

caixa 8
3



RELATÓRIO ANUAL DA MISSÃO PERMANENTE
DE ESTUDO E COMBATE DA DOENÇA DO SONO
E OUTRAS ENDEMIAS NA GUINÉ PORTUGUESA
(1958)

AUGUSTO REIMÃO PINTO
(Chefe da Missão)

Separata dos ANAIS DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL, Volume XVII, N.º 3
Setembro de 1960

CX08



MISSÃO PERMANENTE DE ESTUDO E COMBATE DA DOENÇA DO SONO
E OUTRAS ENDEMIAS NA GUINÉ PORTUGUESA

RELATÓRIO ANUAL DA MISSÃO PERMANENTE
DE ESTUDO E COMBATE DA DOENÇA DO SONO
E OUTRAS ENDEMIAS NA GUINÉ PORTUGUESA
(1958)

AUGUSTO REIMÃO PINTO

(Chefe da Missão)

«A Missão de luta contra as grandes endemias está a construir uma obra grandiosa que pode ser considerada exemplo para toda a África».

(RAOUL FOLLEREAU)

«There are many features in Portuguese Guinea's leprosy campaign which deserve to be studied and imitated by other African countries».

(O. M. S.)

«Personalmente deseo de todo corazón este éxito a la noble Nación Portuguesa con la que, como español, me siento unido por vínculos entrañables de raza e cultura».

(MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ)

Custo *total* de funcionamento da Missão — cerca de 91 centavos por mês, por habitante.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1.ª secção — SECÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

- 1) *Endemias que se podem vir a combater em futuras campanhas*
- 2) *Consulta externa*
- 3) *Análises clínicas*

- 4) *Participação em reuniões científicas internacionais*
- 5) *Outras actividades*

2.^a secção — SECÇÃO DE RECENSEAMENTO E TRATAMENTO DE DOENTES

- 1) *Doença do sono*
- 2) *Lepra*
- 3) *Boubas*
- 4) *Ancilostomíase*
- 5) *Malária*
- 6) *Escabiose*
- 7) *Assistência médica rural*
- 8) *Total de doentes tratados, de doentes em tratamento (lepra), de tratamentos diversos, de exames laboratoriais e de doentes internados*

3.^a secção — SECÇÃO DE COMBATE ÀS GLOSSINAS

INSTALAÇÕES E TRANSPORTES

ORÇAMENTO

PESSOAL

FACTOS MAIS IMPORTANTES OCORRIDOS DURANTE O ANO

INTRODUÇÃO

Como é bem sabido, há um certo número de doenças endémicas que a técnica moderna pode vencer por um preço inferior ao da despesa que causa a persistência dessas doenças. São as chamadas doenças evitáveis — que tanto mal ainda causam no mundo — e acerca das quais se pode dizer, com toda a propriedade, que são doenças que causam inútilmente grande sofrimento e muita despesa. Inútilmente porque são doenças que se podem dominar. Inútilmente porque a despesa que acarreta a sua existência é superior ao preço em que importaria o seu combate.

A natureza do trabalho de combater endemias confere aos serviços encarregados da sua execução características especiais. Executam uma actividade que visa diminuir a importância das endemias quando não seja possível obter a sua extinção. Necessitam de meios de pesquisa para poderem conhecer bem as enfermidades que combatem e para poderem controlar os resultados do trabalho que executam. Precisam de meios eficientes de luta — extensivos a todo o foco das doenças de que se ocupam. Desprezam as edificações sumptuosas que atrasam ou impossibilitam a montagem dum serviço eficiente. São serviços essencialmente móveis, na sua acção, com apoio em formações hospitalares dispersas, para poderem diagnosticar precocemente e oferecer possibilidade de tratamento, adequado e gratuito, a todos os doentes. Exercem actividade especializada, que a dispersão do trabalho a realizar obriga a que seja feita em regime de *full-time*. Possuem uma certa autonomia, a fim de que, na devida altura, nada falte do que é essencial e se assegure a indispensável continuidade às iniciativas tomadas. Têm como preocupação dominante obter a colaboração interessada da população, que é indispensável para que possa ter êxito qualquer campanha que vise a extinção duma enfermidade. Procuram interromper a transmissão das doenças e fazer face às endemias utilizando o menor número possível de medidas, o que, por vários motivos, é intuitivo, mas também para que o preço por que se venha a obter a saúde seja inferior ao da despesa que causa a existência da doença.

São estas as principais características dos serviços de combate a endemias, que são serviços, por via de regra, muito mais económicos e eficientes do que os que se ocupam do combate a uma só doença.

Diversos motivos justificam a afirmação.

As doenças endémicas que se podem combater com sucesso em determinado núcleo populacional são, geralmente, várias. As infra-estruturas dos serviços necessários para se fazer o seu combate são semelhantes. À medida que as endemias vão sendo dominadas reduz-se o trabalho, sem que se possa diminuir a infra-estrutura dos serviços. O serviço de combate a endemias dispensa, por conseguinte, a multiplicação de despesas com a montagem e manutenção de diversos serviços, visto a infra-estrutura de um só serviço ser suficiente para poder ser utilizada no combate a várias doenças.

Mas há, ainda, outros motivos, a favor do serviço de combate a endemias, que são mais importantes do que os que foram apontados.

O combate a uma endemia em declínio não pode, geralmente, ser feito, isoladamente, com sucesso, em virtude de a diminuição do número de casos de doença levar ao desejo da interrupção inoportuna das medidas tomadas. Por outro lado, a população, se for chamada a concentrar-se por diversos serviços, deixa, ao fim de algum tempo, de prestar a fundamental colaboração interessada, que é indispensável obter sempre, para que se possa conseguir êxito em trabalho de medicina colectiva.

Estes e, ainda, outros motivos de ordem técnica, administrativa e social levam, sem dúvida, à necessidade de centralizar num só serviço o combate às doenças endêmicas e conduziram à criação dos serviços de combate a endemias, existentes nas províncias ultramarinas, que têm objectivos e orgânica semelhantes aos dos serviços congêneres existentes em África e na América.

A legislação respeitante ao serviço da Guiné, enriquecida durante o ano corrente com mais um decreto, que muito veio melhorar as suas possibilidades de trabalho, é a seguinte:

1. Decreto n.º 34 611, de 16-5-1945 — decreto orgânico;
2. Decreto n.º 40 885, de 28-11-1956 — centraliza o combate às endemias num só serviço;
3. Decreto n.º 41 388, de 22-11-1957 — definiu categorias e tornou aplicável o Decreto n.º 40 708 (E.F.U.);
4. Decreto n.º 41 968, de 22-11-1958 — aumenta o quadro do pessoal.

Esta legislação ficou-se a dever ao Ministro Marcelo Caetano — decreto orgânico — e ao Ministro Raul Ventura, que muito facilitou o trabalho com a rapidez que incutiu à publicação dos restantes decretos que transformaram a missão em Missão de Combate a Endemias e lhe melhoraram as condições de trabalho. Parte da legislação deve-se, ainda, ao governador Silva Tavares, pelas propostas e impulso decisivo dado, principalmente no que se relaciona com o combate à lepra, motivo por que esta campanha se lhe ficou a dever.

A actividade exercida durante o ano foi boa. Conclui-se a transformação da infra-estrutura da Missão para que o combate à lepra

pudesse ser feito de forma eficiente. Trataram-se 62 957 doentes. Fizeram-se 52 632 exames laboratoriais. Percorreram-se, para visita da população, tratamento de doentes e vigilância e abastecimento das formações hospitalares, 285 924 km, dos quais 15 000 mensalmente, para se levar tratamento eficaz e económico à grande maioria dos leprosos. Internaram-se 7 779 doentes. Aumentaram-se as formações hospitalares e os transportes de forma a atenderem-se as necessidades do serviço. Adquiriram-se os medicamentos necessários nas quantidades habituais, que permitem que nunca haja um doente, que pertença às enfermidades que a Missão combate, que deixe de ser tratado por falta de medicamentos. Apresentaram-se trabalhos a reuniões científicas internacionais em que o Serviço tomou parte. E melhorou-se o apetrechamento científico, que o aumento do quadro médico — além da indispensável ajuda que prestará ao combate às endemias — vem permitir aproveitar, em melhores condições, especialmente no trabalho de investigação devotado ao conhecimento das doenças que interessam ao Serviço e ao estudo dos meios de luta a utilizar para se fazer o seu combate.

A Missão foi altamente homenageada com a visita de S. Ex.^a o Ministro do Ultramar, Prof. Dr. Raul Ventura. Visitou não só a sede do Serviço mas também as instalações do interior e o Serviço em actividade no mato.

S. Ex.^a o Governador Silva Tavares igualmente muito honrou, várias vezes, a Missão com a sua visita. Em consequência dos seus incitamentos e dos constantes auxílios que prestou aos Serviços de Saúde, houve grande aumento dos benefícios que o Estado concede à população, que governou com grande eficiência, alto critério de justiça e de disciplina, qualidades de chefia tão necessárias ao progresso ordeiro e à realização de iniciativas de interesse geral como são as campanhas sanitárias.

O consultor da O. M. S., Dr. Martínez, visitou também, durante vários dias, o Serviço, interessando-se particularmente pelo combate à lepra, sobre o qual fez referências muito elogiosas.

Visitou ainda a Missão S. Ex.^a o Ministro da Suíça em Lisboa, ficando o Serviço a dever-lhe a possibilidade de apetrechamento de material de laboratório em condições muito vantajosas.

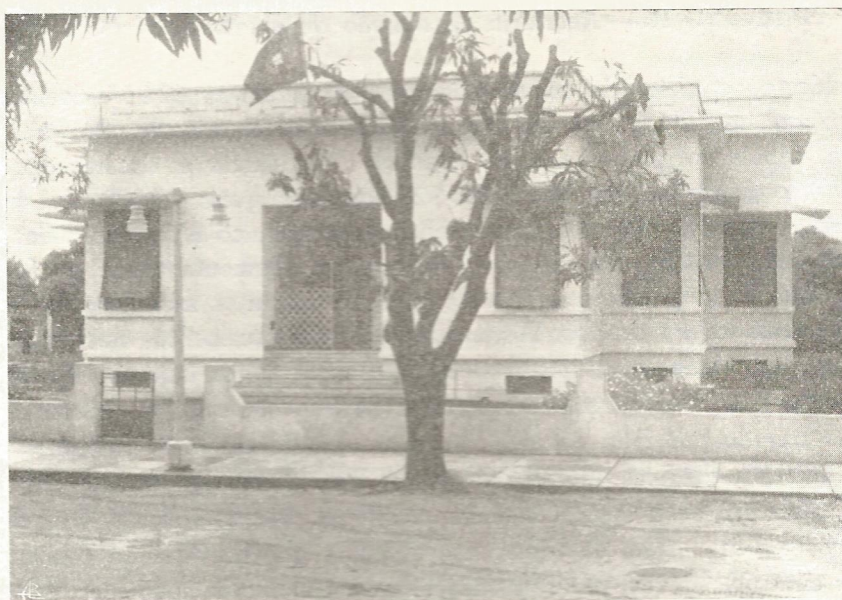


Fig. 1



Fig. 2

Figs. 1 e 2 — Sede e laboratório de investigação e enfermarias anexas.

1.ª secção — SECÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

A actividade da secção consistiu essencialmente no seguinte: estudo de endemias que se possam vir a combater em futuras campanhas, consulta externa, serviço de análises clínicas, preparação de trabalhos para reuniões científicas internacionais, conclusão da montagem do combate à lepra e auxílio ao combate a outras endemias, actividade que será descrita no capítulo dedicado à secção de recenseamento e tratamento de doentes.

