

Doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Casuística do Serviço de Pediatria do Hospital de S. Francisco Xavier

PEDRO FLORES, ANA SÉRRÃO NETO, CONCEIÇÃO LEMOS, FÁTIMA ABREU,
MARIA JOÃO XAVIER, J. M. MARTINS PALMINHA

Serviço de Pediatria do Hospital de S. Francisco Xavier

Resumo

Fez-se o estudo retrospectivo dos 187 doentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital de S. Francisco Xavier provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa num período de seis anos (1990-1995). A maioria das crianças (38,5%) tinha mais de 6 anos de idade. Cabo Verde transferiu 52,9% das crianças, Guiné-Bissau 29,9% e S. Tomé e Príncipe 15,0%. O tempo de espera entre a autorização médica de transferência e a chegada ao Serviço foi superior nas crianças guineenses (média de 95,3 dias). Viajaram sem companhia de familiares 13,4% dos doentes. Os três grupos nosológicos com maior número de doentes foram o das malformações congénitas (n=66), o das doenças infecciosas e parasitárias (n=27) e o das neoplasias (n=26). Como doenças associadas, diagnosticou-se anemia ferropénica em 42 doentes e uma forma de parasitose em 62. Em 28 crianças foi demonstrada serologia positiva para hepatite B (AgHBs+) e 5 estavam infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. Faleceram 3 crianças e 81 tiveram alta directamente para o país de origem. As restantes tiveram necessidade de prosseguir terapêutica especializada, um terço dos quais em Hospitais da Área de Saúde a que pertence o HSFX. Torna-se imperioso rever com os Serviços de Saúde locais os protocolos de transferência destas crianças por forma a lhes ser prestada assistência mais cedo.

Palavras-chave: África; Portugal; crianças; internamentos; malformações, infecciologia.

Summary

We studied retrospectively 187 patients transferred from Portuguese Speaking African Countries to the Paediatric Unit of S. Francisco Xavier Hospital (HSFX) in Lisbon during a six year period (1990-1995). Most children (38,5%) were 6 years or older. Cape Verde transferred 52,9% of the children, Guinea-Bissau 29,9% and S. Tome and Principe 15,0%. Patients from Guinea-Bissau waited longer (95.3 days' average) between medical authorisation and arrival to Portugal. 13,4% of the children travelled without any relative. The three larger nosologic groups were congenital malformations (n=66), infectious and parasitic diseases (n=27) and neoplasms (n=26). As associated diagnosis, we found ferropenic anaemia in 42 patients and parasitism in 62. Twenty-eight children were HBsAg+ on admission and 5 were infected by Human Immunodeficiency Virus. Three children died and 81 returned to their countries. The one remaining needed further specialised therapies, third of cases in Hospital belonging to the same Health Unit as HSFX. It is necessary to discuss with these countries' Health Authorities the transferring proceedings in order to optimise assistance to their children.

Key-words: Africa; Portugal; children; admissions; malformations; infecciology.

Introdução

A situação médico-sanitária dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's) reflecte deficiências em recursos humanos e infra-estruturas ⁽¹⁾.

A República da Guiné-Bissau é dos países com indicadores de saúde mais precários: um médico para 7200 habitantes, taxa de mortalidade infantil de 132‰ e espe-

rança média de vida ao nascer de 39 anos para os homens e 41 para as mulheres. Os indicadores da República de S. Tomé e Príncipe revelam também acentuadas carências: um médico para 2819 habitantes e taxa de mortalidade infantil de 71,9‰. Desconhecem-se dados sobre a esperança média de vida ao nascer na bibliografia consultada. A República de Cabo Verde tem melhores indicadores de saúde e, apesar de existir apenas um médico para 3349 habitantes, a taxa de mortalidade infantil é de 44,3‰ sendo a esperança média de vida ao nascer de 63 anos para os homens e 65 para as mulheres ^(1, 2). A título

Entregue para publicação em 24/01/97.

Aceite para publicação em 02/05/97.

de comparação, transcrevem-se os indicadores de saúde correspondentes em Portugal: um médico para 341 habitantes, taxa de mortalidade infantil de 7,9‰ e esperança média de vida ao nascer de 73 e 78 anos, respectivamente para os homens e as mulheres⁽³⁾.

