



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

**RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA – A REALIDADE DA MEDICINA
DENTÁRIA EM MOÇAMBIQUE**

Mariana Natália Resende Silva

Orientador

Paula Cristina Santos Vaz Fernandes

Professora Auxiliar da FMDUP

Coorientador

Carla Maria Barreto da Silva de Sousa Rêgo

Professora Auxiliar Externa da FMUP

Porto, 2017

Resumo

O presente Relatório de Atividade Clínica pretende descrever as experiências e aprendizagens vividas ao longo do Estágio Clínico realizado em Moçambique, na Cidade da Beira, Província de Sofala, no âmbito do intercâmbio de estudantes ao abrigo Serviço de Cooperação com Países Lusófonos e Latino-Americanos (SCPLLA).

Este acordo de cooperação possibilitou a reabertura de uma parceria já existente, cessada em 2013, entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) e o Instituto Superior de Ciências e Tecnologia Alberto Chipande (ISCTAC), permitindo assim a troca de experiências e também abrindo portas a novos intercâmbios entre os alunos de ambos os países.

Este relatório pretende primeiro transmitir a adaptação necessária às condicionantes do espaço, abordando de seguida o trabalho efetuado nos departamentos onde houve a colaboração e intervenção da minha parte durante este período. Será igualmente abordada, na área da patologia, uma das mais observadas - lesões de cárie dentária - efetuando uma recordatória das dificuldades encontradas no decorrer do estágio no contexto da prática da medicina dentária em consultório propriamente dito. Serão abordadas em separado cinco fortes componentes: os *handicaps* estruturais, a prática clínica, os constrangimentos culturais, a infeção pelo VIH e o predomínio da medicina tradicional na sociedade moçambicana em geral e no setor da saúde em particular.

Agradecimentos

Este relatório de Atividade Clínica não é só o resultado de uma conquista pessoal, mas de um esforço coletivo que me permitiu atingir esta etapa, representando um importante marco na minha vida pessoal, académica e profissional assim como a realização de uma experiência fantástica no país da Capulana e da Marrabenta, Moçambique.

Aos meus pais, Natália e Arlindo, um enorme obrigado por todo o apoio incondicional, por todos os ensinamentos de vida. Sem eles, a realização deste sonho não teria sido possível. Espero poder retribuir e compensar todo o carinho e dedicação constantes e por sempre se orgulharem da pessoa que me tornei.

Ao meu irmão, Bruno, por seres o meu maior crítico e também o melhor amigo, pois sempre acreditaste em mim e estiveste presente nos bons e nos maus momentos; também à minha cunhada, Rosângela, por todo o apoio.

Ao meu namorado, Tiago, por fazeres parte da minha família, seres o meu melhor amigo, por todo o amor, dedicação, companheirismo, por estares sempre ao meu lado em todos os bons e os maus momentos, pela ajuda na realização deste trabalho e desta experiência fantástica, que sem ti, não seria possível.

À minha orientadora, Prof. Doutora Paula Vaz, e à minha coorientadora, Prof. Doutora Carla Rêgo, pela transmissão de conhecimentos, *feedback* do trabalho desenvolvido, disponibilidade na resposta às ansiedades e receios que surgiram ao longo do percurso deste trabalho e reflexão conjunta ao longo de todas as etapas.

À Ana Torres e à Joana Melo, pelo companheirismo constante nos momentos mais marcantes deste percurso; à Carolina Rodrigues, João Marques, Irene Santos, Diana Matias, Raquel Rocha, Ana Aguiar e Raquel Cupertino por todo o apoio e amizade.

Ao Instituto Superior de Ciências e Tecnologia Alberto Chipande (ISCTAC) e ao Hospital Central da Beira (HCB) por me terem acolhido de braços abertos em Moçambique.

Ao Dr. Augusto Tomé, Dr. Saraiva Simão, Dr. Osmany Moreno, Dr. Sheldon Vilanculo, Dr. Eclecio Jonasse, Dra. Cleyde e Dra. Iara, pela fantástica receptividade, amizade e apoio ao longo deste estágio.

Abreviaturas

EUR – Euro, divisa oficial em Portugal e na restante Zona Euro

FMDUP – Faculdade De medicina Dentária da Universidade do Porto

HCB – Hospital Central da Beira

ISCTAC - Instituto Superior de Ciências e Tecnologia Alberto Chipande

MZN – Metical, divisa oficial de Moçambique

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCPLLA - Serviço de Cooperação com Países Lusófonos e Latino-Americanos

TARV – Tratamento Anti-retroviral

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice de Figuras

Anexo 1 - Infraestruturas do Hospital Central da Beira (HCB), Moçambique.	17
Figura 1- Entrada principal do Hospital Central da Beira (HCB), Moçambique.	17
Figura 2 - Entrada lateral do HCB e edifício da direção.....	17
Figura 3 - Bloco principal/ Enfermarias.	18
Figura 4 - Medicina IV, enfermaria de cirurgia maxilo-facial e neurocirurgia.	18
Anexo 2 - Infra-Estruturas do Serviço de Estomatologia.....	19
Figura 5 - Entrada principal do departamento de estomatologia.	19
Figura 6 - Sala de espera do departamento de estomatologia. (Fotografia captada em horário de almoço para maior privacidade dos doentes).....	19
Figura 7 - Entrada da sala de espera exterior do departamento de estomatologia.	20
Figura 8 – Entrada de serviço do departamento de estomatologia.	20
Figura 9 - Sala de consultas de medicina dentária.	21
Figura 10 - Sala de consultas de medicina dentária.	21
Figura 11 - Gabinete de Diagnóstico e patologia oral.	22
Anexo 3 – Infra-estruturas do Bloco Operatório	23
Figura 12 - Sala 3 - Bloco Operatório de cirurgia maxilo-facial. (Preparação de doente para Cirurgia).....	23
Figura 13 - Sala 3 - Bloco Operatório de cirurgia maxilo-facial. (Preparação de doente para Cirurgia).....	23
Figura 14 - Sala 3 - Bloco Operatório de cirurgia maxilo-facial.	24
Anexo 4 -Casos observados na enfermaria, consulta de patologia oral e bloco operatório.	25
Figura 15 - Fenda Lábio Palatina unilateral, paciente com 6 meses de idade, momento pré-cirúrgico de correção da fenda labial.	25
Figura 16 - Fenda Lábio Palatina unilateral, paciente com 6 meses de idade. Fenda palatina será corrigida 6 meses após correção da fenda labial.	25
Figura 17 e 18 - Fenda Lábio Palatina unilateral, paciente com 6 meses de idade, momento pré e pós cirúrgico de correção da fenda labial. (Paciente ainda com intubação endotraqueal).....	26
Figura 19 e 20 - Fenda Lábio Palatina unilateral, paciente com 6 meses de idade. (Momento pós-cirúrgico e cicatrização de 15 dias de evolução após correção da fenda labial).	26
Figura 21 - Epúlide Congénita, paciente com 8 meses de idade, cirurgia para remoção da lesão e peça cirúrgica.	27
Figura 22 - Epúlide Congénita, paciente com 8 meses de idade, cirurgia para remoção da lesão e peça cirúrgica.	27
Figura 23 - Epúlide Congénita, paciente com 8 meses de idade (aspeto da língua após remoção da lesão).	28

Figura 24 - Epúlide Congénita em paciente com 8 meses de idade (peça cirúrgica após remoção cirúrgica).	28
Figura 25 - Drenagem de angina de Ludwing. (Criança de 7 anos de idade, apresentava desnutrição e múltiplos dentes cariados).	29
Figura 26 e 27 - Pós-operatório de fratura mandibular unilateral. Técnica aplicada: bloqueio maxilo-mandibular com barras vestibulares de Erich e elásticos.	29
Figura 28 e 29 - Fibroma odontogénico periférico (vista frontal e vista de perfil).	30
Figura 30 - Fibroma odontogénico periférico.	30
Figura 31 e 32 - Odontoblastoma.	31
Figura 33 e 34 - Sarcoma de Kaposi.	31
Figura 35 e 36 - Higroma Cístico/Linfangioma, paciente com 6 meses de idade.	32
Figura 37- Higroma Cístico/ Linfangioma, paciente com 6 meses de idade. (Patologia não diagnosticada durante os exames pré-natais).	32
Figura 38 - Carcinoma muco-epidermoide.	33
Figura 39 - Carcinoma muco-epidermoide.	33
Figura 40 e 41- Ameloblastoma mandibular.	34
Figura 42 - Invasão mediastínica de Paciente com angina de Ludwing e coinfeção de VIH.	34
Figura 43 e 44 - Adenocarcinoma polimórfico de baixo grau.	35
Figura 45 e 46 - Adenocarcinoma polimórfico de baixo grau.	35
Figura 47 e 48 - Fasciíte necrosante em paciente de 8 meses de idade.	36
Figura 49 e 50 - Fasciíte necrosante em paciente de 8 meses de idade. VIH positivo, transmissão materno-fetal, apresenta desnutrição infantil.	36
Figura 51 - Celulite facial após extração dentária em paciente de 11 anos.	37
Figura 52 e 53 - Celulite facial após extração dentária em paciente de 11 anos. Necessária drenagem extra oral, note-se que na zona temporal existe uma proeminência devido á acumulação de prurido.	37
Figura 54 e 55 - Lesão facial com remoção de metade da orelha e fratura mandibular provocada por trauma de uma catana.	38
Figura 56 - Lesão facial e fratura mandibular provocada por trauma de uma catana. Bloqueio maxilo-mandibular com barras vestibulares de Erich e elásticos.	38
Figura 57 e 58 - Abscesso dentário, administração anestésica para drenagem extra-oral.	39
Figura 59 - Abscesso dentário, drenagem extra-oral.	39
Anexo 5 – Casos de relevância, tratados durante as consultas de Estomatologia e Medicina Dentária	40
Figura 60 - Tratamento efetuado noutra Província onde não foi removida a lesão de carie e não foi preservado o espaço inter-proximal.	40
Figura - 61 - Restauração estética de correção de tratamento efetuado noutra Província.	40

Figura 62 e 63 - Acumulação de tártaro em todo o 3º quadrante. Portadora de VIH positivo, evolução de dois anos antes do tratamento, não efetua tratamento antirretroviral (TARV).....	41
Figura 64 - Acumulação de tártaro em todo o 3º quadrante. Portadora de VIH positivo, evolução de dois anos antes do tratamento, não efetua tratamento antirretroviral (TARV). (Lesão extra-oral).....	41
Figura - 65 e 66 Tumefação intra e extra oral, no 1º quadrante, evolução de 1 ano.....	42
Anexo 6 – Tabela de registo de atividades.....	43
Tabela 1 - Atos clínicos efetuados ao longo do estágio clínico.....	43

Índice Geral

Introdução	1
Preâmbulo do Estágio	2
Descrição do Espaço.....	2
Consulta de Patologia Oral	3
Departamento de Estomatologia.....	3
O Bloco Operatório	5
Cárie Dentária.....	6
<i>Handicaps</i> Estruturais	7
A Medicina Tradicional.....	10
O VIH	11
Obstáculos à Prática Clínica.....	13
Conclusão	15
Bibliografia.....	16

Introdução

Moçambique é um país da África Austral, com baixo índice de desenvolvimento e elevada morbimortalidade por doenças infecciosas e associadas à desnutrição. Tem uma população estimada de aproximadamente 28 milhões de habitantes registados. A Província de Sofala, localizada na zona centro do país, tem 1,685,663 habitantes, dos quais 443,369 residem na cidade da Beira (capital de distrito).⁽¹⁾

Moçambique conta com 1535 Unidades de Saúde em todo o território nacional, englobando Hospitais, Centros de Saúde e Postos de Saúde.