1) *Endemias que se podem vir a combater em futuras campanhas*

Dentre as endemias que se podem vir a combater, ocupa especial relevo a tuberculose. As medidas até hoje tomadas contra esta doença não impedem a expansão e o aumento da sua importância, motivo por que o seu combate, à medida que o tempo passa, mais difícil e dispendioso se torna. Será indispensável fazer um inquérito inicial que dê informes precisos sobre a incidência da doença. Este inquérito, por ser bastante trabalhoso e constituir trabalho especializado, poderia ser feito, com vantagem, por especialistas vindos da Metrópole, recrutados pelo Instituto de Medicina Tropical. O combate a fazer, preço, métodos de luta e técnicas a utilizar dependerão dos resultados do inquérito, que é também indispensável para que se possa conhecer a evolução da endemia e a eficácia dos métodos de luta que venham a usar-se. Apesar de serem superficiais os conhecimentos que se têm da endemia, é de prever a necessidade de se adoptarem os seguintes métodos de luta:

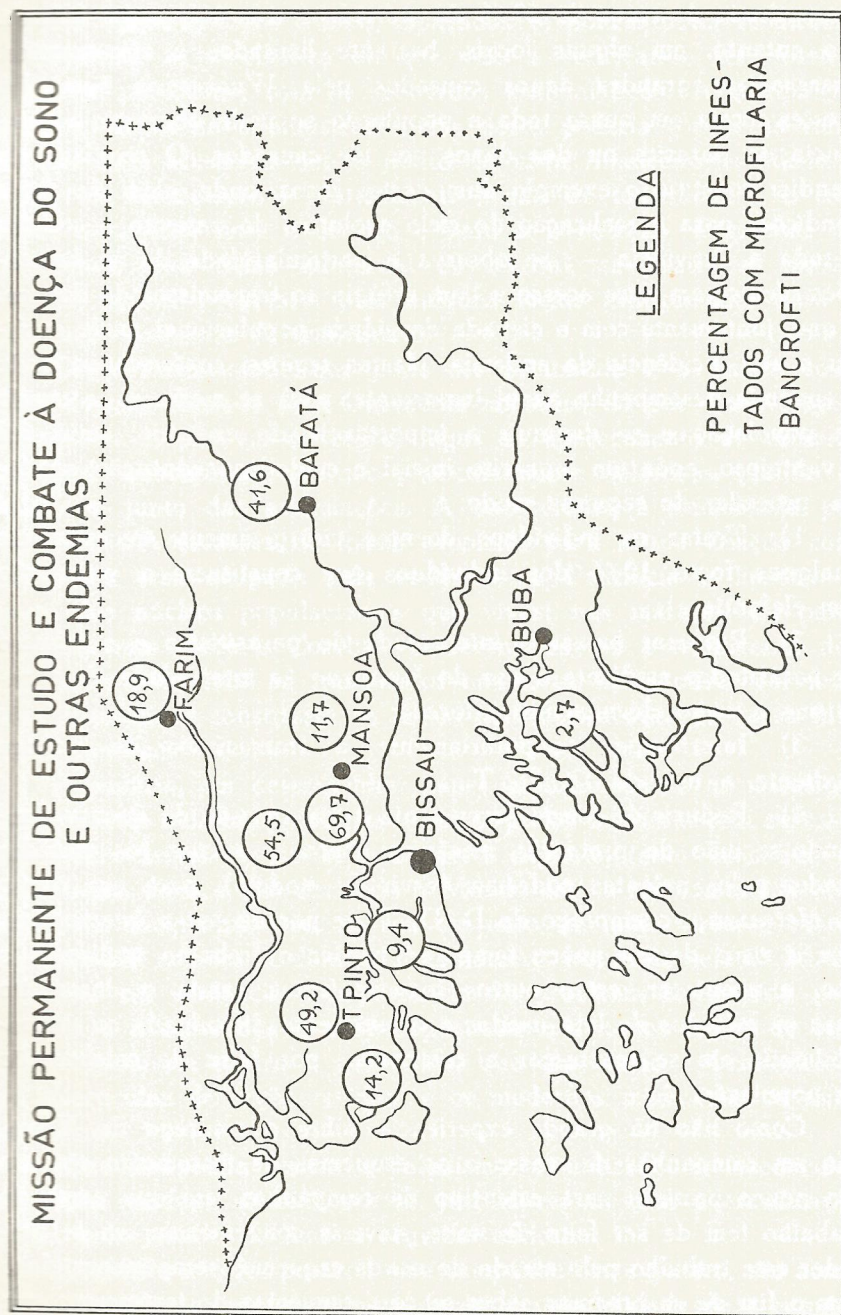
1. Observação repetida da população nas suas aldeias;
2. Diagnóstico precoce dos novos doentes — fundamental por razões de ordem técnica e económica;
3. Oferta de possibilidade de tratamento gratuito a todos os doentes: ambulatório, sempre que possível, e em regime de internamento, quando necessário;
4. Protecção da população sã com B.C.G.;
5. Educação sanitária.

Uma campanha desta natureza, feita com o objectivo de diminuir progressivamente o número de casos novos de doença e de tratar os existentes, exigirá a colaboração dos dois serviços médicos da Província. As suas características de trabalho e infra-estruturas diferentes completam-se e permitem levar a bom termo e com economia uma campanha que a todos se tem afigurado como necessária.

No passado o combate à tuberculose era difícil e dispendioso. Alicerçava-se principalmente na melhoria das condições de vida e no isolamento dos doentes, sempre demorado. Hoje, após a descoberta dos novos medicamentos com acção específica sobre o bacilo de Koch, os métodos de luta modificaram-se, o trabalho tornou-se mais fácil, menos dispendioso, muito mais eficaz e passou a estar ao alcance de numerosos países. Onde, como na Guiné Portuguesa, exista um serviço que visite toda a população com frequência, possua uma rede de postos de tratamento densa e dispersa, capacidade de hospitalização, que, se não se recorrer a edificações sumptuosas, com facilidade pode vir a ser suficiente, e, disponha de meios que lhe permitam levar tratamento a, praticamente, todos os doentes, pode facilmente fazer-se combate eficaz contra a tuberculose.

A Guiné, desde que ajudada e informada sobre os novos métodos de tratamento e de profilaxia, como dispõe duma boa infra-estrutura de serviços médicos, tem possibilidades de, à sua custa, manter bom trabalho no domínio do combate a esta enfermidade e, porventura, se se der desde já início a este trabalho, poder vir a ser pioneira na luta eficaz contra a tuberculose em África.

A filariase, que grassa sob forma endémica, é outra endemia existente na Província que merece referência especial. É causada pela *Wuchereria bancrofti* e, principalmente, transmitida por intermédio do *A. gambiae*. O foco da Guiné está integrado no vastíssimo foco existente no continente africano, estende-se por toda a Província e atinge uma elevada percentagem da população, sem, contudo, na maior parte das regiões, causar transtornos apreciáveis. Nestas regiões, que constituem a grande maior parte da Província, praticamente só a presença da microfilária no sangue revela a existência do parasita. É o que se observa, por exemplo, entre a população que vive ao longo do rio Mansoa, onde a ocorrência de elefantíase e de outros sinais clínicos de filariase são muito pouco frequentes e se pode observar, por intermédio de exames de sangue,



a existência de cerca de 60 % de indivíduos com infestação filárica. No entanto, em alguns locais, bastante limitados e circunscritos, observam-se grandes danos causados pela *Wuchereria bancrofti*. Nestes locais em quase toda a população se pode observar a existência do parasita ou dos danos por ele causados. O regulado de Pandim constitui o exemplo dum destes focos, onde, além das boas condições para a realização do ciclo evolutivo do parasita — comuns a toda a Província —, se observa a particularidade de as habitações oferecerem livre acesso e bom refúgio ao transmissor da doença, o que, juntamente com a elevada densidade populacional, pode explicar a alta incidência da endemia. Nestas regiões, circunscritas, onde a endemia desempenha papel importante, para se melhorar o estado da população e se diminuir a importância da endemia, seria útil e vantajoso, após um inquérito inicial e cuidadosa educação sanitária, proceder do seguinte modo:

- 1) Tratar os indivíduos doentes cirurgicamente recuperáveis (nalguns focos 10 % dos indivíduos que constituem a população têm elefantíase);

- 2) Procurar baixar a intensidade do parasitismo e o número de parasitados mediante o uso do *Hetrazan* (a intensidade do parasitismo é muito elevada nestes focos);

- 3) Interromper temporariamente a transmissão da doença mediante o uso do D. D. T.;

- 4) Reduzir de forma permanente a transmissão da doença, lançando-se mão da protecção mecânica contra o vector (os métodos usados pelos balantas poderiam servir de modelo), para que o uso do *Hetrazan* e o emprego do D. D. T. se possam vir a interromper, sem o risco de em pouco tempo se perder o trabalho realizado, o que, a acontecer, entre outros inconvenientes, traria o descrédito para os métodos de luta usados e consequente dificuldade ou impossibilidade em se recommear a campanha, por falta de colaboração da população.

Como não há grande experiência sobre o emprego do *Hetrazan* em campanhas de massa e os esquemas de tratamento em uso são pouco práticos para este tipo de campanhas, em que parte do trabalho tem de ser feito de noite, haveria conveniência em se proceder este trabalho pelo estudo de novos esquemas terapêuticos, feito com o fim de se procurar saber se com esquemas de tratamento que

utilizem doses menores e mais espaçadas se podem obter resultados satisfatórios, à semelhança do que veio a verificar-se ser possível obter no paludismo, com os modernos antimaláricos. A diminuição e espaçamento na administração das doses poderia tornar as campanhas mais acessíveis sob o ponto de vista financeiro, a administração do medicamento praticamente isenta de toxicidade e o trabalho mais fácil para o serviço e para a população. Esquemas de tratamento com ritmo quinzenal ou mensal, se possíveis, constituiriam grande progresso, pois nalguns locais praticamente toda a população necessita de tratamento.

Outra enfermidade que pode ser combatida é a oncocercose. Esta doença, causada pela *Oncocerca volvulus*, dá por vezes origem a cegueira e, por via de regra, lugar ao aparecimento de tumores no tecido subcutâneo, que são particularmente dolorosos quando se localizam junto das articulações. A oncocercose é transmitida por simulídios. A escassez de locais propícios para a sua criação condiciona a área ocupada pela endemia na Província e limita-a a parte dos núcleos populacionais que vivem nas margens da parte alta dos rios Geba e Corubal. O recenseamento e tratamento dos doentes e o combate ao transmissor nos locais onde puder ser feito com insecticidas constituem os meios necessários para se fazer face à oncocercose.

A malária, por desempenhar papel importantíssimo na nosologia da Província e de toda a África e por se poder combater com sucesso, não podia deixar de ser referida neste capítulo, tanto mais que se trata duma doença que por todo o Mundo está a ser combatida com êxito, em campanhas que, no seu conjunto, se julga virem a custar cerca de 200 milhões de dólares. Este número, fornecido pela O. M. S., põe bem em evidência a importância do problema constituído pela malária e a esperança e a fé depositada nos novos meios de luta hoje disponíveis contra o paludismo, que são, como é bem sabido, os insecticidas de acção residual e os modernos medicamentos anti-maláricos.

Uma campanha contra o paludismo, com base nos insecticidas de acção residual, só será, porém, justificável se visar a erradicação e for, pelo menos, de âmbito regional africano.

Enquanto não for possível uma campanha deste género, são aconselháveis todas as medidas que reduzam a possibilidade de a popula-

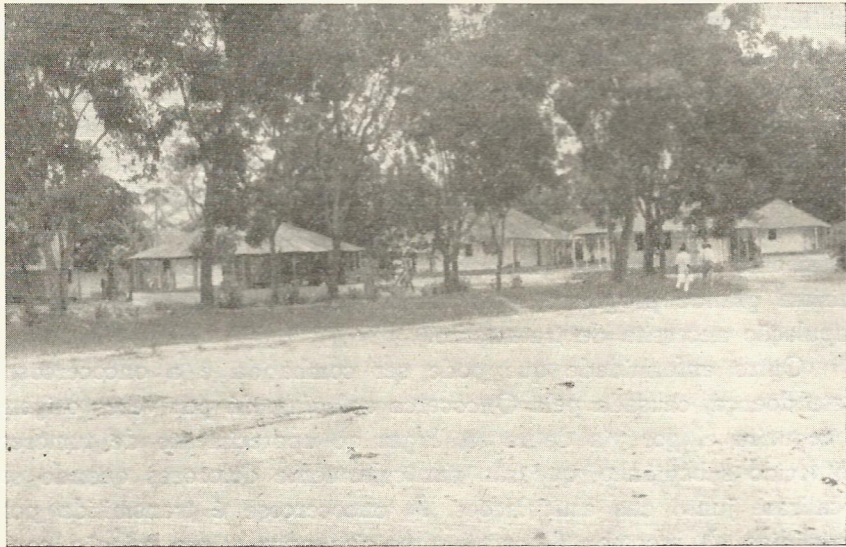


Fig. 3

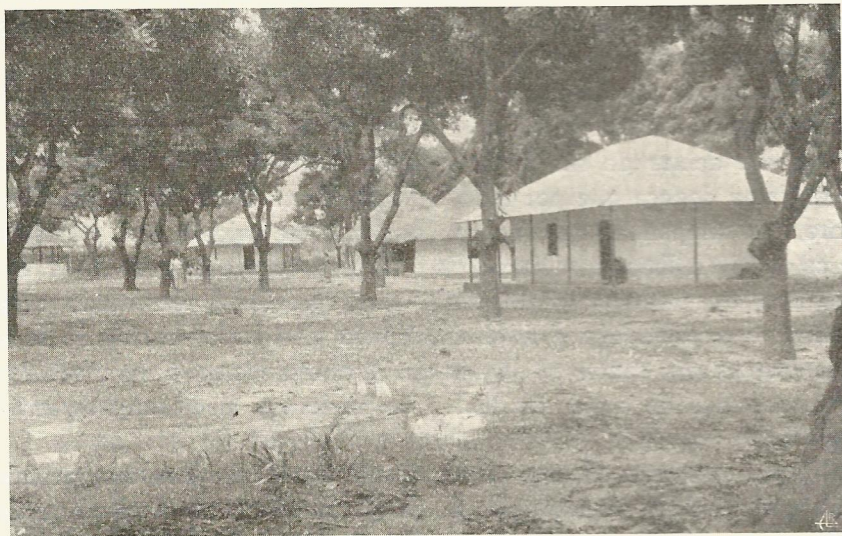


Fig. 4

Figs. 3 e 4 — Instalações hospitalares do interior (tabancas-enfermarias).