Existem acordos de cooperação na área de saúde com o Estado Português, cabendo ao Hospital de S. Francisco Xavier (HSFX) receber os doentes que, nas Repúblicas de Cabo Verde, Guiné-Bissau e S. Tomé e Príncipe se considera necessário transferir^(4, 5, 6, 7).

O envio destes doentes tem permitido aos Pediatras deste Serviço um contacto estreito com patologia infecciosa tropical, bem como com formas de apresentação pouco frequentes, ou tardias, de patologia malformativa ou oncológica. O conjunto destes doentes constitui uma casuística única no nosso país, que achámos interessante divulgar.

Material e Métodos

Foi efectuada a análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados no Serviço de Pediatria do HSFX provenientes dos PALOP's durante 6 anos, entre Janeiro de 1990 e Dezembro de 1995.

Dos processos clínicos foram estudados os seguintes dados: ano de internamento, idade, sexo, raça, país de origem, tempo de espera após Junta Médica de transferência, acompanhantes, exames complementares de que eram portadores, diagnósticos principais e associados segundo a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS) – ICD 9 CM, concordância entre o diagnóstico de admissão e o definitivo, rastreio serológico de infecção pelos Vírus da Hepatite B e da Imunodeficiência Humana (1 e 2), duração do internamento no Serviço e destino após o internamento.

Resultados

Entre 1990 e 1995 foram internados 187 doentes provenientes dos PALOP's. Quanto à incidência anual, 11 doentes foram internados em 1990, 21 em 1991, 39 em 1992, 38 em 1993, 39 em 1994 e 39 em 1995 (Fig. 1). Quanto à idade, 50 (26,7%) crianças tinham menos de 12 meses, 14 (7,5%) tinham entre 12 e 24 meses, 51 (27,3%) tinham idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos e 72 (38,5%) tinham mais de 6 anos (Fig. 2). Do total das crianças, 122 (65,2%) eram do sexo masculino e 65 (34,8%) do feminino. Todos os doentes eram de raça negra.

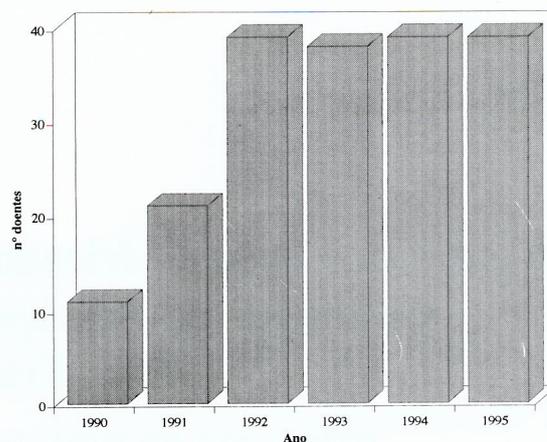


FIG. 1 – Doentes dos PALOP's: Distribuição anual.

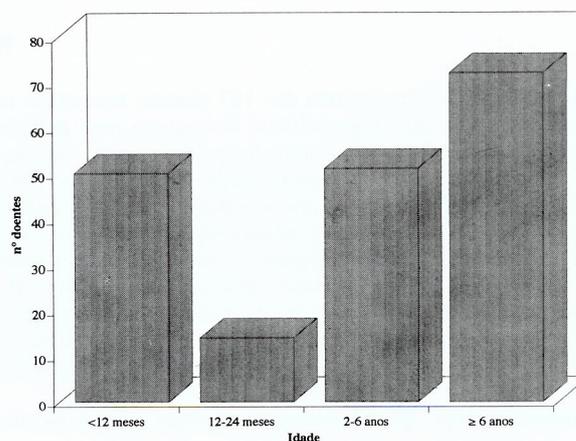


FIG. 2 – Doentes dos PALOP's: Grupos etários.

Em relação ao país de origem, foram recebidos 28 (15,0%) doentes de S. Tomé e Príncipe, 56 (29,9%) da Guiné-Bissau, 99 (52,9%) de Cabo Verde e apenas 4 de Angola, nos anos de 1990 e 1994, porquanto este país tem um acordo de apoio com o Hospital de Santa Maria.