Em Moçambique existem vários obstáculos que dificultam, ou mesmo impedem, o acesso aos serviços de saúde. A dimensão do território, a precaridade das acessibilidades, a ausência de infraestruturas e redes viárias, a dificuldade de acesso a água potável, a precaridade do saneamento básico, os hábitos de higiene deficientes, as doenças tropicais, o alto índice de prevalência de infeção pelo VIH, a medicina tradicional, a falta de equipamentos e a dificuldade de pagamento dos serviços prestados por parte dos utentes, são o paradigma da vida da maioria da população. Acrescente-se ainda a este cenário a difícil gestão de recursos humanos, por insuficiência de pessoal qualificado.⁽²⁾⁽³⁾

Em África em geral e em Moçambique em particular, as doenças orais são uma das causas de elevada morbidade, sobretudo para os grupos populacionais mais desfavorecidos. Estima-se que em África o rácio médico dentista/habitante seja cerca de 1:150000, 75 vezes inferior ao verificado nos países desenvolvidos.⁽⁴⁾ Moçambique possui 169 médicos dentistas distribuídos por todo o território nacional, sendo que desses, 17 exercem a sua profissão na província de Sofala, resultando num rácio de 1:9974.⁽⁵⁾

Este estágio constituiu a transição de uma formação pré-graduada para o exercício clínico, considerando-se, pois, fulcral a aquisição de competências indispensáveis à boa prática médica. Assim, propuseram-se os seguintes objetivos: a autonomia, a responsabilidade, a integração, a corroboração de conhecimentos, a capacidade de raciocínio clínico, a formulação de hipóteses de diagnóstico; a aquisição de competências desde a promoção da saúde oral e prevenção da doença até ao diagnóstico e tratamento de patologias agudas/crónicas, comuns, cirúrgicas ou múltiplas, em ambiente de precaridade e atípico em relação à realidade em Portugal. Pretendeu-se ainda com este estágio, o estabelecimento de uma boa relação médico dentista-doente, dispondo-se assim de uma experiência que permitiria a autonomia durante o exercício da profissão, enquanto estudante.

Preâmbulo do Estágio

O estágio teve lugar no Hospital Central da Beira (HCB), no Serviço de Cirurgia Maxilo-facial e no Departamento de Estomatologia. Teve uma duração de 4 meses, no período compreendido entre 8 de agosto e 15 de dezembro de 2016.

Durante este estágio foi possível participar em diversas atividades do Serviço de Cirurgia Maxilo-facial, na enfermaria, em consultas de medicina dentária, em consultas de patologia oral, em intervenções no bloco operatório, na visita clínica e no acompanhamento pós-operatório.

Descrição do Espaço

Construído entre o final do século XIX e início do século XX, o HCB é a segunda maior unidade sanitária de Moçambique, localizado no segundo maior centro urbano do país, logo a seguir à capital, Maputo. (anexo 1)

É composto por vários Departamentos que albergam as inúmeras áreas da medicina como a Cardiologia, Pediatria, Obstetrícia, Doenças Infeciosas, Doenças Tropicais, Ortopedia, Oftalmologia, Psiquiatria, Neurologia, Cirurgia Maxilo-facial, entre outras. Apesar da grande concentração de especialidades, o Departamento de Medicina Dentária, Anatomia Patológica, Cuidados Intensivos, Urgências e Bloco Operatório estão situados em edifícios desanexados do edifício central, oferecendo-lhes uma maior privacidade e, com isso, condições ligeiramente mais favoráveis em termos de fluxo de utentes e de pessoal médico e auxiliar.

A Administração do HCB é constituída pelo Dr. Néilson Mocopo (Diretor do HCB), pelo Dr. Wing, (Diretor Clínico) e pelo Dr. Bonifácio Cebola, (Diretor Científico). O corpo clínico com quem trabalhei diretamente era composto pelo Dr. Augusto Tomé (Diretor do Serviço de Estomatologia e meu Tutor), pelo Dr. Saraiva Simão (Diretor de todos os Serviços de Cirurgia, incluindo a Cirurgia Maxilo-facial) e pelo Dr. Osmany Moreno, médico dentista cubano e também cirurgião maxilo-facial.

Nas primeiras semanas deste estágio, por forma a integrar-me o mais rapidamente possível e de forma transversal com as dinâmicas diárias do Departamento, foi-me atribuída uma escala rotativa entre a enfermaria de Cirurgia Maxilo-facial, consulta de Diagnóstico em Patologia Oral e o bloco operatório. Fui imediatamente alocada na equipa como parte interveniente em todas as discussões acerca de resultados, diagnósticos, terapêuticas e prognósticos. Aliás, desde o primeiro dia que me senti como mais um elemento, perfeitamente integrada e incluída da forma mais célere pela equipa residente e incentivada a participar ativamente por forma a adquirir conhecimentos,

experiência, autonomia e o contacto com uma realidade completamente diferente da vivenciada durante o meu tempo de formação académica em Portugal.

Consulta de Patologia Oral

Na enfermaria e consulta de Patologia Oral, foi-me dada a oportunidade de contactar com patologias raras na realidade portuguesa a que estava habituada, embora frequentes em Moçambique. Também auxiliiei na abordagem aos doentes, nomeadamente na recolha do histórico clínico, discussão de hipóteses de diagnóstico, requisição e observação de exames imagiológicos e anatomopatológicos e na discussão de planos terapêuticos.

Do contacto com o Serviço de Cirurgia Maxilo-facial e Patologia Oral, obtive uma visão mais abrangente das principais patologias que acometem a população moçambicana, desde os motivos que levam o utente a procurar o serviço de saúde até à abordagem clínica em resposta a essa procura.

Dos casos observados na enfermaria e consulta de Patologia Oral, destacam-se: anginas de Ludwing, fraturas mandibulares (uni e bilaterais), odontoblastomas, osteomielite necrosante focal, parotidites uni- e bilaterais, sarcoma de Kaposi, higromas císticos, fibroma odontogénico periférico, fenda palatina e lábio leporino, ameloblastoma, granulomas piogénicos, linfagiomias, adenoma pleomórfico, adenocarcinoma polimórfico de baixo grau, entre outros. (anexo 4)

Os doentes observados abrangiam todas as faixas etárias e manifestaram diferentes patologias, despoletadas por inúmeros motivos e, conseqüentemente, causadoras de uma morbidade elevada.

Os sintomas destas patologias podem verificar-se, por exemplo, através de grandes infeções, ocupando uma grande proporção da face, desencadeadas pela presença de lesões de cárie dentárias e de fragmentos radiculares originados em parte pela higiene deficiente da cavidade oral, incluindo diversas lesões de cancro oral, infeções oportunistas que se manifestam devido à imunossupressão causada pelo VIH, coinfeção de VIH e tuberculose, malformações congénitas, traumatismos e doenças metabólicas (no caso específico da diabetes, na maioria dos casos, era desconhecida ou não controlada).

Departamento de Estomatologia

O estágio também incluiu a cooperação com o Departamento de Estomatologia onde pude executar procedimentos médico-dentários. Este Departamento era constituído por três gabinetes

de Medicina Dentária, um gabinete de Patologia Oral e uma sala de esterilização. Os gabinetes estavam equipados cada um com dois equipamentos médico-dentários. (anexo 2)

O Departamento de Estomatologia e Maxilo-facial do HCB contava com um quadro clínico composto por três cirurgiões maxilo-faciais, quatro médicos dentistas, um técnico de prótese e duas enfermeiras.

Neste departamento, o meu Tutor foi o Dr. Sheldon Vilanculo, que orientou todos os procedimentos médico-dentários efetuados ao longo do estágio. Do mesmo modo, os médicos dentistas que trabalhavam no departamento incluíram-me na equipa como sendo mais um elemento, incentivando à participação ativa e autónoma e à consciencialização para a realidade da precariedade da saúde oral da população moçambicana. Realidade esta que até então pouco conhecia, assim como para a falta de recursos que limitavam a execução dos atos clínicos por forma a garantir a sua total eficácia.

Uma grande percentagem dos doentes que procurava estes serviços de saúde percorria longas distâncias, desde as áreas mais rurais, cujas unidades de saúde apresentavam falta de materiais ou de pessoal qualificado, o que acarretava um fluxo diário de doentes bastante elevado na unidade central da Beira. ^{(3) (5)} Importa referir que este afluxo de doentes ocorria num horário de funcionamento do departamento reduzido, apenas das 8:00 e as 13:00 horas.

No Departamento de Estomatologia, durante os 4 meses de duração do estágio, foram por mim observados 174 doentes. Durante este período realizei 50 extrações dentárias, 43 procedimentos de dentisteria operatória, 39 prescrições medicamentosas (antibióterapias que incluíram casos de abscessos odontogénicos com supuração e ulcerações múltiplas), 15 diagnósticos de patologia com indicação para cirurgia maxilo-facial, 9 tartarectomias, 4 remoções de espículas ósseas, 1 biópsia, sendo que os restantes incidiam na área de oclusão e medicina preventiva, com aconselhamentos de termoterapia, exercícios de relaxamento e instruções de higiene oral. (anexo 6)

Dos casos observados, destacam-se na Odontopediatria, doentes portadores de glaucoma bilateral congénito, deficiência mental profunda, *deficit* cognitivo, portadores de VIH, tuberculose e malária.

Muitos dos doentes observados apresentavam co-morbilidades que despoletaram ou agravaram a sintomatologia dentária, resultando, na maioria das vezes, em situações de agudização da doença. Destes realçam-se ulceração intra- e extra oral provocada por falta de higiene oral ou agravada pelo VIH, sarcoma de Kaposi, desenvolvido pela infeção de VIH, intensificação de infeção dentária provocada pela tuberculose, coinfeção de tuberculose, VIH e angina de Ludwing, infeção dentária com invasão mediastínica e comprometimento pulmonar.

Para que estes serviços pudessem ser prestados à população foi necessária a criação de um sistema de senhas com valores acessíveis a toda a comunidade. Era cobrado o valor simbólico de 50 meticais (aproximadamente EUR 0,70), para ajudar na aquisição de alguns materiais fundamentais à prática clínica, como resinas compostas, ácido ortofosfórico, amálgama, óxido de zinco e eugenol, hidróxido de cálcio e brocas, dado que o departamento não era autossustentável. Para além disso, todos os tratamentos médico-dentários eram sujeitos ao pagamento de pequenos emolumentos. No entanto, apenas uma pequena percentagem da população tinha possibilidades de subtrair aos seus rendimentos os valores solicitados para usufruto destes tratamentos. Excepcionalmente, o único tratamento não sujeito a quaisquer custos para o doente era as extrações dentárias. Por conseguinte, acabam por ser também a primeira opção dos doentes, numa tentativa drástica de eliminar o problema protegendo-se de gastos futuros. ⁽³⁾

Nas consultas observadas salienta-se, ainda, a grande prevalência de lesões de cárie dentária e inúmeros casos de patologia oral que, constantemente, acometiam a população moçambicana e que se intensificavam devido à procura frequente da medicina tradicional. De facto, o recurso à medicina tradicional, em nada diminuía a afetação pela doença, pelo contrário, agrava-a, tornando a cura, por vezes, impossível, mas cuja prática faz parte de uma cultura bastante enraizada desta população.

Como já foi referenciado, a afluência diária de doentes foi significativa o que me proporcionou, desde o início, um atendimento multidisciplinar permitindo a integração de conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP. Em simultâneo, fui promovendo o treino do raciocínio clínico através do contacto com múltiplos casos clínicos, com quadros transversais às várias áreas da medicina dentária e medicina interna, particularidades de uma realidade bastante incomum em Portugal.

