com 600 ml de urina. Analiticamente: sem leucocitose – Leucócitos 10.4x10^3/uL, com neutrofilia - Neutrófilos 87.8%, anemia - Hb 5.5 g/dl, plaquetas 198 x10^3/uL, creatinina 2.6 mg/dL, ureia 68 mg/dL, PP 1 por campo. A evolução clínica foi má com necessidade de ventilação mecânica, Choque Séptico e morte.

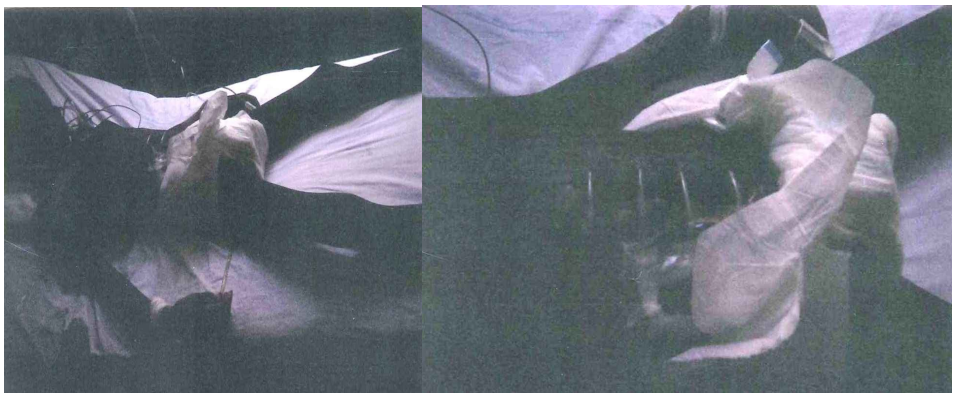

Figura 8 – doente caso 3.

4º Caso – Doente do sexo masculino com 12 anos de idade internado por hemorragia digestiva alta por Hipertensão Portal com Varizes esofágicas e Anemia Severa no Serviço de Gastrenterologia e transferido para o SCI por agravamento clínico e instabilidade hemodinâmica (Figura 9). Este doente, tinha antecedentes de hemorragia digestiva alta com

internamento anterior na Pediatria em 2007. E história de banhos em lagos de água parada em Luanda. Recorreu ao SUM por dor epigástrica sem irradiação e dejecções diarreicas com 11 dias de evolução, e hematemeses e melenas com início há 3 dias. No Serviço de Gastrenterologia foi transfundido e teve 4 episódios de hematemeses (cerca de 1500 ml) e 3 episódios de melenas (cerca de 1000 ml de fezes). Realizou EDA onde se detectou varizes de grau II / III nos 2/3 distais do esófago. À admissão do SCI, apresentava-se consciente, orientado no T/E, apirético, mucosas descoradas e escleróticas anictéricas. FC 103 bpm, TA 127/50 mmHg, AP e AC – sem alterações. Abdómen plano, depressível com abaulamento no flanco esquerdo à custa de esplenomegalia de grandes dimensões – grau III na escala de Hacket, confirmada por Ecografia abdominal. O doente foi encaminhado para o Hospital Militar para Laqueação elástica de varizes esofágicas. Colocou-se como principal hipótese diagnóstica uma Hipertensão Portal por Esquistossomiase crónica.

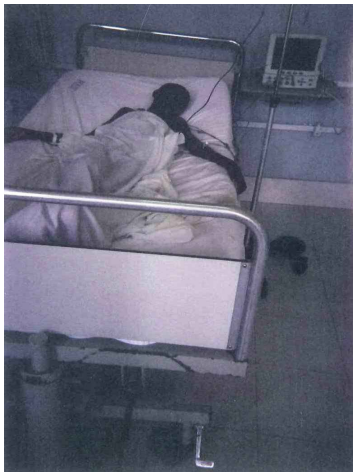

Figura 9 – doente caso 4.

2.3.1.2. SCI da Clínica Sagrada Esperança

Nos dias 6 e 8 de Abril de 2009 visitei as instalações desta clínica e frequentei o Serviço de Cuidados Intensivos, onde assisti à visita médica com passagem de turno e acompanhei a equipa médica. Observei alguns doentes e fiz os diários clínicos de 3 doentes com idades compreendidas entre 23 e 38 anos, 3 do sexo masculino e 1 do sexo feminino com os diagnósticos: Politraumatismo no contexto de um acidente de comboio; HIV conhecida com Meningite bacteriana; Malária cerebral.

2.3.2. Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Américo Boavida

Descrição das actividades da semana (Tabela 5)

Actividades (Tabela 6)

Exemplo de casos observados

Na semana de 13 a 17 de Abril de 2009, acompanhei no SDIP um total de 8 doentes com patologias diversas, algumas das quais nunca antes contactas nomeadamente, Toxoplasmose Cerebral, Sarcoma de Kaposi, Herpes Zoster.

Tabela 5 – Sumário da 2ª Semana

Dia	**Segunda-feira, 13/04/09**	**Terça-feira, 14/04/09**	**Quarta-feira, 15/04/09**	**Quinta-feira, 16/04/09**	**Sexta-feira, 17/04/09**
Horário	8h – 14h	8h – 15h	8h – 13h30	7h30 – 16h	8h – 12h30
Nº horas diárias	6	7	5,5	8	4,5
Sumário	Visita guiada pelo Serviço Elaboração de 3 Notas de Entrada e discussão com o médico responsável por esses doentes. Realização de Punção Lombar	Visita médica com apresentação dos meus doentes. Realização de diários dos doentes atribuídos e pedido de exames auxiliares de diagnóstico. Discussão com o médico responsável por esse doente.	Realização de diários dos doentes atribuídos, Pedido e interpretação de exames auxiliares e discussão com o médico responsável por esse doente. Assisti a Paracentese.	Realização de diários dos doentes atribuídos, Pedido e interpretação de exames auxiliares; Discussão com o médico responsável por esse doente	Elaboração de 2 notas de entrada. Realização de diários dos doentes atribuídos, pedido e interpretação de exames auxiliares, Discussão com o médico responsável por esse doente.
Nº Total de Horas = 31					

Tabela 6 – ACTIVIDADES

A. Actos médicos realizados	*B. Actos médicos observados*	*C. Actos de enfermagem observados*	*D. Casos clínicos observados no internamento*
Realização de histórias clínicas; Realização dos diários dos doentes internados; Preenchimento da requisição de exames subsidiários de diagnóstico; Avaliação de sinais vitais; Punção Lombar	Paracentese	Higiene diária dos doentes; Execução de pensos; Pesquisa de glicemia; Mobilização de doentes; Punção venosa.	**1 Caso de Toxoplasmose Cerebral** **1 Caso de Herpes Zoster + HIV** **1 Caso de Sarcoma de Kaposi + HIV** **1 Caso de TB pulmonar + HIV** **3 Casos de TB pulmonar** **1 Caso de suspeita de Meningoencefalite de etiologia bacteriana**

Exemplo de alguns casos observados*:*

Caso 1

Identificação: A.M.R.S., sexo feminino, 25 anos de idade, negróide. Solteira. Profissão: Doméstica. Residência: Luanda – bairro do Sambizanga.

Data de internamento: 9/4/09

Motivo de internamento: Toxoplasmose Cerebral

Doente com SIDA diagnosticada em Março de 2008 no Hospital Esperança. Nessa altura, apresentava Candidíase Oral e esofágica, infecção da pele da coxa esquerda, toracalgia e febre persistente, iniciando nesse hospital a TARV e o Tratamento da Candidíase.

Em Novembro de 2008, internamento no SDIP por TB pulmonar, anemia e desidratação grave, onde fez medicação e melhorou.

No dia 9/4/09, é trazida pela mãe ao SDIP por convulsões, febre intensa, cefaleias, edema dos MI até ao tornozelo, alterações do comportamento e disartria. Ao exame objectivo, apresenta-se CCO no T/E, desnutrida, mucosas e conjuntivas hipocoradas e húmidas, escleróticas anictéricas. Peso 31 kg. Apirética. TA = 90/60 mmHg, FC 106 bpm, FR 32 cpm. AP – MV presente e simétrico, crepitações na base do HT esquerdo. AC – S1 e S2 presentes, rítmicos, normofonéticos. Abdómen mole e depressível com ligeira defesa à palpação. Sem organomegalias. MI – edema bilateral até aos tornozelos.

Analiticamente: Anemia normocítica normocrómica – Hb 7 g/dl; Trombocitose – plaquetas 853000 x10^3/uL; Leucócitos 6600 x10^3/uL; Neutrofilia com linfopenia absoluta 10.2% Neutrófilos 80.4%; glicose 42 mg/dL, Ureia 25 mg/dL, Creatinina 0.9 mg/dL; PP negativo.