O tempo de espera entre a autorização médica de transferência e a chegada ao nosso Serviço foi inferior a 7 dias para 24 (12,8%) crianças, entre 7 e 31 dias para 58 (31,0%), de 32 a 180 dias para 62 (33,2%). Outras 16 (8,6%) crianças esperaram entre 6 e 12 meses, 7 entre 1 e 2 anos e, finalmente, para 2 crianças, o tempo de espera foi superior a 2 anos. Não conseguimos obter esse dado nos processos de 18 doentes. Durante os seis anos, o tempo médio de espera foi de 39,1 dias nos doentes de S. Tomé e Príncipe, 42,3 dias em Cabo Verde e 95,3 dias na Guiné-Bissau (Fig. 3). Nos primeiros três anos deste estudo, 19 (26,8%) doentes esperaram mais de seis meses pela transferência (13 provenientes da Guiné-Bissau, 4 de Cabo Verde e 2 de S. Tomé e Príncipe). Nos últimos três anos, apenas 6 (5,2%) crianças esperaram um período semelhante (5 eram oriundas da Guiné-Bissau e uma de Cabo Verde).

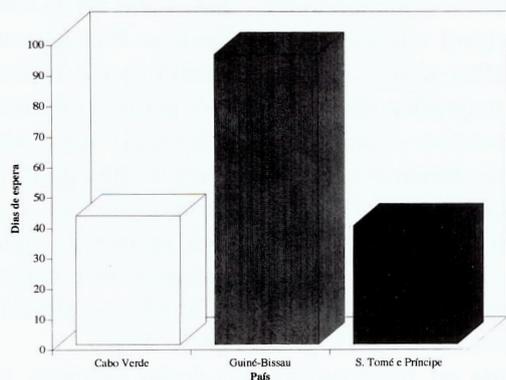


FIG. 3 - Doentes dos PALOP's: Tempo de espera por país.

Viajaram acompanhadas por familiares 154 (82,4%) crianças, por pessoal de saúde do país de origem 7 (3,7%) e sem qualquer acompanhante 18 (9,6%) crianças. A idade das crianças que viajaram sem familiares (fenómeno que ocorreu nos três países estudados, mas com maior frequência na Guiné-Bissau) variou entre os 5 e os 12 anos. Em 8 processos não havia menção a este dado.

Na admissão, além de relatórios relativos à sua situação clínica, 61 doentes eram portadores de hemograma e/ou determinações bioquímicas (exame sumário da urina, função hepática e renal, exame citoquímico e bacteriológico do líquido cefalo-raquidiano), 69 traziam exames radiográficos simples e 9 electrocardiogramas. Apenas 14 doentes provenientes de Cabo Verde eram portadores de exames complementares de diagnóstico mais especializados: urografia de eliminação, ecografia abdominal, ecocardiograma, mielograma e exame anatomo-patológico de gânglio linfático.

Quanto aos diagnósticos definitivos, segundo a classificação adoptada (ver Material e Métodos) constatámos, por ordem de frequência: malformações congénitas, 66; patologia infecciosa ou parasitária, 27; neoplasias, 26; doença neurológica, 12; doença gastrointestinal, 10; patologia renal, cardíaca ou oftalmológica, respectivamente 6 crianças em cada grupo; doença osteo-articular, hematológica não neoplásica e otorrinolaringológica, 5 de cada; patologia respiratória, 4; doença metabólica, 3; doença dermatológica e do colagénio, respectivamente 2 casos de cada.

Duas crianças não apresentaram, após investigação, doença aparente: tinham ambas sido transferidas por síndrome febril prolongado, que não se confirmou no decorrer do internamento (Fig. 4).

Dentro das malformações referem-se: 23 cardiopatias congénitas, 21 malformações neurológicas, 15 do aparelho genito-urinário, 4 do aparelho digestivo, 3 fendas palatinas com lábio leporino. A média de idades destas crianças na data do internamento era de 2,1 anos.

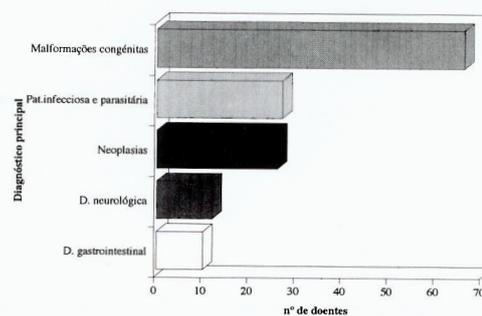


FIG. 4 - Doentes dos PALOP's: Principais diagnósticos definitivos (ICD 9 CM).