O Bloco Operatório

A possibilidade de integrar a equipa nos casos de intervenção no bloco operatório foi uma mais-valia deste estágio, pois foi possível participar, em algumas ocasiões como segunda ajudante. Esta participação permitiu o treino de uma aspiração individual (o ato cirúrgico) assim como a observação e/ou intervenção em pequenos atos, rotina comum de um bloco de cirurgia/patologia oral, mas prática ausente na minha formação no Mestrado Integrado em Medicina Dentária onde apenas foram abordadas numa perspetiva teórica. Destes casos salientam-se: a observação da indução anestésica, a entubação endotraqueal, a seleção do fio de sutura e da lâmina de bisturi adequada a cada caso, a desinfeção do campo operatório, a remoção de tumores faciais, a excisão de

rânulas, as cirurgias corretivas para encerramento da fenda palatina e lábio leporino, o bloqueio maxilo-mandibular com redução fechada, a extração de dentes inclusos, a excisão de epúlides congénita e a correção de defeitos labiais. (anexos 3 e 4)

Dos procedimentos cirúrgicos a que assisti/auxiliei há a destacar:

- A redução incruenta de uma fratura mandibular e sua estabilização, usando o sistema de fixação externa, empregando a colocação dos arcos vestibulares para união e posicionamento das arcadas maxilar e mandibular com o auxílio de elásticos;

- A extração de sisos inclusos, um tratamento efetuado diversas vezes em bloco operatório devido à falta de meios em ambulatório;

- A cirurgia de encerramento de lábio leporino e fenda palatina;

- A drenagem de angina de Ludwig com invasão mediastínica em doente seropositivo. (anexos 3 e 4)

Foi também possível acompanhar a evolução diária dos doentes em âmbito pré-cirúrgico e pós-operatório de cirurgia em bloco operatório. Foi-me possível auxiliar na realização de anamnese e exame objetivo, vivenciar a interpretação de exames complementares de diagnóstico, a elaboração dos registos clínicos, a discussão do plano terapêutico e de notas de alta. Neste âmbito específico foi possível compreender o que é expectável num pós-operatório considerado normal e reconhecimento de sinais de alarme, assim como contactar diretamente com doentes portadores de doenças infecciosas graves.

Cárie Dentária

Estima-se que mesmo nos países desenvolvidos a prevalência de lesões de cárie dentária em crianças em idade escolar se situe entre os 60% e os 90%.^{(4) (6)} Consideradas como grandes focos de infeção e potenciais causadoras de múltiplas patologias da cavidade oral, as lesões de cárie dentária amplificam de forma intensa a morbilidade dos portadores e incidência das doenças orais.

Ao longo do estágio foi possível verificar que, no cômputo geral, em todas as faixas etárias e classes sociais, a prevalência de lesões de cárie dentária era elevada e, na maioria dos casos, em estado muito avançado. As crianças era o grupo etário que mais padecia desta doença, com consequente compromisso da dentição definitiva, estimando-se que em Moçambique a prevalência de lesões de cárie dentária na dentição permanente, na população infantil seja de 39.9%.⁽⁶⁾

Na vertente das consultas, observou-se que as de lesões de cárie dentária eram a patologia mais frequente, apresentando mesmo números superiores à patologia oral. Ambos afetavam de

sobremaneira a população moçambicana e, mais grave que isso, eram potenciados exponencialmente pela procura frequente de tratamentos alternativos, assumindo a medicina tradicional, na grande maioria das vezes, um papel de destaque face aos demais. Este comportamento tão regular e transversal a uma grande camada da população, para além de não solucionar o problema, vinha, na grande maioria das vezes agravá-lo de tal forma que tornava a sua cura muito mais difícil e, em muitos casos impossível. Infelizmente, esta realidade acabou por acontecer em muitos casos que tratei durante o estágio no HCB. De referir também que habitualmente os pacientes que se deslocavam ao HCB para terem uma consulta de medicina dentária faziam-no, numa esmagadora maioria, em jejum. A justificação, baseada puramente em senso comum, era de que não era aconselhável a ingestão de alimentos antes das consultas.

Handicaps Estruturais

Várias foram as condicionantes observadas logo após um primeiro contacto com o HCB. Tendo em conta não existir qualquer dado que indique que esta se trate de uma exceção no contexto moçambicano, de facto, o HCB depara-se com obstáculos muito relevantes que condicionam a sua operacionalidade nos vários domínios.

De forma mais visível, sobressaiu o número de pacientes que se acumulam, de forma prolongada, em espaços limitados do HCB (salas de espera, corredores, etc.). É um fenómeno que naturalmente advinha principalmente, mas não só, da falta de pessoal médico e auxiliar aliado ao elevado volume de procura dos serviços. As consequências eram bem conhecidas: a demora no atendimento provocava longas filas de espera, salas de espera repletas e, mais grave do que isso, a acumulação de doentes/acompanhantes sentados ou até deitados no chão enquanto aguardavam. Também ao nível do número de camas disponível, é preciso referir que a Província de Sofala tinha em 2015 uma proporção do número de camas por habitante de 1:1000.⁽⁷⁾ Na linha deste indicador, denotou-se de facto um desgaste muito acentuado nas camas, colchões e lençóis.

Em muitos casos também se observou não haver separação dos doentes internados conforme a sua patologia. Por essa razão, entre outras, o sistema imunitário dos doentes ficava comprometido através do contacto direto com diversas patologias. Em Moçambique, por vezes era comum, devido à falta de camas e à grande afluência de doentes, que os pacientes com tuberculose estivessem internados na mesma ala que pacientes portadores de outras patologias, o mesmo acontecendo nas salas de espera para consultas.

Ao nível da falta de equipamentos e materiais necessários aos tratamentos, a situação era também preocupante. Ao longo do meu estágio convivi com essas dificuldades, dia após dia, as

quais tornaram esta experiência única e me proporcionaram uma vivência que só uma realidade como esta poderia dar.

Outro obstáculo com que me deparei foi a comunicação. Muito embora o Português seja a língua oficial em Moçambique, apenas uma minoria da população o domina. A compreensão dos dialetos e alguns termos nativos foi bastante complicada, dificultando inicialmente a comunicação com os doentes, principalmente os de zonas mais rurais que apenas se exprimiam dessa forma, tendo sido necessária a intervenção de outros doentes, acompanhantes ou outros colegas de trabalho que também, com alguma dificuldade, conseguiam descodificar o que o doente queria dizer, possibilitando a compreensão entre ambas as partes. Assim, foi perceptível que a barreira linguística era também um entrave ao acesso dos doentes aos serviços de prestação de cuidados de saúde.

Um outro aspeto prendeu-se com a abordagem clínica de doentes do sexo feminino em idade reprodutiva, de idosos e de portadores de doenças sistémicas. Foi uma aprendizagem bastante morosa, carecendo de algum traquejo por forma a ser possível deslindar possíveis patologias comuns e peculiares nesta franja populacional moçambicana. Por exemplo, era frequente as gestantes desconhecerem o seu estado ou não possuírem conhecimento acerca de possíveis complicações no feto ou na mãe. Já, nos grupos etários mais avançados, a omissão de informação pelo receio de que tal facto fosse um fator determinante na não obtenção de tratamentos era prática frequente. Também era comum a omissão de doenças sistémicas por alguns doentes, sendo que muitos deles careciam da toma diária de medicação para controlo das mesmas e/ou o incumprimento da posologia diária correta, por falta de meios económicos para a obtenção dos medicamentos, optando, em diversos casos, pela administração da medicação em dias alternados ou mesmo de dois em dois/ três em três dias. Tal ocorrência comprometia não só o estado de saúde geral do paciente, como condicionava a abordagem terapêutica e médico-dentária, acarretando uma grande responsabilidade para com o médico dentista. Facto é que caso este último ignorasse estas informações o impacto poderia ser gravíssimo para a saúde geral do doente e para complicações peri, intra e pós-operatórias associadas aos procedimentos médico-dentários.

Importa referir que, muito embora o frequente incumprimento da terapêutica estivesse sobretudo na dependência de contingências económicas por parte dos doentes, outro fator deve ser tido em conta: as ruturas de *stocks* de medicamentos nos serviços de saúde públicos. Tal facto devia-se quer à precariedade das instalações (que nem sempre tinham condições para armazenamento e preservação adequada dos mesmos), mas também à falta de produção, às falhas nas encomendas, às dificuldades logísticas ao nível dos transportes, ao não acompanhamento dos diferentes ritmos da procura, aos financiamentos inadequados e à falta de incentivos e de supervisão para

manutenção dos *stocks*. Estes dois últimos estavam intimamente relacionados com desvio dos medicamentos por parte de supervisores dos serviços de prestação de cuidados de saúde públicos, aquando do recebimento de novas reposições de *stocks*.⁽⁸⁾

O HCB dispunha de duas farmácias comunitárias acessíveis a toda a população, para que os doentes pudessem aviar as receitas prescritas durante as consultas e assim ter acesso à terapêutica farmacológica básica necessária, em troca de valores simbólicos (MZN 5,00 ≈ EUR 0,07). No entanto, pelo atrás exposto, era comum a escassez de medicamentos essenciais nestas farmácias, o que condicionava o tratamento das patologias e consequentemente aumentava a prevalência da morbidade que grande parte destas doenças acarretava. Os doentes com mais posses económicas conseguiam mais facilmente recorrer a farmácias privadas para aquisição dos fármacos, apesar dos seus elevados preços. Para os doentes de posses económicas menores, a falta de medicamentos tinha naturalmente os impactos negativos ao nível do tratamento, mas também na diminuição da confiança por parte dos doentes na qualidade da prestação dos cuidados de saúde. Surge aqui mais um fator catalisador da procura pela medicina tradicional, tema que irá ser abordado mais à frente.

Esta carência de meios para aquisição de, por exemplo, soluções com capacidade antimicrobiana para bochechos da cavidade oral, sendo a alternativa habitualmente utilizada o bochecho com água salgada, com consequentes lesões ao doente na maioria dos casos, desafiou à realização de alguma pesquisa bibliográfica assim como à abordagem de alguns profissionais de saúde, por forma a encontrar possíveis alternativas e diminuir os efeitos adversos do uso desse método. O objetivo era encontrar outro método, de acesso fácil tanto do ponto de vista económico bem como na sua obtenção, que apresentasse alguma capacidade antimicrobiana e em que a adesão dos doentes fosse satisfatória. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) relatam que entre 65% a 80% da população mundial recorre a plantas para fins terapêuticos devido à precariedade dos serviços de saúde ou devido à pobreza.⁽⁹⁾ Durante a pesquisa foi possível apurar, por exemplo, que o chá da folha da goiabeira apresenta propriedades antimicrobianas, sendo que em países tropicais é muitas vezes utilizada como antisséptico oral para tratamento de inflamações orais, controlo da placa bacteriana e tratamento da doença periodontal.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ Atendendo a essa realidade e à grande biodiversidade que Moçambique apresenta, esta foi uma opção alternativa e aconselhada aos doentes após extração dentária, tartarectomias, inflamações orais ou como ritual semanal para diminuição da flora microbiana presente na cavidade oral. Verificou-se inclusivamente alguma curiosidade e interesse por parte dos doentes que aderiram positivamente a essa alternativa como meio terapêutico. Foi-me possível verificar, após a implementação desta metodologia, uma melhoria ao

nível da inflamação da mucosa oral, assim como um súbito aumento da confiança do doente em relação a uma profissional médico-dentária estrangeira.

A Medicina Tradicional

Moçambique assume uma crença muito forte nos “médicos tradicionais”, vulgarmente designados de “curandeiros”, cuja influência e respeito que granjeiam lhes atribui um papel preponderante na sociedade. Para estes praticantes de medicina tradicional, as doenças são desencadeadas por ação de seres maléficos e, para que a cura seja alcançada, alegadamente necessitam da intervenção dos espíritos dos antepassados e da comunicação com entidades sobrenaturais. ⁽¹¹⁾ Estes tipos de crenças não se restringem apenas a grupos étnicos isolados ou rurais, mas sim a estruturas sociais mais amplas, manifestando-se até em alguns profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de saúde) que, a dado momento do insucesso dos tratamentos, incentivam a procura deste tipo de metodologias alternativas. Torna-se, pois, fácil de entender que, para um doente enfermo, cujos tratamentos estão a ser mais morosos, esta atitude por parte dos profissionais de saúde incentive a sua procura e prática.