Imagiologicamente: TAC – Lesão hipodensa em forma de anel com captação de contraste com edema digitiforme parietal alta com ligeiro desvio do ventrículo esquerdo, sem desvio da linha média – imagem patognomónica de Toxoplasmose Cerebral e Abcesso Cerebral de etiologia provável tuberculosa (Figura 10).

Rx tórax PA – imagem sugestiva de TB Pulmonar fibrocavitária.

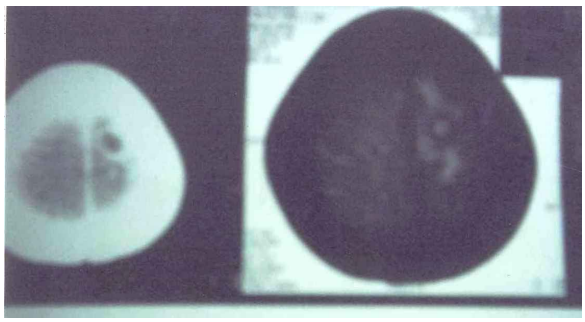

Figura 10 – TAC Cerebral.

Problemas activos:

1- SIDA
    a. Convulsões tónico-clónicas + febre + cefaleias frontoparietais + disartria + lesão periférica captante de contraste em forma de anel.
    b. TB Pulmonar fibrocavitária na 2º fase de Tx
    c. Anemia normocítica normocrómica
    d. Trombocitose
    e. Hipoglicemia
    f. Candidíase oral

Hipóteses de Diagnóstico:

1- Toxoplasmose Cerebral
2- Encefalopatia pelo HIV
3- Meningite criptocócica
4- Linfoma primário do SNC
5- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
6- Abcesso cerebral de etiologia bacteriana ou vírica

Plano:

- Tratamento de Toxoplasmose com Sulfadiazina 500 mg 3 cp/dia + Pirimetamina 25 mg 2 cp/dia
- Tratamento da recaída da TB pulmonar (Rifampicina+Isoniazida+Pirazinamida+Etambutol+ Estreptomicina)
- HAART (Efavirenz 1cp ao deitar e Lamividir 1cp 12/12h)
- Hemotransfusão 1000 ml de sangue total
- Ceftriaxone 2g 12h/12h
- Ferro + ácido fólico
- Mebendazol 1cp 12h/12h
- Diazepam 10 mg ef diluído em 10 cc de SF SOS
- Vitamina B6
- Hidrocortisona 1 ampola=100 mg EV 12/12h

Exemplo de HISTÓRIAS CLÍNICAS:

Nota de entrada 1

HAB-SDIP, CAMA 5

Identificação
R.A., sexo feminino, 56 anos de idade, negróide, doméstica, solteira, natural de Luanda.
Fonte de informação: Doente e processo clínico.
Motivo de Internamento: Infecção do tracto respiratório baixa

História da Doença Actual
Doente sem antecedentes médico-cirúrgicos. Segundo a filha, desde Novembro de 2008 que a doente apresenta o seguinte quadro clínico caracterizado por tosse seca diária, períodos de febre (não sabe especificar de quanto) sem variação circadiana, xerostomia, emagrecimento progressivo não justificado e astenia marcada. Em Janeiro de 2009, inicia dejecções de fezes líquido-pastosas acastanhadas, 1-3 vezes/dia, sem muco nem sangue.
Transferida do hospital municipal de Cajueiro para o SUM no dia 9/4/09 por Anemia severa e teste de HIV positivo, sendo internada pela primeira vez no SDIP.
No SUM, apresentava-se consciente, colaborante e orientada no T/E, com aspecto desnutrido e mucosas descoradas, escleróticas anictéricas, eupneica. Tosse seca e astenia marcada. AC – sem alterações; AP – MV ligeiramente diminuído, sem sons adventícios. Abdómen escavado, prega cutânea mantida, ligeiramente doloroso à palpação, sem organomegalias. MS e MI – distrofia muscular.
Foi pedido Rx tórax PA, Hemograma + Bioquímica, Baciloscopia (3 amostras) – expectoração, hemotransfusão de 1000 cc de sangue total. Analiticamente: glicose 172 mg/dl, ureia 40 mg/dL, creatinina 1.5 mg/dL, Hb 7.0 g/dl, plaquetas 184000 x10^3/uL, neutrófilos 3100 x10^3/uL. Teste HIV positivo. PP negativo. Fez Sulfametoxazol + Trimetropim, soro fisiológico 0.9%, Mebendazol, Metamizol magnésico, Ácido fólico e Ferro.

História Médica Passada
Antecedentes de Pneumonia.
Sem antecedentes de cirurgias prévias.

Caracterização do Estado de Saúde
Antecedentes de TB Pulmonar na infância.
Não cumprimento do PNV.
Nega HTA e DM.
Medicação habitual: não faz.

Nega hábitos tabágicos e alcoólicos.

História Psico-Social

Vive com uma filha, genro e neta.

História Familiar

Sem história de doenças conhecidas na família.

Revisão por Aparelhos e Sistemas

Sem outras alterações acrescentar para além da HDA.

Exame Objectivo

Doente vigil, consciente e pouco colaborante, desorientada no tempo e com idade aparente inferior à idade real. Prostrada no leito, não adopta nenhuma posição preferencial no leito apresenta sinais de dificuldade respiratória.

Sinais Vitais: TA deitado (braço esquerdo) = 90/60 mmHg;

PR = 100 bpm, Simétrico, pouco amplo, rítmico e regular.

F R = 24 cpm.

T axilar = 38,9ºC

Conjuntivas descoradas e escleróticas anictéricas.

Eixo traqueia na linha média, sem adenomegalias palpáveis, tiróide não palpável.

Tórax – à inspecção utilização dos músculos acessórios. Sem cianose.

Diâmetro Antero-posterior normal. Expansibilidade torácica diminuída.

Ressonância à percussão e Murmúrio vesicular presente e simétrico em ambos os campos pulmonares à auscultação, crepitações inspiratórias bolhosas dispersas pelos ⅔ inferiores do HT esquerdo e em todo o HT direito.

Coração – S1 e S2 presentes, rítmicos. Sem sopros.

Abdómen – Ruídos aéreos presentes, normais. Abdómen mole e depressível. Sem organomegalias palpáveis. Sem ascite.

Rins não palpáveis.

MS – atrofia muscular

MI – atrofia muscular, Pulso pedioso dorsal e poplíteo palpáveis bilateralmente e simétricos.

Resumo

Mulher de 56 anos, sem antecedentes médico-cirúrgicos. Transferida para este hospital por Anemia severa e teste de HIV positivo. Tosse seca diária, períodos de febre, boca seca, emagrecimento progressivo de etiologia não justificada e astenia marcada desde há 6 meses e

com dejecções de fezes líquido-pastosas acastanhadas, 1-3 vezes/dia, sem muco nem sangue há 4 meses. Ao exame físico, utilização dos músculos acessórios da respiração e expansibilidade torácica diminuída. Murmúrio vesicular presente e simétrico em ambos os campos pulmonares à auscultação pulmonar, crepitações inspiratórias bolhosas dispersas pelos ⅔ inferiores do HT esquerdo e em todo o HT direito.

Lista de Problemas:

- HIV estadio III OMS
- Infecção do tracto respiratório inferior
- Anemia
- Desnutrição grave

Hipóteses de Diagnóstico:

- TB Pulmonar
- Pneumonia nosocomial
- Malária

Exames Auxiliares de Diagnóstico:

- Hemograma completo
- Ionograma
- Bioquímica (glicose, ureia, creatinina, perfil lipídico, função hepática, PCR)
- Exame sumário da urina
- Rx tórax PA
- Teste rápido *Determine* e *UniGOLD*
- Contagem de $CD4^+$ e carga viral
- Pedido de reserva de 1000 cc de sangue total

Plano:

- Dieta liquida e hipossalina
- Anti-parasitário (Mebendazol)
- Paracetamol 1cp em SOS

-Tuberculostáticos: Rifampicina 1cp 300 mg/dia, Isoniazida 300 mg/dia, Pirazinamida 400 mg/dia, Etambutol 400 mg/dia.

- Acido fólico + ferro 1cp 8/8h
- Multivitaminas 8/8h

Nota de entrada 2

HAB – SDIP; CAMA 39

Identificação

R.T., sexo masculino, 44 anos de idade, negróide, natural de Luanda, solteiro, profissão: negociante.

Fonte de informação: Doente (fala apenas dialecto, a comunicação só foi possível através da ajuda de outro doente) e processo clínico.

Motivo de Internamento: Meningoencefalite de etiologia por estudar.

História da Doença Actual

Doente aparentemente sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes.