ção ser picada pelos vectores da doença e, em especial, o emprego dos modernos medicamentos antimaláricos usados a título profiláctico e terapêutico. Evita-se deste modo a criação de resistência aos insecticidas e mantém-se a eficácia da melhor arma de que se dispõe para se poder vencer a doença.

Outras endemias de menor importância poderiam ser combatidas com sucesso. Limitamo-nos, porém, a referir as mais importantes — as grandes endemias já estão sob *contrôle* — e para as quais julgamos dever ser dada primazia, ao aumentar-se a actividade do Serviço, sem prejuízo das iniciativas anteriormente tomadas.

2) *Consulta externa*

Vindos de diversos pontos da Província apresentaram-se à consulta externa da secção de investigação 8 237 doentes, os quais, na sua maior parte, foram tratados.

As doenças de que eram portadores são incluídas na actividade exercida pela secção de recenseamento e tratamento de doentes.

Dentre os doentes que se apresentaram à consulta diagnosticaram-se 121 doentes do sono.

3) *Análises clínicas*

No laboratório da sede do Serviço fizeram-se 19 153 análises clínicas. Dentre estas análises, 17 561 foram pedidas pelos diversos serviços da Missão e 1 592 pelo Serviço de Saúde.

O tipo de análises clínicas efectuadas e os seus resultados foram os seguintes:

A) *Exames microbiológicos e serológicos*

1) EXAMES MICROBIOLÓGICOS E PARASITOLÓGICOS

a) *Sangue*

	Positivos	Negativos	Total
Hematozoários	109	175	284
<i>Plasmodium falciparum</i> ...	103	—	—
<i>Plasmodium malariae</i>	6	—	—

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

	Positivos	Negativos	Total
Tripanossomas			
Gota espessa	4	215	219
Tripla centrifugação	—	15	15
Microfilárias	7	23	30
<i>Bancrofti</i>	1	—	—
<i>Perstans</i>	6	—	—
b) Suco ganglionar			
Tripanossomas	40	179	219
c) Líquido cefalorraquidiano			
Tripanossomas	26	—	26
d) Muco nasal			
Pesquisa de bacilos de Hansen	71	5 124	5 195
e) Pele			
Pesquisa de bacilos de Hansen	127	5 053	5 180
f) Expectoração			
Pesquisa de bacilos de Koch ...	26	70	96
g) Fezes			
Ovos de <i>Ancilostomidae</i>	1 153	828	2 041
Ovos de <i>Ascaris</i>	5	—	—
Ovos de <i>Tricocephalus</i>	29	—	—
Ovos de <i>Taenidae</i>	6	—	—
<i>Entamoeba hystolitica</i>	8	—	—
<i>Entamoeba coli</i>	4	—	—
<i>Enterobius vermicularis</i>	8	—	—
h) Urina			
Pesquisa de ovos de <i>Schistosoma</i>	7	—	7
2) REACÇÕES SEROLÓGICAS			
a) Sangue			
Reacção de Kahn	207	606	813

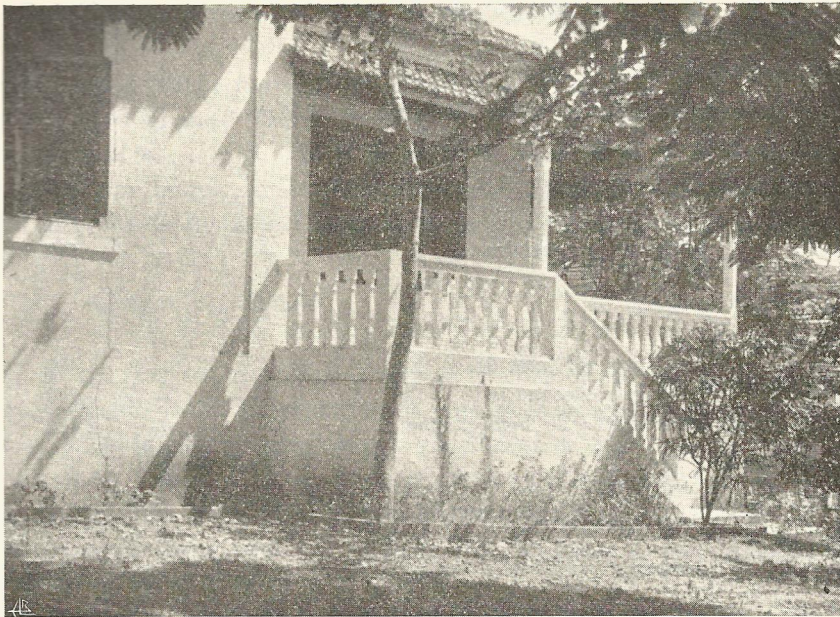


Fig. 5

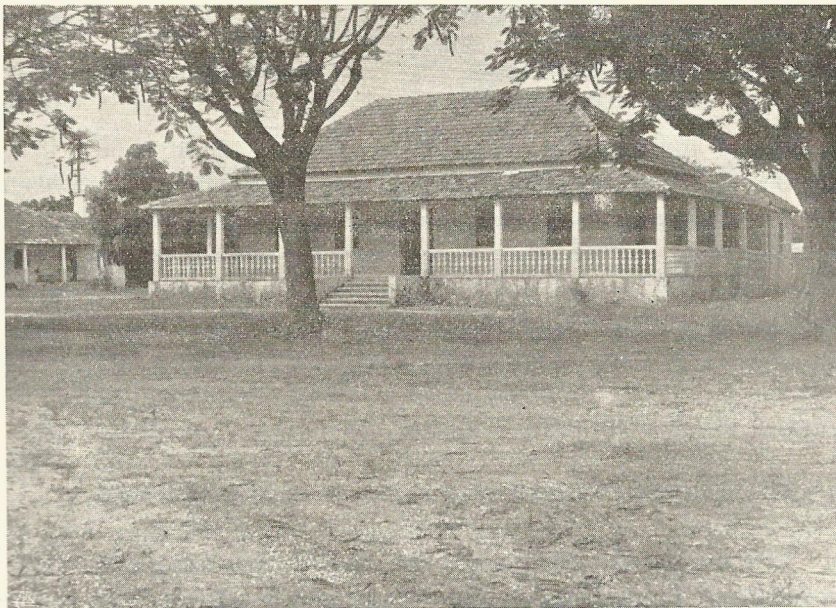


Fig. 6

Figs. 5 e 6 — Instalações do pessoal.

B) *Exames citológicos e biológicos*

a) *Liquor*

	Positivos	Negativos	Total
Contagem de células	—	—	617

b) *Sangue*

Contagem de glóbulos	—	—	439
Fórmula leucocitária	—	—	219
Doseamento de hemoglobina ...	—	—	2 105

C) *Exames físicos e químicos*

a) *Sangue*

Doseamento de ureia	—	—	188
Velocidade de sedimentação ...	—	—	320
Tempo de hemorragia	—	—	29
Tempo de coagulação	—	—	29
Reacção de Takata Ara	25	17	42
Reacção de V. Bergh	10	13	23
Reacção de Hanger	32	11	43

b) *Liquor*

Doseamento de albumina	—	—	617
-------------------------------	---	---	-----

c) *Urina*

Elementos anormais e sedimento	—	—	357
<i>Total</i>			<u>19 153</u>

4) *Participação em reuniões científicas internacionais*

O chefe da Missão tomou parte no VI Congresso Internacional de Medicina Tropical e Paludismo, exercendo a actividade de co-relator da secção de tripanossomíase. A convite, apresentou a este Congresso um trabalho sobre o diagnóstico laboratorial da doença do

sono. Tomou ainda parte, como membro permanente, na reunião de Bruxelas do Comité Científico Internacional de Investigação sobre Tripanossomiase e no VII Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Tóquio, onde apresentou um trabalho intitulado «Practical application of modern methods to leprosy control».

5) *Outras actividades*

A fim de se manter o contacto recomendado pela C.C.T.A. e estabelecido já há bastantes anos com os serviços congéneres vizinhos, o chefe da Missão visitou em Dacar a sede do Serviço de Combate às Grandes Endemias e o médico-chefe de secção, Dr. Fernando Coutinho da Costa, repetiu a visita, interessando-se, em especial, pelo contacto com os médicos da fronteira e que trabalham no mato.

2.^a secção — SECÇÃO DE RECENSEAMENTO E TRATAMENTO DE DOENTES

1) *Doença do sono*

O combate à doença do sono, que começou a ser feito no começo do ano de 1946, tem sido bem sucedido. Em consequência do trabalho até agora realizado obteve-se o resultado que era de esperar do método de luta que se adoptou, que é, sem dúvida, o que melhor satisfaz o interesse da Província.

A finalidade da campanha em curso consistiu: na primeira fase do trabalho, em baixar a incidência da doença e, em seguida, em se procurar manter a endemia a baixo nível.

Este objectivo conseguiu-se lançando mão do seguinte método de luta:

- a) Visita semestral ou anual de todos os núcleos populacionais para diagnóstico dos doentes;
- b) Consultas diárias nos postos fixos de tratamento;
- c) Oferta de possibilidade de tratamento gratuito, para todos os doentes, em regime ambulatorio, quando possível, e em regime de internamento, sempre que necessário;

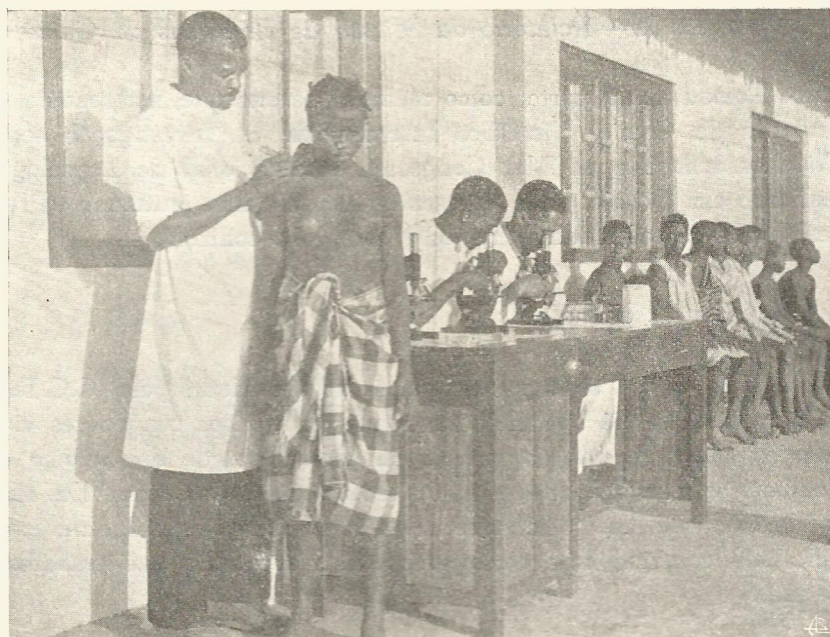


Fig. 7



Fig. 8

Figs. 7 e 8 — Tríade de exames a que todo o suspeito de doença do sono é submetido: exame de suco, de sangue e de L. C. R.

d) E vigilância clínica e laboratorial de todos os doentes, durante um período de quatro anos, após o tratamento.

Como as condições necessárias à transmissão da doença continuam, e têm de continuar, a existir, e como não se pode interromper, de forma permanente, a sua transmissão, o combate à doença tem de ser mantido através dos anos, para se evitar que a endemia recupere, em pouco tempo, a posição que perdeu e para se poderem tratar precocemente, tal como é necessário, todos os casos novos de doença que vão surgindo.