Foi também comum observar doentes que apenas procuravam a medicina hospitalar após meses/anos de tratamentos infrutíferos nos curandeiros, chegando ao hospital extremamente debilitados e com a sua patologia num avançado estado evolutivo, apresentando lesões com dimensões exuberantes, em que nada mais poderia ser feito, pelo que acabavam por falecer no hospital. Outros ainda acreditavam que o trabalho do curandeiro no tratamento espiritual deveria ser realizado numa fase inicial, dado que, quando “completo”, seria uma garantia de que o tratamento cirúrgico iria ter sucesso. Importa referir, no entanto, que foram escassos os tratamentos médicos que surtiram efeito nestes doentes com patologias em estado tão avançado. ⁽¹²⁾

Finalmente, outras situações existiam em que se observou uma associação entre a medicina tradicional e a medicina hospitalar. Pelo impacto que me causou, julgo importante relatar um caso, tendo como objetivo principal alertar para as particularidades do exercício da medicina e em particular da medicina dentária em Moçambique, mas também para as consequências deste tipo de práticas na saúde do indivíduo e das populações. Compareceu na consulta de cirurgia maxilo-facial uma doente de meia-idade, diabética não controlada, apresentando uma osteomielite necrosante focal, com exposição extra oral de metade do corpo e ramo da mandíbula e múltiplos fragmentos radiculares. Foi necessário proceder ao internamento da doente para estabilização da diabetes e controlo da infeção. Após dois dias de internamento hospitalar, a equipa médica foi abordada por familiares no sentido de interromper os tratamentos para que fossem cumpridos alguns rituais de

medicina tradicional, junto da sua comunidade. A motivação desse pedido era a de, alegadamente, intensificar a cura da sua patologia. Pelo facto de a equipa médica não se rever nesses rituais, transmitiu ao doente e aos familiares as consequências que poderiam advir da interrupção dos tratamentos hospitalares e da prática dos ditos rituais não-convencionais. Desta forma, demarcaram-se ética e clinicamente, respeitando, no entanto, as crenças e costumes daquela família, que assumiu toda a responsabilidade do que poderia resultar daí para a frente. Ficou combinado que o doente dever-se-ia apresentar no hospital entre a sexta-feira e domingo seguintes. No entanto, como é habitual nestas situações, o doente voltou ao HCB uma semana mais tarde que o combinado, resultando este atraso um retrocesso total no processo de recuperação. A paciente, embora mais debilitada do que o estado em que se encontrava quando deixou o HCB para iniciar os rituais de medicina tradicional, conseguiu sobreviver. No entanto, os tratamentos tiveram que ser reiniciados, pois todo o trabalho feito anteriormente fora perdido, tendo com isso uma recuperação muito mais morosa.

O VIH

De todas as adversidades que senti ao longo do estágio, o constante contacto com pacientes portadores de VIH foi, sem dúvida, das situações mais preocupantes. Para que seja possível transmitir o impacto dos receios e angústias que esse aspeto me causou, considero relevante fazer uma breve abordagem ao panorama do índice de prevalência da infeção pelo VIH que afeta, em geral, a população moçambicana, e particularmente na cidade da Beira.

A infeção por VIH acomete uma grande percentagem da população africana, estimando-se que dos 34 a 46 milhões de infetados a nível mundial, mais de metade estão registados no continente africano (25 a 28.2 milhões). ⁽¹⁾ ⁽¹²⁾ A região subsariana do continente africano detém os maiores índices de prevalência e, dentro desta, as regiões Austral e Oriental exibem os índices mais elevados, sendo que Moçambique está incluído, apresentando um índice de prevalência de VIH de 15%. Neste contexto socio-económico-cultural, esta epidemia está intimamente associada ao alto índice de pobreza, ao baixo índice de desenvolvimento humano, à fome, à malária, às doenças oportunistas (pneumonia e tuberculose), à poligamia e aos costumes tradicionais. Não existe uma distribuição homogénea no território moçambicano no que respeita à prevalência da infeção pelo VIH, sendo que a maior incidência se encontra na zona Centro e Sul do País. A província de Sofala (zona centro), na qual se inclui a cidade da Beira e o “corredor da Beira”, apresentam valores de prevalência da doença de 18,7%. A maior percentagem de casos de infeção pelo VIH ocorre

na população jovem e em idade reprodutora (15-39 anos), sendo que em 10% dos casos a via de transmissão é materno-fetal. ⁽¹⁾ ⁽¹²⁾

O médico dentista encontra-se numa posição muito privilegiada no que concerne ao diagnóstico precoce de doenças que acometem todo o organismo, pois qualquer comprometimento de uma parte do corpo pode apresentar como primeiros sinais clínicos da doença, manifestações orais. As infeções pelo VIH, tão frequentes na população observada, não foram exceção, sendo possível através da cavidade oral diagnosticar também outras doenças como a diabetes e cancro oral. De referir que as lesões mais observadas dentro da patologia oral foram a candidíase, a queilite angular, a gengivite ulcerativa necrosante focal, a periodontite ulcerativa necrosante, as lesões por herpes simplex, o sarcoma de Kaposi, as lesões ulceradas e a xerostomia. (anexos 4 e 5)

A abordagem médica a estes doentes portadores de doenças infecciosas não era simples do ponto de vista psicológico. Não só pela dificuldade em transmitir a um doente que padecia de uma doença sem cura que iria condicionar o seu estado de saúde e criar limitações críticas a médio/longo prazo que aumentariam a sua morbilidade, o próprio receio da incapacidade de acesso aos tratamentos anti-retrovirais (TARV) e do preconceito social gerado em torno da doença. Não só os doentes, que desconheciam serem portadores da patologia, temiam a exclusão social, mas também os próprios doentes conhecedores do seu estado de saúde omitiam essa informação, por temerem uma abordagem preconceituosa por parte da comunidade médica. Embora a abordagem destes temas fosse mais penosa para o doente, a tarefa do profissional de saúde em comunicar a este e aos familiares que padecia de uma doença incurável, ou um cancro inoperável, também sofria uma carga psicológica bastante forte.

Obstáculos à Prática Clínica

A falta de água, de eletricidade e de combustível, este último para o funcionamento dos geradores (prioridade para o bloco operatório e cuidados intensivos), era uma ocorrência comum, impossibilitando alguns tratamentos. O armazenamento de água em baldes, com a sedimentação do matope (lodo endurecido, onde se desenvolvem os mangais), deixava a mesma imprópria para os momentos de necessidade. Face a isto, era muito frequente os doentes fazerem-se acompanhar da sua própria garrafa de água. A falta de eletricidade não tinha e não tem, neste momento forma de ser contornada, levando ao frequente adiamento das consultas e condicionando a conclusão adequada dos tratamentos em curso.

Os equipamentos disponíveis, nomeadamente as cadeiras médico-dentárias, não gozavam da total capacidade das suas funções, como por exemplo a de aspiração, posições ergonómicas e irrigação, o que acarretava um esforço muito superior para a realização dos tratamentos. Estas limitações não só se traduziam no prolongamento dos tratamentos em várias consultas, mas também na criação de técnicas/planos que visavam ultrapassar essas dificuldades, possibilitando a realização dos referidos procedimentos médico-dentários a prazo. Embora os equipamentos sejam fruto de doações relativamente recentes, foi visível que os mesmos não foram instalados por técnicos qualificados e conhecedores do seu funcionamento.

A acessibilidade a uma simples radiografia para observação, diagnóstico e decisão de tratamento que é determinante em Portugal, em Moçambique possui diversos entraves. A título de exemplo, embora cada gabinete dispusesse de um equipamento de Raio-X (Rx), nem todos estavam operacionais. A falta de películas, as condições deficitárias para a revelação das mesmas, a inexistência de uma sala adequadamente isolada por forma a garantir a proteção dos profissionais de saúde e doentes das radiações libertadas por estes aparelhos, condicionava, na maioria das vezes, um diagnóstico claro. A realização de ortopantomografia necessitava, ao nível de procedimento interno, de uma requisição específica e de um motivo relevante. No entanto, o critério para autorização desse meio auxiliar de diagnóstico era frequentemente demasiado limitativo, e assim também o adequado diagnóstico e a qualidade da assistência oferecida eram deficitários.

Como já relatado anteriormente, a elevada afluência diária de doentes e os poucos instrumentos disponíveis para a execução dos vários tratamentos, complicavam a sua gestão e aplicabilidade ao longo das consultas. Para minimizar o uso de instrumental esterilizado, nas triagens, era recorrente o uso de espátulas de madeira. Aquando da necessidade de um instrumento que não existia ou cujo *stock* disponível já tivesse sido esgotado, improvisava-se com outros instrumentos, com o mesmo resultado final, mas com menos eficiência em termos de demora no tratamento.

A escassez de materiais consumíveis levou, por vezes, à interrupção de alguns tratamentos. A falta de resinas compostas, de ácido ortofosfórico, de sistema adesivo, de amálgama, de anestésico local, por vezes era originada pela dificuldade em adquirir estes materiais que eram importados e estavam sujeitos a elevadas oscilações cambiais, dificultando e por vezes impossibilitando a sua aquisição. Nestas ocasiões, recorreu-se frequentemente ao meu próprio material, trazido de Portugal, caso contrário os doentes ficariam impedidos de ser tratados por falta dos mesmos.

Conclusão

Moçambique e os Moçambicanos tornaram esta experiência única e enriquecedora, quer do ponto de vista académico quer do ponto de vista pessoal.

Julgo que a vertente humana é aquela que se revestirá de maior valor, em termos de ensinamento para o futuro. Efetivamente, no decorrer do estágio, foi extremamente gratificante perceber o impacto que o acompanhamento cuidadoso e interessado dos doentes, pode ter, na resolução de uma patologia. A importância do interesse e preocupação com o doente por parte da equipa médica, a preocupação na integração do doente na sociedade, a transmissão de que, independentemente da situação social e económica, ele era a nossa prioridade, foram ensinamentos de excepcional valor que tive oportunidade de recolher ao trabalhar numa situação de extrema fragilidade social.

Numa perspetiva profissional, ao estagiar num hospital central de um país subdesenvolvido como Moçambique, pude contactar com patologias no âmbito da medicina dentária e patologia oral, mais exuberantes e sobretudo mais raras (ou até já inexistentes), quando se considera a realidade ocidental. Por outro lado, pude acompanhar e colaborar num trabalho de equipa, desenvolvido em condições de precaridade extrema, quer socioeconómica e cultural quer de meios físicos e técnicos, avaliando doentes que eram verdadeiros desafios pois não só eram portadores de enfermidades múltiplas, como tinham acesso difícil ao tratamento e aos serviços.

Este estágio consolidou conhecimentos básicos para a realização de uma anamnese mais diligente, tendo em conta a comunicação atenta e cuidada com doentes que se exprimiam maioritariamente em dialeto. O treino da avaliação do estado geral do doente, a aprendizagem do estabelecimento da relação médico-doente e o manejo da terapêutica em situações tão complicadas, como a falta de medicamentos disponíveis nas farmácias comunitárias e a falta de meios para a sua aquisição em farmácias privadas, foram desafios difíceis de esquecer.

Em Moçambique, consegui melhorar aptidões de comunicação com o doente, formas de estabelecimento de uma relação médico-doente sólida e abordagem da pessoa como um todo, valorizando as suas queixas, respeitando as suas crenças, procurando entender os seus receios e sentimentos, dando importância ao contexto bio-psico-social. Destaco a vivência de situações que não vêm descritas na literatura, como por exemplo, lidar com a angústia sentida perante a doença grave dos familiares ou do próprio doente e não possuir quaisquer meios para a diminuir ou eliminar.