Segundo o doente, foi trazido por familiares ao SUM no dia 7/4/09 inconsciente. Refere também que desde há cerca de 1 mês que apresenta a seguinte sintomatologia: febre intermitente, cefaleias holocraneanas intensas, emagrecimento progressivo e perda de apetite. Episódios de vómitos (1 a 2 vezes/dia). Nega tosse, dispneia, edemas e perdas sanguíneas.

No SUM apresentava-se desidratado, mau estado geral, razoavelmente desnutrido, corado, febril T axilar 38.6ºC, eupneico, anictérico. Confuso, sonolento mas facilmente despertável e com discurso incoerente, rigidez da nuca e Sinal de *Kerning* +, Orofaringe – placas esbranquiçadas. TA 140/80 mmHg, FC 120 bpm, AC – sem alterações, AP – MV bilateralmente diminuído, sem ruídos adventícios; abdómen sem dor à palpação, sem organomegalias. MI sem edemas. Analiticamente: Hb 9.3 g/dL, leucócitos 7600 x10^3/uL, plaquetas 254000 x10^3/uL, glicose 88 g/dL, ureia 13 g/dL, creatinina 0.4 g/dL, PP negativo. HIV positivo.

Fez hipotensores (Amlodipina + Hidroclorotiazida), ATB empírico (Amoxiciclina), Antifúngico local e sistémico (Fluconazol).

É transferido e internado pela primeira vez no SDIP no dia 10/04/09.

História Médica Passada

Antecedentes de Pneumonia.

Sem antecedentes de cirurgias prévias.

Caracterização do Estado de Saúde

Não cumprimento do PNV.

TB Pulmonar na infância.

Nega HTA e DM.

Medicação habitual: não faz.

Nega hábitos tabágicos e alcoólicos.

História Psico-Social

Vive com a esposa e cinco filhos.

História Familiar

Sem história de doenças conhecidas na família.

Revisão por Aparelhos e Sistemas

Obstipação desde há 5 dias.

Exame Objectivo

Doente sonolento mas facilmente despertável, pouco colaborante, idade aparente correspondente à idade real. Prostado no leito. Aspecto febril.

Sinais Vitais: TA deitado (braço esquerdo) = 110/70 mmHg;
PR = 77 bpm, Simétrico, pouco amplo, rítmico e regular.
F R = 19 cpm.
T axilar = 36.6 ºC

Conjuntivas descoradas e escleróticas anictéricas.

Orofaringe – placas esbranquiçadas na cavidade oral.

Eixo traqueia na linha média, sem adenomegalias palpáveis, tiróide não palpável.

Neurológico – sonolento mas facilmente despertável, consciente e um pouco desorientado no T/E. Rigidez da Nuca, Sinal de *Brudzinky* e *Kerning* positivos. Sem outros sinais neurológicos focais.

Tórax – à inspecção não se verificou o uso dos músculos acessórios. Sem cianose.

Diâmetro Antero-posterior normal. Expansibilidade torácica normal.

Ressonância à percussão e Murmúrio vesicular diminuído em ambos os campos pulmonares à auscultação, sem ruídos adventícios.

Coração – S1 e S2 presentes, rítmicos. Sem sopros.

Abdómen – Ruídos aéreos presentes, normais. Abdómen mole e depressível. Sem organomegalias. Rins não palpáveis.

MI – sem edemas. Pulso pedioso dorsal e poplíteo palpáveis bilateralmente e simétricos.

Resumo

Homem de 44 anos, HIV positivo, trazido por familiares ao SUM inconsciente. Aparentemente desde há cerca de 1 mês com febre intermitente, cefaleias holocraneanas intensas, emagrecimento progressivo e perda de apetite. Episódios de vómitos (1 a 2 vezes/dia). Ao exame físico, desidratado e desnutrido, apirético, eupneico. Sonolento mas facilmente

despertável e com discurso incoerente, rigidez da Nuca, Sinal de *Brudzinky* e *Kering* positivos. Sem focos neurológicos positivos. Orofaringe – placas esbranquiçadas. AP – MV bilateralmente diminuído, sem ruídos adventícios.

Lista de Problemas:

- HIV positivo
- Meningoencefalite
- Candidíase orofaríngea
- Anemia

Hipóteses de Diagnóstico:

- SIDA
- Meningoencefalite de etiologia vírica ou bacteriana ou tuberculosa
- Candidíase orofaríngea

Exames Auxiliares de Diagnóstico:

- Hemograma completo
- Ionograma
- Bioquímica (glicose, ureia, creatinina, perfil lipídico, função hepática, PCR)
- Exame sumário da urina
- RX tórax PA
- Teste rápido *Determine* e *UniGOLD*
- Carga viral e contagem de $CD4^+$
- Punção lombar urgente

Plano:

- Repouso no leito 30°
- SV 8/8h
- Dieta fraccionada hipossalina
- Hidratação soro fisiológico
- Ceftriaxona 1g EV 12/12h
- Miconazol gel oral 1colher sopa 8/8h
- Fluconazol 200 mg 1cp 12/12h
- Metamizol magnésico 1g IM 8, 16, 24 h
- Hidroclorotiazida
- Amlodipina
- Efavirenz 1cp noite

- 3Tc + D4T30 1cp 12/12h
- Isoniazida 300 mg 6/6h
- Rifampicina 3 cp 6/6h

2.3.3. Hospital Esperança

Descrição das actividades da semana (Tabela 7)

Actividades (Tabela 8)

Consulta de Triagem Médica e de Rotina

CATV – Centro de Aconselhamento e de Testagem Voluntária

A) Realização de testes HIV rápidos e o aconselhamento pré e pós-teste

B) Consulta de Psicologia

C) Pronto-atendimento enfermagem

Na semana de 20 a 24 de Abril de 2009, acompanhei no Hospital Esperança um total de 47 doentes.

Tabela 7 - Sumário da 3ª semana

Dia	**Segunda-feira, 20/04/09**	**Terça-feira, 21/04/09**	**Quarta-feira, 22/04/09**	**Quinta-feira, 23/04/09**	**Sexta-feira, 24/04/09**
Horário	8h – 12h30	8h – 13h30	8h – 14h	8h – 15h	8h30 – 13h30
Nº horas diárias	4,5	5,5	6	7	5
Sumário	Visita guiada pelas instalações do Hospital Esperança com a Enfermeira – Chefe. Pronto – atendimento com Dra. Graça e Dra. Luciana.	Conversa de apresentação com o Director Dr. Milton Veiga. Consulta de Rotina com a Dra. Vera Duarte.	Palestra de promoção da adesão à TARV com a Dra. Ana Lídia. Consulta de Triagem médica com a Dra. Ana Lídia.	Consulta de Rotina com Dra. Filipa (8h – 9h). Consulta de Triagem médica com Dra. Vera Duarte (9h -15h).	Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária (CATV) Triagem de enfermagem; Consulta de Psicologia
Nº Total de Horas = 28					

Tabela 8 -ACTIVIDADES

A. Actos médicos realizados	***B. Actos médicos observados***	***C. Actos de enfermagem observados***
Realização de histórias clínicas Preenchimento da requisição de exames subsidiários de diagnóstico e interpretação dos resultados ATV e testes rápidos HIV *Determine* e *UniGOLD*.	Consultas de Triagem e de Rotina Palestras de Adesão à terapêutica ARV.	Pesquisa de glicemia Teste rápido *Determine* e *UniGOLD* Punção venosa Colheita de sangue para hemograma e contagem de $CD4^+$

Consulta de Triagem Médica e de Rotina (HIV/SIDA)

a) *Exemplo de dois casos clínicos observados na Triagem Médica:* (anexo 2)

Caso 1

C.P.A., sexo feminino, 34 anos, residente em Luanda – bairro de Viana.

Peso 55 kg, TA 110/70 mmHg, FC 84 bpm, FR 20 cpm, T axilar 36 ºC.

Diagnóstico de HIV – 12/3/09 por teste rápido de Elisa. Fez teste de forma espontânea devido à sintomatologia.

Retorno de triagem 23/4/09:

Revisão por sistemas/exame físico: Febre intermitente há cerca de 1 ano, perda de peso> 10%, adenomegalias cervicais, axilares e inguinais exuberantes bilateralmente, lesões cutâneas violáceas ao nível da sobrancelha esquerda, tronco e abdómen sugestivas de um possível Sarcoma de Kaposi.

Antecedentes importantes: sem Tuberculose, sem Herpes Zoster, sem Candidíase oral ou outros.

Hipóteses diagnósticas: SIDA; Sarcoma de Kaposi cutâneo; Anemia.

Conduta: Profilaxias indicadas – anemia e *P. jirovecii*; Tratamentos: multivitaminas + complexo B + folifer; D4T30 + 3Tc + NVP.

Análises adicionais: biopsia das lesões cutâneas

Observações: $CD4^+$ inicial 269 cél/ul (21/4/09).

Hb 6.6 g/dl anemia microcítica normocrómica, neutrofilia 62.3%, leucócitos 7540 x10^3/uL, linfócitos 2.14 x10^3/uL, plaquetas 369 x10^3/uL.

