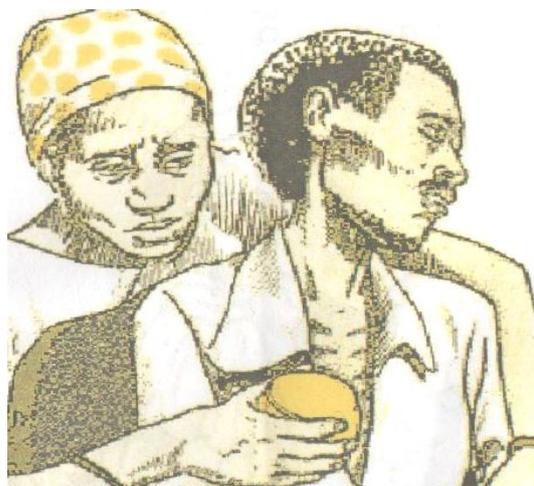




**FRANCISA PAULA DE BARROS ALMEIDA**

LICENCIATURA EM BIOLOGIA  
VERTENTE EDUCACIONAL

**AS DOENÇAS DIARREICAS NAS CRIANÇAS DO CONCELHO  
DE PRAIA DURANTE O ANO 2005**



**Orientador:** Dr. Artur Jorge Correia

ISE,  
PRAIA, SETEMBRO DE 2007

**Francisca Paula de Barros Almeida**

**Tema:**”As Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia durante o ano 2005”.

Monografia apresentada ao Instituto Superior de Educação (I.S.E), como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciada em Biologia, sob a orientação do Mestre Artur Jorge Correia.

**Francisca Paula de Barros Almeida**

«As Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia durante o ano  
2005»

Licenciatura em biologia,

Ramo Educacional

**O Júri**

---

---

---

Praia, aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

É com muito prazer, amor e carinho que dedico este trabalho à minha filha **Hurla Lizainy Almeida Ramos**, que sempre sentiu a minha falta, a quem peço a Deus para que a abençoe e que seja muito feliz.

## **Agradecimentos**

É impossível a realização de um trabalho sem o apoio de outrem, por isso, na impossibilidade de gratificar a todos individualmente, queremos deixar aqui os nossos sinceros agradecimentos.

Primeiramente agradecemos a **Deus**, pela saúde, força e coragem para enfrentar as dificuldades.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer ao professor e orientador, **Dr. Artur Jorge Correia**, pelo incentivo que demonstrou desde a escolha do tema até a sua finalização e pela forma gentil como manifestou nesta longa caminhada, sempre compreensivo e atento, pois sem a sua incansável e prestigiosa atenção, hoje este trabalho não teria sido realizado

É com prazer que desejamos exprimir a nossa gratidão à todas as instituições e às pessoas que, de alguma maneira contribuíram para que pudéssemos levar de vencida este projecto, no decurso de algum tempo. Cabe-nos por isso, expressar-lhes um agradecimento público pela forma como se disponibilizaram em auxiliar-nos

Ao **Departamento de Geociências** do Instituto Superior de Educação em especial, ao **Chefe do Departamento**. **Aos colegas da turma**, pela excelente colaboração prestada; A todos um muito obrigado mais do que a simples palavra possa expressar, sendo também extensivo aos nossos familiares que usaram de paciência inesgotável para conosco durante todo esse tempo. Também os agradecimentos são extensivos a todas as instituições que disponibilizaram documentos e informações úteis, nomeadamente:

- Ministério de Saúde, e Delegacia de saúde de Praia
- Direcção de Saneamento de Câmara Municipal de Praia
- INGRH
- Hospital Agostinho Neto, CNDS, etc.

## ÍNDICE GERAL

	<b>Página</b>
Dedicatória-----	III
Agradecimentos-----	IV
Índice Geral-----	V
Índice de figuras-----	VII
Índice de Tabelas-----	VII
Índice de Gráficos-----	VIII
<b>I CAPITULO – I NTRODUÇÃO-----</b>	<b>1</b>
1.1. Objectivos do trabalho-----	2
1.2. Justificação do tema-----	3
1.3. Metodologia-----	4
<b>CAPITULO II – ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO DO ARQUIPÉLAGO DE CABO VERDE E DA ILHA DE SANTIAGO -----</b>	<b>5</b>
2.1 - Situação Geográfica do Arquipélago de Cabo Verde-----	5
2.2- Situação Geográfica da ilha de Santiago-----	7
2.2.1 - Características Climatéricas da ilha de Santiago-----	8
<b>CAPITULO III – CARACTERIZACÃO DO CONCELHO DE PRAIA -----</b>	<b>10</b>
3.1 - Enquadramento Histórico-----	10
3.2 -Formas de Relevo-----	10
3.3 -Quadro Bioclimático-----	11
3.4 -Saneamento -----	12

3.5- Saúde e Educação-----	15
3.6 - Desenvolvimento Populacional e Urbano-----	16
3.7 - Situação Sócio – Económica do Concelho de Praia-----	17

**CAPITULO IV - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DAS DOENÇAS DIARREICAS-----20**

4.1- Epidemiologia e Etiologia das Doenças Diarreicas-----	20
4.2- Situação Mundial das Doenças Diarreicas -----	31
4.3- Situação das Doenças Diarreicas em Cabo Verde -----	33
4.4 - Situação das Doenças Diarreicas no Concelho de Praia -----	37

**CAPITULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS-----41**

5.1 – Distribuição das Doenças Diarreicas por Sexo -----	41
5.2 – Distribuição das Doenças Diarreicas por Grupo Étario -----	42
5.3- Distribuição das Doenças Diarreicas por Meses -----	43
5.4 – Distribuição das Doenças Diarreicas / por Centros de Saúde -----	45
5.5.1- Cabo Verde, Óbitos por Diarreias, por sexo e idade, ano 2005-----	43
5.5.2 -Concelho de Praia, Óbitos por Doenças Diarreicas por sexo e idade, ano 2005--	47
5.5.3- Óbitos por Doenças Diarreicas nas Crianças por Zonas de Residência e Idade, ano 2005-----	47
5.5.4 – Evolução de Óbitos por Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia, ano 2003,2004 e 2005-----	48
5.5.5 - Evolução da Taxa de mortalidade por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003 – 2005-----	49

**CAPITULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES-----52**

6.1 – Discussão dos resultados -----52

6.2- Conclusões -----54

6.3 Recomendações-----55

**BIBLIOGRAFIA-----58**

**Sites-----61**

**ANEXO**

**ÍNDICE DE FIGURAS**

**Páginas**

**Figura 1** –Localização Geográfica do Arquipélago de Cabo Verde-----6

**Figura 2** - Ilha de Santiago-----7

**ÍNDICE DE TA BELAS**

**Páginas**

**Tabela 1** – Evolução da população da cidade da Praia; 1970-2000 -----18

**Tabela 2** – População residente no ano 2000 -----19

**Tabela 3** – Modo de avaliar sinais de desidratação dos pacientes com Diarreia-----26

**Tabela 4** – Casos Notificados e taxa de incidência, ano 2005 em Cabo Verde-----35

**Tabela 5** -Distribuição das Doenças Diarreicas por Sexo, nas Crianças do Conselho de Praia, ano 2005-----41

<b>Tabela 6</b> – Distribuição das Doenças Diarreicas no Concelho de Praia, por Grupo Étario (Janeiro - Dezembro) ano 2005-----	42
<b>Tabela 7</b> – Distribuição Mensal de Casos das Doenças Diarreicas, Concelho de Praia, ano 2005-----	43
<b>Tabela 8</b> – Distribuição de casos de Doenças Diarreicas por Centros de Saúde, Concelho de Praia, ano 2005-----	45
<b>Tabela 9</b> – Evolução de Óbitos por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003 – 2005-----	48
<b>Tabela 10</b> – Evolução da Taxa de Mortalidade por Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia, ano 2003 a 2005-----	50

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### Páginas

<b>Gráfico 1</b> – Nº de postos de água explorados na Praia-----	13
<b>Gráfico 2</b> – População Urbana e forma de distribuição de Água no ano 2000-----	13
<b>Gráfico 3</b> - Acesso a Saneamento (evacuação de águas residuais) no Concelho de Praia-----	14
<b>Gráfico 4</b> – Local de evacuação de Resíduos Sólidos no Concelho de Praia-----	15
<b>Gráfico 5</b> - População residente no ano 200. Conselho de Praia-----	16
<b>Gráfico 6</b> – Evolução das Doenças Diarreicas em Cabo Verde, por ano, de 2000 – 2005-----	36
<b>Gráfico 7</b> – Evolução de Casos de D. Diarreicas de 2000 – 2005, na ilha de Santiago (2000 a 2005) -----	36
<b>Gráfico 8</b> – Números de casos no Conselho de Praia, ano 2005-----	38
<b>Gráfico 9</b> – Evolução de casos de Doenças Diarreicas no Concelho de Praia, ano 2000 a 2005-----	38

<b>Gráfico 10</b> – Distribuição das Doenças Diarreicas por Sexo, nas Crianças do Conselho de Praia, ano 2005-----	41
<b>Gráfico 11</b> - Distribuição das Doenças Diarreicas no Conselho de Praia, por Grupo Étario (Janeiro - Dezembro) ano 2005-----	42
<b>Gráfico 12</b> – Distribuição Mensal de Casos das Doenças Diarreicas, Concelho de Praia, ano 2005-----	44
<b>Gráfico 13</b> – Distribuição de casos de Doenças Diarreicas por Centros de Saúde, Concelho de Praia, ano 2005-----	46
<b>Gráfico 14</b> – Evolução de Óbitos por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003 – 2005-----	48
<b>Gráfico 15</b> – Evolução da Taxa de mortalidade por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003-----	50

# **CAPITULO I – INTRODUÇÃO, OBJECTIVO E METODOLOGIA**

## **1.1 – Introdução**

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Licenciatura em Biologia, no final do qual é obrigatório a apresentação e defesa de uma monografia. Como é natural, todas as obras, quer científicas quer não, têm que ter um tema específico de modo a delimitar o assunto em análise. É à volta de um tema que um trabalho se desenvolve e, o tema é que identifica o trabalho. Portanto, este não podia fugir à regra. e neste caso foi escolhido o tema **“As Doenças Diarreicas nas Crianças do conselho de Praia, durante o ano 2005.**

A presente monografia pretende ser uma sigela contribuição para a sensibilização dos diversos sectores envolvidos na problemática da Promoção da Saúde Pública em Cabo Verde.

Está dividida da seguinte forma: Um **corpo de trabalho** constituído por **6 capítulos**, uma **Bibliografia** e um **Anexo**.

Para o **capítulo I** far-se-á a **parte introdutória**, considerando os objectivos preconizados, a estrutura do trabalho, a justificação do tema, e as metodologias utilizadas para a sua concretização.

Para o **capítulo II** far-se-á a o Enquadramento do Arquipélago de Cabo Verde e da ilha de Santiago.

No **Capítulo III**, far-se-á a **Caracterização do Concelho de Praia**, partido do seu enquadramento histórico, do saneamento básico, da saúde e educação, do desenvolvimento populacional e urbano, e da situação sócio – económica.

Para o **capítulo IV**, a far-se-á a **Caracterização das Doenças Diarreicas**, considerando a sua Epidemiologia e Etiologia, Situação Mundial, Situação em Cabo Verde, e a sua Situação no Concelho de Praia.

No **capítulo V**, **apresentar-se-á os Resultados das Pesquisas** sobre as Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia, durante o ano 2005, tendo em consideração a sua distribuição por meses, faixa etária, sexo, centros de saúde e taxa de mortalidade.

No **capítulo VI**, far-se-á uma **Discussão** dos resultados da pesquisa e tirar-se-á algumas **Conclusões** do trabalho em função das quais vai-se fazer algumas **Recomendações**.

Na **Bibliografia**, citar-se - á as fontes bibliográficas consultadas para a efectivação do trabalho.

No **Anexo**, dar-se-á algumas informações que, irão contribuir e muito para o enriquecimento do trabalho.

## **1.2- Objectivos do trabalho**

### **Objectivo geral**

- ❖ Estudar a distribuição das Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia, durante a ano 2005

### **Objectivos específicos**

- ❖ Analisar a distribuição da incidência das Doenças Diarreicas por sexo;
- ❖ Analisar a distribuição da incidência das Doenças Diarreicas por grupo etário;
- ❖ Analisar a distribuição da incidência das Doenças Diarreicas por meses;
- ❖ Analisar a distribuição da incidência das Doenças Diarreicas por centros de saúde;
- ❖ Determinar a Taxa de Mortalidade por Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia, durante o ano 2005;

### 1.3 - Justificação do Tema

A saúde pública é uma área imensa de intervenção, sobretudo no domínio da cautela de certas doenças. Ultimamente, ela apoderou-se de uma face multisectorial e ao mesmo tempo pluridisciplinar e tem como objectivo fundamental o estudo e a solução dos problemas que preponderam a saúde dos indivíduos dentro do seu meio ambiente segundo planos e programas coordenadas.

Sabe-se que existem variadíssimos factores que contribuem para o surgimento de inconstantes problemas da saúde pública, inclusive do caso das **Doenças Diarreicas**. No entanto o Concelho de Praia, apresenta os piores índices de saneamento básico e de abastecimento em água potável, e as Doenças Diarreicas estão directamente relacionadas com as condições ambientais (abastecimentos da água e saneamento do meio), conhecimentos, atitudes e praticas das populações respeitantes às regras básicas de uma higiene individual, colectiva e alimentar.

Pelo facto de me pertencer ao Concelho de Praia, e de ter uma criança, sinto-me na obrigação de tentar deixar bem claro a situação actual das D. Diarreicas, para a manutenção da saúde de todos os que habitam e que visitam o Concelho, e por outro lado o presente trabalho constitui uma oportunidade para estudar alguns aspectos que fazem agravar a situação das D. Diarreicas no Concelho.

#### **1.4 - Metodologia**

Para a realização desse trabalho a metodologia utilizada foi a **escolha do tema**, seguida da **revisão bibliográfica, elaboração e entrega do projecto, pesquisa e tratamento de dados**.

Durante a fase de pesquisa, procedeu-se a recolha e análise de dados que foram obtidos através do sistema de informação sanitária e contou com a colaboração do Ministério de Saúde (Divisão de Epidemiologia e investigação), da Delegacia de Saúde de Praia, do Hospital Agostinho Neto, dos Postos de saúde periféricos, da Câmara Municipal de Praia (Direcção de Saneamento), de algumas enfermeiras do hospital Agostinho Neto (pediatria) e também do Instituto Nacional de Estatística da Praia.

Fez-se as devidas pesquisas bibliográficas nas bibliotecas e mediateca e noutros locais que apresentaram com materiais pertinentes e em conformidade com o tema do trabalho. Fez-se a recolha dos dados que permitiu e facilitou o estudo da referida doença tendo em conta os objectivos preconizados.