Bibliografia

1. United Nations Development Programme. Human Development Report 2016: Human Development for Everyone. ; 2016.
2. Weimer B. Saúde para o povo? Para um entendimento da Economia Política e das dinâmicas da descentralização do sector da Saúde em Moçambique. In Moçambique: Descentralizar O Centralismo? Economia, Política, Recursos e Resultados. Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos; 2012. p. 423-456.
3. Miltano F, Ventura C, Lima Md, Balegamire J, Palha P. Direito à Saúde: (in)congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016;(24).
4. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Espinan-Day S, Ndaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization. 2005 September; 83(9).
5. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico. Maputo;; 2015.
6. Coimbra F, Mendes S, Bernardo M. Prevalência e gravidade de cárie dentária numa população infantil de S. Tomé. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2013; 54(1): p. 20-26.
7. Ministério da Saúde - Direcção de Planificação e Cooperação. Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019. Maputo;; 2013.
8. Wagenaar BH, Gimbel S, Hoek R, Pfeiffer J, Michel C, Manuel JL, et al. Stock-outs of essential products in Mozambique - longitudinal analyses from 2011 to 2013. Tropical Medicine & International Health. 2014 July; 19(7).
9. Iha SM, Migliato KF, Velloso JCR, Sacramento LVS, Pietro RCLR, Isaac VLB, et al. Estudo fitoquímico de goiaba (*Psidium guajava* L.) com potencial antioxidante para o desenvolvimento de formulação fitocosmética. Revista Brasileira de Farmacognosia. 2008 Jul/Set; 18(3): p. 387-393.
10. Juiz PJJ, Alves RJC, Barros TF. Uso de produtos naturais como coadjuvante no tratamento da doença periodontal. Revista Brasileira de Farmacognosia. 2010 Jan/Mar; 20(1): p. 134-139.
11. Um olhar sobre a realidade de Moçambique: a enfermagem e a saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008 Jan-Fev; 61(1): p. 98-102.
12. Passador LH, Thomaz OR. Raça, sexualidade e doença em Moçambique. Revista de Estudos Feministas. 2006 Janeiro-Abril; 14(1): p. 263-286.

Anexo 1 - Infraestruturas do Hospital Central da Beira (HCB), Moçambique.



Figura 1- Entrada principal do Hospital Central da Beira (HCB), Moçambique.



Figura 2 - Entrada lateral do HCB e edifício da direcção.



Figura 3 - Bloco principal/ Enfermarias.



*Figura 4 - Medicina IV, enfermaria de cirurgia maxilo-facial e neurocirurgia.
(Fotografia captada em horário de almoço para maior privacidade dos doentes).*

Anexo 2 - Infra-Estruturas do Serviço de Estomatologia



Figura 5 - Entrada principal do departamento de estomatologia.



Figura 6 - Sala de espera do departamento de estomatologia. (Fotografia captada em horário de almoço para maior privacidade dos doentes).



Figura 7 - Entrada da sala de espera exterior do departamento de estomatologia.



Figura 8 – Entrada de serviço do departamento de estomatologia.



Figura 9 - Sala de consultas de medicina dentária.



Figura 10 - Sala de consultas de medicina dentária.



Figura 11 - Gabinete de Diagnóstico e patologia oral.

Anexo 3 – Infra-estruturas do Bloco Operatório



Figura 12 - Sala 3 - Bloco Operatório de cirurgia maxilo-facial. (Preparação de doente para Cirurgia).



Figura 13 - Sala 3 - Bloco Operatório de cirurgia maxilo-facial. (Preparação de doente para Cirurgia).



*Figura 14 - Sala 3 - Bloco Operatório de cirurgia maxilo-facial.
(Instrumentista durante a preparação do material para iniciar a cirurgia).*

Anexo 4 -Casos observados na enfermaria, consulta de patologia oral e bloco operatório.



Figura 15 - Fenda Lábio Palatina unilateral, paciente com 6 meses de idade, momento pré-cirúrgico de correção da fenda labial.



Figura 16 - Fenda Lábio Palatina unilateral, paciente com 6 meses de idade. Fenda palatina será corrigida 6 meses após correção da fenda labial.



Figura 17 e 18 - Fenda Lábio Palatina unilateral, paciente com 6 meses de idade, momento pré e pós cirúrgico de correção da fenda labial. (Paciente ainda com intubação endotraqueal).



Figura 19 e 20 - Fenda Lábio Palatina unilateral, paciente com 6 meses de idade. (Momento pós-cirúrgico e cicatrização de 15 dias de evolução após correção da fenda labial).

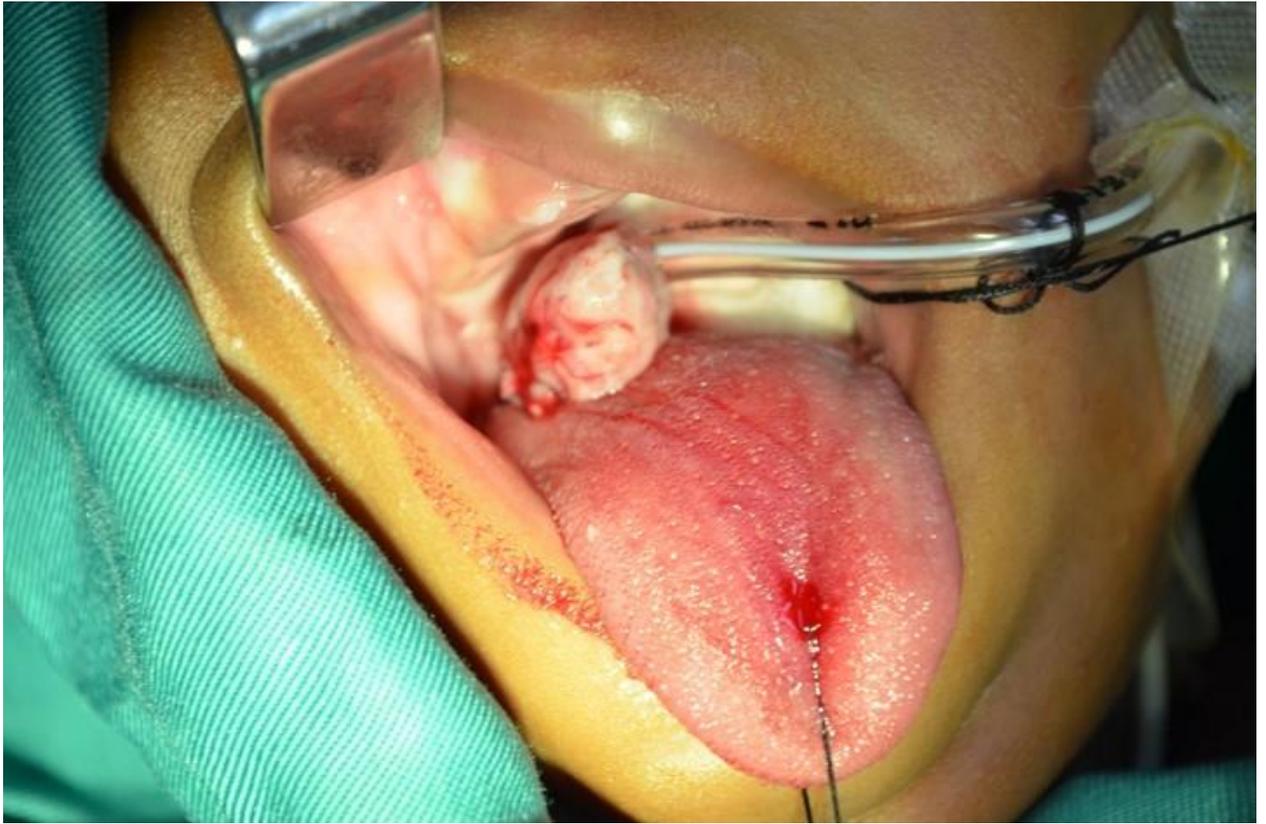


Figura 21 - Epúlide Congénita, paciente com 8 meses de idade, cirurgia para remoção da lesão e peça cirúrgica.



Figura 22 - Epúlide Congénita, paciente com 8 meses de idade, cirurgia para remoção da lesão e peça cirúrgica.

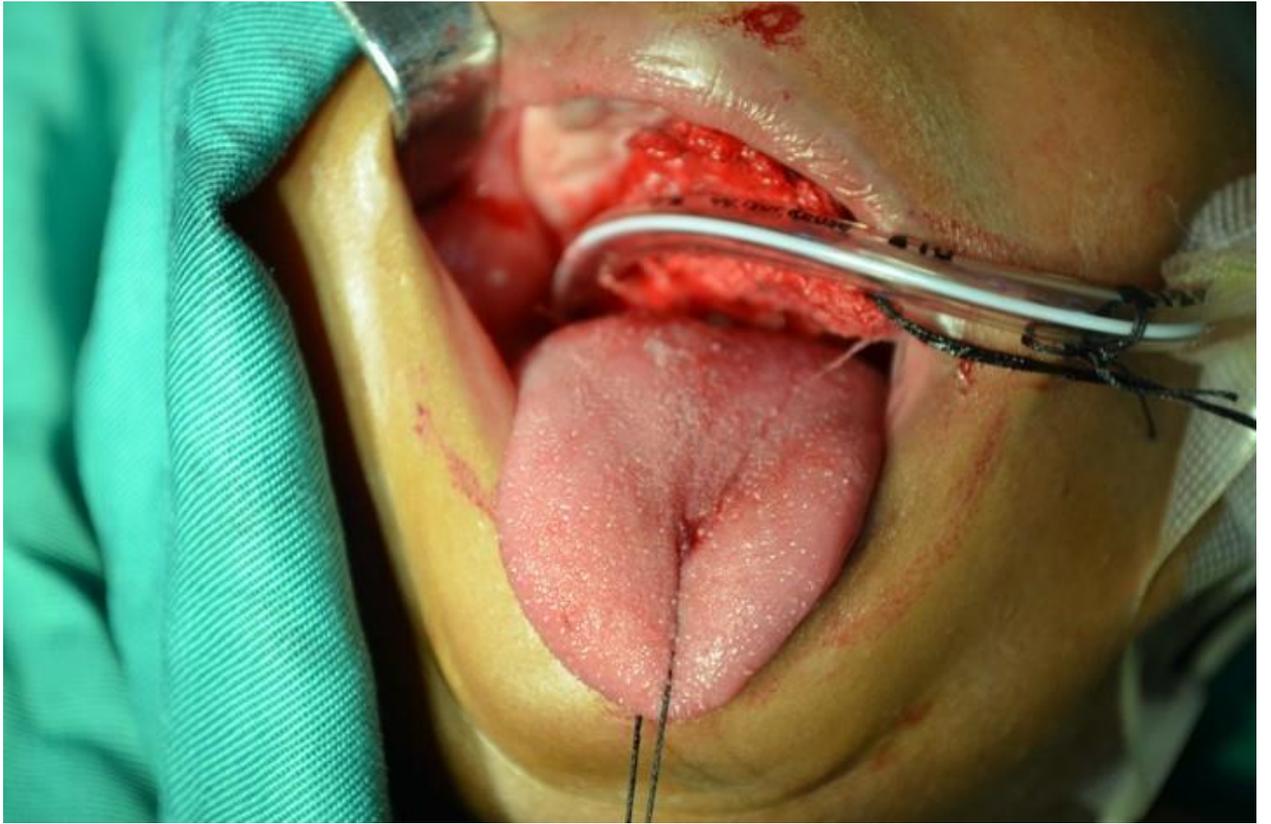


Figura 23 - Epúlide Congénita, paciente com 8 meses de idade (aspeto da língua após remoção da lesão).



Figura 24 - Epúlide Congénita em paciente com 8 meses de idade (peça cirúrgica após remoção cirúrgica).