Retorno na triagem: ao 14º dia de TARV.

Caso 2

C.B.A.C., sexo masculino, 30 anos, reside em Luanda – bairro do Cazenga, funcionário público.

Peso 58 kg, TA 140/90 mmHg, FC 74 bpm, FR 20 cpm, T axilar 36 ºC.

Diagnóstico de HIV em 18/3/09, teste rápido Elisa. Fez teste voluntariamente.

Hb 9.7 g/dL; Hct 28.7%; VMG 65.1fL; linfócitos 1.99 x10^3/uL; neutrófilos 4.27 x10^3/uL; monócitos 0.69 x10^3/uL; plaquetas 490 x10^3/uL.

$CD4^+$ 375 (21%), $CD8^+$ 1306 (75%), CD4/CD8 0.29.

Revisão por sistemas/sintomas: febre com >1 semana, perda de peso> 6 kg, tosse seca irritativa há 1 semana, diarreia há 2 dias.

Apresenta desde há 1 mês dor pleurítica e dispneia de esforço que passou recentemente a dispneia em repouso. Neste momento, taquipneico FR>20 cpm, com adejo nasal e Expansibilidade torácica diminuída e diminuição do frémito toracovocal à esquerda. Utilização dos músculos intercostais e supraclaviculares. Macicez à percussão dos ⅔ inferiores do HT

esquerdo. Ressonante à percussão do HT direito. Sem sons adventícios. Egofonia. AP – MV ausente nos ⅔ inferiores do HT esquerdo e MV + ligeiramente diminuído no HT direito.
Pede-se Rx tórax PA urgente (Figura 11).

Figura 11 – Rx tórax PA – hipotransparência de todo o hemitórax esquerdo e parte do direito com desvio da traqueia para o lado contralateral,

Hipótese Diagnóstica: grande derrame pleural à esquerda de etiologia Tuberculosa
Plano: transferência para o SUM do HAB para Toracocentese urgente.

b) *Exemplo de um caso clínico observado na consulta de Rotina:*

Caso 3

L.C., sexo feminino, 23 anos. Residência em Luanda – bairro dos Mártires. Casada com 2 filhos. Antecedentes de violência doméstica (maus tratos pelo marido).
HIV IV OMS e Sarcoma de Kaposi cutâneo há 6 meses.
Teste HIV positivo em 18/2/09 no hospital Esperança. Marido e filhos HIV negativos.
Consulta de Triagem 28/2/09: ao exame objectivo: 45 Kg, TA 90/60 mmHg, FC 94 bpm, FR 20 cpm, T axilar 36 ºC, gânglios na região da nuca de diâmetro 1,5 cm, perda de peso> 5 Kg, odinofagia, Candidíase oral, lesões cutâneas sugestivas de Sarcoma de Kaposi no rosto.
$CD3^+$ 3500, $CD8^+$ 3179 (90.8%), CD4/CD8 0.10 cél/ul, $CD4^+$ 321 cél. (9%) a 22/1/09.
Tratamento: Inicia ARV – D4T + 3Tc + NVP; Mebendazol; suplementos vitamínicos.
Profilaxias indicadas – Pneumonia P.jirovecii e anemia.
Encaminha-se para o Serviço de Dermatologia do HAB para biópsia das lesões cutâneas.
Consulta 4/3/09: queixas de tosse diária com expectoração há 15 dias + dor abdominal. Taquipneia. AP – MV presente mas diminuído bilateralmente com sibilos difusos. Rx tórax – cavitações sugestivas de TB pulmonar. É encaminhada para o Sanatório para tratamento de TB pulmonar.
Consulta 3/4/09 – Falta. Não faz TARV.
Consulta 6/4/09: Exame objectivo – T axilar 36.5 ºC, TA 100/60 mmHg, FC 108 bpm. Úlcera genital dolorosa de pequeno diâmetro de etiologia a esclarecer. Plano: Aciclovir e Azitromicina dose única. Retoma TARV. Retorno dentro de 1 mês.

Consulta 22/4/09: Assintomática, estável. A fazer QT para Sarcoma de Kaposi e mantêm TARV. Plano: Retorno daqui a 3 meses.

CATV – Centro de Aconselhamento e de Testagem Voluntária

a) Realizei 9 testes HIV rápidos e o aconselhamento pré e pós-teste:

Tabela 9 – Tabela de testagem

Nº	**Sexo**	**Idade**	**Morada**	**Motivo**	**1º Vez**	**Resultado**
1	Feminino	20	Cazenga	Sente-se doente	Sim	Negativo
2	Feminino	1	Cazenga	Aconselhado pelos amigos/familiares	Sim	Negativo
3	Masculino	54	Viana	Sente-se doente	Sim	*Positivo*
4	Masculino	30	Petrangol	Comportamento de risco pelo utente	Sim	Negativo
5	Feminino	33	Viana	2º Teste (confirmação de estado HIV+)	Não	Negativo
6	Masculino	34	Cazenga	A pedido do parceiro	Sim	Negativo
7	Feminino	30	Rangel	2º Teste (período de janela),	Não	Negativo
8	Feminino	31	Cazenga	Referenciado por um serviço de saúde	Sim	Negativo
9	Feminino	17	Cazenga	Referenciado por um serviço de saúde	Sim	Negativo

b) Consulta de Psicologia

Assisti a uma consulta de uma doente HIV conhecida há vários anos com diagnóstico e em TARV neste hospital.

c) Pronto-atendimento enfermagem

Neste local, a enfermagem faz uma triagem inicial dos utentes com testes rápidos HIV positivos, e encaminha os doentes em estádio I / II OMS para a unidade de Saúde da área de residência e os doentes HIV estádio III / IV OMS para seguimento na triagem médica deste Hospital.

Observei 6 utentes: 3 sexo feminino e 3 sexo masculino, com idades entre 30-55 anos. Por exemplo, o utente nº 3 (tabela 9) apresentava desde há 48h, vesículas dolorosas, em queimação ao nível do dermátomo direito, anteriormente no mamilo direito e posteriormente no HT direito, sugestivo de Herpes Zoster.

Nas consultas de Triagem Médica e de Rotina foi observado um total de 47 doentes (anexo 2):

Consultas	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Triagem e Rotina	16	31	47
%	34,04%	65,95%	100%

Iniciou-se pela primeira vez a TARV em cerca de 10 doentes:

Não faz TARV	Inicio de TARV	Mantido esquema TARV	Troca de esquema TARV	Total
17	10	18	2	47

O tipo de esquema mais utilizado foi o AZT + 3TC + NVP:

Tipo de esquema iniciado	Total	%
D4T30+3TC+EFV	0	0
D4TC+3TC+NVP	2	20
AZT+3TC+NVP	7	70
AZT+3TC+EFV	1	10
D4T+3TC+LPV/r	0	0
Totais	10	100

2.3.4. Serviço Médico de Urgência do Hospital Américo Boavida

Descrição das actividades da semana (Tabela 10)

Descrição de Casos clínicos observados (Tabela 11)

Exemplo de casos observados

Na semana de 27 de Abril a 1 de Maio de 2009, observei no SMU 28 casos. As patologias mais frequentes foram a Malária, o AVC isquémico/hemorrágico e a TB Pulmonar.

Tabela 10 – Sumário da 4ªsemana

Dia	**Segunda-feira, 27/04/09**	**Terça-feira, 28/04/09**	**Quarta-feira, 29/04/09**	**Quinta-feira, 30/04/09**	**Sexta-feira, 1/05/09**
Horário	8h – 13h30	8h -14h	8h – 13h	8h – 12h30	FERIADO - dia mundial do trabalhador
Nº horas diárias	5,5	6	5	4,5	
Sumário	Visita guiada pelas instalações do SMU do HAB pelo enfermeiro – Chefe. 1º Atendimento/Triagem médica com Dra. Ana Paula Domingues.	1º Atendimento/Triagem médica com Dra. Conceição e Dr. Pascoal.	Enfermaria de Observação com Dra. Josefina Mukaz.	Enfermaria de Observação com Dra. Teresa e Dra. Euridice dos Santos.	
Nº Total de Horas = 27					