Seguidamente procedeu-se ao tratamento informático dos dados, onde procurou-se dar ênfase á distribuição dos casos por sexo, faixa etária, meses e centros de saúde e as mortalidades ocorridas durante o ano em estudo. Foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos dado que a sua análise exigiu muita precisão.

## **CAPITULO II – ENQUADRAMENTO DO ARQUIPELÁGO DE CABO VERDE E DA ILHA DE SANTIAGO**

### **2.1 Situação Geográfica do Arquipélago de Cabo Verde**

O Arquipélago de Cabo verde situa – se no Oceano Atlântico, a cerca de 445 km da costa Ocidental Africana, a cerca de 1400 km a SSW das Canárias e a 2000 km a leste do actual “rift” da crista média atlântica. É composto por dez ilhas e treze ilhéus que se elevam de um soco submarino, em forma de ferradura, situada aproximadamente a três mil metros de profundidade. Levantaram-se deste soco três pedestais, perfeitamente distintos:

A Norte, compreendendo as ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau e os ilhéus Boi, pássaros, Branco e Raso. A Leste e Sul, compreendendo as ilhas do Sal, Boavista, Maio, Santiago, e os ilhéus Rabo de Junco, curral do Da dó, Fragata, Chano, Baluarte e Santa Maria. A Oeste, constituídos pelas ilhas do Fogo e Brava e os ilhéus Grandes Luís Carneiro e de Cima.

As ilhas de Cabo Verde estão localizadas no Oceano Atlântico, entre os paralelos 17° 13’ (Ponto Cais dos Fortes Santo Antão) e 14° 48’ (Ponta Nho Martinho, Brava) de latitude Norte e entre os meridianos 22° 42’ (Ilhéu Baluarte, Boavista) e 25° 22’ (Ponta Chã de Mangrado, Santo Antão) de longitude Oeste de Greenwich.

Estas ilhas de origem vulcânica, têm uma área de 4033 Km<sup>2</sup> tendo a Ilha de Santiago a maior com 991km<sup>2</sup> e a mais pequena a de Santa Luzia com 35 Km<sup>2</sup>.

O Arquipélago divide-se em dois grupos, segundo a direcção dos ventos dominantes, os alísios do Nordeste.

Grupo de Barlavento, integram todas as ilhas do Norte, Alinhadas na direcção Noroeste/Sudeste, isto é, Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boavista e os ilhéus Boi, Pássaros, Branco, Raso, Curral do Dadó, Rabo de Junco, Fragata, Chano e Baluarte. Grupo de Sotavento, integram as ilhas do Sul, com orientação Noroeste-Sudoeste, Maio, Santiago, Fogo, Brava e os ilhéus Santa Maria,

Cima, Luís Carneiro e Grande. (Fig.1 – Mapa de Cabo Verde e distribuição das ilhas nos três pedestais). As ilhas apresentam dimensões variáveis quanto a superfície, largura, comprimento e altitude.

Devido a sua localização em pleno Oceano Atlântico, sua origem vulcânica e a semelhança que apresenta quanto a flora e fauna, faz parte do grupo das ilhas Atlânticas ou da Macaronésia, juntamente com os arquipélagos dos Açores, da Madeira, das Canárias e ilhas Selvagens.

**Figura nº 1** – Localização Geográfica do Arquipélago de Cabo Verde



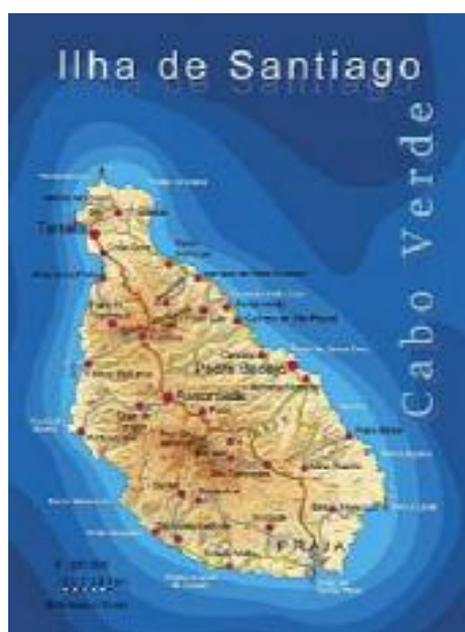
**Fonte** – (Censo 2000 INE) Revista Científica do Centro de Geologia Nº 1,2 e 3. 2004

## 2.2 - Situação Geográfica da ilha de Santiago

A ilha de Santiago está situada no extremo Sul do arquipélago de Cabo Verde, no grupo das ilhas de sotavento, entre os paralelos 14°50' e 15°20' de Latitude Norte e os meridianos 23°50' e 23°20' de Longitude Oeste de Greenwich. A área emersa total da ilha é de 991 km, a primeira ilha do arquipélago em dimensão. É de origem vulcânica, montanhosa, de relevo bastante acidentado e o seu ponto mais alto é o Pico de Antónia com (1394) metros de altitude.

Tem uma forma adelgada na direcção NNW e SSW, com um comprimento máximo de 54,9 km, entre a Ponta Moreia, a Norte, e a Ponta de Mulher Branca, a Sul a largura máxima é de 29 km, entre a Ponta Janela, a Oeste, e a Ponta Praia Baixo, a Leste. Na parte Norte da ilha, existe um estrangulamento pronunciado entre a Baía de Chão Bom, a Oeste, e a Baía do Porto Formoso, a Leste, da ordem dos 6 km, a menor verificada na ilha.

**Figura 2** – Ilha de Santiago, Cabo Verde



### 2.2.1 - Características Climatéricas da ilha de Santiago

O clima é tropical seco, e é caracterizado pela existência de duas estações:

**Estação Seca** ou **das Brisas**, que é a menos quente e seca que se prolonga de Dezembro a Junho, com predomínio da acção dos ventos alísios de nordeste.

**Estação Húmidas** ou das **Águas**, que é a mais quente, prolonga-se de Agosto a Outubro, em que se verificam períodos de chuvas irregulares e encontra-se intimamente ligada às migrações de Convergência Intertropical (CIT).

Os meses de Julho e Novembro podem ser considerados de transição, uma vez que podem apresentar características de estação húmidas ou seca, dependendo de maior ou menor duração anual das precipitações. A temperatura média anual é de 26°C, com o mês de Setembro como o mais quente e o de Fevereiro o menos quente.

As temperaturas medias mensais durante a estação seca, nas grandes altitudes, são inferiores a 20°C. Na estação húmida verificam-se temperaturas mais elevadas, com medias mensais ligeiramente superiores a 26°C. O relevo é um factor, propiciando o surgimento de microclimas em determinados vales do interior, nomeadamente Órgãos, Picos, São Domingos e Principal e as distinções das seguintes zonas microclimáticas de acordo com altitude, humidade e ocupação:

**Zonas Áridas** – Situadas entre 0 e 200 metros de altitudes, as precipitações são inferiores a 300 mm, permitindo o aparecimento de pastagens extensivas para caprinos e plantações florestais para conservação do solo e da água ou com carácter silvo-pastoril.

**Zonas Semi-áridas** – Situadas na faixa de 200 a 400 metro de altitude, com precipitações entre 300 a 400 mm, permitindo a pratica da agricultura em solos marginais com níveis de produção fracos ou nulos e plantações florestais.

**Zonas Sub-húmida se Húmidas** – Situadas acima de 400 metros de altitude, apresentam precipitações superiores a 400 mm, variáveis em função da exposição aos ventos alísios, sendo maior na vertente oriental e nas zonas de altitudes elevadas (Serra Malagueta e Pico de Antónia), o que favorece a pratica de culturas de sequeiro, principalmente milho, feijões, e culturas de tubérculos nas encostas, à margens das florestas.

## **CAPITULO III – CARACTERIZAÇÃO DO CONSELHO DE PRAIA**

### **3.1 - Enquadramento Histórico**

O Concelho de Praia, situa na ilha de Santiago e teve a sua origem em 1515 através de um desembarque de escravos trazidos, pelo navio Santa Catarina. Evoluiu a partir de uma pequena aldeia portuário, nos princípios do século XVI, quando concorria com os portos da Ribeira grande e de Alcatrazes no comércio com a vizinha costa Africana.

A Praia de Santa Maria é uma das mais antigas concentrações urbanas do Arquipélago. A sua antiguidade só é ultrapassada pela da Ribeira Grande, que é sem margens para dúvida a primeira fundação populacional de Cabo Verde. Não obstante este facto, a história da actual capital de Cabo Verde permanece quase no desconhecimento dos munícipes que, por causa disso, têm a sensação “incómoda” de viver num espaço sem marcas materiais expressivas de identidade histórica.

Actualmente o Concelho da Praia abrange **3 freguesias** respectivamente: Nossa Senhora da Graça, sedeada na Capital, Santíssimo Nome de Jesus com sede na Cidade Velha (antiga Ribeira Grande de Santiago), e São João Baptista na fronteira com o Concelho de Santa Catarina. (ver o quadro nº 1 em anexo).

### **3.2 - Formas de Relevo**

A topografia do Concelho enquadra-se numa ilha vulcânica, com uma superfície total de 991 Km<sup>2</sup>. No seu conjunto o território do Concelho da Praia está na vertente sotavento da ilha, é dominado por relevos de “achadas”, planaltos estruturais de basalto em níveis altimétricos variáveis, desde os 5 a 10 metros nas proximidades do litoral até níveis de 180 a 200 metros no interior, nos contrafortes do maciço do Pico de António. Sobre as achadas existem colinas isoladas constituídas por cones vulcânicos

testemunhando antigas erupções de carácter explosivo e localizados, e relíquias de antigos planaltos em níveis mais elevados que da generalidade das actuais achadas.

Este conjunto topográfico apresenta-se contado por vales de orientação geral norte-sul, isto é no sentido da inclinação geral do relevo. Estes vales apresentam-se encaixados a montante terminando em amplas aberturas junto à foz, quase sempre em pequenas praias que atingem a dimensão de baía no caso de Santa Maria da Praia.

A combinação dos elementos geomorfológicos desta região da ilha gera uma paisagem vulcânica modelada pelo tempo e pela acção do homem, com ampla bacia visual com grande valor estético apesar da aridez dominante nesta vertente da ilha.

### **3.3 - Quadro Bioclimático**

O concelho da Praia está localizado na vertente sotavento em relação aos ventos alísios, considerando as características climáticas reinantes no arquipélago é um Concelho muito árido, a média anual das precipitações na Cidade da Praia é inferior a 300 mm, apesar de reduzida as chuvas estão concentradas num curto período de menos de 3 meses (Agosto, Setembro e princípios de Outubro). Com elevada frequência ocorrem anos totalmente secos.

O ar descendente do Maciço do Pico de António é relativamente seco, na maior parte do ano, a vegetação dominante nas achadas é uma formação herbácea pontuada de algumas árvores resistentes à secura. Apesar desta aridez dominante, a diferença altimétrica, como geralmente acontece nas ilhas, reflecte-se na paisagem originando uma variação da vegetação e da flora em andares micro-climáticos, que oscila do árido no litoral ao sub-húmido e húmido nas proximidades do maciço do Pico de António.

Nos anos que se seguiram à Independência a maioria das achadas foi beneficiado com programas públicas de arborização que introduziram espécies exóticas resistentes à secura. A contrastar com a paisagem agreste das Achadas, os vales beneficiam de nascentes alimentadas pelas precipitações nas zonas altas do interior da ilha, nesta via alguns vales são irrigados junto aos terminais. Nos primórdios da ocupação desta ilha,

o melhor estado de conservação dos ecossistemas permitiu a implantação de importantes culturas irrigadas nos vales,

### 3.4 - Saneamento

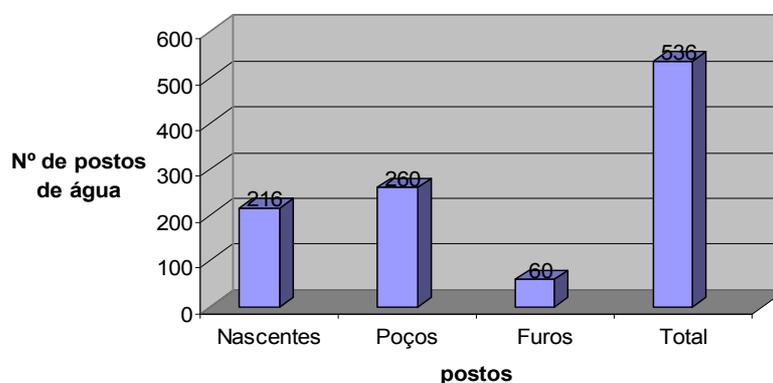
Segundo a OMS<sup>1</sup>, hoje em dia, 7 milhões de pessoas morrem cada ano por causa de doenças ligadas a água ou seja 1 pessoa em cada segundo e 30 Milhões de outros encontram em riscos de vida por falta de água e por causa da sua má qualidade.

O acesso à água potável, a evacuação de águas residuais e o destino adequado dos dejectos (evacuação de resíduos sólidos) previnem a transmissão de doenças pela rota oral-fecal, como é o caso das Doenças Diarreicas. A escassez da água é um forte condicionante ao abastecimento das populações em água potável, à saúde, à nutrição e ao desenvolvimento socio-económico em geral uma vez que a água constitui um elemento essencial para a higiene básica. A implantação ou melhoramento dos serviços de abastecimento da água traz como resultado uma rápida e sensível melhoria na saúde e nas condições de vida. De acordo com IGNR, Instituto Nacional de Gestão dos Recursos Hídricos, Praia Fevereiro 2006, «Cabo Verde é um País vulnerável aos fenómenos naturais particularmente as secas».

De acordo com o censo 2000, são explorados **536 postos** de água no Concelho de Praia, dentre os quais **216 nascentes** que corresponde a **40%** do total dos postos, **260 poços** que corresponde a **49%** do total dos postos e **60 furos** que corresponde a **11 %** do total dos postos. (ver tabela 2 em anexo).

---

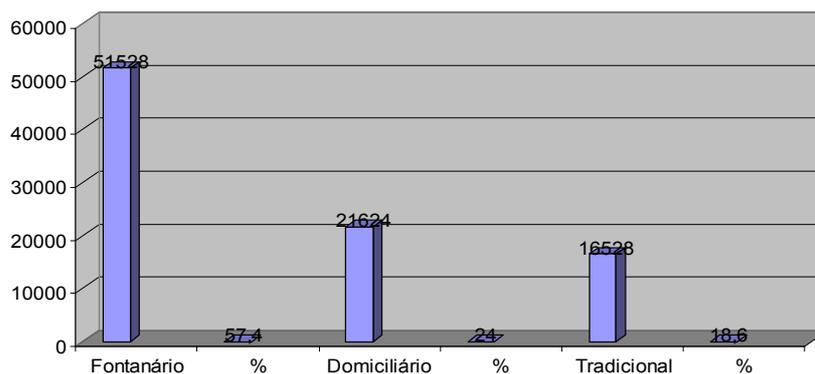
<sup>1</sup> Concepção e Realização Água Consult – « Guia Prático da Água». Cooperação Cabo Verde – Austrália, 1999. P. 2.