Em relação às doenças infecciosas, achamos importante referir que tivemos 6 casos de tuberculose, das quais três formas ganglionares, uma óssea, uma pericárdica e uma endobrônquica. De outras doenças infecciosas e parasitárias, salientamos casos de shistosomíase (5), neurocisticercose (3), toxocaríase (3), noma da face (2), malária cerebral (2), filariase, poliparasitismo hepático (amiba, fasciola, toxocara) carbúnculo e rubéola congénita.

Das doenças neoplásicas destacamos: sangue e tecidos hematopoiéticos (13), olho e sistema nervoso central (7), tumores abdominais (4) e ósseos (2).

O diagnóstico de admissão era concordante com o diagnóstico definitivo em 71 dos 99 (71,7%) doentes provenientes de Cabo Verde, 19 dos 28 (67,9%) de S. Tomé e Príncipe e 31 dos 56 (55,4%) da Guiné-Bissau.

Em relação a diagnósticos associados encontramos: anemia ferropénica em 42 (22,5%) crianças, parasitose intestinal em 26 (13,9%), escabiose e/ou pediculose em 24 (12,8%), paludismo em 12 (6,4%), drepanocitose em 3 (1,6%), escaras de decúbito em 3 (1,6%) e otite seromucosa em 3 (1,6%) crianças.

Foi realizado rastreio de hepatite B em 118 doentes, tendo-se constatado que 28 (23,7%) apresentavam títulos positivos de AgHBs na data do internamento. Duas destas crianças tinham hepatite crónica activa. A serologia para hepatite B foi negativa em 90 crianças. Foi rastreada igualmente a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH 1 e 2) em 113 doentes, a qual foi positiva em 5 (4,4%) e negativa em 108. Dos doentes seropositivos, três estavam infectados pelo VIH₁, um dos quais com critérios de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e dois pelo VIH₂.

O tempo médio de internamento foi em 1990 de 27,3 dias; em 1991, 22,5 dias; em 1992, 17,8 dias; em 1993, 18,1 dias; em 1994, 16,8 dias; em 1995, 16,6 dias (Fig. 5).

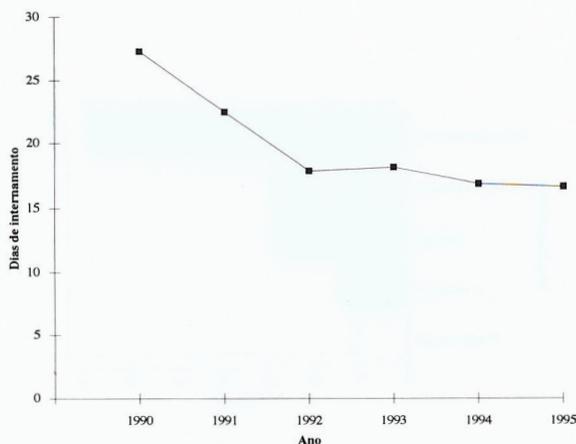


FIG. 5 – Doentes dos PALOP's: Demora média por anos.

Após o internamento, 81 (43,3%) doentes tiveram alta hospitalar. Três crianças (1,6%) faleceram durante o internamento no HSFX. Duas destas crianças tinham hidrocefalia obstrutiva com hipertensão intracraniana tendo uma delas morrido menos de 24 horas após a chegada. A terceira sofria de leucémia linfoblástica aguda em fase terminal. Por necessidade de terapêutica especializada, nomeadamente de Cirurgia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Cardiologia, Nefrologia e Oncologia, tiveram apoio de outras unidades de saúde 102 crianças, assim distribuídas: Hospital de Dona Estefânia – 34, Hospital de Egas Moniz – 24, Hospital de Santa Maria – 15, Instituto Português de Oncologia – 14, Hospital de Santa Cruz – 12 e Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão – 2. Uma criança foi transferida para o Hospital de S. Roque. Desconhece-se o destino de uma criança.

Discussão

O conjunto dos 187 doentes transferidos dos PALOP's corresponde a 4,0% do total de 4672 admissões na Enfermaria nos seis anos do estudo ⁽⁸⁾. Este valor obriga os médicos do Serviço a estarem atentos a patologias e/ou formas de apresentação clínica menos comuns.