Tabela 11 – Casos clínicos observados no SMU

Segunda-feira, 27/04/09	*Terça-feira, 28/04/09*	*Quarta-feira, 29/04/09*	*Quinta-feira, 30/04/09*
6 Casos: 5 Sexo feminino e 1 Sexo masculino, idades 22-57 anos	**10 Casos:** 3 Sexo feminino e 7 Sexo masculino, idades 14-81 anos	**7 Casos**: 4 Sexo feminino e 3 Sexo masculino, idades 17-52 anos	**5 Casos**: 1 Sexo feminino e 4 Sexo masculino, idades 14-46 anos,
Hipóteses de Dx: - AVC hemorrágico/Isquémico - Malária complicada + TB pulmonar - Abdómen agudo (Peritonite /Oclusão intestinal), - Colecistite aguda - Abcesso amebiano - Pancreatite crónica de etiologia alcoólica, - Hepatocarcinoma irressecável + ascite.	***Hipóteses de Dx:*** - Meningoencefalite tuberculosa - Psicose - Doença diarreica aguda, - Malária cerebral - TB pulmonar - AVC hemorrágico/Isquémico - TB pulmonar + quelóides, - Malária com disfunção hematológica e hepática, - Neurotoxoplasmose cerebral em SIDA - Hipertensão intracraniana por abcesso cerebral	***Hipóteses de Dx:*** - Doença diarreica aguda - Drepanocitose em crise dolorosa óssea - Crise asmática - Malária com alta parasitémia - Doença Hepática Crónica + ascite - TB pulmonar + SIDA. - Insuficiência Cardíaca descompensada	***Hipóteses de Dx:*** - Tentativa de suicídio com ingestão de "água de bateria", - Cardiopatia Hipertensiva - HDA por ruptura de varizes esofágicas - Sépsis com DMO, - Hemorragia digestiva alta por ulcera péptica

Exemplo de alguns casos observados:

a) *SUM_1º Atendimento/ Triagem médica*

Caso 1

M.O., sexo feminino, 47 anos. Viúva, 7 filhos, vendedora na rua. Trazida por familiares.

Motivo de admissão: queda da própria altura sem perda da consciência.

Doente com antecedentes de HTA diagnosticada aos 38 anos, medicada mas não cumpre a terapêutica e história familiar de Hipertensão (mãe).

Inicia a seguinte sintomatologia com 4h de evolução: Hemiparesia à direita, desvio da comissura labial à esquerda, perda do controlo do esfíncter vesical.

Exame Objectivo: consciente, colaborante e orientada no T/E, eupneica, TA 138/88 mmHg, FC 110 bpm, Disartria. Hemiparesia direita, desvio da comissura labial à esquerda.

Hipótese Diagnóstico: Suspeita de AVC hemorrágico/isquémico.

Plano: Captopril 1cp 25 mg 8/8h; Captopril SL 25 mg se TA ≥ 110 mmHg; Furosemida 40 mg 8/8h;

Ex. Aux. Diag: TAC Cerebral (Figura 12).

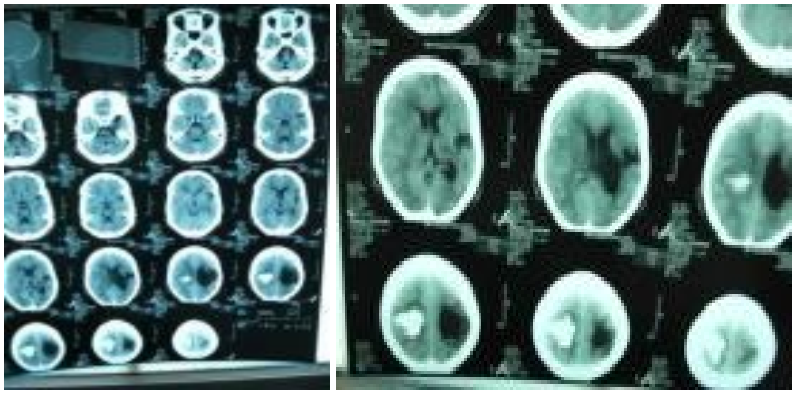

Figura 12 – TAC Cerebral: sinais de AVC isquémico antigo no lado esquerdo e sinais de AVC tromboembólico à direita com hemorragia intraparenquimatosa subaguda (hiperdensidade branca com hipodensidade à volta).

Caso 2

F.D., sexo feminino, 22 anos, trazida por familiares.

Motivo de admissão: convulsões

Doente sem antecedentes de relevo. História de queda ao solo há 1 mês do qual resultou edema da articulação do joelho esquerdo 3 dias depois. Recorreu a métodos de medicina tradicional (apresenta marcas de lâmina). Febre e cefaleias com 1mês de evolução. Convulsões tónico-clónicas generalizadas, perda da fala, sialorreia e obnubilação com inicio há 24h. Nega história de epilepsia.

Exame objectivo: apirética, mau estado geral, obnubilada, episódio de convulsão tónico-clónica assistido no SUM. Sem rigidez da nuca, sem sinais de focalização neurológica. Eupneica. AC – S1 e S2 + ensurdecidos, sem sopros; AP – MV + com roncos dispersos bilateralmente, ++ nos ⅓ superiores.

Abdómen – mole e depressível. Tumefacção palpável, móvel, não aderente aos planos profundos, no FI esquerdo. Adenomegalias múltiplas, inguinais à esquerda (Figura 13). Aumento do volume da articulação do joelho com sinais de Célsius (Figura 13).

Exame ginecológico: toque vaginal (colo útero fechado, dedo da luva limpo).

Figura 13 – adenomegalias inguinais à esquerda e articulação do joelho esquerdo com sinais inflamatórios.

Hipóteses diagnósticas:

- Malária com disfunção neurológica
- Sépsis com porta de entrada no traumatismo do joelho esquerdo
- Artrite Séptica
- Pneumonia Nosocomial bilateral
- TB pulmonar
- Excluir HIV

Exames Auxiliares de Diagnóstico: Rx tórax PA + teste gota espessa + teste HIV + hemograma completo + Rx joelho esquerdo + balanço analítico (creatinina, ureia, glicose).

Analiticamente: Hb 9.6 g/dl, leucócitos 5,2 x10^3/uL, Hct 29.2%, VGM 74,9 fl, HGM 24,6 pg; glicemia 43 mg/dL, ureia 33 mg/dL; PP 500/ mm3 (1 por campo).

Plano: Diazepam 10 mg/ 2ml; Quinino 600 mg diluído em 500 cc dextrose 8/8h PO; Ceftriaxona 1g EV. Pede-se avaliação por Ortopedia – fez artrocentese que deu negativa. Tala + gelo local + AINE´s.

b) *SUM_Enfermaria de Observação*

Cama 9

J.A., sexo masculino, 17 anos. Natural de Luanda; reside no Bairro Hojy-Ya-Henda.

Entrada no SUM dia 28/4/09.

Antecedentes: diagnóstico de Drepanocitose.

Apresenta o seguinte quadro clínico: febre sem variação circadiana, dores ósseas, artralgias e aumento de volume da articulação do cotovelo esquerdo.

Exame objectivo: Consciente, colaborante e orientado no T/E. Deficiente estado geral e nutricional. Mucosas hipocoradas, escleróticas ictéricas, muito queixoso, febril T axilar 39 ºC.

MS esquerdo com inflamação articular do cotovelo.

ACP – sem alterações.

Abdómen plano, doloroso à palpação com esplenomegalia grau 2 de *Hackett* (Figura 14).

MI – sem edemas.

Analiticamente: Hb 2.4 g/dl, leucócitos 12.8 x10^3/uL; plaquetas 175 x10^3/uL.

Figura 14 – Esplenomegalia grau 2 de Hackett.

Hipóteses diagnósticas: Drepanocitose em crise dolorosa óssea; Artrite séptica da articulação do cotovelo; Anemia.

Plano: Sinais vitais 3/3h; canalizar veia. Metamizol magnésico 1cp; Tramadol 100 mg; soro fisiológico 0.9%; dextrose 5% 500 cc; Diclofenac 1 ampola IM; Metoclopramida EV 10 mg; Ceftriaxona 1g EV; Hemotransfusão 500 cc de sangue total; ácido fólico 5 mg 1cp 12/12h; complexo B 1 ampola 8/8h; multivitaminas 1cp;

Cama 12

M.F.D, sexo masculino, 14 anos, natural e residente em Luanda.

Entrada no SUM dia 25/4/09.

Motivo de admissão: Febre, vómitos, epigastralgias e diarreia.

Doente desde há 3 dias com sensação febril vespertina, vómitos pós-prandiais 3 vezes/dia, dor abdominal difusa mais intensa a nível do epigastro; enfartamento pós-prandial; diarreia inicialmente com fezes semi-líquidas sem muco, sem sangue com 2 dejecções/dia.

Há 24h, início de hematemeses e melenas com 2 episódios cada. Nega toma de AINE´S. Tratado com águas de raízes (sic), sem melhoria recorrem 1º a outro hospital e depois a este SUM.

Objectivamente: CCO no T/E, mau estado geral e razoável estado nutricional com palidez mucocutânea acentuada, eupneico, apirético. FR 18 cpm, FC 66 bpm, AC – S1 e S2 positivos, sem sopros. AP – MV positivo, sem ruídos adventícios. Abdómen mole e depressível, móvel com os movimentos respiratórios, sem organomegalias. Dor à palpação profunda a nível do epigastro. Membros sem edemas.