**Gráfico 1.** Números de postos de água explorados na Praia.

Fonte: censo 2000, INE

### 3.4.1 - Formas de distribuição da água no Concelho de Praia

Para uma população de **89680** Pessoas, 51528 pessoas usavam **Fontanário**, o que corresponde a 57,4 %, 21624 usavam **Domiciliário** o que corresponde a 24% e 16528 **Tradicional** o que corresponde a 18,6%. (ver tabela 3 em anexo).

**Gráfico 2.** População Urbana e formas de distribuição da Água, ano 2000.

Fonte: Emanuel Monteiro, GEP do INGRH

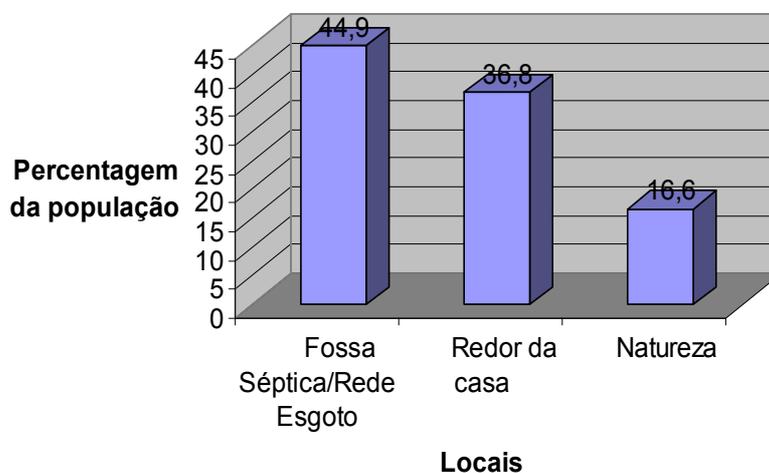
Analisando o gráfico anterior o consumo médio de água potável para a população ligada a rede foi estimado em 50 litros/ habitantes/ dia, para as ligações domiciliárias e

de 15 litros /habitantes/dia, para a utilização dos fontanários, com variação entre 7 e 25 litros.

### 3.4.2 - Evacuação das águas residuais

O concelho de Praia apresenta sérios problemas relacionada com a destituição da água potável às populações e saneamento do meio (meios sanitários de evacuação dos dejectos), fazendo com que a água seja um recurso extremamente escasso e de difícil exploração. Derivado a essa situação, recorreu-se à dessalinização para satisfazer as necessidades populacionais. Segundo INE – QUIBB 2005, a percentagem da população praiense que usava a fossa séptica /rede esgoto foi estimada no ano 2005 em 44,9%, a percentagem que usava os arredores da casa em 36,8% e por ultimo a percentagem que vazava directamente na natureza foi estimada em 16,6% (ver tabela 4 em anexo).

**Gráfico 3.** Acesso a Saneamento (evacuação de águas residuais) no Concelho de Praia.



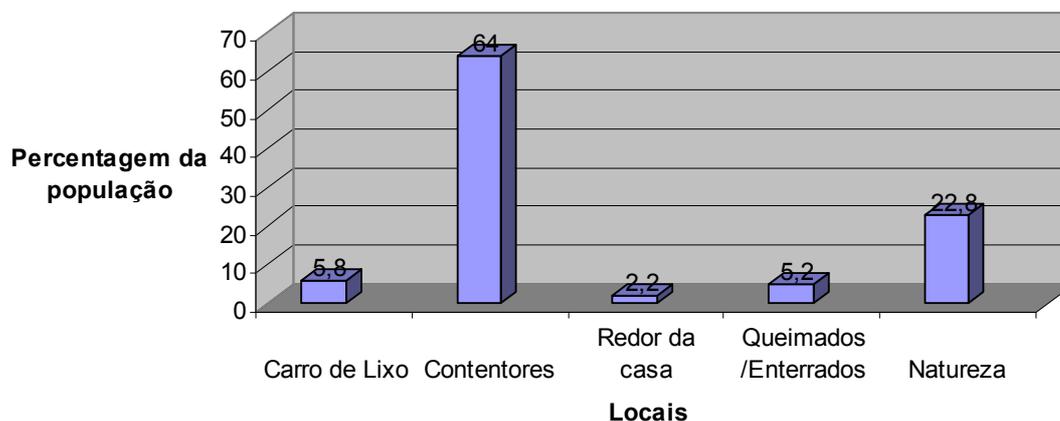
Fonte: INE – QUIBB-2005

### 3.4.3 - Evacuação de Resíduos Sólidos

No que tange a evacuação de resíduos sólidos, segundo INE-QUIBB2005, a percentagem da população praiense que evacuava seus resíduos sólidos no carro de lixo, foi estimada no ano 2005 em 5,8 %. A que evacuavam nos contentores por sua vez foi estimada em 64,0%, a que usavam os arredores da casa em 2,2%, a que

queimavam em 5,2%, e por fim a que evacuavam na natureza em 22,8%. (ver tabela 5 em anexo)

**Gráfico 4.** Local de evacuação de Resíduos Sólidos no Conselho de Praia.



Fonte: INE – QUIBB-2005

### 3.5- Saúde e Educação

O nível de saúde de uma população depende não apenas das ações específicas dos serviços de saúde mas e fundamentalmente, das ações dos outros intervenientes, nomeadamente dos responsáveis pelo saneamento básico (evacuação e tratamento dos resíduos sólidos, abastecimento adequado em água potável, taxa de cobertura põe rede de esgoto/ fossa séptica), da taxa de desemprego, do nível de escolaridade de educação, etc.

Em 2005, o acesso a saúde estava facilitada na área urbana, uma vez que a limitação era apenas no que se referia a capacidade de resposta dos centros de saúde (recursos humanos e materiais) e também que o meio rural era servida por uma rede composta por apenas um Posto Sanitário localizado na Cidade Velha, que apresentava serias dificuldades de supervisão das unidades sanitárias de base (USB), sob sua responsabilidade. As zonas mais afastadas eram servidas por USB, em número de 5, sendo alguma delas de difícil acesso (Pico Leão e Belém).

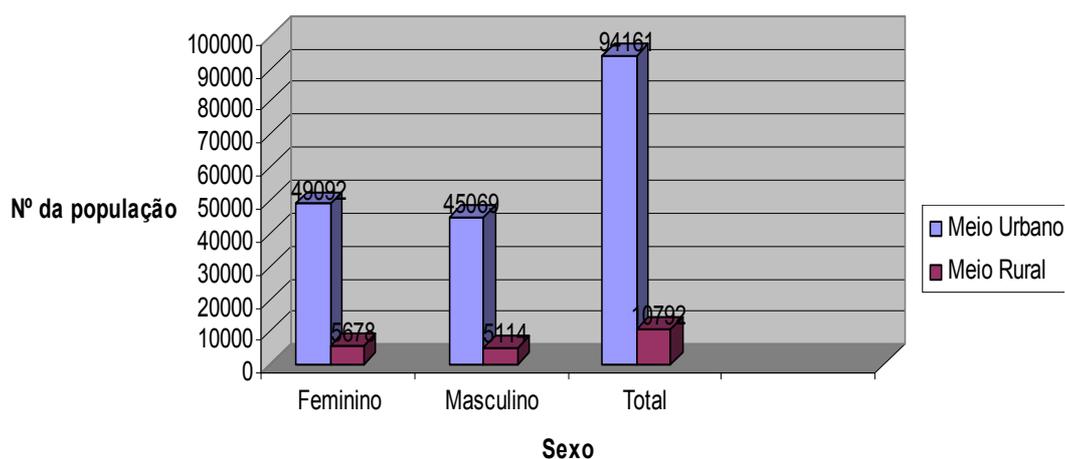
Naquela época o concelho dispunha de mais de 6 USB, três das quais se situavam ainda na área rural em bairros da Capital.<sup>2</sup>

Apesar dos ganhos em matéria de escolaridade, elevação da taxa de crianças frequentando estabelecimentos de ensino, redução da taxa de analfabetismo, muito ainda resta a fazer em matéria de educação, nomeadamente em área da cidadania, comportamento cívico e moral, e de formação e informação á população, que se reflectam em comportamentos, atitudes e praticas saudável.<sup>3</sup>

### 3.6 - Desenvolvimento Populacional e Urbano

De acordo com o censo 2000, No ano 2000 havia, no concelho de Praia um total de 104953 pessoas, sendo 54770 do sexo Feminino, e 50183 do sexo Masculino. No meio Rural havia um total de 10792 pessoas, sendo 5 678 do sexo Feminino e 5 114 do sexo masculino. Em relação ao meio Urbano havia um total de 94 161 pessoas, sendo 49 092 do sexo Feminino e 45 069 do sexo Masculino.

**Gráfico 5.** População residente no ano 2000, no Concelho de Praia.



**Fonte: Censo 2000**

### 3.7 - Situação Sócio – Económica do Concelho de Praia

Sabe-se que as condições de vida da população determinadas directamente pela situação socio-económica têm um papel básico na etiologia das doenças diarreicas. A situação socio-económica do referido conselho é caracterizado pela existência de uma actividade industrial incipiente baseada na existência de pequenas empresas com algum dinamismo, numa actividade informal muito dinâmica e criadora de emprego e nos serviços de uma forma geral. A estrutura produtiva não consegue gerar empregos suficientes para absorver a mão – de – obra disponível. A população Praiense tem diferentes meios /condições de vida, derivando de actividade que cada pessoa /família executa e do meio onde se encontra inserido. Segundo **Francisco Fernandes** Presidente do INE, Praia é verdadeiramente uma cidade de contrastes. As pessoas com nível superior vivem nos bairros mais consolidados e melhor infra-estruturados.

Na cidade da Praia há gente que trabalha ou procura trabalhar para a produção de bens e serviços e outros que não. A cada 100 pessoas de 15 anos ou mais, a grande maioria (70%) é activa ou seja ocupada ou desempregada e os outros são inactivos abastadas, que beneficiam do elevado nível de conforto como há número significativo delas que vivem com baixo nível de conforto.

Estes aspectos acentuam ainda mais a evidência das disparidades socio-económicas entre os diversos bairros da capital. Achada Eugénio Lima, Montegarro, Safende, Tira Chapéu, São Pedro Latada, Achada Grande Frente, Achada Grande Trás, Tira Chapéu Industrial, Achada São Filipe, Pensamento, Ponta d'Água, Castelão e Achada Mato, enformam a cintura da cidade da Praia. São de expansão mais recente e os mais carentes em infra-estruturas, onde as famílias têm menos conforto. Neste grupo, mais de 60% das famílias tem nível de conforto baixo ou muito baixo, com um mínimo de 62% em Tira Chapéu e um máximo de 89% em Achada Mato.

Por oposição, no primeiro grupo dos melhores dotados, ou seja de Achada de Santo António, Terra Branca, Palmarejo, Fazenda, Chã de Areia, e Prainha, mais de 50% das famílias tem nível de conforto alto ou muito alto, com um mínimo de 55% na Achada Santo António e um máximo de 84% na Terra Branca.

Na cidade da Praia em media, de cada 100 famílias 14 tem automóvel. Nos bairros do grupo atrás referido, pelo menos uma família de cada quatro tem automóvel, com um mínimo de 25% em Achada de Santo António e um máximo de 87% na Prainha. Nos outros, a proporção de famílias com automóvel é de longe inferior a media da cidade. Na cidade capital uma de cada cinco famílias (24%) vive em alojamentos com uma única divisão. Nos bairros melhor dotados, menos de 17 de cada 100 famílias vivem em alojamentos de uma só divisão, com um máximo de 19% em Chã de Areia e um mínimo de 3% na Prainha. Exceptua-se o bairro de Palmarejo que em 2000 era predominantemente a parte mais antiga.

O novo Palmarejo é de expansão recente ou seja nos últimos 4 anos. Nos bairros menos dotados, pelo menos 20 de cada 100 famílias vivem em alojamentos com uma única divisão, com um mínimo de 20% Achada Grande Trás e um máximo de 46% em Tira Chapéu Industrial.

Enfim, e deveras imensa senão interminável a lista de aspectos que marcam as desigualdades socio-económicas da cidade da Praia, onde crescem todos os dias bairros de alto standing mas também onde a cintura da pobreza vai-se alargando a ritmo ainda mais acelerado que os bairros do primeiro grupo, sobretudo por causa do êxodo do meio rural de Santiago, em especial dos concelhos de Santa Catarina, Santa Cruz, São Domingos e São Miguel e da ilha do Fogo. É gente que vem a cidade capital a procura de melhores condições de sobrevivência. Numa mesma cidade e numa grande cidade como Praia, as desigualdades desta índole podem originar, no futuro, antagonismos.

**Tabela 1** – Evolução da população da cidade da Praia; 1970-2000

<b>Sexo</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1985 *</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>
<b>Homens</b>	11 230	17 899	23 307	29 330	45 069
<b>Mulheres</b>	11 246	20 326	26 293	32 314	49 092
<b>HM</b>	<b>22 476</b>	<b>38 125</b>	<b>49 600</b>	<b>61 644</b>	<b>94 161</b>

Fonte: Censos 1970/80/90/2000

\* Projecções da DGP (Direcção Geral do Plano)

Nos últimos quarenta anos, a cidade da Praia vem registando um crescimento extremamente rápido, passando de 13.137 habitantes em 1960 a 94.161 habitantes em Junho de 2000. Este rápido crescimento urbano pode ser associado, entre outras causas, aos seguintes motivos: a continuidade dos ciclos de secas a partir dos finais da década de sessenta, com repercussão nas migrações internas, tanto em Santiago como nas ilhas vizinhas em à procura de empregos nos centros urbanos; rápido crescimento demográfico do país com uma taxa da ordem de 2,4% no ano 2000.