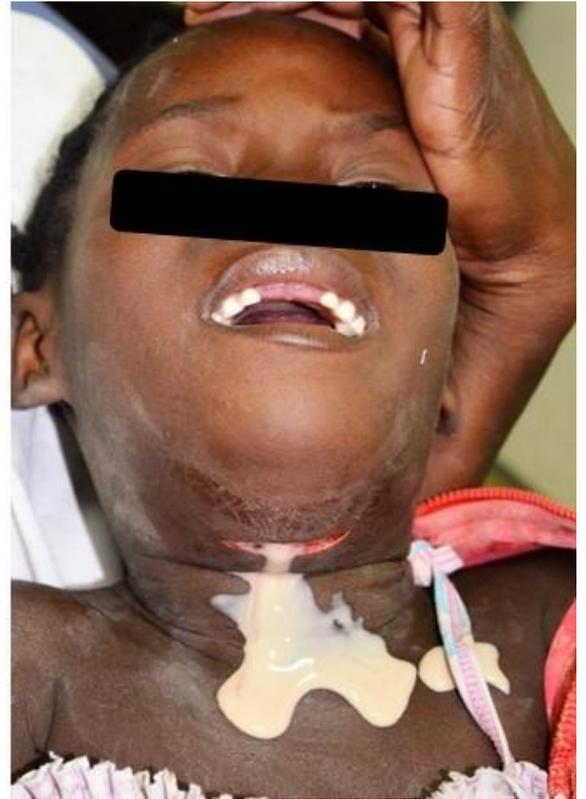


Figura 25 - Drenagem de angina de Ludwig. (Criança de 7 anos de idade, apresentava desnutrição e múltiplos dentes cariados).

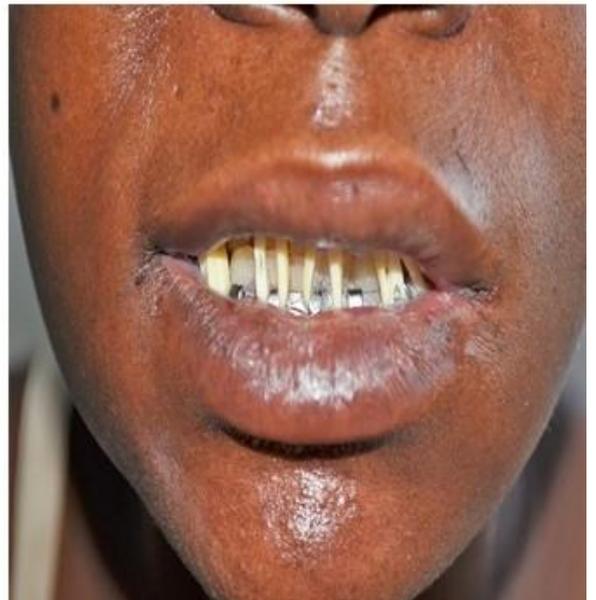
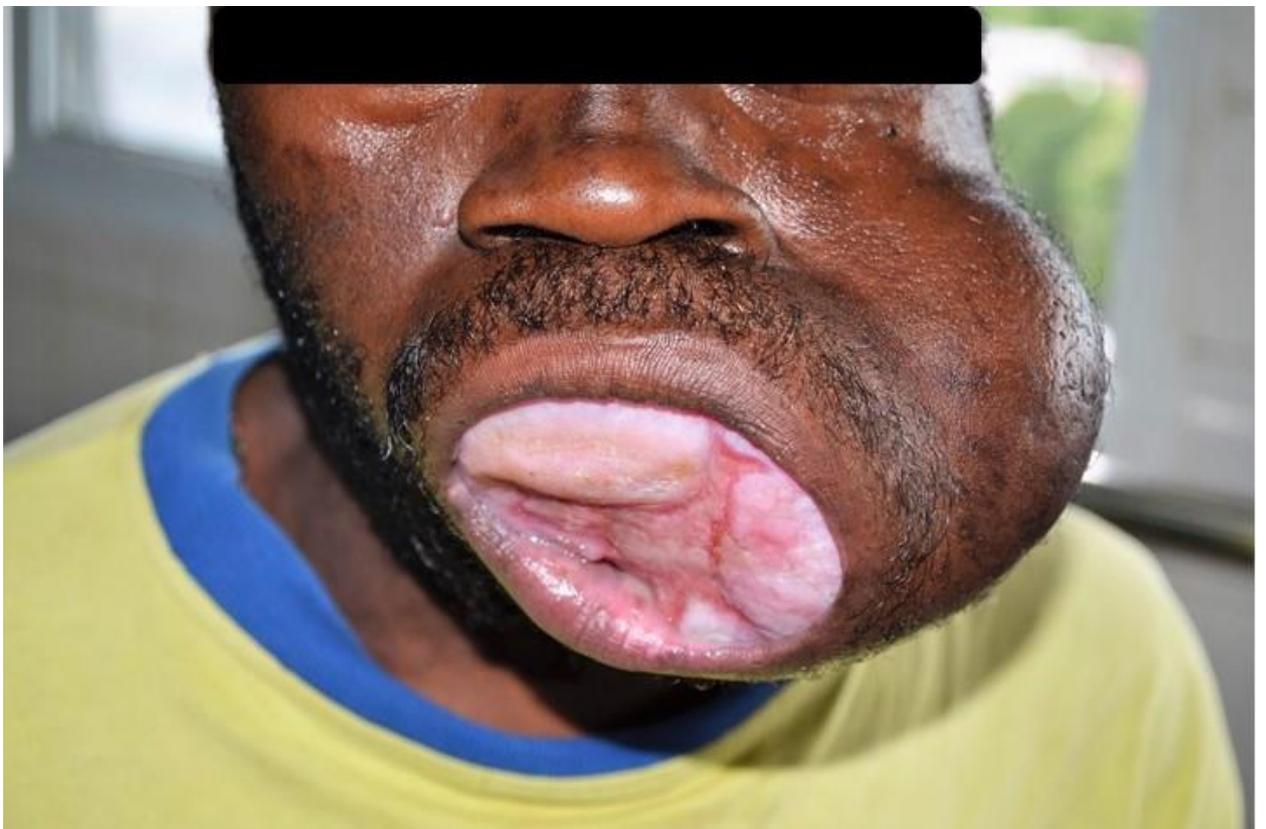


Figura 26 e 27 - Pós-operatório de fratura mandibular unilateral. Técnica aplicada: bloqueio maxilo-mandibular com barras vestibulares de Erich e elásticos.



Figura 28 e 29 - Fibroma odontogénico periférico (vista frontal e vista de perfil).



*Figura 30 - Fibroma odontogénico periférico.
(Evolução da lesão durante 3 anos, paciente procurou a medicina tradicional antes de recorrer ao HCB).*



Figura 31 e 32 - Odontoblastoma.



*Figura 33 e 34 - Sarcoma de Kaposi.
(Pacientes, VIH positivo, sem tratamento antirretroviral, (TARV)).*

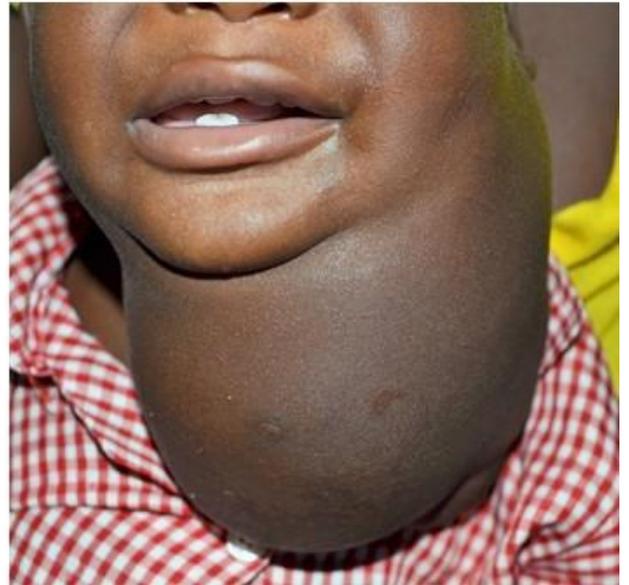


Figura 35 e 36 - Higroma Cístico/Linfangioma, paciente com 6 meses de idade.



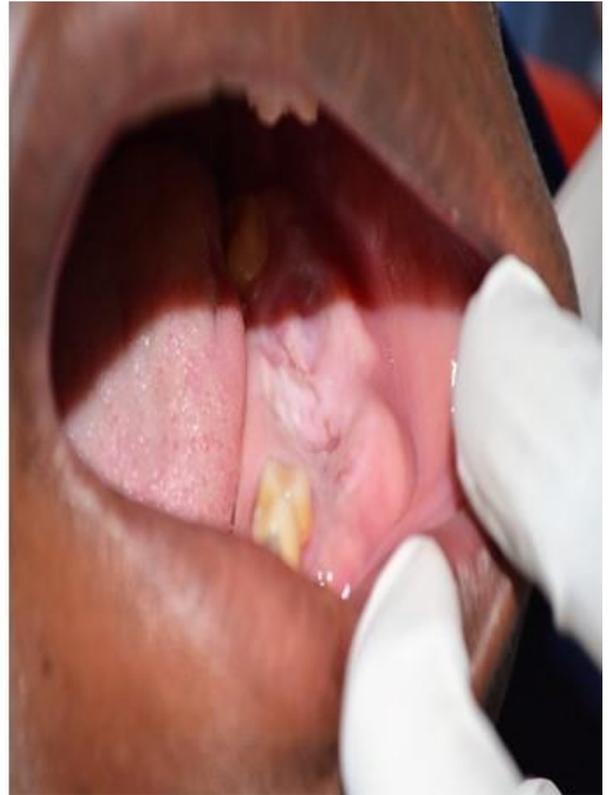
Figura 37- Higroma Cístico/ Linfangioma, paciente com 6 meses de idade. (Patologia não diagnosticada durante os exames pré-natais).



Figura 38 - Carcinoma muco-epidermoide.



*Figura 39 - Carcinoma muco-epidermoide.
(Recolha fotográfica antes da biopsia incisional para estudo anatomopatológico).*



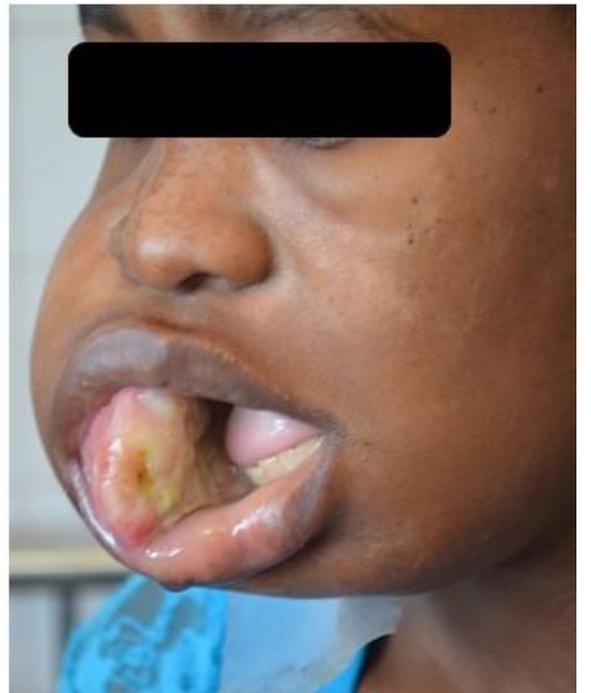
*Figura 40 e 41- Ameloblastoma mandibular.
(Paciente procurou a medicina tradicional antes de recorrer ao HCB).*



*Figura 42 - Invasão mediastínica de Paciente com angina de Ludwig e coinfeção de VIH.
(Paciente apenas permitiu recolha fotográfica de lesão na zona mediastínica).*



Figura 43 e 44 - Adenocarcinoma polimórfico de baixo grau.



*Figura 45 e 46 - Adenocarcinoma polimórfico de baixo grau.
(Lesão de progressão muito rápida).*



Figura 47 e 48 - Fasciíte necrosante em paciente de 8 meses de idade. (VIH positivo, transmissão materno-fetal, apresenta desnutrição infantil).