Analiticamente: Hb de controlo 4 g/dl, leucócitos 12.6 x10^3/uL e plaquetas 286 x10^3/uL. Pede-se hemotransfusão.

Exames auxiliares de diagnóstico: hemograma + bioquímica+ função renal; PP; EDA (Figura 15).

Hipótese de diagnóstico: Hemorragia digestiva alta por gastrite erosiva ou Doença ulcerosa. Síndrome febril com Malária e Anemia.

D2 (26/4/09) – Hb 6.0 g/dl, leucócitos 16.8 x 10^3/ul, neutrófilos 70.1%, linfócitos 3.0 x x10^3/uL, Glicose 73 mg/dL; ureia 13 mg/dL, creatinina 0.4 mg/dL, GE positiva 2000/mm3.

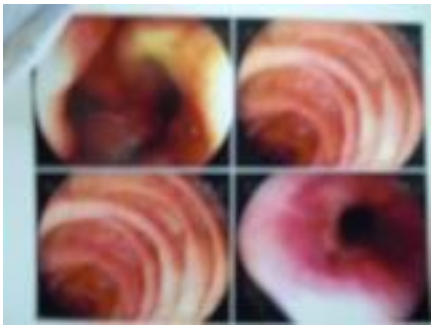

Figura 15 – EDA – esófago: sem lesões da mucosa; estômago: fundo e corpo sem lesões. Hiperemia ligeira no antro. Piloro edemaciado e hiperemiado. Bulbo: edemaciado e hiperemiado com úlcera gigante semicircunferencial que ocupa face superior e posterior, escavada com fundo macarado com pontos de hematina na base. D2 – sem lesões.
Conclusão: úlcera duodenal Forrestt 2C.

Plano: ATB empírico (Ceftriaxona), bloqueador H_2 ou inibidor da bomba de protões (Ranitidina), hemotransfusão, anti-emético, anti-malárico Quinino 600 mg/2ml – 1 ml diluído em 250 cc de dextrose a 5% de 8/8h, complexo B.

DISCUSSÃO

Luanda é uma cidade fervilhante, com um ritmo contagiante e um bafo quente muito característico.

Os angolanos são muito alegres e simpáticos, estão sempre a dançar e a ouvir música e por onde passam espalham energia positiva sempre com um sorriso nos lábios. Não complicam muito, ninguém desiste, praticamente não se chora e se caem, levantam-se rapidamente e vão à luta! Como se diz por lá "Quem tem diarreia tem que lutar pela porta".

O trânsito é um autêntico caos e por vezes, só apetece fugir daquela confusão. É também uma cidade de grandes extremos, onde a pobreza e a injustiça social são gritantes. Para os meus padrões de comportamento, senti que por vezes havia falta de educação social e cívica, e de respeito pelo outro.

Durante aquele mês, senti-me a viver a mil à hora. Cada dia era diferente, não existiu um dia igual ao outro. Ali nunca se sabe como começa e acaba o dia, tudo é imprevisível, por isso vive-se o presente e não se consegue imaginar um futuro para além do dia seguinte.

Penso que provavelmente os 40 anos de conflito armado (13 anos de guerra colonial e 27 anos de guerra civil) e todo o sofrimento que viveram na altura influenciaram a forma de estar deste povo.

A Medicina em Angola e o Hospital Américo Boavida

O curso de medicina em Angola pareceu-me mais exigente do que no ICBAS pois é muito mais prático. Só numa semana vi mais do que teria visto num semestre do curso em Portugal. Contactei com patologias que antes só tinha lido em livros, nomeadamente Malária, Febre Tifóide, Tétano, Toxoplasmose cerebral, Sarcoma de Kaposi, Herpes Zóster e observei casos que provavelmente raramente veria em Portugal como Abcessos dentários não tratados que acabam em Celulites Necrotizantes dos tecidos moles do pescoço e tórax, AVC hemorrágicos em doentes hipertensos sem medicação há anos que nunca fizeram terapêutica por dificuldades financeiras e estádios III e IV de HIV.

Os alunos no 6ºano são muito competitivos entre si e o seu último ano é um estágio verdadeiramente profissionalizante, sendo que já são responsáveis por doentes de uma enfermaria, medicam e fazem urgências de 24horas. Penso que desta forma o aluno é obrigado a desempenhar um papel mais activo, o que o torna mais responsável e consciente da realidade hospitalar.

Em Angola, no sector público, os médicos são obrigados a saber de tudo um pouco. Cada médico torna-se um pequeno herói porque tem de lutar todos os dias para fazer medicina e ter a força de não desistir mesmo tendo condições de trabalho que levaria qualquer um de nós a questionar-se como será possível alguém trabalhar assim. Faltam apoios de meios

auxiliares de diagnóstico, de fármacos ou até mesmo de coisas simples como ar condicionado e água potável.

O Hospital Américo Boavida tem atendimento gratuito e apresenta algumas falhas. Não há uma boa adequação de equipamentos hospitalares, faltam camas apropriadas, material descartável e, por vezes, há rotura de stock de medicamentos hospitalares. O sistema de emergência, o laboratório de Urgência, o laboratório geral e o Serviço de Radiologia não respondem às necessidades reais do serviço de urgência e dos internamentos. Não há fornecimento de alimentação aos doentes internados nem se assegura muitas vezes os medicamentos ou as transfusões de sangue. São os familiares dos doentes que têm de se responsabilizar por isso.

Nota-se uma grande desmotivação e por vezes algum desleixo por parte dos profissionais de saúde particularmente da Enfermagem, que provavelmente se justifica pela evidente falta de incentivos: são mal remunerados, não progridem na carreira, trabalham horas a mais e a alimentação fornecida pela cantina do hospital na maioria das vezes está estragada.

Clínica Sagrada Esperança vs Hospital Américo Boavida

A Clínica Sagrada Esperança é uma clínica privada onde a realidade médica é bastante diferente da do Hospital Américo Boavida. Nesta clínica, quase nos esquecemos de que estamos em Angola, o Serviço de Cuidados Intensivos possui material médico adequado, medicamentos, alimentação, ar condicionado e acesso, em tempo útil, à maioria dos exames auxiliares de diagnóstico existentes em Portugal. Contudo, à semelhança de outras clínicas em Luanda, não é acessível à grande maioria da população.

Parece-me que na Saúde Angolana existe uma angustiante disparidade entre o sector público e o privado em termos de condições de trabalho, instalações, funcionamento e acessibilidade ao público.

Dificuldades encontradas

Existiram alguns momentos menos bons, como os dias em que experimentava a "famosa diarreia do viajante" ou como os primeiros dias num serviço novo. As Segundas-feiras eram os piores dias de cada semana, é difícil quebrar o gelo inicial e não ficar incomodado com os olhares que nos encostam violentamente à parede. Mas os dias seguintes eram melhores. As pessoas tornavam-se simpáticas e deixavam de olhar para mim como mais uma "pula" (branca) arrogante e oportunista. Nestes dias adorava tudo e pensava "Que pena ser só um mês!".

Houve vários momentos em que me senti completamente inútil perante o inevitável: a morte e/ou a falta de meios. Nunca vou esquecer uma manhã no SUM em que fui auscultar um doente que tinha visto uns minutos atrás na passagem de turno e não ouvia nada. Estive

alguns minutos a auscultá-lo insistentemente e a abaná-lo, mas ele estava morto. Nem conseguia acreditar que tinha morrido ali sem ninguém reparar! Não existe monitorização de sinais vitais no SMU. Morre-se assim, sem que ninguém dê conta.

Não consigo esquecer o último dia em que estive no Hospital e fui despedir-me ao SDIP. Nesse dia, encontrei um doente que tinha acompanhado e ele estava consideravelmente pior; a sua família deixou de aparecer, por isso ninguém lhe fornecia comida há vários dias.

Naquele hospital funciona a lei da selecção natural, só sobrevivem os melhores e mais fortes, porque os outros não têm hipótese. No entanto, todos os que se safam parecem que se tornam mais resistentes a tudo. Vi doentes com hemoglobinas de 2 g/dl, de 4 g/dl e ninguém diria que tinham estes valores.

Avaliação

Fazendo uma análise deste estágio e do meu desempenho, considero que foi uma experiência muito positiva pelo estímulo permanente que me foi dado e pela variedade de experiências que tive. Acredito que um intercâmbio como este é importante na vida de qualquer aluno de Medicina na medida em que possibilita a revisão e aplicação de conhecimentos distintos em locais diferentes, bem como a aquisição de novas competências.

Em termos de autocrítica, e considerando as condições que me foram oferecidas, posso dizer que poderia ter realizado mais e que um dos factores limitantes foi não dominar algumas das patologias mais frequentes em Angola. Penso que é fundamental numa experiência destas estudar bem as patologias mais comuns antes de viajar pois é-se constantemente confrontado com aquilo que realmente sabemos.