Nos primeiros três anos deste trabalho verificou-se um aumento progressivo de transferências, as quais estabilizaram nos últimos anos. Não possuímos informação que nos permita comentar este facto, mas admitimos que tenha havido um aumento da capacidade de rastreio nestes países, que entretanto atingiu os seus limites. Cabo Verde, que tem melhores infra-estruturas médico-sanitárias foi o país que transferiu mais doentes (52,9%).

Por outro lado, enquanto os doentes transferidos de S. Tomé e Príncipe tiveram um tempo médio de espera de 39,1 dias e os de Cabo Verde 42,3 dias, as crianças da

Guiné-Bissau aguardaram 95,3 dias. Cabo Verde demonstra apreciável eficácia mas S. Tomé e Príncipe cumpre ainda melhor neste capítulo. Pensamos que a menor dispersão geográfica deste território permite deslocamentos menos morosos e uma organização mais facilitada, até porque não foram evacuados doentes da Ilha do Príncipe. De realçar que a eficácia de evacuação dos doentes melhorou nos três países, com uma diminuição significativa, nos últimos anos, da percentagem de crianças que esperaram mais de 6 meses (de 26,8% nos primeiros 3 anos passou para 5,2% entre 1993 e 1995).

Quanto ao acompanhamento destas crianças, salienta-se que 13,4% vieram do país de origem sem serem acompanhadas por familiares, situação, por si só, causadora de violência psíquica. Acresce o facto de estas crianças terem de enfrentar, na própria hospitalização, além de exames complementares, regras sociais novas, desconhecendo muitas vezes a Língua Portuguesa. Numa tentativa de minorar o impacto emocional do internamento, médicos e enfermeiros do serviço acolheram voluntariamente em suas casas durante o fim-de-semana, muitas destas crianças. Todas tiveram apoio do Serviço Social do Hospital e temos conhecimento de que, após a alta hospitalar, algumas não vieram a restabelecer os laços com a família, ficando a residir em Centros de Acolhimento em Portugal. Cabe aqui recordar a importância do ensino da Língua Portuguesa nos PALOP's onde, muitas vezes, o idioma oficial é desconhecido de uma parte significativa da população.

Em relação a exames complementares de diagnóstico, apenas os doentes de Cabo Verde eram acompanhados de exames especializados já mencionados em Resultados. Foi também Cabo Verde o país onde os diagnósticos de transferência foram concordantes com os diagnósticos definitivos feitos em Portugal em maior percentagem (71,7%). Recordamos que Cabo Verde tem dois Hospitais Centrais, um na Cidade da Praia e outro no Mindelo ⁽¹⁾ e tem sido objecto de diversas campanhas de cooperação Portuguesas. A nível Pediátrico, nomeadamente, várias equipas têm-se deslocado e dado apoio na instalação de diversas Consultas. Ao contrário, a Guiné-Bissau foi o país onde se verificou a menor concordância de diagnósticos (55,4%).

No que diz respeito aos diagnósticos definitivos, as malformações congénitas constituíram o grupo com maior número de doentes (66=35,3%), os quais tinham uma média de idades de 2,1 anos, dado importante que merece uma correcção futura. É necessário rever esta questão através de um contacto mais eficaz com os Serviços das Embaixadas e os Serviços de Saúde locais, por forma a que estas transferências venham a ser mais precoces. As doenças infecciosas e parasitárias constituíram o segundo grupo mais numeroso (27=14,4%), tendo os

médicos tido oportunidade de contactar com doenças ou formas clínicas menos usuais no nosso país e na Europa em geral. Poderíamos até esperar mais transferências por estes motivos, uma vez que as doenças infecciosas são anualmente responsáveis por 17 milhões de mortes no Continente Africano ⁽²⁾. Em relação às neoplasias, o terceiro grupo nosológico em número de doentes (26=13,9%), realçamos também a fase tardia em que são transferidas numerosas crianças, com inevitável comprometimento prognóstico.