Uma campanha que visasse a erradicação da endemia, que seria o ideal, e que, por vezes, pessoas menos informadas têm estranhado que não se faça, não teria justificação.

A Província faz parte do grande mundo ocupado pelas glossinas e está integrada no foco africano de doença do sono. Para se vencer a doença não bastaria, por conseguinte, sequer conseguir a destruição do transmissor ou obter a extinção dos tripanossomas. No primeiro caso, para que a campanha conduzisse a resultados definitivos e se pudesse interromper, seria ainda necessário modificar as condições locais de forma a impedir-se a reintrodução das glossinas — o que não é viável. No segundo caso, se se destruíssem os tripanossomas, seria ainda preciso um serviço permanente de vigilância nas fronteiras que impedisse a reintrodução dos tripanossomas — o que não é possível.

Uma campanha que visasse a extinção da doença do sono, se praticável, só teria justificação se se integrasse numa campanha de âmbito regional ou, melhor, de âmbito continental africano.

Uma campanha desta natureza, que motivos de vária ordem não permitem realizar, talvez pudesse ter viabilidade sob o ponto de vista técnico.

O combate isolado aos tripanossomas, em que muitos médicos que se têm ocupado da doença do sono tiveram grande fé, não seria certamente coroado de êxito. O recenseamento dos doentes, por mais perfeito que seja, deixa escapar sempre uma percentagem considerável de casos de doença e a quimioprofilaxia, com as diamidinas — o melhor método para reduzir quase a zero a incidência da doença — entre outras desvantagens conhecidas, só prevê o homem como reservatório de vírus, quando não está provado que seja o único.

De acordo com o conhecimento imperfeito que se tem sobre a epidemiologia da doença, para que se pudesse obter êxito numa campanha de âmbito continental, seria certamente preciso utilizar dois métodos de luta: o combate ao transmissor e o combate aos tripanossomas.

As campanhas contra as glossinas realizadas por Du Toit e Klugue na África do Sul e as da ilha do Príncipe, chefiadas a primeira por Bruto da Costa e a segunda por Fraga de Azevedo, e que conduziram à extinção da *Glossina palpalis*, constituem exemplos que põem bem em evidência as possibilidades dos métodos de luta disponíveis contra os transmissores das tripanossomíases.

Interrompendo-se a transmissão da doença, mediante a redução parcial ou a extinção do transmissor, durante um período de tempo suficientemente longo, que chegasse para impedir novos casos de doença, bem assim como para se obter o desaparecimento dos casos já existentes, é de crer que se pudesse vencer a enfermidade.

Contudo, tal campanha seria muito dispendiosa, demorada e de resultado duvidoso, porque a luta contra os tripanossomas é imperfeita, porque as infecções não controladas por tripanossomas podem ter uma duração muito longa e porque as glossinas não vivem exclusivamente na dependência do homem, ocupam regiões vastíssimas, onde a cobertura vegetal é muitas vezes muito espessa, e vivem em regiões muito extensas, onde a densidade populacional chega a ser praticamente nula.

No entanto, como os prejuízos causados pelas tripanossomíases são elevadíssimos, não deixaria de haver interesse em se fazer uma estimativa do custo duma tal campanha e em se comparar essa importância com o valor do prejuízo e da despesa causada pela existência da doença.

No estado actual do problema sanitário causado pelas tripanossomíases, em que dispomos de meios que nos permitem controlar a doença, o mais importante, porém, não é o pensar-se em organizar uma campanha de erradicação, mesmo até porque, sob o ponto de vista prático, esta campanha estaria fora do domínio do possível.

Como os conhecimentos que temos sobre a doença são imperfeitos e como não se pode fazer uma campanha de erradicação, o mais importante, no momento presente, é o trabalho de manter a ende-

mia a baixo nível e o trabalho de investigação, para o qual deve ser devotado grande interesse.

No domínio da investigação têm sido feitas muitas sugestões de trabalho, mas, de todas elas, as que têm mais interesse prático imediato são as que visam a melhoria das possibilidades de diagnóstico, de tratamento e de combate às glossinas.

Reconhece-se facilmente que assim é, se se recordar que, com os métodos de diagnóstico conhecidos, não se pode fazer um recenseamento de doentes perfeito, nem se pode obter um conhecimento exacto sobre os reservatórios de vírus. Estas dificuldades evidenciam-se, principalmente, sempre que se deseje encontrar casos latentes de doença ou fundamentar critérios de cura, e avolumam-se quando se pretende fazer o diagnóstico diferencial entre os tripanossomas polimorfos, que, em certas circunstâncias, para que possa ser aceite por todos os autores, teria de se fundamentar em inoculações feitas ao homem.

Ao pensar-se em tratamento há a considerar a quimiorresistência e o facto de haver ainda um número considerável de doentes que não cura, apesar da melhoria havida na terapêutica, o que torna aconselhável a descoberta de novos tripanocidas. A recomendação do I. S. C. T. R. para que se ensaem medicamentos não específicos no tratamento dos doentes que não curam, com medicação específica intensiva, pode vir a ter muito interesse. Um medicamento com a acção tripanocida, poderosa, do *Arsobal* (uma injeção única deste medicamento cura uma percentagem elevadíssima de doentes no período linfático sanguíneo) que se pudesse associar à quimioprofilaxia com as diamidinas melhoraria também bastante as possibilidades da luta contra a doença do sono.

A luta contra as glossinas igualmente se facilitaria muito se, em consequência da sugestão de Ford, se descobrisse um método de aplicação dos insecticidas de acção residual que permitisse que se obtivesse a persistência da sua acção insecticida, quando fossem aplicados nas folhas e nos troncos das árvores e dos arbustos.

Ao pensar-se em trabalho de investigação não se deve esquecer a importância do estudo dos reservatórios de vírus. É assunto que está relacionado com a quimioprofilaxia e que se deve conhecer bem quando se tiver em vista fazer luta contra o agente causal da doença.

O grande interesse despertado pela quimioprofilaxia e a convicção partilhada pelos que aceitam o ponto de vista de que o homem é o principal, senão o único, reservatório de vírus do *Trypanosoma gambiense* fizeram crer na possibilidade de se poder vencer a doença do sono da África Ocidental. Fizeram-se numerosas campanhas de quimioprofilaxia, a doença baixou de importância, a sua incidência reduziu-se quase a zero, mas, desde que se interrompia a administração das diamidinas, se não se tomavam medidas adequadas, assistia-se ao recrudescimento da doença, que em pouco tempo recuperava a posição que tinha perdido. A que é devido este recrudescimento da doença? Aos doentes que escapam ao recenseamento e que têm a sua doença mascarada pelas injecções periódicas da pentamidina? Certamente que esta pode ser uma das causas. Mesmo na ausência de pentamidina se podem ver os tripanossomas manter-se no organismo durante muito tempo sem causarem sintomas evidentes de doença. Os soldados que depois de terem feito alguns anos de guerra na Indochina apareceram com doença do sono provam bem este facto. Mas o insucesso da quimioprofilaxia, quando ao empregá-la se pensava em erradicação, pode também ser devido à existência de reservatórios de vírus animais. As glossinas picam os animais e o homem. Os animais infectam-se com o *Trypanosoma gambiense* e permanecem longo tempo capazes de infectar as glossinas, sem que a permanência, prolongada que seja, dos tripanossomas no animal altere a sua virulência para o homem. Falta averiguar, com segurança, se estes factos, confirmados laboratorialmente, se repetem na natureza e se existe ou não o ciclo evolutivo do *Trypanosoma gambiense* sem a presença do homem. O esclarecimento desta dúvida não é fácil, porque o diagnóstico diferencial entre os tripanossomas polimorfos é muitas vezes difícil e porque o estudo das preferências hemáticas das glossinas, que indirectamente ajudaria a resolver o problema, não se pode fazer com um rigor científico satisfatório. Para se tentar remediar este inconveniente, convinha, tal como recomendou o I. S. C. T. R., que se descobrissem novos métodos de identificação de sangue. Convinha, também, que se descobrissem novos processos de captura das glossinas, porque, ficando estas em repouso quando acabam de se alimentar, só se consegue a sua captura, em número apreciável, quando já têm o sangue que ingeriram muito digerido ou quando já se encontram com o intestino vazio. Se, após

a pulverização com insecticidas de alguns quilómetros quadrados de terreno se pudessem capturar no solo numerosas glossinas, com sangue ainda pouco digerido — o que corresponderia à aplicação, na natureza, de um método já usado para captura intradomiciliar de culicídeos —, talvez se pudesse aperfeiçoar o estudo das preferências hemáticas das glossinas, o que, a conseguir-se, teria grande importância, visto que, como acentuou Fairbairn, por intermédio do conhecimento dos hábitos alimentares, se podem, indirectamente, conhecer os reservatórios de virus.

Dados estatísticos referentes à actividade exercida durante o ano

População observada	...	...	...	...	...	...	301 014
Número de novos doentes diagnosticados	...	...	...	...	...	...	623
Índice de contágio	...	...	...	...	...	...	0,2 %

População observada, por sectores

Secção de investigação	...	...	...	...	...	...	18 241
Sector I	...	...	...	...	...	...	55 624
Sector II	...	...	...	...	...	...	71 021
Sector III	...	...	...	...	...	...	36 702
Sector IV	...	...	...	...	...	...	76 798
3. ^a secção	...	...	...	...	...	...	42 628



Fig. 9

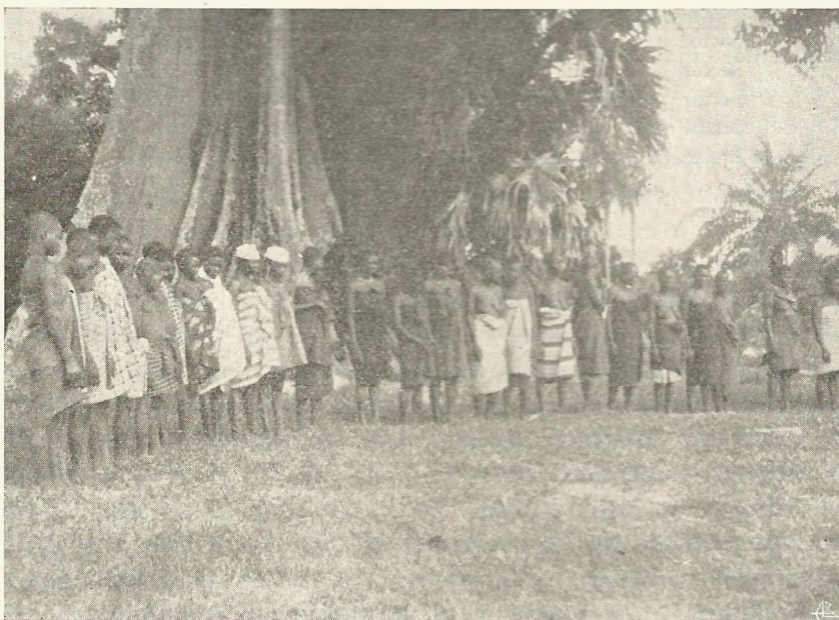


Fig. 10

Figs. 9 e 10 — Concentrações da população para diagnóstico e tratamento de doentes.