**Tabela nº 2 – População residente no ano 2000, no Concelho de Praia**

<b>Habitat</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>	54 770	50 183	104 953
<b>Rural</b>	5 678	5 114	10 792
<b>Urbano</b>	49 092	45 069	94 161

**Fonte:** Censo 2000

De acordo com o censo 2000, no ano 2000 haviam no Concelho de Praia, um Total de 104 953 pessoas, sendo 10 792 do meio Rural e 94 161 do meio Urbano. Quanto ao sexo haviam 54 770 Mulheres, entre as quais 5 678 pertenciam ao meio Rural e 49 092 pertenciam ao meio Urbano. Para o sexo masculino haviam um total de 50 183 Homens, sendo 5 114 pertencentes ao meio Rural e 45 069 pertencentes ao meio Urbano. Apesar das dificuldades a dinâmica do crescimento urbano aliado a uma abertura crescente aos investimentos privados vem transformando a Cidade da Praia numa importante plataforma de negócios com uma intensa actividade cultural e comercial, esta cidade de crescimento lento durante vários séculos está-se transformando numa importante referência urbana da África Ocidental e do Atlântico Médio.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Consultado no site : <http://www.cmpraia.cv/populacao.html>

## **CAPITULO IV – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DAS DOENÇAS DIARREICAS**

### **4.1- Epidemiologia<sup>5</sup> e Etiologia<sup>6</sup> das Doenças Diarreicas**

Em estudos epidemiológicos define-se diarreia como um aumento na frequência das evacuações intestinais ou variabilidades na sua consistência. Considera-se um caso de diarreia quando ocorre uma expulsão de três ou mais evacuações intestinais líquidas, semi-líquidas ou moles num período de 24 horas<sup>7</sup>.

A diarreica é uma síndrome clínica de etiologia diversificada, caracterizada por evacuações numerosas de fezes pastosas ou aquosas, que frequentemente é acompanhada de febre e vômito que pode ser aguda que é em geral de causa tóxica alimentar ou ainda crónica por manifestações de um grande número de situações patológicas funcionais ou orgânicas.

Os principais agentes causadores da diarreia são, bactérias, vírus e parasitas, que são *Stafilococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Adenovirus entérico*, *Entamoeba histolytica*, *Salmonellas*, *Isospora belli*, *Shigella desinteriae*, *Vibrio cholerae*, e outros.

---

<sup>5</sup> Etimologicamente a palavra **epidemiologia** vem do grego: **EPI**=Acerca de; **DEMOS** = pessoas (população); **LOGOS** = Estudo. Estuda a frequência e distribuição das doenças e os factores que afectam a sua ocorrência espacial e temporal

<sup>6</sup> **Etiologia** – parte da medicina que estuda as causas e os factores que afectam a sua ocorrência.

<sup>7</sup> Consultado no site : [www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe-rotavirus2.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe-rotavirus2.pdf)

As doenças diarreicas podem ser agrupadas em várias categorias gerais.

### ❖ INFECCIOSAS

#### **Vírus:**

- Rotavírus,
- Citomegalovírus (CMV),
- Adenovírus Ecovírus

#### **Bactérias:**

- *Shigella*,
- *Salmonella Cólera*,
- *E. Coli*,
- *Staphylococcus aureus*

#### **Parasitas:**

- *Giardia lamblia*,
- *Cryptosporidium parvum*,
- *Balantidium coli*
- Ocasionalmente infestação por lombriga (*ascariase*) ou solitária (*cestodíase*)

#### **Fungos:**

- *Cândida albicans* (em indivíduos imunodeprimidos)

### ❖ TÓXICAS

Com frequência, são chamadas de intoxicação alimentar. As toxinas podem ser produzidas em alimentos, à medida que as bactérias crescem. Essas toxinas são responsáveis pelos vômitos e diarreia associados. A toxina mais comum é uma enterotoxina, produzida por *Staphylococcus* sp.

❖ **Má absorção**

- Intolerância à lactose
- Doença celíaca (espru) ou má absorção do glúten.
- Fibrose cística
- Má absorção de dissacarídeos
- Intolerância à proteína do leite de vaca.

**Causas menos frequentes de má absorção:**

❖ **Doenças inflamatórias do intestino**

- Doença de Crohn
- Colite ulcerativa

❖ **Imunodeficiência**

- Imunodeficiência combinada grave
- Hipogamaglobulinemia
- Pan-hipogamaglobulinemia (Bruton)
- Doença granulomatosa crônica
- Deficiência de IgA

❖ **Medicamentos**

- Antibióticos
- Quimioterapia

❖ **CERTOS TRATAMENTOS**

- Gastrectomia
- Gastroenterostomia
- Radioterapia com doses elevadas

Algumas bactérias e vírus atingem mais as crianças com menos de um ano, que são mais predispostas pelo desmame precoce e desnutrição. Mas o *Vibrio cholerae* que causa a cólera atinge mais os maiores de 15 anos, que são as pessoas mais expostas ao risco de serem contaminados.

A transmissão faz-se principalmente através da água e de alimentos contaminados pelas fezes de doentes, pelas mãos contaminadas de doentes ou pessoas que mesmo sem apresentarem sintomas estão eliminando agentes patogénicos. Nas crianças os objectos contaminados levados a boca, como brinquedos, chupetas, entre outros são também fontes de contaminações.

Em certas épocas do ano ocorre tendência de elevação da incidência das diarreias. Esse fato vincula-se principalmente à elevação da temperatura média ambiental e ao regime das chuvas, cuja conjugação favorece a proliferação e transmissão de alguns agentes.

Além desses, outros factores particulares à região devem ser considerados e pesquisados quanto à possibilidade de modificar o comportamento das diarreias, tais como: turismo, migrações, colheitas agrícolas, etc. A distribuição da doença diarreica é universal. No entanto, existe uma relação inversa entre sua incidência e boas condições de saneamento e hábitos de higiene pessoal e alimentar. Tal relação pode determinar diferentes comportamentos da doença numa mesma área geográfica, explicando incidências diferenciadas em populações situadas muito proximamente no espaço, mas beneficiadas por diferentes níveis de melhoramento sanitárias ou de serviços promotores de desenvolvimento social.

Os indivíduos mais afectados são os menores de 5 anos, com maior incidência nos menores de 24 meses, nas áreas mais carentes, e entre os de 24 a 48 meses, nas áreas mais desenvolvidas. As medidas de Controlo podem ser gerais, e passam pela melhoria da qualidade da água, destino adequado de lixo e dejectos, controle de vectores, higiene pessoal e alimentar. Tais orientações, no entanto, são muito amplas e impossíveis de serem aplicadas imediatamente em áreas extensas. Sabe-se que os

processos de implantação do saneamento básico e da mudança de algumas condutas populares não parecem estar próximos de ocorrer satisfatoriamente.

Normalmente, todos os casos de diarreia quando não tratados prematuramente podem conduzir à desidratação /desnutrição como efeito de redução da capacidade absorção dos líquidos, por perda dos mesmos através das evacuações e de uma redução na ingestão de alimentos. Do ponto de vista clínico, pode-se dividir os quadros de Doenças Diarreicas em três síndromas, sendo possível classificar todos os pacientes com diarreia com um deles. Cada um refere-se a uma patogenia diferente e requerer um enfoque terapêutico distinto.

#### **4.1.1 - Sinais e Sintomas da Diarreia**

As diarreias podem determinar modificações no estado geral normal do paciente, principalmente nas crianças, dependendo da intensidade do quadro.

Para melhor caracterização, deve-se atentar para os seguintes sintomas que, em presença de diarreia, podem indicar desidratação:

- Depressão na fontanela ou moleira do recém-nascido;
- Olhos encovados e sem brilho;
- Expressão facial lânguida;
- Lábios ressequidos;
- Pulso fraco;
- Pouca urina; etc.

#### **4.1.2 - Criança com Diarreia, sem Sinais de Desidratação**

A maioria das crianças com diarreia não apresenta desidratação. Para sua prevenção não há necessidade de utilizar um rígido esquema de tratamento, apenas deve-se, após o exame clínico, orientar os familiares sobre a evolução natural da doença, o risco de complicações e a conduta a ser utilizada, abaixo descrita:

- É recomendável o aumento da ingestão de líquidos preparados com ingredientes facilmente disponíveis: soro caseiro, chás, sopas, sucos e água de cozimento de cereais - como o arroz e o milho.
- A alimentação habitual deve ser mantida, em especial o leite materno, aumentando-se a frequência das mamadas.
- A família deve ser ensinada a reconhecer os sinais de desidratação (boca seca, olhos fundos, pouca urina, muita sede). Caso a criança os apresente, iniciar imediatamente a administração de soro caseiro – se a diarreia piorar, procurar o serviço de saúde mais próximo.

#### **4.1.3 - Criança com Diarreia e Sinais de Desidratação**

A reidratação oral com soro é o tratamento de escolha para as crianças com desidratação decorrente de diarreia e vômitos. Além disso, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- A quantidade da solução ingerida dependerá da sede da criança e deve ser oferecida com frequência.
- A administração do soro não impede que os lactentes que estiverem sendo amamentados continuem a receber o leite materno normalmente; para as crianças com outro tipo de alimentação, o soro reidratante deve ser dado apenas enquanto persistirem os sinais de desidratação.
- A partir do momento em que a criança inicia sua reidratação, a febre causada pela desidratação geralmente cede e os sinais clínicos de desaparecem paulatinamente. Assim, deve-se evitar o uso de antitérmicos nesta fase. No entanto, as crianças devem ser reavaliadas com frequência. Caso o volume de soro inicialmente prescrito não debele a desidratação, faz-se necessário um volume adicional – ressalte-se, porém, que são poucos os casos em que se faz necessária esta prescrição adicional.

- Ao desaparecerem os sinais de desidratação, cessa a fase de reidratação. Se isto ocorrer antes da ingestão de todo o volume inicialmente prescrito, esta fase deve ser interrompida e a criança deve voltar a alimentar-se, sendo-lhe administrado o soro de reidratação oral somente após cada evacuação.

#### 4.1.4 - Criança com Diarréia e Desidratação Grave

A reidratação oral é o tratamento de escolha para as crianças com desidratação grave. Prevenir diarreias é fácil, já que a prevenção é o melhor remédio. Medidas simples e de fácil administração doméstica, praticamente impedem a ocorrência das doenças diarreicas, as quais, aparentemente simples, podem levar a complicações como a desidratação, com consequências graves.

**Tabela 3.** Modo de avaliar sinais de desidratação dos pacientes com Diarreia.

<b>Condição</b>	<b>Bem, alerta</b>	<b>Irritado, intranquilo</b>	<b>Comatoso hipotónico</b>
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presente	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Húmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe, rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber
2 – Explore:			
Sinal da prega <sup>8</sup>	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil/ausente
Enchimento capilar <sup>9</sup>	Normal	Prejudicado	Muito prejudicado

<sup>8</sup> O sinal da prega consiste no repuxamento da pele do abdómen da criança; em caso de desidratação, a pele perde a elasticidade e não volta facilmente ao normal.

<sup>9</sup> No teste de enchimento capilar o examinador comprime a mão fechada da criança, durante 15 segundos.

#### 4.1.5 - Diarreia Aguda

Esta, consiste numa perda diária de 3 ou mais evacuações intestinais líquidas ou semi-líquidas. O quadro se inicia agudamente e tarda menos de 14 dias, sendo que na maioria das vezes se resolve em menos de 7 dias.

Também conhecida como temporária, este tipo de diarreia frequentemente desaparece espontaneamente em alguns dias e é na grande maioria das vezes causada por vírus, parasitas e bactérias. É uma doença causada por agentes infecciosos (vírus ou bactérias) e caracteriza-se pela perda de água e outros componentes químicos fundamentais para o bom funcionamento do organismo – resultante do aumento do volume e frequência da evacuação, bem como diminuição da consistência das fezes, que podem apresentar-se líquidas ou aquosas e, algumas vezes, até mesmo conter muco e sangue, como nas chamadas disenterias.

As bactérias causadoras de doença diarreica aguda se utilizam de dois mecanismos principais: o secretório, desencadeado por toxinas, ou o invasivo, através da colonização e de sua multiplicação na parede intestinal, provocando lesão epitelial. Neste caso, pode ocorrer bacteremia ou septicemia.

A diarreia aguda é a maior causa de internação das crianças com idades compreendidas entre 0 a 5 anos, e a desidratação, por sua vez, constitui uma das causas principais responsável pela alta taxa de mortalidade infantil no nosso país. As estatísticas existentes, embora incompletas, indicam o binómio desidratação/infecção como o factor principal responsável pelas desfavoráveis condições de saúde que caracterizam a população infantil – o que torna as doenças diarreicas agudas uma das principais causas de adoecimento e de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento.

Usualmente, factores complexos e encadeados precedem o aparecimento da desnutrição e da infecção da criança. Em Cabo Verde, tais encadeamentos surgem,

sobretudo, em razão das baixas condições sociais de vida em que crescem e se desenvolvem consideráveis parcelas de nossa população infantil.

#### 4.1.5.1 - Causas mais comuns da Diarreia Aguda:

- **Infecções virais:** muitos vírus podem causar diarreia, incluindo rotavírus, vírus Norwalk, citomegalovírus, vírus herpes simplex e hepatite viral.

Os Rotavírus constituem causa frequente de diarreia aguda grave na infância em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

O impacto mundial da infecção por Rotavírus tem conduzido ao desenvolvimento de estratégias vacinais capazes de reduzir a morbidade e a mortalidade da doença.

- **Falta de higiene:** não lavar as mãos antes de comer ou preparar alimentos para cozinhar.
- **Ingestão de alimentos contaminados:** mal lavados, mal conservados e/ou lavados ou cozidos em água não fervida ou filtrada.
- **Desmame precoce:** a criança deve ser amamentada ao peito, no mínimo, até os 6 meses de vida.
- **Falta de saneamento básico:** moradias sem rede de esgoto, com córregos ou rios contaminados ou próximas de esgotos a céu aberto
- **Parasitas:** os parasitas podem entrar na corrente sanguínea através dos alimentos e da água e instalarem-se no aparelho digestivo. Entre os parasitas que provocam diarreia incluem-se a Giardia lamblia, a Entamoeba histolytica e o Cryptosporidium.
- **Infecções bacterianas:** diversos tipos de bactérias, adquiridas através de alimentos ou água contaminada, podem causar diarreia. Entre os habituais responsáveis incluem-se Campylobacter, Salmonella, Shigella e Escherichia
- **Satisfação de apetites:** Consumo excessivo de certos alimentos e álcool pode resultar em diarreia.
  
- **Menstruação:** Muitas mulheres podem ter diarreia ligeira quer imediatamente antes quer durante a menstruação

#### **4.1.5.2 - Tratamento da Diarreia Aguda**

De acordo com **Carlos Carvalheira**, mais de 90% das diarreias agudas são ligeiras e auto-limitadas em 2 – 5 dias (curam sem necessidade de recorrer a nenhum medicamento). As diarreias agudas, depois dos baptizados e dos casamentos, por contaminação dos alimentos, que atingem dezenas ou centenas de pessoas são uma constante dos noticiários da televisão. Dois ou três dias depois todos os convidados se encontram bem. A *Salmonella* é a bactéria causadora de muitas diarreias, geralmente associadas às ingestões de ovos, maionese, mariscos ou frango. A *E. coli* está relacionada com os hambúrgueres etc.

Continuando com a mesma referência, Se se recorrer ao médico ele não pede qualquer exame porque nada iria esclarecer em tempo útil e, recomendava a ingestão de líquidos para evitar a desidratação.