No SMU, surgiram várias situações em que percebi que a terapêutica de patologias agudas é algo que devemos dominar. Houve alturas em que tive medo de ser deixada sozinha e de não saber o que fazer, de cometer erros e acabar por prejudicar alguém. Percebi que vai ser isso o que me espera daqui para a frente. Quando é que damos o passo em frente e sentimo-nos mesmo médicos capazes?

Cheguei à conclusão de que necessito de mais estágios destes e de preferência estágios com maior duração. Só assim é que se evolui.

De qualquer forma, estou convicta de que os objectivos iniciais deste estágio foram atingidos e de que este contribuiu de uma forma marcante e única para o meu crescimento pessoal e médico.

CONCLUSÃO

Neste estágio adquiri novos conhecimentos e novas perspectivas sobre o papel do médico e a prática médica. Intensificou-se o meu gosto pela Medicina e descobri o encanto pela especialidade de Infecciologia. Tive vontade e necessidade de estudar todos os dias porque ganhei a consciência de que ainda sabia pouco.

Aprendi em termos humanos e médicos com a impressionante determinação dos profissionais que mediante as condições disponíveis, lutam todos os dias para praticar uma boa medicina.

Mais do que tudo, aprendi a não me lamentar perante as dificuldades e a aproveitar todos os minutos de cada dia pois como me disse um doente a “Vida são 3 dias, o ontem, o hoje e o agora”. Pode parecer estranho dizer isto mas poucas vezes me senti tão viva e activa como durante aquele mês.

Regressei de Luanda com a certeza de que tenho de lá voltar.

BIBLIOGRAFIA

1. Connor C, Rajkotia Y, *et al.* Angola Health System Assessment, USAID September 2005.
2. Dados Estatísticos relativos a 2008 do Hospital Américo Boavida – Serviço de Estatística do Hospital Américo Boavida.
3. Edino ST. *et al.* Prognostic Factors in Typhoid Ileal Perforation: A prospective Study of 53 Cases. Journal of the National Medical Association 2007; 99(9): 1042-1045.
4. Eline L., *et al.* Malaria Attributable to the HIV-1 Epidemic, Sub-Saharan Africa. Emerging Infectious Diseases 2005; 11(9): 1410-1419.
5. Fauci A, Braunwald E, *et al.* 133 Tétano, Harrison – Princípios de Medicina Interna 2008, 17ª Edição; 898-900.
6. Fauci A, Braunwald E, *et al.* 136 Infecções meningocócicas, Harrison – Princípios de Medicina Interna 2008, 17ª Edição; 908-914.
7. Fauci A, Braunwald E, *et al.* 182 Doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana:AIDS e distúrbios relacionados, Harrison – Princípios de Medicina Interna 2008, 17ª Edição; 1137-1203.
8. Fauci A, Braunwald E, *et al.* 203 Malária, Harrison – Princípios de Medicina Interna 2008, 17ª Edição; 1280-1294.
9. Fauci A, Braunwald E, *et al.* 207 Infecções por Toxoplasma, Harrison – Princípios de Medicina Interna 2008, 17ª Edição; 1305-1311.
10. Fauci A, Braunwald E, *et al.* 212 Esquistossomose e outras infecções por trematódeos,Harrison – Princípios de Medicina Interna 2008, 17ª Edição; 1330-1336.
11. Fauci A, Braunwald E, *et al.* 364 Doenças vasculares encefálicas, Harrison – Princípios de Medicina Interna 2008, 17ª Edição; 2513-2536.
12. Fauci A, Braunwald E, *et al.* 376 Meningite, encefalite, abcesso cerebral e empiema, Harrison – Princípios de Medicina Interna 2008, 17ª Edição; 2621-2640.
13. First regular session of the UNDP/UNFPA Executive Board in 2006: The Angola case study, Post-conflict peace building in Africa – the role of UNDP and UNFPA in Angola and the Democratic Republic of Congo. January 2006. Luanda.
14. Gordon MA. Salmonella infections in imunocompromised adults. Journal of Infection 2008; 56: 413- 422.
15. Kreuels B., et al. Sickle cell trait (HbAS) and stunting in children below two years of age in a n area of high malaria transmission. Malaria Journal 2009; 8:16.
16. Machala L., *et al.* Antibody response of HIV-infected patients to latent cerebral and recently acquired toxoplasmosis. Eur. J.Clin.Microbiol. Infect. Dis. 2009; 28:179-182.
17. Martró E, *et al*. Risk factors for human Herpesvirus 8 infection and AIDS-associated Kaposi´s sarcoma among men who have sex with men in a European multicentre study. Int.J.Cancer 2006; 120:1129-1135.
18. Metta HA, *et al.* Difficulties in the diagnosis of delayed contralateral hemiparesis due to Varicella-zoster virus in an HIV-positive patient. Int J Infect Dis 2009, doi:10.1016/jijid.2008.12.006
19. Monteiro S. STD/AIDS prevention in Portuguese-speaking Africa: a review of the recent literature in the social ciences and health. Cad. Saúde Pública 2009, 25(3): 680- 686.
20. Pandey A. *et al.* Thyphoid sigmoid colon perforation in an 18-month-old boy. World J. Pediatr.2008; 4(4):305-307.
21. Programa Alimentar Mundial. Inquérito sobre Segurança Alimentar e Modos de Vida em Meio Rural no Planalto Central em Angola. Junho 2005.

22. Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano, Drepanocitose na Região Africana: situação actual e perspectivas. Organização Mundial de Saúde- Escritório Regional Africano. Junho 2006.
23. Relatório de Actividades Mensal (Março de 2009) do Hospital Esperança. Luanda.
24. Relatório de Anual de Actividades do Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Américo Boavida de 2008. Luanda.
25. Relatório Mundial da Saúde 2006. Trabalhando juntos pela Saúde.
26. Site do Ministério angolano das relações exteriores - http://www.mirex.gv.ao/angola.htm
27. Site oficial do Governo da Província de Luanda - http://www.gpl.gv.ao/
28. Uba AF, *et al.* Typhoid intestinal perforation in children: a continuing scourge in a developing country. Pediatr Surg Int 2007; 23:33-39.
29. UNAIDS. AIDS epidemic update. December 2007. Geneva.
30. Uneke CJ, Ogbonna A. Malaria and HIV co-infection in pregnancy in sub-Saharan Africa: impact of treatment using antimalarial and antiretroviral agents. Trans R Soc Trop Med Hyg 2008, doi:10.1016/j.trstmh.2008.06.017
31. Williams TN., *et al.* Sickle Cell Trait and the Risk of Plasmodium falciparum Malaria and Other Childhood Diseases. The Journal of Infectious Diseases 2005; 192:178-186.
32. World Food Programme. Executive Board First regular session: Angola 10433.0 PRRO – Food Assistence for Education and health in Conflict-Affected Communities of Angola. February 2006.
33. World Health Organization- Global Task Force on Cholera Control Cholera Country Profile: Angola. May 2007.
34. World Health Organization. Typhoid vaccines: WHO position paper. Weekly epidemiological record 2008; 83 (6): 49-60.
35. World Health Organization. World Malaria Report 2008. Geneva.

ANEXOS

Anexo 1

Comprovativo da presença no estágio no Hospital Américo Boavida em Luanda

Estágio em Medicina Interna, Hospital Américo Boavida, Luanda - Angola

Período de Estágio de 6 de Abril a 1 de Maio de 2009

Dia	Serviço	Horário	nº horas	Aluna	Tutor
Segunda-feira, 6/04/09	UCI – Hospital Américo Boavida	8h - 14h30	6,5	Joana Alves	
Segunda-feira, 6/04/09	Clínica da Sagrada Esperança	15h30-20h30	5	Joana Alves	
Terça-feira, 7/04/09	UCI – Hospital Américo Boavida	8h – 12h30	4,5	Joana Alves	
Quarta-feira, 8/04/09	UCI – Hospital Américo Boavida	8h – 12h30	4,5	Joana Alves	
Quarta-feira, 8/04/09	Clínica da Sagrada Esperança	15h-21h	6	Joana Alves	
Quinta-feira, 9/04/09	UCI – Hospital Américo Boavida	8h – 12h30	4,5	Joana Alves	
Sexta-feira, 10/04/09	FERIADO	FERIADO			
Segunda-feira, 13/04/09	SDIP – Hospital Américo Boavida	8h – 14h	6	Joana Alves	
Terça-feira, 14/04/09	SDIP – Hospital Américo Boavida	8h – 15h	7	Joana Alves	
Quarta -feira, 15/04/09	SDIP – Hospital Américo Boavida	8h – 13h30	5,5	Joana Alves	
Quinta-feira, 16/04/09	SDIP – Hospital Américo Boavida	7h30 – 16h	8	Joana Alves	
Sexta-feira, 17/04/09	SDIP – Hospital Américo Boavida	8h – 12h30	4,5	Joana Alves	
Segunda-feira, 20/04/09	Hospital Esperança	8h – 12h30	4,5	Joana Alves	
Terça-feira, 21/04/09	Hospital Esperança	8h – 13h30	5,5	Joana Alves	
Quarta-feira, 22/04/09	Hospital Esperança	8h – 14h	6	Joana Alves	
Quinta-feira, 23/04/09	Hospital Esperança	8h – 15h	7	Joana Alves	
Sexta-feira, 24/04/09	Hospital Esperança	8h30 – 13h30	5	Joana Alves	
Segunda-feira, 27/04/09	BMU - Hospital Américo Boavida	8h - 13h30	5,5	Joana Alves	
Terça-feira, 28/04/09	BMU - Hospital Américo Boavida	8h-14h	6	Joana Alves	
Quarta-feira, 29/04/09	BMU - Hospital Américo Boavida	8h - 13h	5	Joana Alves	
Quinta-feira, 30/04/09	BMU - Hospital Américo Boavida	8h - 12h30	4,5	Joana Alves	
Sexta-feira, 1/05/09	FERIADO	FERIADO			
		Nº Total de Horas	111		