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Número de doentes do sono encontrados, por meses e por sectores

Meses	1. ^a secção	Sectores				3. ^a secção	Total por meses
		I	II	III	IV		
Janeiro	18	5	11	4	8	10	56
Fevereiro	12	2	12	7	3	34	70
Março	23	3	10	9	4	9	53
Abril	11	4	13	19	2	10	59
Maio	15	2	12	13	6	4	52
Junho	1	—	14	10	1	9	35
Julho	10	1	2	12	7	2	34
Agosto	5	33	5	6	2	5	56
Setembro	5	21	2	3	5	6	42
Outubro	11	4	3	9	—	4	31
Novembro	6	48	5	10	9	4	82
Dezembro	4	24	3	10	3	4	48
<i>Total anual .</i>	121	147	92	112	50	101	623

Períodos clínicos em que foram encontrados os doentes

Período clínico	1. ^a secção	Sectores				3. ^a secção	Total
		I	II	III	IV		
Linfático sanguíneo . .	14	57	20	11	21	23	146
Latente	25	53	11	5	13	24	131
Nervoso	71	37	54	82	15	54	313
Indeterminado	11	—	7	14	1	—	33
<i>Total . . .</i>	121	147	92	112	50	101	623

Distribuição da doença, por sexos

Serviços	Masculino	Feminino
1. ^a secção	64	57
Sector I	71	76
Sector II	40	52
Sector III	55	57
Sector IV	24	26
3. ^a secção	50	51
<i>Total</i>	304	319

Distribuição da doença, por idades

Serviços	Crianças	Adolescentes	Adultos	Velhos
1. ^a secção	10	28	82	1
Sector I	9	31	107	—
Sector II	4	14	74	—
Sector III	1	26	84	1
Sector IV	6	17	27	—
3. ^a secção	9	18	73	1
<i>Total</i>	39	134	447	3

Incidência da doença, por raças

Raças	1. ^a secção	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3. ^a secção	Total
Branca	1	—	—	—	—	—	1
Baiote	—	—	8	1	—	—	9
Balanta	31	91	11	—	19	20	172
Balanta Mané	—	—	4	—	—	—	4
Banhum	—	—	1	—	—	—	1
Biafada	—	—	—	3	4	—	7
Bijagó	21	1	—	—	5	—	27
Cassanga	—	—	1	—	—	—	1
Cobiana	—	—	1	—	—	—	1
Felupe	—	—	7	—	—	1	8
Fula	4	—	10	83	1	1	99
Jacanca	—	—	—	2	—	—	2
Mancanha	5	1	3	—	7	9	25
Mandinga	—	5	24	18	4	—	51
Manjaca	8	2	18	1	1	67	97
Mansoanca	6	5	1	1	—	—	13
Mista	1	—	1	—	1	2	5
Nalu	—	—	—	—	1	—	1
Papel	44	41	1	1	7	—	94
Saraculé	—	1	1	1	—	—	3
De território estrangeiro	—	—	—	1	—	1	2
<i>Total</i>	121	147	92	112	50	101	623

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Número de povoações visitadas e número de povoações onde foram encontrados doentes do sono, durante o ano

Serviços	Povoações visitadas	Povoações com doentes do sono	Percentagem
Secção de investigação	62	46	74,1
Sector I	187	78	41,7
Sector II	544	66	12,1
Sector III	631	87	13,7
Sector IV	783	46	5,8
3. ^a secção	261	69	26,4
<i>Total</i>	2 468	392	15,9

Número de doentes do sono que estiveram em tratamento

Secção de investigação	225
Sector I	226
Sector II	116
Sector III	150
Sector IV	167
3. ^a secção	195
<i>Total</i>	<u>1 079</u>

Número de doentes que fizeram punção lombar para controle de tratamento

Secção de investigação	168
Sector I	456
Sector II	162
Sector III	90
Sector IV	578
3. ^a secção	233
<i>Total</i>	<u>1 687</u>

Exames laboratoriais feitos a doentes do sono

Secção de investigação	590
Sector I	1 082
Sector II	622

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Sector III	274
Sector IV	1 080
3. ^a secção	689
<i>Total</i>	<u>4 337</u>

Injecções tripanocidas administradas

Secção de investigação	4 467
Sector I	1 786
Sector II	1 628
Sector III	2 590
Sector IV	1 577
3. ^a secção	1 854
<i>Total</i>	<u>13 902</u>

Novos doentes do sono

Anos	Número de doentes
1946	404
1947	782
1948	1 272
1949	1 341
1950	1 970
1951	1 945
1952	2 189
1953	1 793
1954	1 212
1955	1 328
1956	880
1957	842
1958	623

Doentes do sono que fizeram tratamento

1949	1 672
1950	2 245
1951	2 516
1952	3 033
1953	3 229
1954	2 477
1955	2 822
1956	1 923
1957	1 131
1958	1 079

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

*Doentes do sono que fizeram punção lombar e exames parasitológicos
para controle de tratamento*

Anos	Número de doentes
1946-1948	568
1949	502
1950	1 105
1951	1 504
1952	2 040
1953	2 954
1954	2 779
1955	3 218
1956	4 029
1957	2 106
1958	1 687

Movimento de doentes que fizeram tratamento durante o ano

Serviços	Doentes que estiveram em tratamento	Doentes que concluí- ram tratamento	Óbitos
Secção de investigação	225	194	3
Sector I	226	152	2
Sector II	116	99	1
Sector III	150	119	10
Sector IV	167	146	7
3. ^a secção	195	161	13
<i>Total</i>	1 079	871	36

Movimento dos doentes do sono referente ao fim do ano

Serviços	Doentes novos	Controlados	Doentes que con- cluíram tratamento	Doentes em observação sem tratamento
Secção de investigação. . .	121	168	194	1 990
Sector I	147	456	152	—
Sector II	92	162	99	1 094
Sector III	112	90	119	515
Sector IV	50	578	146	644
3. ^a secção	101	233	161	1 363
<i>Total</i>	623	1 687	871	5 606

Resultados da campanha contra a doença do sono

1) Incidência da doença por mil habitantes

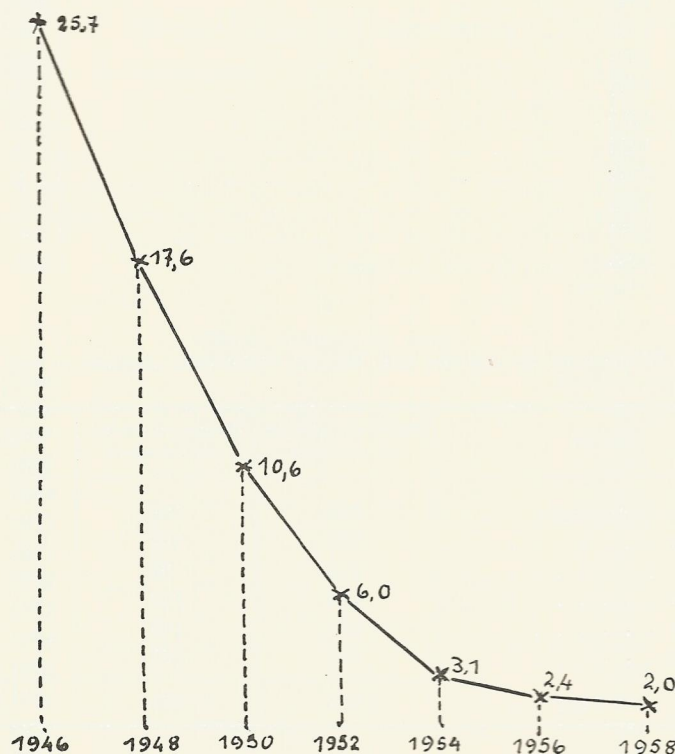


Gráfico 1 — *Até ao ano de 1946* — Situação semelhante à do restante continente africano antes do início das campanhas contra a doença do sono. Incidência da doença, 25 ‰. Doentes ao abandono, sem saberem como se tratar, muitas vezes em estado miserável, por vezes amarrados, pela família, a troncos de árvores, quando com alterações psíquicas. Doença muito temida, considerada mortal pela população. Mortalidade elevadíssima, visto ser doença incurável, quando não tratada.

A partir de 1956 — Endemia a baixo nível. Incidência da doença cerca de 2 ‰. Possibilidade de diagnóstico precoce e de tratamento gratuito para *todos* os doentes. Doença considerada curável. Mortalidade baixíssima — cerca de 36 óbitos por ano, entre uma população constituída por meio milhão de indivíduos.

2) Novos doentes do sono, por anos

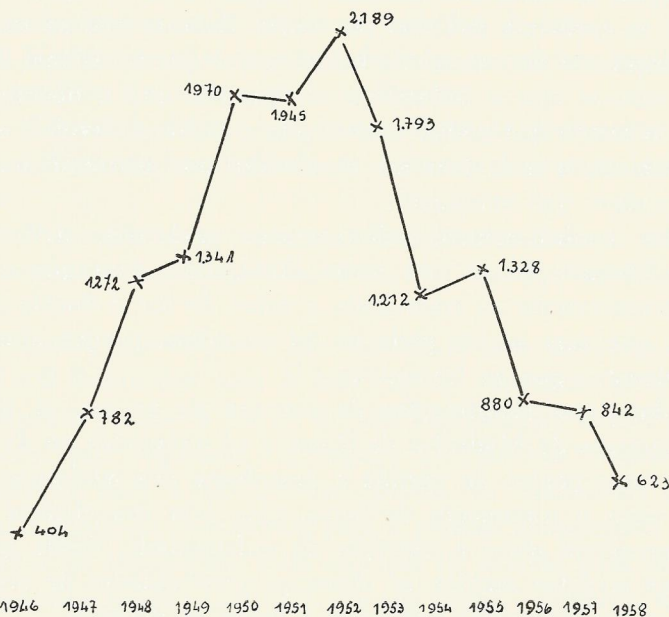


Gráfico 2 — À medida que o serviço se foi estendendo a toda a Província e que se ia tornando conhecido — aumento do número de casos novos anuais de doença.

A partir da ocupação sanitária de todo o território — diminuição progressiva do número de casos novos de doença.

2) *Lepra*

Os métodos de luta contra esta enfermidade modificaram-se radicalmente.

A lepra deixou de ser a doença sem esperança, altamente contagiosa, quase sempre incurável e muito mutilante, para a qual a sociedade, em sua defesa, se via obrigada a recorrer à segregação, ao isolamento dos doentes, quase sempre até à morte, que podia surgir muitos anos depois de iniciado o isolamento.

Hoje sabe-se que a lepra é uma doença moderadamente infecciosa e que há muitos doentes que não são contagiosos. Sabe-se que, se se inicia o tratamento no começo da doença, se obtém uma percentagem de curas elevadíssima — alguns autores espanhóis admitem que se aproxima dos cem por cento. Sabe-se que as mutilações, em consequência do tratamento eficaz, quase que se deixam de observar. E sabe-se que o isolamento obrigatório, que o doente evitava durante o tempo que podia, escondendo e deixando evoluir a doença e transmitindo o mal, deve ser combatido, por acarretar muitíssimos mais prejuízos que vantagens.

Estes conhecimentos, relativamente modernos, devem ainda, durante bastante tempo, ser muito divulgados, para que o leproso venha precocemente ao tratamento e deixe de ser o doente de quem se foge, que nem sequer pode vir às consultas, porque afastaria os outros doentes que as frequentam.

Todas estas modificações da maneira de pensar, já discutidas nos congressos de Madrid e de Roma e só aprovadas no de Tóquio, tiveram como pontos de partida a descoberta dos modernos medicamentos para o tratamento da lepra, que, pela sua eficácia e baixo preço, permitem obter a extinção da enfermidade, desde que, além de outras medidas simples, se ofereçam possibilidades de diagnóstico precoce e de tratamento adequado a *todos* os doentes.

Os medicamentos de que dispomos, esplêndidos para o tratamento dum doente isolado, não são, porém, ainda os ideais para serem utilizados em campanhas de massa. As melhoras clínicas só se observam meses depois de iniciado o tratamento, a esterilização dos doentes não é rápida, a cura é demorada e há, por vezes, acidentes durante o tratamento, o que obriga a uma assistência mais cuidada e dispendiosa do que a necessária, quando os medicamentos a usar actuam mais rapidamente e com menos risco. Contudo, desde que se faça uma educação sanitária eficiente, desde que os doentes sejam tratados e aceites como quaisquer outros, dado o grande receio que a lepra inspira, obtém-se com facilidade a sua colaboração, pormenor indispensável para que possa ter êxito qualquer campanha que vise a extinção duma doença.

Na Guiné Portuguesa, mediante um inquérito feito pelo Instituto de Medicina Tropical — Salazar Leite e col. —, verificou-se que 25 ‰ da população estudada estava doente e que as percentagens

dos diferentes tipos de lepra que se observavam eram as seguintes: lepra indeterminada, 64,31 %; lepra tuberculóide, 33,18 %; e lepra lepromatosa, 2,43 %.

Em face do pequeno número de formas contagiosas que se observaram, preconizaram-se os seguintes métodos de luta:

- 1.º Visita semestral ou anual de todos os núcleos populacionais para diagnóstico dos novos casos de doença;
- 2.º Consultas diárias nos postos fixos de tratamento;
- 3.º Oferta de possibilidade de tratamento gratuito a todos os doentes;
- 4.º Protecção dos contactos (isolamento durante o mínimo tempo necessário, quimioprofilaxia ou B.C.G. dos leprómino-negativos).