Beber líquidos para evitar a desidratação (a água, o chá, a Coca-Cola sem gás etc.) é a base do tratamento da diarreia aguda, infelizmente, por vezes, desviamo-nos para medicamentos desnecessários e inúteis que a propaganda nos mete pelos olhos a dentro. A noção, ainda existente, de que beber líquidos vai aumentar a diarreia é falsa. Nos casos de diarreia profusa, e de toxémia com mau estado geral pode ser necessário o internamento hospitalar, para corrigir os desequilíbrios iónicos e para administração intra-venosa de líquidos. Em casos raros, muito raros, pode ser necessário recorrer a um antibiótico.

#### **4.1.6 - Diarreia Crónica**

A diarreia crónica define-se como a diarreia com duração superior a 4 semanas embora possa surgir como consequência duma infecção, resulta normalmente de outras causas que levam à incapacidade do intestino delgado absorver nutrientes e líquidos.

##### **4.1.6.1 - Causas da Diarreia Crónica**

São múltiplas e incluem situações tão diversas como intolerância alimentar, doenças intestinais, reacções medicamentosas e doenças intestinais funcionais.

- Intolerância ou alergia alimentar: os derivados do milho ou do trigo são os responsáveis mais comuns. A intolerância à lactose é uma situação comum que afecta cerca de 20% das pessoas.
- Reacções medicamentosas: tais como antibióticos, medicamentos anti-hipertensores e antiácidos contendo magnésio.
- Doenças intestinais, tais como Doença Inflamatória Intestinal, Doença de Crohn e Colite Ulcerosa.

Em muitos casos, mesmo após uma investigação clínica completa, não se consegue determinar a causa da diarreia. De qualquer modo, desde que a diarreia desapareça espontaneamente, não é normalmente necessária uma pesquisa aprofundada.

#### **4.1.6.2 - Diagnóstico da D. Crónica**

Para a realização do diagnóstico, deve – se dar ênfase aos sinais e sintomas que se referem à diarreia e à desidratação, bem como preocuparmo-nos, ainda, com alguma outra doença eventualmente associada.

Em geral, o quadro clínico de uma diarreia aguda, principalmente na infância, caracteriza-se pela apresentação de mais de cinco evacuações diárias, líquidas ou pastosas, e tem sua importância determinada pela gravidade da perda de água e de outros elementos importantes pelas fezes, vômito ou febre. Por outro lado, nas diarreias crónicas predominam os sinais de desnutrição, cujo sintoma mais importante é o emagrecimento.

#### **4.1.7 - Disenteria**

Este tipo de doença diarreica é caracterizado pela presença de sangue nas fezes, perda rápida de peso e dano da mucosa intestinal causado por bactérias invasoras. Este síndrome clínico quase sempre inclui febre alta.

#### **4.1.8- Diarreia Persistente**

É uma doença diarreica que inicia-se como um episódio agudo de diarreia líquida da disenteria e demora por 14 ou mais dias. Neste caso ocorre frequentemente a perda marcada de peso. O volume da perda fecal pode ser grande, podendo causar desidratação diferente da diarreia crónica uma Vaz que acrónica pode ser de longa duração e pode ter outras causas.

#### **3.1.8 - Diarreia /férias**

Uma Higiene deficiente, água ou alimentos contaminados e alterações climáticas constituem factores, que no seu conjunto, contribuem para tornar a diarreia do viajante uma situação extremamente comum. Pode ser desencadeada simplesmente por uma alteração na alimentação. Quando já gastou uma soma considerável nessa viagem importante, a última coisa que deseja é a perda de tempo e sofrimento que se associam à diarreia. O melhor é levar consigo um medicamento que seja eficaz quando for de férias.

- Ter de fazer uma apresentação ou uma actuação em público é o que basta para que algumas pessoas tenham um surto de diarreia. Na verdade, é um problema já de reconhecimento generalizado. Se pensa que isso poderá estar na eminência de acontecer, o facto de dispor de antidiarreicos à mão e poder tomá-los na altura dos primeiros sinais da diarreia, pode dar-lhe toda a confiança para conseguir o melhor desempenho.

## 4.2- Situação Mundial das Doenças Diarreicas

O termo “diarreia” deriva da palavra grega “diarrhoia” o que significa “uma corrente” As doenças diarreicas constitui uma das maiores calamidades que arrasam numerosos países, particularmente os que estão em via do desenvolvimento.

Constituem um dos maiores enigmas da saúde pública enfrentados por esses países e naturalmente uma das causas principais de moléstias e mortes, principalmente em crianças com menos de 5 anos.<sup>10</sup>

De uma forma geral, praticamente toda a morbi-mortalidade por estas doenças deve-se a decadência de qualidade de vida dos países subdesenvolvidos. Este facto está subjacente a uma má partilha de recursos, ao desemprego e ao subemprego, salários incompatíveis, à fome e ao abatido nível educacional das populações.<sup>11</sup>

Esses factores são responsáveis pala falta de saneamento, falta de higiene individual e colectiva, favorecendo assim a disseminação destas doenças pela via fecal-oral, e em muitas situações, pela desnutrição, o que leva ao atraso no crescimento e desenvolvimento das crianças e muitas vezes, até a morte.<sup>12</sup>

De acordo com a O.M.S, globalmente, cerca de 125 milhões de episódios diarreicos por Rotavírus ocorrem a cada ano, culminando com 500.000 a 600.000 óbitos. Segundo a mesma referência, há uma tendência à sazonalidade na infecção por Rotavírus, que ocorre de forma predominante no inverno em regiões de clima temperado e se faz presente por todo o ano em áreas de clima tropical

---

10, 11 e 12

#### 4.2.1 – Medidas gerais de Prevenção das Doenças Diarreicas

- ❖ **Lavar as mãos com água e sabão depois de qualquer contacto com fezes e principalmente antes de preparar os alimentos** – constitui uma forma primordial de prevenir essas doenças, pois o sabão e a água removem os micróbios que possam estar retidos nas mãos durante a realização de algumas actividades antes de preparar os alimentos, depois de usar o sanitário ou mesmo depois de limpar uma criança que acabou de defecar. De uma outra forma estes poderiam infiltrar-se nos alimentos ou na boca e daí derivar graves consequências.
- ❖ **Promover o aleitamento materno exclusivo ate aos 4-6 meses de vida e utilizar praticas aperfeiçoadas de desmame** – As mães devem amamentar as crianças exclusivamente ao peito nos primeiros 4 – 6 meses de vida, porque o leite materno, além de ser um alimento completo, contém anticorpos que protegem as crianças contra certos tipos de microrganismo que provocam as D. diarreicas.
- ❖ **Não utilizar biberões para alimentar as crianças**, porque estes contaminam facilmente. Quando as crianças tiverem cerca de 4-6 meses de idade, as mães devem introduzir alimentos macios e bem amassados, duas vezes por dia. Quando elas tiverem cerca de 6 meses, as mães são aconselhadas a dar-lhes maior variedade de alimentos, quatro vezes por dia. A partir de um ano devem fornecer-lhes todos os tipos de alimentos preparados de modo adequado de quatro a seis vezes por dia. A maior parte de cereal, grãos e vegetais tem baixo valor energético, pelo que se possível, devem acrescentar nas suas dietas óleo, gordura ou açúcar. A dieta deverá tornar-se gradativamente variada, incluindo legumes, derivados de leite, ovos, frutas e vegetais.
- ❖ **Utilizar Água Limpa** – As famílias que dispõem de bastante água limpa e canalizada e que sabem como usá-las são menos atacados pelos microrganismos causadores das doenças diarreicas do que as que não tem.

### 4.3- Situação em Cabo Verde

As doenças parasitárias e intestinais constituem uma das principais causas de mortalidade infantil em Cabo Verde, cabendo às doenças diarreicas um peso importante na morbidade e mortalidade das crianças menores e maiores de cinco anos, e em particular na ilha de Santiago<sup>13</sup>A ilha de Santiago merece uma atenção privilegiada, pelo facto de apresentar mais de 60 % da incidência e a grande maioria dos óbitos que ocorrem nas crianças internadas<sup>14</sup>;

Infelizmente, no nosso país, os níveis de saneamento básico e de abastecimento de água, ainda, são baixos e os CAP da população, relativamente à prevenção das doenças diarreicas são precários. A ilha de Santiago retrata de uma forma bastante clara esta situação, além de representar a grande maioria de casos de diarreia registados no país<sup>15</sup>. As causas primeiras da origem destas doenças no País são já conhecidas e estão relacionadas não só com o acesso à água potável e aos meios de saneamento de evacuação dos dejectos, como também, com o baixo nível de conhecimentos, atitudes e praticas das populações, no que respeita às regras básicas de uma boa higiene individual, colectiva e alimentar <sup>16</sup> abastecimento da água e sobretudo com os conhecimentos, atitudes e práticas das populações, relativamente a prevenção desse flagelo.<sup>17</sup>

---

<sup>13, 14, 15, 16 e 17</sup> Correia, **Artur** Plano Estratégico para o controle das doenças diarréicas (1997 – 2000). Ministério de saúde

Segundo o Ministério de saúde de Praia, no ano 2005, em Cabo Verde registaram-se um total de 16925 casos de doenças diarreicas, dos quais 5454 foram no concelho de Praia. Dos totais dos casos ocorridos n concelho de Praia, o mais relevante foi diarreia sem desidratação em menores de 5 anos (3481 casos). Constata-se que em relação á diarreia sem desidratação em geral houve mais casos do que com desidratação. O caso menos ocorrido foi de diarreia com desidratação em 5 anos e mais, isto é houve apenas 16 casos. Comparando 16 casos com 3481, verifica-se que é praticamente insignificante.

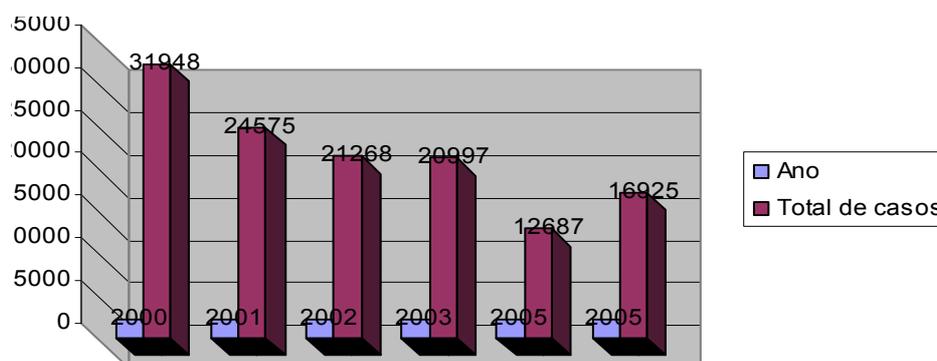
**Tabela 4** – Casos Notificados e Taxa de Incidência, ano 2005 em Cabo Verde

Doenças	Casos 2005	
	Casos	Incidência
Doenças diarreicas <5 anos	8741	1361,0
Doenças diarreicas > 5 anos	6849	165,5
Disenteria/D. com sangue	1329	27,8

**Fonte:** Boletim epidemiológico Semanal 2001-2005  
Ministério de Saúde, Praia

Analisando a tabela anterior e o pode-se afirmar que no ano 2005 em Cabo Verde, houve 8741 Casos e 1361,0 Incidência das Doenças diarreicas em <5 anos, 6849 Casos e 165,5 Incidência das Doenças em diarreicas > 5 anos, e 1329 Casos 27,8 e Incidência de Disenteria/D. com sangue.

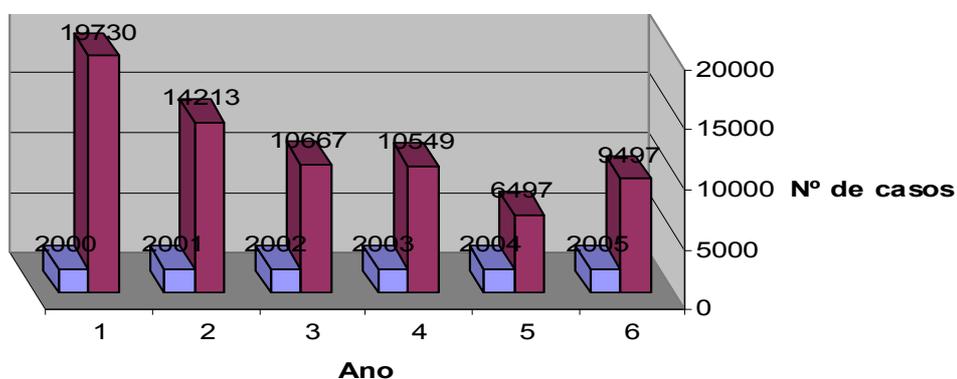
**Gráfico 6** – Evolução das Doenças Diarreicas em Cabo Verde, por ano, de 2000 – 2005 (ver tabela 7 em anexo). **Fonte:** DGS.



Fonte: DGS. Boletins de Vigilância Epidemiológica (2000 – 2005)

De acordo com o gráfico anterior, no percurso de 6 anos, isto é de **2000 -2005**, registou-se um **total de 128400 casos de Doenças Diarreicas no país**.

**Gráfico 7** – Evolução de Casos de D. Diarreicas de 2000 – 2005, na ilha de Santiago (2000 a 2005), ver tabela 8 em anexo.



Fonte: DGS. Boletins de Vigilância Epidemiológica (2000 – 2005)

Analisando o **gráfico 7** conclui-se que:

- Na ilha de Santiago, do decorrer de 2000 a 2005, houve um total de **71153 casos** de Doenças Diarreicas com maior **destaque para o ano 2000, com 19730 casos**.
- O ano que decorreu **menos caso** foi o ano **2004**, com apenas **6497 casos**.
- Com o suceder dos anos o nº de casos vem atenuando progressivamente.
- Houve uma ascensão de ano **2004 para 2005**.

#### 4.4 - Situação no Concelho de Praia

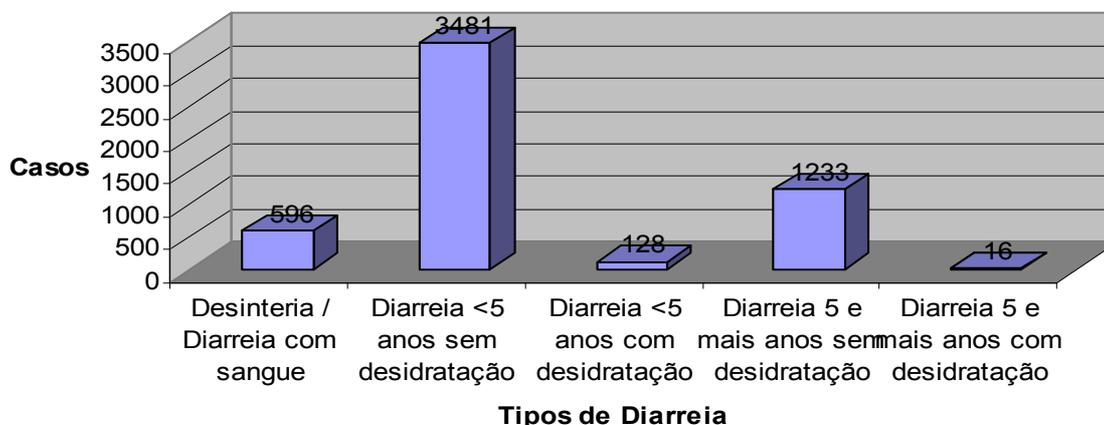
As doenças diarreicas têm uma tendência em aumentar nas épocas quentes. Atacam tanto as crianças como também adultos, mas com maior incidência nas menores de 5 anos, daí que se pode concluir que essa é a **Faixa Etária Alvo** dessas doenças no concelho e em todo o mundo.