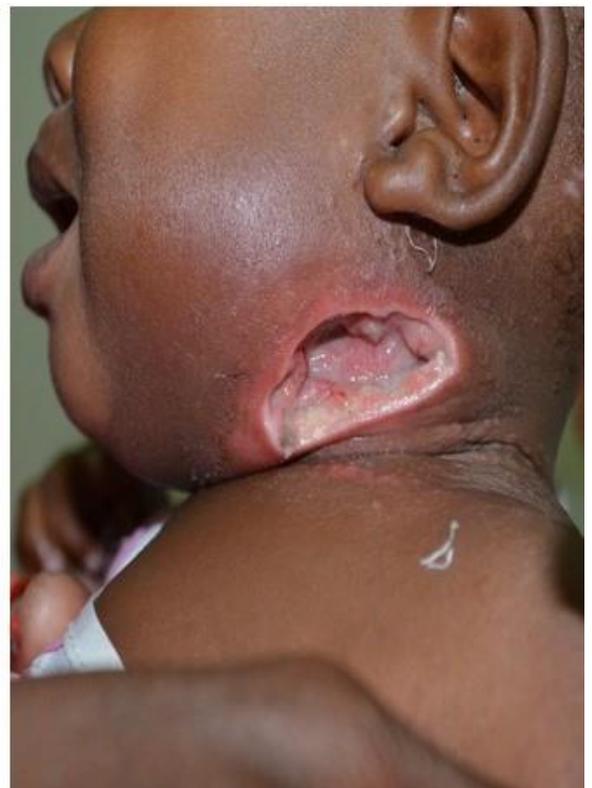


Figura 49 e 50 - Fasciíte necrosante em paciente de 8 meses de idade. VIH positivo, transmissão materno-fetal, apresenta desnutrição infantil. (Desbridamento da lesão, antibioterapia endovenosa e reencaminhamento para área da nutrição).



Figura 51 - Celulite facial após extração dentária em paciente de 11 anos.

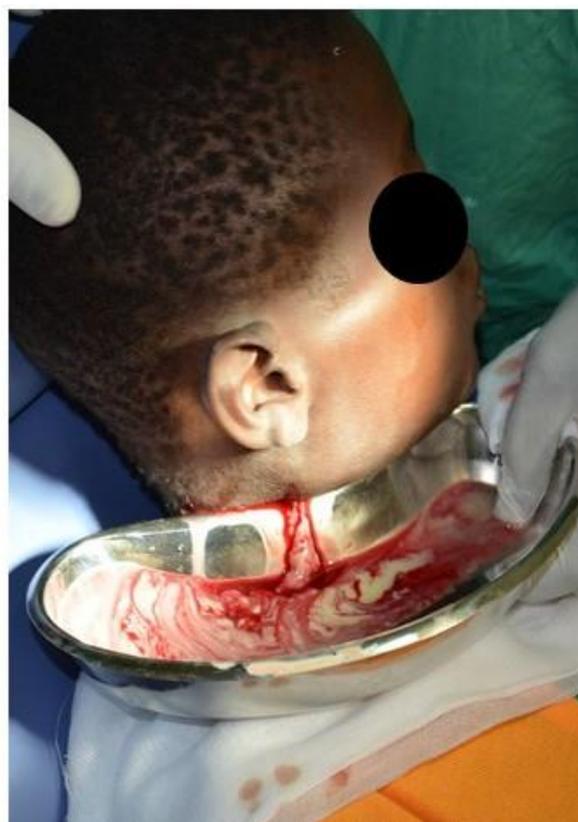


Figura 52 e 53 - Celulite facial após extração dentária em paciente de 11 anos. Necessária drenagem extra oral, note-se que na zona temporal existe uma proeminência devido á acumulação de prurido.

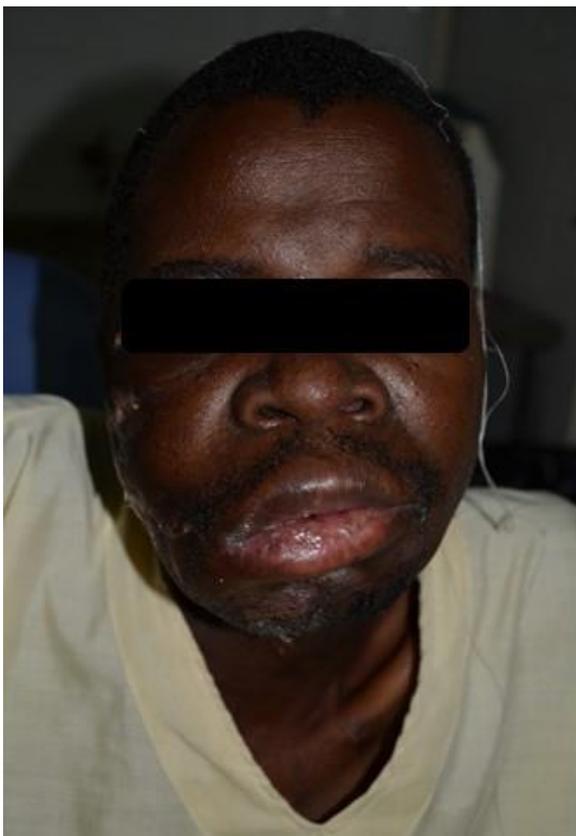


Figura 54 e 55 - Lesão facial com remoção de metade da orelha e fratura mandibular provocada por trauma de uma catana.



Figura 56 - Lesão facial e fratura mandibular provocada por trauma de uma catana. Bloqueio maxilo-mandibular com barras vestibulares de Erich e elásticos.



Figura 57 e 58 - Abscesso dentário, administração anestésica para drenagem extra-oral.



Figura 59 - Abscesso dentário, drenagem extra-oral.

Anexo 5 – Casos de relevância, tratados durante as consultas de Estomatologia e Medicina Dentária



Figura 60 - Tratamento efetuado noutra Província onde não foi removida a lesão de carie e não foi preservado o espaço inter-proximal.



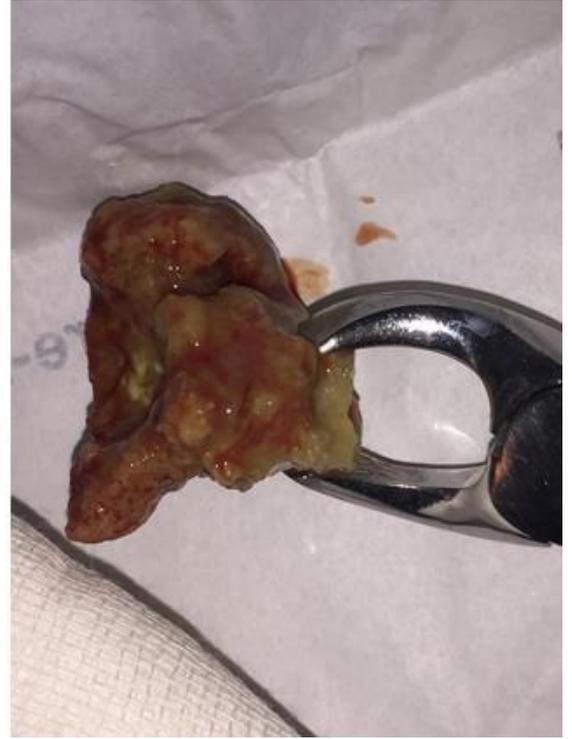
Figura - 61 - Restauração estética de correção de tratamento efetuado noutra Província.



Figura 62 e 63 - Acumulação de tártaro em todo o 3º quadrante. Portadora de VIH positivo, evolução de dois anos antes do tratamento, não efetua tratamento antirretroviral (TARV). (Após tartarectomia, presença de necrose óssea).



Figura 64 - Acumulação de tártaro em todo o 3º quadrante. Portadora de VIH positivo, evolução de dois anos antes do tratamento, não efetua tratamento antirretroviral (TARV). (Lesão extra-oral).



*Figura - 65 e 66 Tumefação intra e extra oral, no 1º quadrante, evolução de 1 ano.
Extração de peça dentária unida a trabécula óssea necrótica.*

Anexo 6 – Tabela de registo de atividades.

Tabela 1 - Atos clínicos efetuados ao longo do estágio clínico.

De 19/10/2016 a 4/11/2016 houve uma diminuição no fluxo de consultas atendidas devido ao Estágio em Cirurgia IV dos alunos do 4º Ano de Medicina Dentária do ISCTAC aos quais prestei auxílio. A identidade dos pacientes foi ocultada.

Data	Idade	Atos Clínicos	Observações
08-08-2016		Início do Estágio clínico	
08-08-2016 a 08-09-2016		Acompanhamento de cirurgias e consultas de patologia oral	
09-09-2016		Início das consultas no departamento de Estomatologia	
09-09-2016	9	Exodontia dente 55	
09-09-2016	18	Triagem	
09-09-2016	6	Exodontia dente 76	
09-09-2016	30	Exodontia dente 48	
09-09-2016	61	Exodontia dente 46, tartarectomia e aplicação tópica de fluor	
09-09-2016	41	Prescrição de Antibioterapia	Abcesso odontogénico
12-09-2016	5	Reencaminhamento para Maxilo - Facial	
12-09-2016	9	Prescrição de Antibioterapia	
12-09-2016	41	Exodontia dente 38	
12-09-2016	49	Exodontia dente 45	
12-09-2016	19	Restauração com OZE	
12-09-2016	79	Prescrição de análises gerais, antibioterapia e Rx	Idosa
12-09-2016	18	Exodontia dente 15	
12-09-2016	41	Exodontia dente 27	
12-09-2016	59	Exodontia dente 48	
13-09-2016		Bloco operatório	
14-09-2016	32	Exodontia FR 35, 36, prescrição de antibioterapia	
14-09-2016	24	Exodontia dente 26	
14-09-2016	38	Exodontia dente 48	Natural das Filipinas
15-09-2016	37	Exodontia dente 12	
15-09-2016	29	Prescrição de antibioterapia	
15-09-2016	35	Restauração a OZE dente 36, aplicação tópica de flúor	
15-09-2016	36	Prescrição de exames médicos	HTA não controlada
15-09-2016	27	CD irreversível dente 48	Jejum (risco)
15-09-2016	79	Exodontia FR 27	Idosa
16/092016	26	Exodontia dente 11	Mobilidade grau II
16/092016	27	Exodontia FR 26	
16/092016	32	Exodontia dente 24	

16/09/2016	27	OZE dente 48	Gestante no 2º trimestre
19-09-2016		Bloco operatório	
20-09-2016	22	Tartarectomia	Diabética
20-09-2016	24	Exodontia dente 17	
20-09-2016	19	Prescrição de antibioterapia	
21-09-2016	33	Restauração estética dente 12	Hipertiroidismo
21-09-2016	21	CD dente 48 – prescrição antibioterapia	
21-09-2016	28	Prescrição de hemograma, profilaxia	Hemofílico
21-09-2016	43	Tartarectomia	PPR Superior
22-09-2016	32	Exodontia FR 18	
22-09-2016	25	Tartarectomia	
22-09-2016	59	Prescrição antibioterapia	
22-09-2016	20	Restauração a OZE dente 47	
22-09-2016	31	Tartarectomia	
22-09-2016	39	Tartarectomia	
23-09-2016		Bloco operatório	
26-09-2016		Feriado Nacional	
27-09-2016	73	Exodontia dente 38	
27-09-2016	22	Restauração estética com Resina composta, dentes 11e 21	
27-09-2016	22	Prescrição de Anti-inflamatório por erupção 38, Rx	
27-09-2016	39	Prescrição de termoterapia e Rx	Trismos associado a erupção dente 48
27-09-2016	37	Prescrição antibioterapia, CD 31	
27-09-2016	29	Prescrição antibioterapia	
28-09-2016	59	Prescrição antibioterapia	Não tomou medicação anterior
28-09-2016	19	Exodontia de FR 21e	
28-09-2016	35	Exodontia 14	
28-09-2016	40	Tartarectomia e polimento de dente	
28-09-2016	9	Exodontia dente 73	
29-09-2016	74	Prescrição antibioterapia FR intra-ósseo	Idoso
29-09-2016	66	Restauração estética dente 21 e 11	
29-09-2016	74	OZE dente 24	
29-09-2016	22	Granuloma piogénico, prescrição antibioterapia	Recluso
29-09-2016	45	Fratura dentária	Adiou consulta
30-09-2016	12	Abcesso dentário, prescrição antibioterapia	
30-09-2016	35	Trigger points, prescrição de termoterapia e exercícios de miorelaxamento	
30-09-2016	72	Exodontia de FR 12	HTA controlada
30-09-2016	19	Restauração OZE dente 37	
30-09-2016	21	Sensibilidade dentária, recomendação de alimentação saudável e instruções de Higiene Oral	
03-10-2016	21	Tartarectomia, Flúor tópico	
03-10-2016	20	Exodontia FR, encaminhamento para Maxilo-facial, prescrição antibioterapia, fístula facial	