A Missão, que exerce a sua actividade num território habitado por 510 000 indivíduos, com 36 000 km² de superfície, para realizar esta campanha passou a dispor de 105 funcionários, dentre os quais 9 médicos, que trabalham em regime de *full-time*, capacidade de hospitalização para 1 500 doentes, postos de tratamento dispersos por todo o território, transportes para o pessoal encarregado de fazer os circuitos de tratamento, além dos que já possuía para as equipas de diagnóstico, sempre chefiadas por um médico, visitarem a população nas suas aldeias, e medicamentos, material de laboratório e médico-cirúrgico em quantidade satisfatória.

De posse destes meios de acção, o recenseamento dos novos casos de lepra faz-se simultaneamente com o recenseamento de outros doentes, o que é vantajoso, não só por razões de ordem social e económica mas também porque, quanto mais útil é o serviço, em cada visita que faz à população, melhor colaboração ela presta no trabalho a realizar.

A parte laboratorial é feita no local do trabalho e na sede do Serviço, que ajuda a observar os milhares de lâminas para pesquisa do bacilo de Hansen e faz a anátomo-patologia.

Após o diagnóstico os doentes são informados sobre o que é a lepra, sobre as grandes possibilidades de cura de que dispõem e, por último, sobre o modo de fazer o tratamento, que só começam depois de, convictamente, manifestarem esse desejo. Este pormenor é de grande importância. Leva praticamente todos os doentes a que-

rerem ser tratados e contribui muito para assegurar regularidade no tratamento.

O tratamento dos doentes faz-se principalmente em regime ambulatorio, quer por intermédio de circuitos feitos em automóvel, barco ou em bicicleta motorizada, quer nos postos fixos, ou ainda, em menor escala, em regime de internamento, mas só durante o período estritamente necessário.

O tratamento ambulatorio é, sem dúvida, o melhor processo a que se pode recorrer para tratar simultaneamente muitos doentes com uma doença que leve tanto tempo a tratar como a lepra. É um processo humano e eficaz e, como tal, assegura a colaboração interessada da população, o que permite tratamentos feitos com regularidade e o diagnóstico precoce de novos doentes. É um processo económico, porque, levando-se o tratamento junto da casa do doente, não há necessidade de o afastar da família, a que continua a assistir, nem do local do trabalho, que de certo modo continua a assegurar, nem há, ainda, necessidade de se fazerem as elevadas despesas que a hospitalização acarreta.

Os medicamentos mais usados na campanha que está em curso são o D.D.S. em chalmograto de etilo gaiacolado a 5 % (*Hyrgathione* — *Spécia.*) e o D.D.S. em comprimidos.

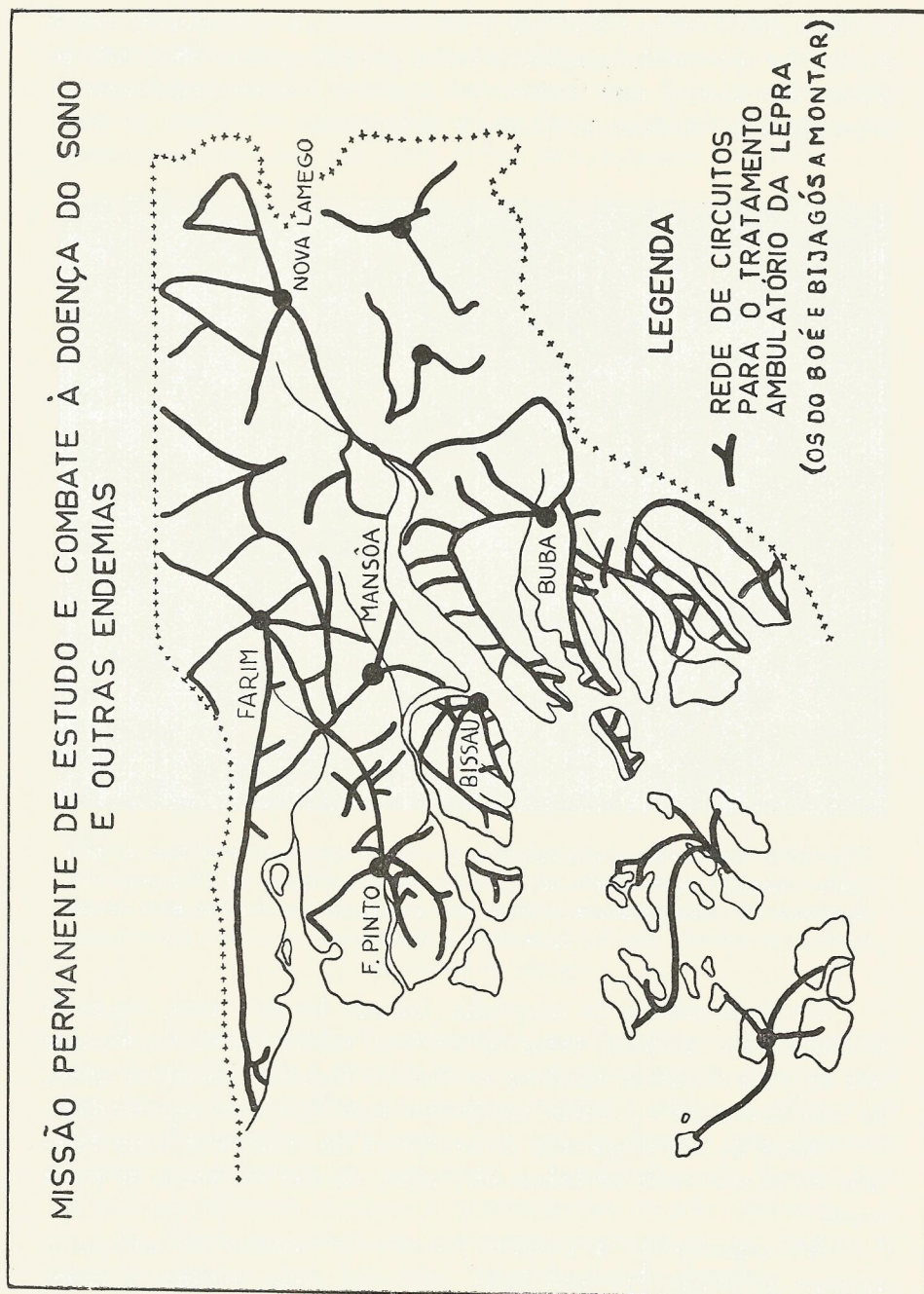
As injeções de *Hyrgathione* fazem-se com ritmo quinzenal, começando-se pela dose de 1 cm³ (0,25 de D.D.S.), que se aumenta progressivamente, até à dose de 5 cm³, a atingir na quinta injeção.

Os comprimidos de D.D.S., por vezes associados ao ferro, são administrados uma vez por semana. Começa-se o tratamento por 50 mg e aumenta-se progressivamente a dose para 100, 200, 300, 400 e 600 mg, que é a dose máxima habitualmente usada.

Qualquer destes dois tipos de tratamento, depois de instituídos, mantêm-se sem interrupção até os doentes serem dados como curados — o critério de cura é clínico e bacteriológico — e prolongam-se, nas mesmas doses, durante 9 meses, após a cura.

Depois de terminado o tratamento continuam os doentes ainda a ser observados nas consultas ou nas suas aldeias nas ocasiões em que se faz o recenseamento dos novos doentes.

Adoptando-se esta orientação liberal, sem quaisquer restrições, em que se procura dar tudo ao doente e se lhe facilita os movimentos, foi fácil obter o que parecia mais difícil conseguir ao planejar-se



a campanha. Desejo referir-me à assiduidade do tratamento, que é a base do sucesso do combate à lepra, porque permite obter não só a cura dos doentes mas também — e que não é menos importante — o prestígio do medicamento entre a população.



Fig. 11 — Aspecto duma concentração de doentes que faz parte dum circuito para tratamento ambulatorio de leprosos com injeções de D. D. S. em chalmograto de etilo gaiacolado. Numa só manhã um enfermeiro pode tratar cerca de 600 doentes.

Em consequência da campanha, iniciada há dois anos, fez-se já o diagnóstico de quase todos os doentes, sensivelmente os mesmos que se tinha calculado existirem mediante o inquérito inicial, os quais, na sua maior parte, fazem tratamento com excelente regularidade.

Antes de nos ocuparmos da estatística do combate à lepra faremos breve referência às fichas adoptadas, de que em anexo se junta cópia.

Ao organizar-se o ficheiro procurou-se reduzir ao mínimo o número de fichas. Há uma ficha individual onde constam a maior

parte dos elementos que é necessário registrar, uma ficha colectiva de tratamento, que, dado o grande número de doentes a tratar ao mesmo tempo, facilita muito o trabalho, e uma ficha mensal, onde, além da população que se observa, se faz o apanhado de parte dos elementos registados nas duas fichas anteriormente referidas.



Fig. 12 — Concentração de doentes dum circuito para tratamento ambulatorio de leprosos com comprimidos de D.D.S. O enfermeiro conduz a viatura, faz a chamada dos doentes e indica a dose a administrar. O auxiliar de enfermagem faz a distribuição dos comprimidos, que são tomados na presença do pessoal do serviço.

As fichas individuais agrupam-se em ficheiros metálicos verticais, de acordo com a situação em que se encontram os doentes, para com facilidade e rapidez se poderem retirar e voltar a colocar no ficheiro. Agrupam-se pela ordem por que os doentes são chamados a fazer o tratamento ou pelo nome e localidade onde vivem, para os que, por diversos motivos, o interromperam ou não iniciaram.

As fichas colectivas de tratamento agrupam-se em pastas de arquivo, uma ou mais por cada concentração de doentes.

Os dados estatísticos que se recolhem são os seguintes: a população observada e a população do censo, que não corresponde já à realidade, mas permite ainda avaliar de certo modo os índices de presença às concentrações, que na generalidade se consideram bons; o número de doentes recenseados por localidades, desde o início do recenseamento, bem assim como o tipo clínico de doença; o total de doentes existentes por sectores, número que está sempre a actualizar-se, em consequência de causas diversas; a situação em que se encontram os doentes: os que iniciaram tratamento, os que o não iniciaram e os que o abandonaram; a assiduidade ao tratamento calculada em função do número de vezes que deviam fazer tratamento e o número de vezes em que na realidade o fizeram; regista-se a incidência da doença segundo a idade, o sexo e o grupo étnico; anota-se a população que contacta com os doentes, segundo a idade e o tipo de contacto, registo que, nas circunstâncias actuais em que se encontra a endemia, não fornece dados de interesse prático imediato. Na verdade, em consequência do pequeno número de doentes que se observa por família, do grande número de doentes existentes e da sua grande dispersão, parece que o contágio da doença se faz no ambiente familiar e fora da família com intensidade semelhante. Calculam-se os índices: de prevalência, que indica a morbilidade; de incidência, que mostra as novas invasões da doença que ocorrem em cada ano; de contágio, que põe em evidência o poder infeccioso da endemia e a resistência dos contactos; e de potencialidade infecciosa, que permite fazer supor que a infecciosidade está longe de ser da principal responsabilidade dos casos lepromatosos ou dimorfos. Regista-se, ainda, o regime de tratamento: externos que fazem tratamento nos postos fixos, para os doentes que vivem na proximidade do posto; doentes que fazem tratamento nos circuitos, para os que vivem longe; internados, que inclui os inválidos e infecciosos que há conveniência em internar; e os acidentalmente internados, por motivo de reacção ou de doença intercorrente. Por último, referem-se os exames laboratoriais efectuados, os medicamentos consumidos e alguns pormenores sobre os circuitos de tratamento.

Estes elementos de informação, que transcreveremos no final do capítulo, permitem localizar em qualquer altura os doentes, saber em que situação se encontram e avaliar a evolução da endemia através dos anos.

Atendendo aos tipos clínicos de lepra predominantes, indeterminada e tuberculóide, considerando que a grande maioria dos doentes faz tratamento com excelente regularidade e tendo em vista a colaboração interessada da população, espera-se interromper em pouco tempo a transmissão da doença.

Preservar-se-á, assim, o capital humano, base da riqueza e prosperidade de qualquer país, duma doença evitável, que, injustificadamente, tanta repulsa ainda causa.

O consultor, Dr. Martínez, após ter visitado demoradamente a Missão, fez no relatório que apresentou à O. M. S. os seguintes comentários, que se julga de interesse referir:

«The leprosy work carried out by the Health Service in Portuguese Guinea is remarkably good. Leprosy endemia is practically under control and it is likely that, if they go on working the same way, Portuguese Guinea may be the first African country to get leprosy eradicated.

In my opinion there are many features in Portuguese Guinea leprosy campaign which deserve to be studied and imitated by others African countries:

- a) The practical sense of the campaign (not spending money on expensive permanente buildings);
- b) Constant medical supervision and scientific methods (bacteriological control of the patients every six months and suitable records of every patient);
- c) Co-ordination of the leprosy campaign in the general plan of anti-endemic diseases;
- d) Full co-operation between Civil and Health Authorities».