Igualmente de salientar o elevado número de crianças com doenças associadas, nomeadamente parasitoses múltiplas e anemia ferropénica. Este facto está de acordo com a bibliografia, onde é referida, em África, uma prevalência de ferropénia superior a 50% nas crianças com menos de cinco anos de idade ⁽⁹⁾. Três (1,6%) doentes tinham hemoglobinopatia SS, cuja prevalência calculada nas zonas tropicais de África é de 1 a 4% ⁽¹⁰⁾. Verificámos que somente 14 (7,5%) crianças tinham malária sendo esta, em duas delas, a razão da transferência. Recordamos que as características climáticas de Cabo Verde não permitem a sobrevivência do mosquito vector da malária que, portanto, não é endémica no Arquipélago ⁽¹¹⁾. Uma vez que o maior número de doentes veio de Cabo Verde, este facto poderá explicar a baixa prevalência deste diagnóstico, na nossa série.

Nesta casuística encontramos 23,7% de crianças com AgHBs positivo na data do internamento. Esta percentagem não difere significativamente da prevalência de hepatite B referida habitualmente nas crianças africanas ⁽¹²⁾. Cinco doentes (4,4%) estavam infectadas pelo VIH, percentagem inferior às taxas de infecção calculadas (6 a 13%) para este grupo etário em África ⁽¹³⁾. De referir que, nos últimos três anos, estes rastreios têm sido feitos de forma sistemática a todas as crianças provenientes dos PALOP's.

A média de internamento destes doentes foi de 18,5 dias, enquanto a demora média no Serviço é de 7,6 dias ⁽¹⁴⁾. Esta diferença deve-se a investigações diagnósticas mais morosas e/ou a problemas sociais levantados quando as crianças não têm familiares em Portugal.

Tiveram alta hospitalar com autorização de regressar ao país de origem 43,3% das crianças. As restantes tiveram necessidade de prosseguir terapêutica especializada, num terço dos casos em Hospitais na Unidade de Saúde do HSF, conforme descrito em Resultados.

Como conclusão, não podemos deixar de expressar que estas crianças personificam o enriquecimento clínico e humano que a cooperação com estes países possibilita. Por outro lado, as carências demonstradas reforçam a ideia da necessidade de duplicar a actual taxa de investimento em serviços básicos nos países em desenvolvimento, conforme sugerido na Conferência Mundial para o Desenvolvimento de 1995 ⁽¹⁵⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Guia do Terceiro Mundo. Tricontinental Editora: 536-612.
2. Grant P. Situação Mundial da Infância. Ed. UNICEF. UNICEF House. 1993.
3. Análise Sumária às Estatísticas de Saúde (1994). In Estatísticas de Saúde (1994). Ed. Instituto Nacional de Estatística: 1995: 35-50.
4. DR 1.ª Série, Dec. Lei n.º 24/77 de 3 de Março: 363-364 in INCM.
5. DR 1.ª Série, Dec. Lei n.º 25/77 de 3 de Março: 365-366 in INCM.
6. DR 1.ª Série, Dec. Lei n.º 36/78 de 17 de Abril: 734-735 in INCM.
7. DR 1.ª Série, Dec. Lei n.º 44/92 de 21 de Outubro: 4898-4990 in INCM.
8. Movimento assistencial de doentes do Serviço de Pediatria 1990-1995. Serviço de Estatística do HSF.
9. Nutrição. In O Progresso das Nações. Ed. UNICEF 1995: 16-17.
10. Beutler E. The sickle cell diseases and related disorders. In Williams Hematology. 5th Ed. McGraw-Hill Inc, 1995: 616-650.
11. Steffen R, Lobel HO. Travel Medicine. In Manson's Tropical Diseases. 20th Ed. WB Saunders, 1996: 407-420.
12. Diengstag JL, Isselbache KJ. Hepatitis aguda. In Harrison Principios de Medicina Interna. 13.ª Ed. McGraw-Hill, 1994: 1976-1698.
13. Evans HE. Human immunodeficiency virus infection. In Nelson Textbook of Pediatrics. 14th Ed. WB Saunders, 1994: 835-842.
14. Hospitais Centrais e Especializados, 1994. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia e Biostatística. Lisboa: DGS, 1995: 35.
15. Ajuda. In O Progresso das Nações. Ed. UNICEF 1995: 46-47.

Correspondência: Pedro Flores
Hospital S. Francisco Xavier
Serviço de Pediatria
Est. do Fonte do Alto do Duque
1495 Lisboa Codex