No ano 2005, houve um total de **5454** casos de D. Diarreicas, dos quais **4858** foi nas Crianças de 0-5 e 5 em mais anos, o que representa 89% dos casos de D. Diarreicas no Concelho de Praia, ano 2005 (ver o gráfico 8).

Segundo as enfermeiras Isabel Sanches e Maria José de Pediatria da Praia, antes havia mais casos de D. Diarreicas, isto porque hoje há mais sensibilização por parte dos organismos de saúde, mais divulgação nos meios de comunicação social, fazendo assim mudar as ideias das pessoas.

Acrescentaram ainda que hoje as pessoas já usam oralite sem preconceito, que dentro do hospital fazem de tudo para incentivar as pessoas a manterem as regras de higiene para a manutenção de saúde e que já quase não há óbitos por D. Diarreicas especificamente, mas sim associado ao HIV Sida. Resumindo tudo significa que houve uma grande queda de casos de D. Diarreicas no conselho de Praia de antes até agora.

**Gráfico nº 8 –** Números de **casos** no Concelho de **Praia, ano 2005**, (ver a tabela 4 em anexo).



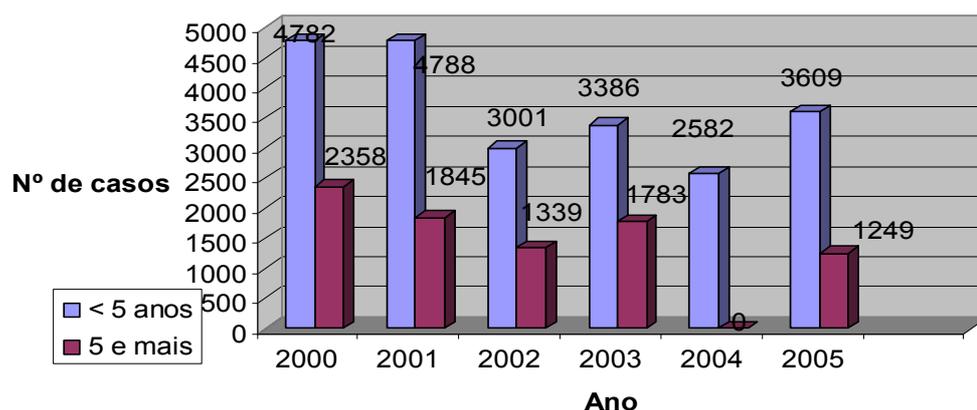
**Fonte:** Formulários de Notificação Semanal, 2005

Ministério de Saúde, Praia

**Analisando o gráfico anterior pose-se afirmar que:**

Houve 596 casos de Desintéria / Diarreia com sangue, 3481 casos de Diarreia em <5 anos sem desidratação, 128 casos de Diarreia em <5 anos com desidratação, 1233 casos de Diarreia 5 e mais anos sem desidratação e 16 casos de Diarreia em 5 e mais anos com desidratação.

**Gráfico 9 – Evolução** de casos de D. Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia, ano 2000 a 2005. (ver tabela 9 em anexo).



DGS. Boletins de Vigilância Epidemiológica (2000 – 2005)

**O.B.S** – para 5 e mais anos em 2004, **não há dados disponíveis**.

**Análise do Gráfico 9:**

- No Concelho de **Praia**, do decorrer de 2000 a 2005, houve um total de **30722 casos** de Doenças Diarreicas em Crianças (excepto para 5 e mais anos em 2004 que não há dados disponíveis), com maior **destaque para o ano 2000, com 7140 casos**.

- Com o suceder dos anos o nº de casos vem atenuando progressivamente.
- Para a faixa etária <de 5 anos, no percurso de 2000 a 2005, houve no Concelho de Praia um total de **22148 casos de Doenças Diarreicas**, e para **5 e mais** anos um total de **5774 casos** (excepto para 5 e mais anos em 2004).
- Houve mais casos para a faixa etária <de 5 anos de idade no Concelho de **Praia**, do decorrer de 2000 a 2005.

#### **4.4.1-- Medidas de Controlo das Doenças Diarreicas no Concelho de Praia.**

O Concelho de Praia apresenta sérios enigmas relacionados com o acesso à água potável, destino adequado dos dejectos, entre outros. Estes problemas afectam o controlo das Doenças Diarreicas.

Uma deposição segura de excrementos constitui uma prioridade primordial para a cautela das doenças diarreicas, uma vez que diminui a quantidade de microrganismo causadores dessa doenças, evitando assim a sua irradiação. Para um saneamento adequado é aconselhável não só a construção de latrinas ou fossa para a deposição de fezes, com também a delimitação de áreas para defecar e depois enterrar. Diante dessas situações, pode-se verificar que a problemática do controlo dessas doenças, não constitui uma tarefa apenas do Ministério de Saúde e Promoção Social, mas sim de todos, isto é, exige intervenção comunitária de toda a sociedade, envolvendo tanta o população como as outras entidades centrais e municipais.

Logo, partindo desse pressuposto, o Ministério de Saúde, juntamente com os hospitais, as Delegacias de Saúde e as Câmaras Municipais, tem apostado e muito nos últimos anos no controlo dessas doenças, através de criação de infra-estruturas sanitárias para o saneamento, da elaboração de programas de sensibilização da população face às regras básicas de uma boa higiene (individual, colectiva e alimentar) e da disponibilização de Medicamentos com por exemplo Sais de Reidratação Oral a todos os bairros do concelho de Praia para a prevenção e tratamento respectivamente.

Em relação à população, cabe por em prática as informações, as instruções adquiridas aquando da educação sanitária para a prevenção e utilizar convenientemente os respectivos sais através da Terapia de Reidratação Oral no tratamento Caseiro. Caso assim acontecer, propõem-se uma boa articulação entre as medidas de precaução e tratamento, e previsivelmente na moderação da incidência das Doenças Diarreicas.

A primeira linha de evidência para a prevenção e tratamento das Doenças Diarreicas é sem dúvida o asseio, mas isso implica necessariamente a existência de meios sanitários de evacuação dos dejectos e de disponibilidade de água de boa qualidade e em quantidades suficientes, para que todos os membros de uma família

possam beneficiar. É obvio que manter boa higiene sob as circunstâncias de saneamento existentes no conselho de Praia constitui um desafio para muitos habitantes do conselho, mas se conjuntamente fizermos a da higiene pessoal, colectiva e alimentar um hábito estaremos a proteger-nos de muitas doenças, principalmente as diarreias. Desta forma, programas de sensibilização da população face à problemática das Doenças Diarreicas elaborados pelo Ministério de Saudei e Promoção Social, são recomendadas as seguintes medidas básicas e tratamento domiciliar das Doenças Diarreicas.

## CAPITULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 – Distribuição das Doenças Diarreicas por Sexo no Conselho de Praia, ano 2005.

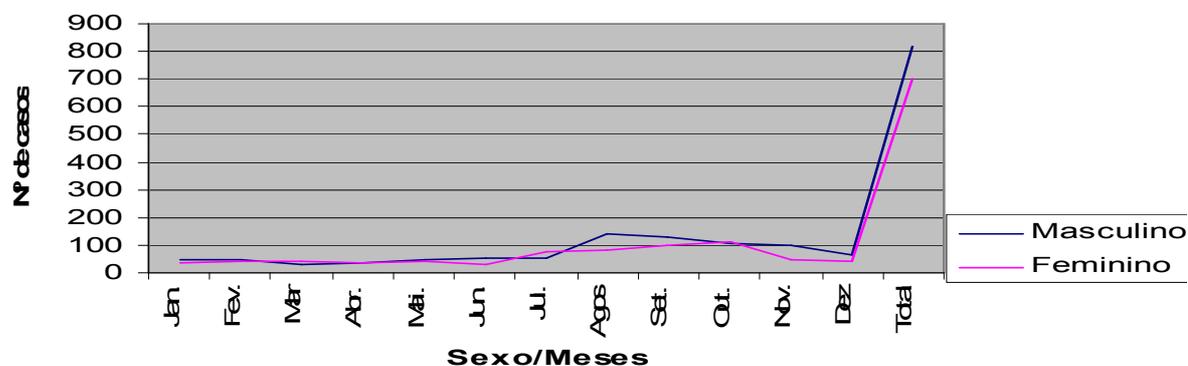
**O.B.S Lamentamos** mas não nos foi possível encontrar todos os **4858** dados conforme o Ministério de saúde, conseguimos apenas um total de **1518** casos, na Delegacia de saúde de Praia.

**Tabela 5.** Distribuição das Doenças Diarreicas por Sexo, nas Crianças do Conselho de Praia, ano 2005

<b>Meses/ Casos</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Agos</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez</b>	<b>Total</b>
<b>Masculino</b>	45	48	32	36	45	52	55	138	126	103	97	62	<b>818</b>
<b>Feminino</b>	37	41	40	33	43	27	76	82	101	113	46	40	<b>700</b>

**Fonte:** DSP/ Folha de registo de Pediatria

**Gráfico 10** – Distribuição das Doenças Diarreicas por Sexo, nas Crianças do Conselho de Praia, ano 2005.



Fonte: DSP /Folha de registo de Pediatria

Analisando a **Tabela 5** e o respectivo **Gráfico 10** conclui-se que:

- Em geral o sexo **Masculino** foi o mais afectado com total de **818 casos** que corresponde a **54 % de total dos casos** e o sexo **Feminino** com total de **700 casos** que corresponde a **46 % de total dos casos**, o que nos permite afirmar que a incidência das D.D foi maior para o sexo masculino.
- Durante o período de Janeiro a Dezembro, isto é durante o ano inteiro, a distribuição das D.D foi com **maior incidência no sexo masculino**.

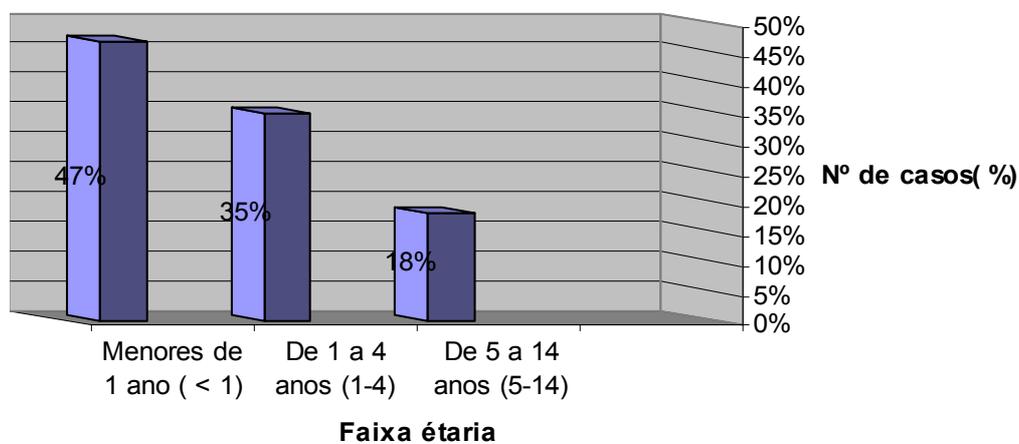
### **5.2 – Distribuição das Doenças Diarreicas por Grupo Étario no Conselho de Praia, ano 2005**

**Tabela 6.** Distribuição das Doenças Diarreicas no Conselho de Praia, por Grupo Étario (Janeiro - Dezembro) ano 2005.

<b>Menores de 1 ano (&lt; 1)</b>	<b>De 1 a 4 anos (1-4)</b>	<b>De 5 a 14 anos (5-14)</b>	<b>Total</b>
713(47 %)	535(35%)	270(18 %)	<b>1518</b>

**Fonte:** DSP/ Folha de registo de Pediatria

**Gráfico 11-** Distribuição das Doenças Diarreicas no Conselho de Praia, por Grupo Étario (Janeiro - Dezembro) ano 2005.