O combate à lepra e o combate a outras endemias — doença do sono, boubas, ancilostomíase, etc. — e a assistência médica rural (tratam-se cerca de 30 000 doentes por ano) custam cerca de 91 centavos por mês, por habitante, o que corresponde a uma importância inferior à do custo do funcionamento dum hospital central e se traduz em muito menor despesa do que a que causava a doença.

A economia e eficiência com que se faz o trabalho, gratuitamente concedido à população, deve-se em grande parte à eficácia dos meios de luta de que se dispõe, à sua existência em quantidades que permitem que nunca falte nada do que é essencial, à redução

da burocracia e centralização que a autonomia administrativa permite e, ainda, ao regime de trabalho do pessoal, que é feito em *full-time*.

A lepra, tão temida no passado, doença evitável, como qualquer outra — tal como hoje é vista —, é uma doença que não conhece fronteiras e que interessa ainda a numerosos países. No entanto, em consequência da eficácia e economia dos meios de luta hoje disponíveis e do interesse que por todo o lado se lhe devota, é uma das doenças que pode, e deverá, ser vencida dentro de alguns anos.

População

Sector	Posto administrativo	População do censo		População observada	
1.ª secção		Consulta		8 237	8 237
Sector I	Biombo	20 531	58 292	16 050	46 975
	Bissau (parte) . . .	5 005		6 021	
	Mansoa (parte) . .	6 923		5 452	
	Nhacra	18 714		13 810	
	Prabis	7 119		5 642	
Sector II	Bigene	9 040	73 521	13 928	67 158
	Cuntima	9 017		6 261	
	Farim	14 253		18 809	
	Mansabá Olossato .	21 176		12 821	
	Sedengal	5 832		3 846	
	S. Domingos . . .	2 630		1 629	
	Susana	11 573		9 864	
Sector III.	Bafatá (parte) . . .	9 849	37 655	5 322	22 898
	Bambadinca (parte).	9 732		5 496	
	Gabu (parte) . . .	4 647		1 922	
	Sonaco (parte) . .	7 940		7 730	
	Xitole	5 487		2 428	
Sector IV	Bedanda	11 283	59 064	10 258	69 915
	Bolama	3 426		5 941	
	Buba	6 642		11 557	
	Cacine	3 954		5 348	
	Catió (parte) . . .	9 771		8 309	
	Empada	7 382		5 580	
	Fulacunda	4 454		10 912	
	S. João	5 582		7 555	
	Tite	6 570		4 455	
3.ª secção	Bula	14 858	48 993	12 710	36 241
	Cacheu	6 274		4 175	
	Caió	6 170		5 652	
	Calequisse	10 269		5 672	
	Pecixe	5 727		3 602	
	Sede (Pelundo) . .	5 695		4 430	
Total geral		277 525			251 424

Número de doentes recenseados, por sectores, formas clínicas
e distribuição geográfica

1) Doentes antigos

Sector	Posto administrativo	Indeterminado		Tuberculóide		Lepromatoso		Total de doentes
		N.º	Soma	%	N.º	Soma	%	
Sector I . . .	Bissorã	24			28			52
	Mansoa	47			31			78
	Nhacra	10			18			29
Sector III . . .			81	50,9		77	48,4	
	Cabu	206			42			257
	Piche	332			72			414
	Sonaco	261			86			355
	Pirada	170			79			260
	Bafatá	226			112			344
Sector IV . . .	Contubo	83			80			164
			1 278	71,2		471	26,2	
	Bula	84			14			98
	Cacheu	63			35			99
	Caió	23			5			28
Sector IV . . .	Calequisse	107			29			138
	Teix. Pinto	780			320			1 117
Total geral.		. . .	2 416	70,3	. . .	951	27,7	3 433
						66	1,9	

2) Doentes diagnosticados durante o ano

Sector	Posto administrativo	Indeterminado			Tuberculóide			Lepromatoso			Total de doentes
		N.º	Soma	%	N.º	Soma	%	N.º	Soma	%	
1.ª secção.	Bissau (cidade)	204			100			35			339
	Cumura . . .	41			14			47			102
			245	55,5		114	25,8		82	18,6	
Sector I . .	Binar	1			—			—			1
	Biombo . . .	60			61			4			125
	Bissau (parte).	32			65			1			98
	Bissorã . . .	83			50			10			143
	Mansoa . . .	7			27			3			37
	Nhacra	17			109			4			130
	Prabis	19			30			2			51
Sector II . .			219	37,4		342	58,4		24	4,1	
	Bigene	283			207			6			496
	Cuntima . . .	145			134			10			289
	Farim	266			220			8			449
	Mansabá . . .	144			103			4			251
	Olossato . . .	150			78			3			231
	Sedengal . . .	46			39			—			85
	S. Domingos .	79			23			—			102
	Susana	105			53			6			164
			1 218	57,7		857	40,5		37	1,7	
Sector III . .	Gabu	145			61			4			210
	Piche	143			48			3			194
	Sonaco	140			60			10			210
	Pirada	65			27			—			92
	Bafatá	293			147			12			452
	Contubo — El.	151			123			18			292
	Bambadinca .	102			47			1			150
	Xitole	40			17			3			60
Sector IV. . .			1 079	65,0		530	32,0		51	3,0	
	Bedanda . . .	37			37			1			75
	Bolama	20			34			6			60
	Buba	42			47			10			99
	Cacine	45			39			3			85
	Catió	15			38			2			55
	Empada	21			31			—			52
	Fulacunda . .	24			33			7			64
	S. João	9			16			1			26
	Tite	2			13			1			16
			213	40,0		288	54,1		31	5,8	
3.ª secção.	Bula	160			111			5			276
	Cacheu	32			17			—			49
	Caió	81			46			1			128
	Calequisse . .	45			37			1			83
	Pecixe	27			32			1			60
	Sede	176			137			13			326
Total geral . . .		3 495	55,9		2 511	40,1		246	3,9		6 252

3) Total de doentes diagnosticados

Sector	Posto administrativo	Indeterminado			Tuberculóide			Lepromatoso			Total de doentes
		N.º	Soma	%	N.º	Soma	%	N.º	Soma	%	
1.ª secção.	Bissau (cidade)	204			100			35			339
	Cumura . . .	41	245	55,5	14	114	25,8	47	82	18,6	102
Sector I.	Binar	1			—			—			1
	Biombo . . .	60			61			4			125
	Bissau . . .	32			65			1			98
	Bissorã . .	107			78			10			195
	Mansoa . . .	54			58			3			115
	Nhacara . . .	27			127			5			159
	Prabis . . .	19	300	40,3	30	419	56,3	2	25	3,3	51
Sector II	Bigene . . .	283			207			6			496
	Cuntima . .	145			134			10			289
	Farim . . .	266			220			8			494
	Mansabá . .	144			103			4			251
	Olossato . .	150			78			3			231
	Sedengal . .	46			39			—			85
	S. Domingos .	79			23			—			82
	Susana . . .	105	1 218	57,7	53	857	40,5	6	37	1,7	164
Sector III	Gabu	351			103			13			467
	Piche	475			120			13			608
	Sonaco . . .	401			146			18			565
	Pirada . . .	235			106			11			352
	Bafatá . . .	519			259			18			796
	Contubo-El .	234			203			19			456
	Bambadinca .	102			47			1			150
	Xitole . . .	40	2 357	68,2	17	1 001	28,9	3	96	2,8	60
	Bedanda . .	37			37			1			75
	Bolama . . .	20			34			6			60
Sector IV	Buba	42			47			10			99
	Cacine . . .	43			39			3			85
	Catió	15			38			2			55
	Empada . . .	21			31			—			52
	Fulacunda . .	24			33			7			64
	S. João . . .	9			16			1			26
	Tite	2	213	40,0	13	288	54,1	1	31	5,8	16
	Bula	244			125			5			374
3.ª secção.	Cacheu . . .	95			52			1			148
	Caió	104			51			1			156
	Calequisse . .	152			66			3			221
	Pecixe	27			32			1			60
	Teixeira Pinto.	956	1 578	65,6	457	783	32,6	30	41	1,7	1 443
Total geral . . .			5 911	61,0		3 462	35,7		312	3,2	9 685

Total de doentes existentes, por sectores

	Investigação		Sector I		Sector II		Sector III		Sector IV		3.ª secção	
1) Doentes recenseados:												
a) Desde o início do re-												
censeamento	—	441	159	744	—	2 112	2 112	1 794	—	532	1 480	2 402
b) Durante o ano . . .	441		585		2 112		1 660	3 454	532		922	
2) Doentes transferidos:												
a) Para outros sectores.	52		14		16		—		16		192	
b) Para o estrangeiro .	—	— 52	1	— 15	50	— 66	—		1	— 17	350	— 542
c) Vindo de outros secto-	25		24		20		48		7		166	
res												
d) Regressados do es-												
trangeiro.	—	+ 25	—	+ 24	14	+ 34	— 32	+ 48	—	+ 7	119	— 257
3) Óbitos:												
a) Desde o início do re-												
censeamento	—		—		—		18		—		14	— 36
b) Durante o ano . . .	4	— 4	6	— 6	17		27	— 45	4	— 4	22	
<i>Total de doentes existentes.</i>	. . .	410		747		2 063		3 457		518		2 109

Movimento de doentes que iniciaram tratamento

	Investigação	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3.ª secção	Total
Em tratamento do ano anterior. . .	—	158	—	1764	—	1 263	
Começaram tratamento	441	601	2 112	1559	531	908	
Recomeçaram tratamento	—	20	118	232	3	121	
Vindos de outros sectores	25	24	20	48	7	166	
Regressados do estrangeiro	—	—	14	—	—	119	10 294
Erros de diagnóstico	—	17	—	—	—	—	
Falecidos entre os que estavam em tratamento (ano)	4	6	17	27	4	22	
Abandonaram tratamento	4	50	325	674	18	45	
Transferidos para outros sectores	52	14	16	—	16	192	
Transferidos para o estrangeiro	—	1	50	—	1	350	1 905
<i>Total de doentes em tratamento</i>	<i>406</i>	<i>715</i>	<i>1 856</i>	<i>2 942</i>	<i>502</i>	<i>1 968</i>	<i>8 389</i>

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Movimento de doentes recenseados que ainda não iniciaram tratamento

Serviços	Do ano anterior	Durante o ano	Iniciaram tratamento	Doentes falecidos	Total de doentes que não iniciaram tratamento
1. ^a secção	—	—	—	—	—
Sector I	1	1	2	—	—
Sector II	—	—	—	—	—
Sector III	—	61	—	—	61
Sector IV	—	1	—	—	1
3. ^a secção	—	18	—	—	18
<i>Total</i>					80

Formas clínicas dos doentes que ainda não iniciaram o tratamento

Formas	1. ^a secção	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3. ^a secção
Indeterminado . . .	—	—	—	43	—	11
Tuberculóide. . . .	—	—	—	18	1	7
Lepromatoso	—	—	—	—	—	—
<i>Total.</i>	—	—	—	61	1	18

Movimento de doentes que abandonaram o tratamento

Serviços	Do ano anterior	Durante o ano	Doentes que recommearam tratamento	Doentes falecidos	Total de doentes que abandonaram tratamento
1. ^a secção	—	4	—	—	4
Sector I	—	53	20	1	32
Sector II	—	325	118	—	207
Sector III	12	674	232	—	454
Sector IV	—	18	3	—	15
3. ^a secção	199	45	121	—	123
<i>Total</i>	211	1 119	494	1	835

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Formas clínicas dos doentes que abandonaram o tratamento

Formas	1. ^a secção	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3. ^a secção
Indeterminado	2	19	116	329	5	103
Tuberculóide	2	11	88	122	8	20
Lepromatoso	—	2	3	3	2	—
<i>Total</i>	4	32	207	454	15	123

Total de doentes que não fazem o tratamento

	1. ^a secção	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3. ^a secção
Total de doentes que ainda não iniciaram tratamento	—	—	—	61	1	18
Total de doentes que abandonaram o tratamento	4	32	207	454	15	123
<i>Total de doentes que não fazem tratamento. . .</i>	4	32	207	515	16	141

Formas clínicas dos doentes que não fazem o tratamento

Formas	1. ^a secção	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3. ^a secção
Indeterminado	2	19	116	372	5	114
Tuberculóide	2	11	88	140	9	27
Lepromatoso	—	2	3	3	2	—
<i>Total</i>	4	32	207	515	16	141