03-10-2016	18	Instruções de HO aplicação tópica de flúor	
04-10-2016		Feriado Nacional	
05-10-2016	25	Prescrição de antibioterapia	
05-10-2016	29	Exodontia dente 16	
05-10-2016	38	Restauração a resina composta 36	
05-10-2016	40	Abcesso odontogénico c/ supuração ao toque, prescrição de antibioterapia	
06-10-2016	17	Prescrição de antibioterapia	
06-10-2016	34	Exodontia de FR 24	
06-10-2016	19	Exodontia dente 16	
06-10-2016	44	FR todo 1ºQ tumefação bilateral palatina, Rx, reencaminhamento para Maxilo-facial, prescrição antibioterapia	
06-10-2016	24	Prescrição de antibioterapia e termoterapia, limitação da abertura da boca	Histórico de Luxação mandibular após Exodontia
06-10-2016	74	Limpeza de alvéolo, remarcar nova consulta	
07-10-2016	38	Exodontia dente 36	
07-10-2016	14	Exodontia dente 64, reencaminhamento para ortodontia	
07-10-2016	10	OZE dente 46	
07-10-2016	56	Fibroma traumático por prótese	Natural da Rep. Democrática do Congo
07-10-2016	32	Dente 48 com formação de tecido necrótico e cheiro fétido, Rx e antibioterapia	Reencaminhada do Centro de Saúde do Macurungo; Exodontia de dente incluso sem sucesso
07-10-2016	20	OZE dente 15	
10-10-2016	6	Tumefação infra lingual, Diag prov. Rânula. Reencaminhado para Maxilo Facial	Suspeita de varicela e VIH
10-10-2016	7	Prescrição de antibioterapia	
10-10-2016	42	HTA alta, volta dia 14/10/2016	
10-10-2016	32	Exodontia dente 18	
10-10-2016	35	Remoção de espicula óssea apos Exodontia	
10-10-2016	20	Erupção dolorosa de dente 48, Rx	
10-10-2016	21	CD 24	Tratamento não efectuados por falta de água no HCB
11-10-2016	28	CD + FR múltiplos, prescrição e antibioterapia	
11-10-2016	53	Infeção intra e extra oral, prescrição antibioterapia	
11-10-2016	23	Infeção dentária, prescrição de antibioterapia	
11-10-2016	40	Sisos indicados para Exodontia	Dia sem água no HCB
11-10-2016	36	Prescrição de antibioterapia	
11-10-2016	22	Múltiplos FR com Infeção associada, Prescrição de antibioterapia	
12-10-2016	47	Check-up	
12-10-2016	18	CD 48,38, antibioterapia	
12-10-2016	8	Exodontia dente 54	
12-10-2016	29	Remoção de espicula óssea limagem de osso	
12-10-2016	25	Check-up	

12-10-2016	26	Substituição de OZE por amálgama	Dia sem água no HCB
12-10-2016	81	Reencaminhamento para Maxilo facial	
12-10-2016	56	Biopsia excisional de fibroma traumático por prótese	Peça cirúrgica enviada para anatomia patológica
13-10-2016	21	OZE 36	
13-10-2016	18	CD dente 18 e 38, Rx	
13-10-2016	12	OZE 74	
13-10-2016	18	Restauração estética a resina composta dente 11	
14-10-2016	19	CD dente 36	Dia sem água no HCB
14-10-2016	22	Observação da OZE	
14-10-2016	30	Exodontia dente 36	
14-10-2016	33	Exodontia dente 25	
17-10-2016		Bloco operatório	
18-10-2016		Bloco operatório	
19-10-2016	25	Observação de Rx, trauma acidental da face	Dente 11 com mobilidade Grau II
19-10-2016	32	OZE dente 45	
19-10-2016	22	Observação de Rx, problemas na ATM	
20-10-2016	24	Restauração estética dos dentes 11 e 12 duas faces (M e D), impressão em alginato dos dentes anteriores, (possível colocação de espigão e coroa de acetato)	Dentes muito frágeis com cáries muito extensas e profundas, possível fratura futura.
21-10-2016	21	Restauração definitiva a amálgama	
21-10-2016	28	Prescrição de antibioterapia	Dores após Exodontia
21-10-2016	29	Observação, alteração da coloração da mucosa oral	Reencaminhada para Maxilo- Facial
21-10-2016	12	Observação da erupção dentária	
21-10-2016	27	Ulceração da mucosa, prescrição de antibioterapia	
24-10-2016	21	Restauração a amálgama dente 24	
24-10-2016	24	Restauração estética pré- endodônticos dentes 12 e 22	
24-10-2016	32	Restauração a amálgama dente 44	
25-10-2016	14	Não foi consultada pois era menor e não estava acompanhada por um tutor.	
25-10-2016	25	Tartarectomia bimaxilar	Gestante no 3º trimestre
25-10-2016	33	Restauração a resina composta dente 47	
26-10-2016	24	Restauração a resina composta dente 36	
26-10-2016	27	Observação, Rx, OZE dente 25 ectópico	Suspeita de reabsorção radicular por pressão do dente 24
26-10-2016	24	Exodontia dente 18	
26-10-2016	37	OZE dente 36	
27-10-2016	86	Tumefação extra oral com abscesso associado a dente 33, Rx e prescrição de antibioterapia	HTA alta, voltou no dia seguinte
27-10-2016	37	OZE com forro de cavidade em ionómero de vidro dente 36	
27-10-2016	11	Exodontia dente 36	
28-10-2016	8	Observação pós Exodontia	
28-10-2016	27	Prescrição de antibioterapia	Não terminou TPR iniciados há 2 meses

28-10-2016	44	Restauração a resina composta dente 24	
28-10-2016	9	Múltiplas CD e FR, prescrição de antibioterapia	
31-10-2016	4	Tumefação extra oral englobando zona orbicular Drt, prescrição de antibioterapia	Dente 85 indicado para Exodontia
31-10-2016	66	Tartarectomia (Periodontite generalizada)	Falha de energia durante o tratamento. Voltou no dia seguinte
31-10-2016	16	CD dente 37, prescrição de antibioterapia	
01-11-2016	9	Gengivite localizada dente 16, instruções de HO	
01-11-2016	44	Tumefação intra-oral bilateral maxilar	Reencaminhada para Maxilo- Facial
01-11-2016	30	Odontalgia dente 27, iniciou TPR há 1 ano	Cardiomiopatia
02-11-2016	22	Exodontia dente 37	
02-11-2016	19	Exodontia dente 38	
02-11-2016	30	Restauração em Ionómero de Vidro dente 28	Cardiomiopatia
02-11-2016	32	Observação de Rx e cavidade Oral após trauma dentário inclui 4 incisivos centrais inferiores	
02-11-2016	79	Angina de Ludwig com obstrução pulmonar	Reencaminhado para Maxilo- Facial e indicação de internamento Hospitalar
03-11-2016	36	Remoção de espícula óssea após Exodontia	
03-11-2016	17	Não acompanhado por tutor, não foi efetuado tratamento	
03-11-2016	38	OZE dente 47	
03-11-2016	50	Restauração a resina Composta dente 45	
03-11-2016	44	Restauração a Ionómero de Vidro dente 46	Cárie cervical
03-11-2016	22	Restauração a resina composta dente 24	
04-11-2016	32	Restauração estética dentes 11 e 21	
07-11-2016	18	Exodontia dente 26	
07-11-2016	4	Exodontia dente 55	
07-11-2016	23	Restauração a Ionómero de vidro dente 26	
07-11-2016	31	Restauração a amálgama dente 46	
09-11-2016	9	Restauração a IV dente 85	
09-11-2016	7	Exodontia dente 73	Paciente com glaucoma congénito bilateral
10-11-2016	31	Drenagem de abscesso vestibular – antibioterapia	Tumefação facial após restauração definitiva a amálgama
10-11-2016	25	Restauração a amálgama dente 36	
11-11-2016	26	Restauração estética a resina composta dos dentes 11/12/21/22	Trauma por acidente
14-11-2016		Bloco operatório	
15-11-2016		Ausência por motivo de exame	
16-11-2016	38	OZE dente 45	
16-11-2016	64	Exodontia dente 11 e 21	
16-11-2016	6	Exodontia dente 71	
17-11-2016	28	Exodontia dente 28	
17-11-2016	23	Exodontia dente 36/37/38	

18-11-2016	13	Abcesso dentário associado ao dente 36 - anti-bioterapia	Indicado para TPR
18-11-2016	9	Esfoliação dente 65	
18-11-2016	29	Estomatite por Prótese – Instruções de HO e prescrição de anti-inflamatório e chlorhexidina	
18-11-2016	32	Restauração a resina dos dentes 44 e 45	
18-11-2016	22	Exodontia dente 47	
21-11-16 a 15-12-16		Continuação do estágio de forma voluntária embora sem dados quantitativos recolhidos	

Exmo. Senhor Presidente da Comissão de Ética do Hospital Central da Beira



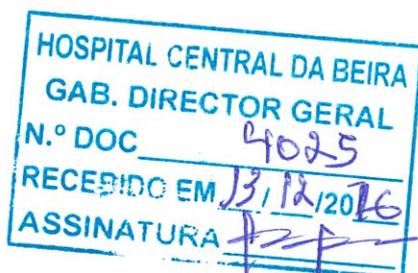
Eu, Mariana Natália Resende Silva, portadora do passaporte Português nº M684806, aluna do último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade do Porto e aluna de Intercâmbio pelo ISCTAC, venho pelo presente solicitar a V^a Exca. que se digne a autorizar a utilização de fotografias de pacientes devidamente censuradas (metade superior da face), preservando a sua identidade.

Como é do conhecimento da Direcção Clínica do Hospital Central da Beira (HCB), realizei no último semestre um Estágio Clínico tutelado e Clínica Integrada nas Vossas instalações no serviço de Estomatologia, sendo nesse âmbito que venho por este meio solicitar a V/ autorização para uso destes elementos para a documentação de alguns tratamentos realizados por mim. Sob meu compromisso de honra, a mesma documentação será totalmente partilhada com as estruturas académicas na Cidade da Beira e com o próprio HCB.

Pede deferimento,

Beira, aos 13 de Dezembro de 2016

Mariana Resende Silva
Mariana Resende Silva

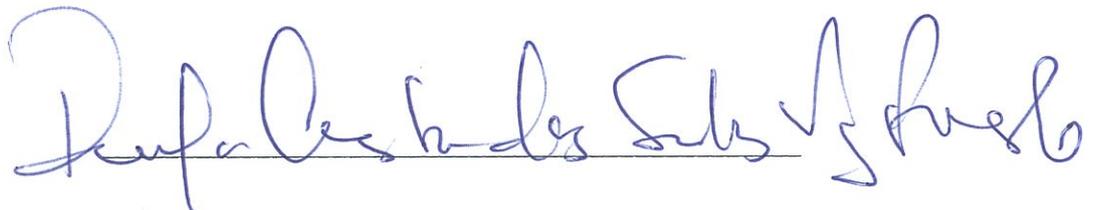


PARECER
(ENTREGA DE TRABALHO FINAL DE MONOGRAFIA)

Informo que o trabalho de Monografia desenvolvido pela Estudante, Mariana Natália Resende Silva, com o título: *Relatório de Atividade Clínica – A Realidade da Medicina Dentária em Moçambique*, está de acordo com as regras Estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

22/05/2017

A Orientadora



Declaração
Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria, e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

22/05/2017

A Investigadora

Mariana Resende Silva