**Fonte:** DSP /Folha de registo de Pediatria

Analisando a **Tabela 6** e o **respectivo Gráfico 11**, chega-se a seguinte conclusão:

- O grupo etário de **<1 ano** foi sem duvida o **mais afectado** por Doenças Diarreicas durante o ano 2005, com total **713** de casos (**47%**), portanto quase metade do total de 1518 casos geristrados durante o ano;
- Pelo contrário, o grupo etário **menos afectado** por doenças diarreicas durante o ano 2005 foi o de **4 -15** anos que corresponde apenas a **18 %** de total dos 1518 casos registrados durante o ano 2005

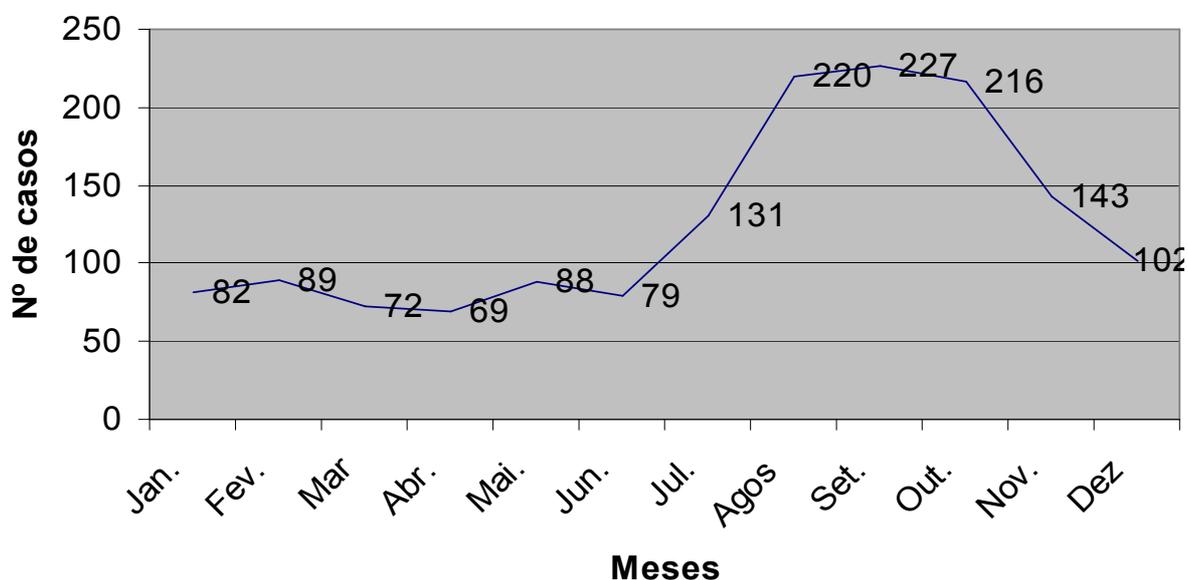
### **5.3- Distribuição Mensal das Doenças Diarreicas no Conselho de Praia, ano 2005**

**Tabela 7-** Distribuição Mensal de Casos das Doenças Diarreicas, Concelho de Praia, ano 2005

<b>Meses/ Casos</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Agos</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez</b>
<b>Nº de casos</b>	82	89	72	69	88	79	131	220	227	216	143	102

**Fonte:** DSP/ Folha de registo de Pediatria

**Gráfico 12** - Distribuição de casos de Doenças Diarreicas por meses, Concelho de Praia, ano 2005.



Fonte: DSP/ Folha de registo de Pediatria

Analisando os dados referidos na **Tabela 7** e no seu correspondente **gráfico 12**, conclui-se que:

- No percurso de Janeiro a Dezembro de 2005 registou-se um total de **1518** casos em crianças no Concelho de Praia.
- A **distribuição** das doenças diarreicas de **Janeiro a Dezembro** do ano 2005, foi de uma **forma irregular**, isto é houve meses que apresentou com menos casos como Janeiro, Fevereiro, Abril, Maio, e Junho e houve meses que se apresentou com mais casos como os meses de Julho, Agosto, Setembro, Outubro e Novembro e Dezembro
- Os meses **Julho, Agosto e Setembro** foram os **mais afectados** por doenças diarreicas;

- Houve **menos casos** nos meses de **Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio e Junho.**
- Houve um significativo **aumento de nº de casos de Junho para Julho**, que continuou a aumentar nos meses seguintes até Outubro e a partir daí começou a diminuir consideravelmente nos meses seguintes;
- De **Outubro a Novembro** houve uma **diminuição considerável** na incidência das D. Diarreicas;
- Houve **maior incidência** nos meses mais quentes coincidentes com as épocas de chuva, de **Julho, Agosto Setembro e Outubro.**

#### 5.4 – Distribuição das Doenças Diarreicas / por Centros de Saúde Concelho de Praia, ano 2005

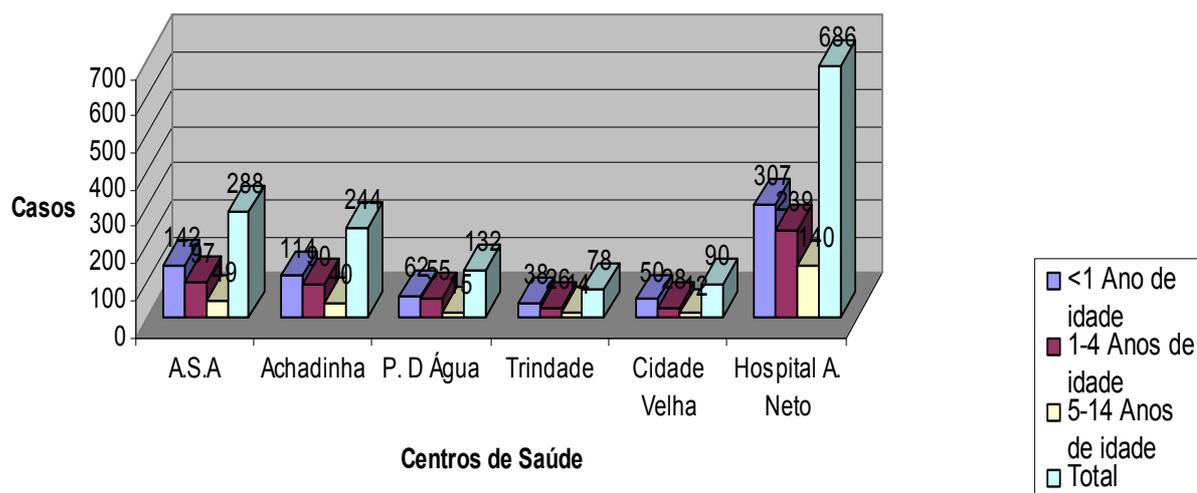
**OBS.** O nosso objectivo era de analisar a distribuição das Doenças Diarreicas por Bairros do Concelho, mas infelizmente não foi possível devido a **falta de dados.**

**Tabela 8.** Distribuição de casos de Doenças Diarreicas por Centros de Saúde, Concelho de Praia, ano 2005

Centros de Saúde	<1 Ano de idade	1-4 Anos de idade	5-14 Anos de idade	Total
<b>A.S.A</b>	142	97	49	288
<b>Achadinha</b>	114	90	40	244
<b>P. D Água</b>	62	55	15	132
<b>Trindade</b>	38	26	14	78
<b>Cidade Velha</b>	50	28	12	90
<b>Hospital A. Neto</b>	307	239	140	686

Fonte: DSP/ Folha de registo de Pediatria

**Gráfico 13** – Distribuição das D. Diarreicas por Centros de Saúde, Concelho de Praia, ano 2005



Fonte: Folha de registo de Pediatria

De acordo com a **Tabela 8** e com o **Gráfico 11**, pode-se dizer que:

- Foi o Hospital Agostinho Neto que atendeu maior nº de caso, durante o ano 2005, com um total de **686 casos** que corresponde a **45,2 %** de total de casos registrados, portanto **quase metade** de total dos 1518 casos registrados no concelho de Praia;
- Além do Hospital A.Netto, o centro que atendeu maior nº de caso de Doenças Diarreicas durante a ano 2005, foi o de **AS.A**, com um total de **288 casos, 19 %** de total dos casos no conselho de Praia;
- Pelo contrário, o centro que atendeu menos casos de Doenças Diarreicas foi o de **Trindade**, com apenas **78 casos (5%)**;
- Em **todos os centros** de saúde, e também no Hospital houve mais casos na faixa etária de **<1 ano**.

- Houve apenas **3 centros** que atendeu maiores números de casos que são **Hospital A.Neto, A.SA, e Achadinha.**

### **5.5 Taxa de Mortalidade e nº de óbitos por Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia, ano 2005.**

#### **5.5.1- Cabo Verde, Óbitos por Diarreias, por sexo e idade, ano 2005**

Em Cabo verde, durante o ano 2005, houve um total de 26 óbitos, sendo 9 na faixa etária <1 ano, dos quais, 5 eram do sexo masculino e 4 eram do sexo feminino, 1 na faixa etária de 70-74 anos, 2 na faixa etária 80-84 anos, 13 na faixa etária 96 – 99 anos. Portanto do total dos 26 óbitos, 14 era do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Não houve óbitos em Crianças com idade compreendida entre 4 – 14 anos em Cabo verde no ano 2005, mas apenas na faixa etária <1 ano (ver **tabela 9 em anexo**).

#### **5.5.2 -Concelho de Praia, Óbitos por Doenças Diarreicas por sexo e idade, ano 2005**

No Concelho de Praia, no ano 2005 houve um total de 4 óbitos dos quais 3 eram nas crianças com menos de 1 ano de idade e 1 na faixa de 95 – 99 anos. Não houve óbitos na faixa etária 1-4, nem na de 5-14, mas apenas em <1 ano. Quer dizer que dos 26 óbitos em Cabo Verde, 4 era no Concelho de Praia, que corresponde a 15 % do total dos óbitos. Um quarto de total dos óbitos ocorridos em todos os concelhos do nosso arquipélago. De total de 9 óbitos nas crianças em Cabo Verde, 3 era nas crianças do Concelho de Praia. De total dos óbitos ocorridos nas crianças em Cabo Verde no ano 2005 o Concelho de Praia corresponde a 33 % (ver **tabela 10 em anexo**).

### 5.5.3 - Óbitos por Doenças Diarreicas nas Crianças por Zonas de Residência e Idade, ano 2005

Houve 3 óbitos nas crianças, no concelho de Praia, durante o ano 2005, dos quais foram uma criança de Achada Eugénio Lima, uma do Tira Chapéu e uma do Coqueiro. Não houve óbitos nas crianças de outras faixas etárias ( **ver a tabela 11 em anexo** )

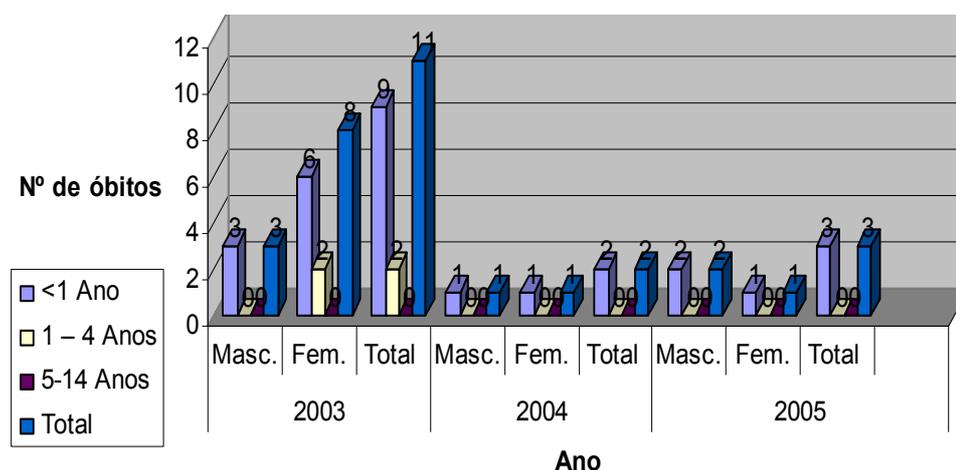
### 5.5.4 Evolução de Óbitos por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003 – 2005

**Tabela nº 12** – Evolução de Óbitos por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003 – 2005

Ano	2003			2004			2005		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
<1 Ano	3	6	9	1	1	2	2	1	3
1 – 4 Anos	0	2	2	0	0	0	0	0	0
5-14 Anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	3	8	11	1	1	2	2	1	3

Fonte: GEP/Ministério da Saúde, Estatísticas da Mortalidade

**Gráfico n° 14** – Evolução de Óbitos por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003 – 2005.



Fonte: GEP/Ministério da Saúde, Estatísticas da Mortalidade

Analisando a **tabela 12** e o **respectivo gráfico 14**, pode-se chegar a seguinte conclusão:

- No ano **2003**, houve no Concelho de Praia um total de **11 óbitos nas Crianças**, sendo **3 do sexo masculino**, todos em **<de 1 ano**, e **8 do sexo feminino** dos quais **6 óbitos** foi em **<de 1 ano** e **2** na faixa de **1 - 4 anos** de idade. Em **<1 ano** houve ao todo **9 óbitos** e na faixa de **1-4 anos** houve **2 óbitos** apenas. **Não houve óbitos** para a faixa etária de **5-14 anos** de idade
- No ano **2004**, houve no Concelho de Praia apenas **2 óbitos nas Crianças**, sendo **1 do sexo masculino**, e **1 do sexo feminino** ambos em **<de 1 ano**. **Não houve óbitos** para a faixa etária **1 – 4 anos** nem para **5-14 anos** de idade
- No ano **2005** houve no Concelho de Praia um total de **2 óbitos** todos em **<de 1 ano**; **Não houve óbitos** nas outras faixas (**1- 4 e 5-14 anos**); Dos **3 óbitos** ocorridos, **2** foi no sexo masculino e **1** no sexo feminino;

- Comparando o ano 2005 com ano anterior (**2004**) houve uma **subida ligeira** e comparando com a ano **2003**, houve uma **grande descida** de mortalidades, **de 11 para 3 óbitos. O nº de óbitos baixou cerca de 72% de 2004 – 2005.**
- De 2003 a 2005 o nº de óbitos variou entre 2 e 11, entre 2 e 9 para o grupo etário <1 ano, e entre 0 e 2 para 5 – 14 anos e não houve óbitos faixas para grupo etário 5-14 anos.

### **5.5.5 Evolução da Taxa de mortalidade por Doenças Diarreicas nas Crianças do Concelho de Praia, ano 2003,2004 e 2005**

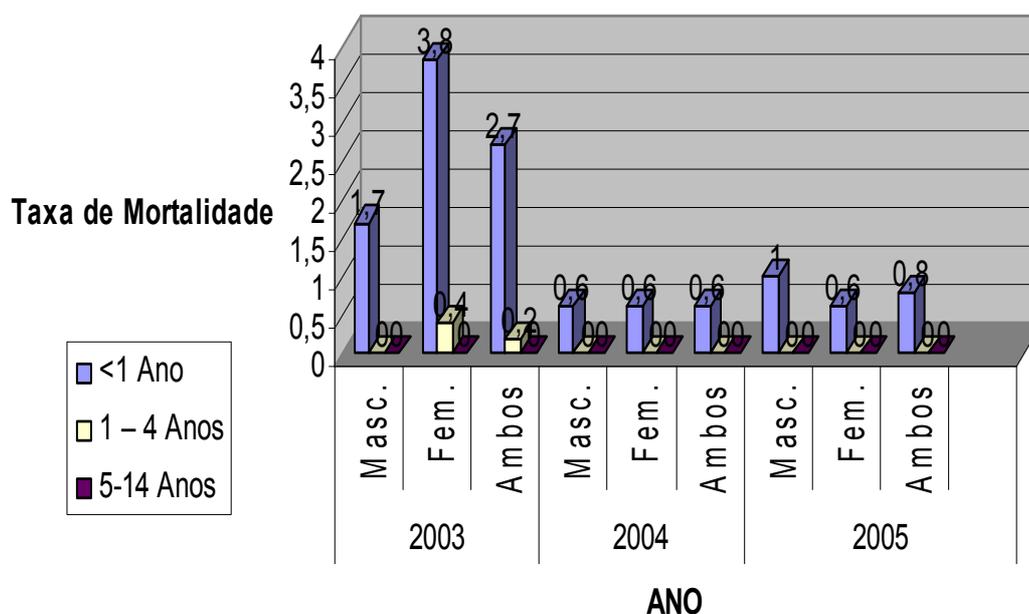
**Taxa de Mortalidade** por doenças diarreicas representa o nº de indivíduos que morreram com diarreia, em cada mil habitantes.