Anexo 2

Doentes observados em Consulta

Na Triagem Médica com Dra. Ana Lídia Sangongo

Na Triagem Médica com Dra. Vera Duarte

22/4/09 Consulta de Triagem Médica com Dra. Ana Lídia Sangongo - doentes observados 8-14h

Nº	*Idade*	*Sexo*	*Teste HIV +*	*Dx à entrada*	*CV cópias/ml*	*CD4+ inicial*	*Inicio esquema ARV*	*Esquema TARV*	*Último CD4+*	*Altera esquema*	*Motivo de troca de esq.*
1	43	M	26-01-2006	HIV + ginecomastia + Artrite Séptica	16000 11/3/09	73	24-08-2005	Triomune 40	174	D4T30 + 3Tc + NVP	outro saiu do mercado
2	45	F	13-09-2007	HIV II + Herpes Zooster		594	28-01-2009	D4T30+3TC+EFV	258		
3	28	M	28-07-2006	HIV II		542	09-12-2008	D4T30+3TC+NVP	416		
4	37	F	00-01-1900	HIV III + sequelas paralisia facial		416		Não está preparada	299		
5	35	F	11-03-2009	HIV I		179	22-04-2009	D4T30+3TC+NVP	179		
6	45	F	03-04-2009	HIV I assintomático		221	08-04-2009	AZT+3TC+NVP	221		
7	26	F	16-03-2009	HIV II + Síndrome Alérgico		116	22-04-2009	AZT+3TC+NVP	116		
8	32	F	13-03-2009	HIV I alergia		36	22-04-2009	AZT+3TC+NVP	36		
9	31	M	26-03-2009	HIV I + hepatite B		261	22-04-2009	AZT+3TC+NVP	261		
10	37	F	13-02-2009	HIV II + Herpes Zooster		491	22-04-2009	AZT+3TC+NVP	335		
11	24	F	20-02-2009	HIV III + Dermatite + Pneumonia prévia		63	13-03-2009	D4T30+3TC+NVP	63		
12	31	F	17-12-2006	C3 CDC A3	<LDL 7/4/09	14	16-01-2007	AZT+3TC+NVP	683		
13	27	M	23-06-2008	HIV I + Herpes Zooster + alcoolismo		435	06-04-2009	AZT+3TC+NVP	233		
14	34	F	24-05-2006	HIV I assintomático		520	Não	Não	495		
15	41	M	17-03-2009	HIV I		741	Não	Não	741		
16	23	F	18-02-2009	HIV IV + Sarcoma Kaposi		321	26-02-2009	D4T30+3TC+NVP	321		
17	31	M	12-03-2009	HIV II + Herpes Zooster		217	22-04-2009	AZT+3TC+NVP	217		

18	31	M	10-03-2009	HIV III + Dermatite pés + Candidíase oral		164	Não				transaminases elevadas
19	35	F	23-01-2009	HIV III + H. Zoster + DDC + PN base		63	02-04-2009	D4T30+3TC+EFV	63		
20	29	F	06-06-2006	SIDA A1 CDC		603	Não		598		
21	23	F	26-02-2009	HIV I		459	Não		459		
22	30	F	12-12-2008	HIV IV + Sarcoma Kaposi cutâneo		229	27-01-2009	D4T30+3TC+EFV	229	D4T30 + 3Tc + NVP	toxicid. neurológ. do EFV
23	24	F	10-03-2009	HIV III + Candidíase oral		184	08-04-2009	D4T30+3TC+NVP	184		

Esquemas TARV:

Lamivir-S30 + Efavirenz = **D4T30 + 3TC + EFV**
- Duovir -N = **AZT + 3TC + NVP**
- Triomune-30 = **D4T30 + 3TC + NVP**
- Duovir + Efavirenz = **AZT + 3TC + EFV**
- **D4T+3TC+LPV/r**

23/4/09 Consulta de Triagem Médica com Dra. Vera Duarte - doentes observados 9h-15h

Nº	*Idade*	*Sexo*	*Teste HIV +*	*Dx à entrada*	*CV cópias/ml*	*CD4+ inicial*	*Inicio esquema ARV*	*Esquema TARV*	*Último CD4+*	*Altera esquema*	*motivo de troca de esq.*
1	37	F	26-09-2008	HIV I OMS + cefaleias + hepatite B	Não	370	Não	Não	427		
2	44	F	24-09-2008	HIV I OMS assintomático	Não	169	12-01-2009	D4T30+3TC+NVP			
3	24	F	03-01-2007	HIV III + Malária Cerebral	Não	269	Não está preparada	Não	228	Consulta de adesão c/ Psicologo	
4	34	F	24-09-2008	HIV I + Lombalgia + febre>15dias + diarreia>1M	Não	347	10-11-2008	AZT+3TC+NVP			
5	34	F	12-03-2009	HIV IV +adenomegalias cervicais/inguinais + perda peso>10%	Não	269	23-04-2009	D4T30+3TC+NVP			
6	37	F	29-01-2009	HIV I +assintomática	Não	695	Não	Não			
7	34	M	17-06-2008	HIV II + TB pulmonar	Não	542	Não	Não	480		
8	30	M	23-04-2008	HIV I, otalgia, vaginite	Não	540	Não	Não	523		
9	37	M	24-09-2008	HIV II + prurido	Não	335	Não	Não	285	transaminases elevadas	
10	20	F	03-04-2009	HIV II + perda peso<10% +febre	Não	492	Não	Não			
11	40	F	09-02-2009	HIV III + Herpes Zooster +neuropatia periférica	Não	154	11-03-2009	AZT+3TC+EFV	114		
12	34	F	09-04-2009	HIV III/IV + DDA + PN/TB?	Não	119	Não	Não			
13	34	F	17-03-2009	HIV III/IV + PN/TB?	Não	137	25-03-2009	AZT+3TC+NVP			
14	64	M	09-04-2009	HIV III/IV + S.Kaposi/liquen plano?	Não	224	23-04-2009	AZT+3TC+EFV			
15	25	M	08-04-2009	HIV I assintomático	Não	437	Não	Não			

16	34	M	18-03-2009	HIV I + perda peso>1 sem +tosse seca + Diarreia 2 d	Não	375	Não	Não			
17	40	F	26-07-2007	HIV III + S.febril + BPN	Não	136	re-introdução14ºd	AZT+3TC+NVP	198		
18	47	F	03-03-2009	HIV I assintomático	Não	190	23-04-2009	AZT+3TC+NVP			
19	38	F	27-05-2005	HIV III + TB Pulmonar	Não	96	23-08-2007	D4T30+3TC+NVP	284		
20	38	M	19-11-2008	HIV I assintomático	Não	54	09-01-2009	AZT+3TC+EFV			
21	31	F	26-11-2008	HIV IV + défice neurolog à direita + NeuroToxoplasmose	Não	177	10-12-2008	AZT+3TC+NVP	304		
22	23	M	12-01-2009	HIV III + TB Pulm. activa	Não	186	11-02-2009	D4T30+3TC+EFV			
23	44	F	26-07-2007	HIV III + S.febril + malária	Não	136	20-08-2007	AZT+3TC+NVP	198		
24	56	M	05-11-2007	HIV III + DDA	Não	394	Não	Faltou	497		

Esquemas TARV:

Lamivir-S30 + Efavirenz = **D4T30 + 3TC + EFV**
- Duovir -N = **AZT + 3TC + NVP**
- Triomune-30 = **D4T30 + 3TC + NVP**
- Duovir + Efavirenz = **AZT + 3TC + EFV**
- **D4T+3TC+LPV/r**