**Tabela nº 13 – Evolução da Taxa de mortalidade por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003**

Ano	2003			2004			2005		
	Masc.	Fem.	Ambos	Masc.	Fem.	Ambos	Masc.	Fem.	Ambos
<b>&lt;1 Ano</b>	1,7	3,8	<b>2,7</b>	0,6	0,6	<b>0,6</b>	1,0	0,6	<b>0,8</b>
<b>1 – 4 Anos</b>	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>5-14 Anos</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

**Fonte:** GEP/Ministério da Saúde, Estatísticas da Mortalidade

**Gráfico n° 15** – Evolução da Taxa de mortalidade por Doenças Diarreicas nas crianças do Concelho de Praia, ano 2003



Fonte: GEP/Ministério da Saúde, Estatísticas da Mortalidade

Analisando a **tabela 13** e o **respectivo gráfico 15**, pode-se chegar a seguinte conclusão:

- De 2003 – 2005, a taxa de mortalidade por Doenças Diarreicas nas crianças variou entre 0.6 e 2.7 por mil para o grupo Etário <1 ano.
- Os valores mais elevados da taxa registaram-se no ano 2000 (2.7 por mil), tanto para <de 1 ano, como também para ambos os sexos.
- Para o grupo etário de 1 – 4 anos a taxa foi de 0,2 por mil para o ano 2003.
- De 2004 para 2005, houve um ligeiro aumento da taxa de mortalidade de 0,6 para 0.8.
- Para o ano 2003 a taxa para o sexo masculino foi 1.7 de e para o Sexo feminino foi de 3.8

- Para o ano 2004, a taxa de mortalidade foi mesmo para os dois sexos, isto é de 0.6 por mil.
- De 2003 para 2004 houve uma descida considerável da taxa de 2.7 para 0.6 por mil.

## **CAPITULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.**

### **6.1- Discussão dos resultados:**

Os dados apresentados foram recolhidos no Hospital A.Neto, e nos 5 e cinco centros de saúde Achadinha, Achada Santo António, Trindade, Cidade Velha, e Ponta D água e porque são apenas esses que haviam em 2005. No entanto não foi possível apresentar as distribuições por bairros do conselho de Praia devido a falta de dados estatísticos.

**Um elevado número de casos de D. Diarreicas em crianças registadas no conselho de Praia durante o ano 2005, poderá estar relacionado a vários factores nomeadamente:**

- **Idade**, porque a maioria dos casos foi em <de 5 anos com destaque para na faixa etária <1 ano, pois é provável que crianças nessa faixa etária tenha um sistema imuno frágil, são inconscientes daquilo que fazem, estão mais em contacto com os agentes infecciosos, e ainda muitos são sofrem desmame precoce.
- **Amamentação**, pois Desmame Precoce (Não alimentar as crianças idealmente até aos dois anos e com o leite materno até pelo menos um ano de vida) prejudica e muito a criança, isto porque o leite materno contem anticorpos e outras substancias anti – microbianas que protegem as crianças das doenças diarreicas.
- **Saneamento Básico**, o Concelho de Praia apresenta sérios problemas relacionados com o acesso à água potável, destino adequado dos dejectos, e

fraca condição higieno-sanitaria e estes problemas afectam a incidência das Doenças Diarreicas.

- **Desnutrição** – Existem algumas Crianças desnutridas no Conselho de Praia, e a gravidade, a duração e o risco de morrer com diarreia aumenta em crianças desnutridas.
- **Imunodeficiência** – esta pode ser temporal, devido a certas infecções virais (por exemplo o Sarampo), ou então prolongada, como nas pessoas com SIDA. Quando a imunodeficiência é grave, a diarreia pode ser causada por microrganismo patogénicos oportunistas pouco comuns, e a sua duração pode ser mais prolongada, e o Conselho de Praia apresenta alguns bairros com elevado risco de HIV.<sup>18</sup>
- **Clima**, sabe-se que o conselho de Praia tem um clima temperado, e as doenças diarreicas bacterianas aumentam no estação quente, e durante a estação das chuvas.
- **Épocas de Chuvas coincidentes com época de calor**, que acontece todos os anos s de Agosto a Outubro, são os meses em que há mais ditiorizacao das condições higiénica e consequentemente maior nº de casos.
- **Atitudes e práticas da população**, existe ainda hoje grande quantidade de pessoas que ainda estão ignorantes em relação a pratica e atitudes para manutenção de saúde.
- No que diz respeito a distribuição em relação ao sexo, durante o ano 2005, em geral o sexo mais afectado foi masculino, pois é por causa da cultura da população Cabo-verdiana de que os meninos devem ser menos amamentados do que as meninas. Com essa atitude logo são introduzidos comidas mais cedo e consequentemente apresentam mais chance de apanhar as D. Diarreicas.<sup>19</sup>

---

18 e 19 Entrevista feita com as Enfermeiras Isabel Sanches e Maria José na Pediatria do Hospital Agostinho Neto, Praia.

## 6.2- Conclusões

As conclusões tiradas durante a efectivação deste trabalho que poderão contribuir para a tomada de certas decisões, para o melhoramento da Problemática da D. Diarreicas e também como ponto de partida para a realização de novos estudos sobre o tema são os seguintes:

- No conselho de Praia, a situação das D. Diarreicas nas Crianças merece urgente atenção em particular e em especial para os menores de 5 anos oficiais de , uma vez que são alvo desse flagelo, e o Conselho apresenta sérios problemas relacionados com o saneamento (meios sanitários de evacuação dos dejectos, acesso a água potável etc.);
- O Sexo Masculino foi o mais atingido por D. Diarreicas durante o ano 2005 do que o Sexo Feminino devido a certas atitudes e práticas incorrectas da população;
- O número de casos de D. Diarreicas teve um aumento significativo de Julho para Outubro, devido a elevação da temperatura, e da situação após a chuva (humidade). A situação inverteu, isto é, houve uma severa queda de mês de Outubro a Dezembro, por causa de diminuição da temperatura e de acesso a mais quantidade e qualidade da água;
- O Hospital Agostinho Neto atendeu maior nº de caso das Doenças Diarreicas, durante o ano 2005, por ser o que apresenta melhores condições. Á seguir vem o centro de AS.A, e Achadinha. Pelo contrário, o centro que atendeu menos caso de Doença Diarreica foi o de Trindade pelo facto de ser o menos acessível e por apresentar menos condições;
- Em todos os Centros houve mais casos na Faixa Etária de <1 ano, por ser a faixa etária mais vulnerável, isto é, por apresentar um sistema imuno mais débil do que as outras faixas etárias;
- Em relação a Mortalidades, durante o ano 2005 houve em Cabo Verde um total de 26 casos de óbitos por D. Diarreicas com destaque para faixa etária de 95-99

- e <1 ano de idade; Não houve nenhum caso nas faixas etárias de **1 – 4** nem de **5-14** anos;
- Um quarto do total dos óbitos ocorridos no nosso arquipélago, foi no Concelho de Praia, talvez porque tem mais população, menos condições de saneamento básico, e muitos outros factores que contribuem para a poliferação das bactérias e dos vírus;
  - No Concelho de Praia, ano 2005, os 3 óbitos foram de Achada Eugénio Lima, Tira Chapéu e Coqueiro, pois esses bairros fazem parte dos mais carentes do Concelho e conseqüentemente os que apresentam lastimáveis condições de higiene;
  - No ano 2003 houve no Concelho de Praia um total 11 óbitos nas Crianças, muito elevado, isto porque antes a situação era pior do que em 2004 e 2005. Essa situação refere-se ao nível de escolaridade, a atitudes da população, ao melhoramento das condições higiénicas entre outros; As mortalidades por doenças diarreicas estão a decrescer de ano em ano.
  - No ano 2003 a Taxa de Mortalidade foi muito elevado, em relação ao ano 2005 e 2004. Foi uma taxa de 2.7 por mil.

### **6.3 - Recomendações:**

#### **Tendo em conta as conclusões, deixa-se as seguintes conclusões:**

- É necessário que os serviços sejam capazes de orientar, em paralelo, algumas acções mais específicas e menos dispendiosas, já que os recursos são sabidamente escassos na área de saúde pública. Deve ser definida a prioridade tanto em relação aos locais, quanto ao tipo de actividade a ser desenvolvida. Essas propostas passam pela vigilância mais apurada dos locais de uso comum, tais como colégios, creches, hospitais, penitenciárias, que podem apresentar riscos maximizados quando as condições sanitárias não são adequadas, o que torna suas populações mais vulneráveis às doenças transmissíveis;

- Outras populações específicas, como os viajantes, também se apresentam susceptibilidade aumentada para a diarreia. Esses locais e populações devem receber atenção especial, envolvendo insolações sanitárias e orientações sobre procedimentos de prevenção e controle da circulação de enteropatógenos.
- É fundamental que se estimule o uso de água tratada através de sistemas colectivos ou domiciliários, além de difundir os procedimentos capazes de melhorar a qualidade dos alimentos consumidos pela população;
- No caso de crianças de creches, deve ser feito o isolamento daquelas que apresentem diarreia, os cuidados entéricos devem ser intensificados, além de reforçadas as orientações às manipuladoras e às mães. Considerando a importância das causas alimentares na diarreia das crianças menores, é fundamental o incentivo a extensão do tempo de aleitamento materno que é comprovadamente uma prática que confere elevada protecção a este grupo populacional;
  - Manter uma boa higiene tanto no nível pessoal como nas moradias;
  - Lavar sempre as mãos: a higiene frequente reduz os episódios diarreicos. Portanto, as mãos devem ser sempre lavadas com sabão nas seguintes circunstâncias: após limpar uma criança que acaba de evacuar; antes de preparar a comida; antes das refeições; antes de alimentar a criança e todas as vezes que retornar da rua;
  - Nas residências que não tenham água filtrada ou tratada, ferver a água e filtrar tanto para o cozimento dos alimentos quanto para a ingestão;
  - Lavar com água fervida todos os utensílios a serem utilizados no preparo dos alimentos;
  - Não ingerir alimentos contaminados, nem aqueles preparados em barraquinhas públicas. Deve-se sempre dar preferência aos alimentos preparados em casa, nos momentos das refeições;
  - Alimentos como verduras, legumes e frutas devem ser guardados, limpos e secos, em sacos plásticos, na parte debaixo da geladeira ou em local fresco, e utilizados em tempo hábil;

- Deve-se sempre verificar o prazo de fabricação e validade dos produtos adquiridos em supermercados;
- Caso estejam vendidos, comunicar o fato, para que sejam retirados das prateleiras;
- O aleitamento materno até, no mínimo, os seis primeiros meses de vida é o melhor alimento para a criança, pois reduz o número de infecção e diminui a contaminação decorrente do uso de mamadeiras;
- No tocante à imunização: seguir o esquema básico de vacinação do Ministério da Saúde, uma vez que as doenças infecciosas espoliam o organismo, diminuindo a resistência da criança, tornando-a mais vulnerável à diarreia infecciosa;
- A disponibilidade de água tratada nas residências é a medida mais eficaz para o controle das diarreias infecciosas. Nos locais onde não exista saneamento básico, deve-se buscar uma solução, juntamente com a comunidade, para o uso e acondicionamento da água local em depósito limpo e convenientemente vedado

## **Bibliografias:**

1. **A saúde das Crianças Menores de Cinco Anos em Cabo Verde**, Tomo II, Ministério da saúde e Promoção Social & Fundo das Nações Unidas para a infância, Cabo Verde, 1996.
2. **AFONSO, A. Silva.** Manual de Ambiente e Saneamento Básico: Tecnologias Apropriadas para Pequenos Aglomerados. Centro de Estudos e Formação Autárquica. Coimbra. Portugal. Colecção PALOP2.1998.
3. **AHTAG.** Falando de Diarreia. Boletim Internacional Sobre o Controle das Doenças Diarreicas. Nº 8. Março de 1990.
4. **AHTAG.** Falando de Diarreia. Boletim Internacional Sobre o Controle das Doenças Diarreicas. Nº 11. Julho de 1991
5. **AHTAG.** Falando de Diarreia. Boletim Internacional Sobre o Controle das Doenças Diarreicas. Nº 21. Junho de 1995
6. **AHTAG.** Falando de Diarreia. Boletim Internacional Sobre o Controle das Doenças Diarreicas. Nº23. Março de 1996
7. **CENSO 2000.** Recenseamento Geral da Populacao e Habitação. INE. Praia Julho de 2002.
8. **CORREIA, Artur:** Plano Estratégico para o controlo das Doenças Diarreicas (1998-2001). Ministério da Saúde. Praia. 1997.

9. **CORREIA, Artur.** As Doenças Diarreicas em Cabo Verde: Evolução e Situação Actual. Ministério da Saúde. Praia. 1998.
10. **DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE.** Plano de Acção de Combate à Cólera . Ministério de Saúde e Promoção Social. Praia Novembro de 1997.
11. **DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE** Guia Técnico Nacional para Vigilância Integrada das Doenças e Resposta VIDR. Ministério de Saúde. Praia.Junho de 2003.
12. **DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE** Boletins de Vigilância Epidemiológica (2000 – 2005). Ministério de Saúde. Praia.
13. **DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE** Programa de prevenção contra o paludismo e doenças diarreicas. Ministério do Estado e da Saúde. Praia.Junho de 2004.
14. **FERREIRA** Gonçalves F.A. Moderna Saúde Publica.6ª Edição. Fundação Calouste Glubenkian.2003.
15. **GOMES.**Fernando. As Doenças Diarreicas na Ilha de Santiago (1995 – 1997). ISE.Praia.Junho de 1999.
16. **GOMES.**Fernando. As Doenças Diarreicas no Concelho de Tarrafal (2000 – 2007). ISE.Praia. Fevereiro de 2007:
17. **OMS & OPS.** Enfermidades Diarreicas – Prevencao y tratamiento. Controlo de Enfermedades Diarreicas, Enfermedades Prevalentes de la Infancia .Programa de Enfermedades Transmisibles. Divisao de Prevención y Controlo de Enfermedades .1995.

18. **ROUQUAYROL.** Maria Zélia & **FILHO.** Naomar de Almeida:  
Epidemiologia e Saúde. Microbiologia.Edição.2003.
19. **RELATÓRIO ESTATÍSTICO,** Gabinete de Estudos Planeamento e  
Cooperação, Ministério de Saúde, Praia, 2005
20. **FIGUEREDO,** Jorge: Relatório de actividades 2002, programação para 2003  
1º draft. Delegacia de Saúde da Praia, Janeiro de 2003,
21. **SANTOS,** Ivone. Estatística de Mortalidade Cabo Verde, 1998. Gabinete de  
Estudos e Planeamento. Ministério de Saúde. Praia 2000.

## Sites

1. [Http://www.cmpraia.cv/saneamento.html](http://www.cmpraia.cv/saneamento.html)
2. [Http://www.cmpraia.cv/b\\_hist.html](http://www.cmpraia.cv/b_hist.html)
3. <http://www.cmpraia.cv/surbanismo.html>
4. <http://www.cmpraia.cv/populacao.html>
5. [Internet Explorer" versão 5.5 © Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda. 2007](#)
6. Carlos Carvalheira <mailto:c.carvaleira@sapo.pt>