Resumo

	Investigação	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3.a secção	Total
Total de doentes em tratamento	406	715	1 856	2 942	502	1 968	8 389
Total de doentes que não fazem tratamento	4	32	207	515	16	141	915
Total de doentes existentes . . .	410	747	2 063	3 457	518	2 109	9 304

Número de doentes por família, dos doentes diagnosticados durante o ano

	1.a secção	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3.a secção	Total
Famílias com um só doente . .	390	444	1 830	1 323	433	659	5 129
Com dois doentes	14	60	104	151	19	104	452
Com três doentes	3	7	16	9	1	19	55
Com quatro doentes	1	—	3	2	2	2	10
Com cinco doentes	—	—	—	—	—	—	—
Com seis doentes	—	—	1	—	—	—	1
Com sete doentes	—	—	—	—	—	—	—
Com oito doentes	—	—	1	—	—	—	1

Assiduidade ao tratamento

	1.a secção	Sector I	Sector II	Sector III	Sectores	3.a secção	Total
Número de vezes fixado para os doentes fazerem tratamento	7 106	19 847	55 945	159 919	8 523	72 067	323 407
Número de vezes que tomaram medicamento	6 821	18 787	51 002	151 704	8 168	71 719	308 201
Percentagem de presenças . .	95,9	94,7	91,0	94,8	95,8	99,5	95,2

Distribuição da doença, por sexos e idades

	1.a secção			Sector I			Sector II			Sector III			Sector IV			3.a secção			Total
	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	
<i>Por sexos:</i>																			
Masculino	—	253	253	106	313	419	—	968	968	851	729	1 580	—	269	269	503	338	841	4 330
Feminino	—	188	188	53	272	325	—	1 144	1 144	943	931	1 874	—	263	263	977	584	1 561	5 355
<i>Por idades:</i>																			
Crianças (— 10 anos) . . .	—	20	20	1	28	29	—	172	172	105	139	244	—	40	40	201	100	301	806
Adolescentes (11–20) . . .	—	86	86	36	81	117	—	445	445	439	408	847	—	87	87	257	110	367	1 949
Adultos (21–60)	—	324	324	121	458	579	—	1 473	1 473	1 231	1 076	2 307	—	380	380	969	676	1 645	6 708
Velhos (+ 60)	—	11	11	1	18	19	—	22	22	19	37	56	—	25	25	53	36	89	222
Com mais de 15 anos . . .	—	384	384	142	526	668	—	1 698	1 698	1 464	1 307	2 771	—	446	446	1 157	762	1 919	7 886
Com menos de 15 anos . .	—	57	57	17	59	76	—	414	414	330	353	683	—	86	86	323	160	483	1 799

Distribuição da doença, por raças

Raças	1.ª secção			Sector I			Sector II			Sector III			Sector IV			3.ª secção			Total
	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	
Baiote	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	59
Balanta	—	62	114	—	279	393	—	418	418	—	2	44	—	115	115	—	155	155	1 218
Beafada	—	1	1	—	1	1	—	3	3	—	4	25	—	96	96	—	—	—	126
Bijagó	—	24	24	—	2	2	—	6	6	—	3	3	—	22	22	—	2	2	60
Cassanga	—	1	1	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Felupe	—	—	—	—	—	—	—	102	102	—	—	—	—	—	—	—	—	—	102
Fula	—	32	32	—	12	18	—	453	453	—	1 518	2 798	—	102	102	—	4	4	3 412
Jacanca	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—	8	20	—	1	1	—	—	—	24
Mancanha	—	112	112	—	18	23	—	76	76	—	1	7	—	48	48	—	116	116	452
Mandinga	—	22	22	—	25	32	—	787	787	—	214	458	—	17	17	—	2	2	1 318
Manjaca	—	40	40	—	3	9	—	173	173	—	3	19	—	23	23	—	639	639	2 268
Mansoanca	—	4	4	—	31	54	—	9	9	—	1	7	—	6	6	—	—	—	80
Mista	—	10	10	—	—	—	—	1	1	—	2	6	—	3	3	—	2	2	22
Nalu	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	38	—	—	—	39
Pajadinca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	24	—	—	—	—	—	—	24
Papel	—	130	130	—	208	208	—	3	3	—	2	5	—	23	23	—	1	1	374
Saraculé	—	—	—	—	1	2	—	6	6	—	18	31	—	2	2	—	1	1	42
Sosso	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	4	—	16	16	—	1	1	22
Vindos do estrangeiro	—	2	2	—	2	2	—	9	9	—	1	3	—	20	20	—	2	2	39

População convivente, segundo a idade

Sector	Posto administrativo	Anteriormente recenseados					Recenseados durante o ano					Total de conviventes				
		Crianças	Adolesc.	Adultos	Velhos	Total	Crianças	Adolesc.	Adultos	Velhos	Total	Crianças	Adolesc.	Adultos	Velhos	Total
1.ª Secção	Bissau (cidade) . . .	—	—	—	—	—	498	250	1 150	56	1 954	498	250	1 150	56	1 954
	Cumura	—	—	—	—	—	40	16	50	20	126	40	16	50	20	126
	Total	—	—	—	—	—	538	266	1 200	76	2 080	538	266	1 200	76	2 080
Sector I	Binar	—	—	—	—	—	1	—	5	—	6	1	—	5	—	6
	Biombo	—	—	—	—	—	399	178	757	52	1 386	399	178	757	52	1 386
	Bissau (parte) . . .	—	—	—	—	—	125	70	320	12	527	125	70	320	12	527
	Bissorã	57	21	158	22	258	185	95	425	29	734	242	116	583	51	992
	Mansoa	166	69	429	51	715	185	50	22	57	140	216	91	486	62	855
	Nhacra	32	18	95	10	155	168	73	282	22	545	200	91	377	32	700
	Prabis	—	—	—	—	—	133	24	219	13	389	133	24	219	13	389
	Total	255	108	682	83	1 128	1 061	462	2 065	139	3 797	1 316	570	2 747	222	4 855
Sector II	Bigene	—	—	—	—	—	625	236	999	77	1 937	625	236	999	77	1 937
	Cuntina	—	—	—	—	—	287	75	423	10	795	287	75	423	10	795
	Farim	—	—	—	—	—	434	132	708	54	1 328	434	132	708	54	1 328
	Mansabá	—	—	—	—	—	206	55	331	23	620	206	55	331	28	620
	Olossato	—	—	—	—	—	143	29	221	18	411	143	29	221	18	411
	Sedengal	—	—	—	—	—	79	15	90	11	195	79	15	90	11	195
	S. Domingos	—	—	—	—	—	114	50	158	16	338	114	50	158	16	338
	Susana	—	—	—	—	—	77	29	115	8	229	77	29	115	8	229
	Total	—	—	—	—	—	1 965	621	3 045	222	5 853	1 965	621	3 045	222	5 853

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Sector III.	Gabu	3	48	235	1	287	79	8	147	—	234	82	56	382	1	521
	Piche	23	53	279	4	359	75	14	99	2	190	98	67	378	6	549
	Sonaco	32	62	286	1	381	103	19	169	2	293	135	81	455	3	674
	Pirada	27	44	223	—	294	38	6	58	—	102	65	50	281	—	396
	Bafatá	9	29	217	1	256	255	30	393	2	680	264	59	610	3	936
	Contubo-El	34	91	278	3	406	43	89	192	—	324	77	180	470	3	730
	Banbadina	—	—	—	—	—	54	6	103	—	163	54	6	103	—	163
	Xitole	—	—	—	—	—	18	8	38	2	66	18	8	38	2	66
	Total	128	327	1518	10	1983	665	180	1199	8	2052	793	507	2717	18	4035
	Bedanda	—	—	—	—	—	98	84	155	50	387	98	84	155	50	387
Sector IV.	Bolama	—	—	—	—	—	104	37	160	13	314	104	37	160	13	314
	Buba	—	—	—	—	—	159	84	199	33	475	159	84	199	33	475
	Cacine	—	—	—	—	—	202	63	235	21	521	202	63	235	21	521
	Catió	—	—	—	—	—	93	27	150	16	286	93	27	150	16	286
	Empada	—	—	—	—	—	99	58	118	15	290	99	58	118	15	290
	Fulacunda	—	—	—	—	—	145	72	177	18	412	145	72	177	18	412
	S. João	—	—	—	—	—	26	13	41	5	85	26	13	41	5	85
	Tite	—	—	—	—	—	11	4	30	6	51	11	4	30	6	51
	Total	—	—	—	—	—	937	442	1265	177	2821	937	442	1265	177	2821
	Bula	88	72	182	7	349	547	246	780	57	1630	635	318	962	64	1979
3.ª secção	Cacheu	215	58	205	37	515	113	37	115	25	290	328	95	320	62	805
	Caió	60	28	74	12	174	296	172	484	43	995	356	200	558	55	1169
	Calequisse	325	104	386	54	869	198	57	296	28	579	523	161	682	82	1448
	Pecixe	—	—	—	—	—	148	63	194	7	412	148	63	194	7	412
	Teixeira Pinto	2348	782	3202	196	6528	730	300	893	82	2005	3078	1082	4095	278	8533
	Total	3036	1044	4049	306	8435	2032	875	2762	242	5911	5008	1919	6811	548	14346
Total geral		3419	1479	6249	399	11546	7198	2846	11536	864	22444	10617	4325	17785	1263	33990

População convivente, segundo o tipo de contacto

Sector	Posto administrativo	Indeterminado		Tuberculóide		Lepromatoso		Total geral
		N.º	Totais	N.º	Totais	N.º	Totais	
1. ^a secção . . .	Bissau (cidade) . . .	1 138	1204	635	679	181	197	2 080
	Cumura	66		44		16		
Sector I	Binar	6	2 113	—	2 542	—	200	4 855
	Biombo	714		598		74		
	Bissau (parte) . . .	179		340		8		
	Bissorã	501		419		57		
	Mansoa	416		435		19		
	Nhacra	122		550		28		
	Prabis	175		200		14		
Sector II	Bigene	1 130	3 429	787	2 349	20	75	5 853
	Cuntima	399		384		12		
	Farim	766		540		22		
	Mansabá	373		237		10		
	Olossato	245		158		8		
	Sedengal	91		104		—		
	S. Domingos	280		58		—		
	Susana	145		81		3		
Sector III	Gabu	411	2 694	106	1 259	4	82	4 035
	Piche	418		124		7		
	Sonaco	463		187		24		
	Pirada	276		118		2		
	Bafatá	603		318		15		
	Contubo-El	371		333		26		
	Bambadinca	102		58		3		
	Xitole	50		15		1		
	Badanda	190		193		4		
Sector IV	Bolama	125	1 198	158	1 419	31	204	2 821
	Buba	211		222		42		
	Cacine	270		192		59		
	Catió	84		181		21		
	Empada	112		178		—		
	Fulacunda	159		215		38		
	S. João	36		49		—		
	Tite	11		31		9		
3. ^a secção	Bula	1 215	9 231	752	4 802	12	313	14 346
	Cacheu	379		425		1		
	Caió	741		412		16		
	Calequisse	986		429		33		
	Pecixe	201		198		13		
	Teixeira Pinto . . .	5 709		2 585		238		
Total geral		19 869		13 050		1 071		33 990

Índices

	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3.a secção	Índices gerais
Índice de prevalência	6,42	28,7	27,1	9,0	27,9	19,8
Índice de incidência	4,92	—	13,0	—	18,9	12,3
Índice de contágio	11,80	—	41,1	—	6,5	19,8
Potencialidade infecciosa	3,39	1,7	2,5	5,84	1,6	3,0

Índices da infância

	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3.a secção	Índices gerais
Índice de prevalência	0,65	5,6	5,3	1,45	5,7	3,7
Índice de incidência	0,50	—	2,7	—	1,9	1,7

Índices dos adultos

	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3.a secção	Índices gerais
Índice de prevalência	5,74	23,0	21,7	7,53	22,8	16,2
Índice de incidência	4,41	—	10,2	—	9,2	7,9

Regime de tratamento

	1.ª seção			Sector I			Sector II			Sector III			Sector IV			3.ª seção			Total		
	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total	Antigos	Ano	Total
Externos que vêm ás tabancas-enfermarias	—	339	339	12	89	101	—	158	158	441	428	869	—	37	37	—	—	—	453	1 051	1 504
Circuitos.	—	—	—	144	464	608	—	1 695	1 695	1 332	741	2 073	—	454	454	1 264	704	1 968	2 740	4 058	6 798
Internados	—	67	67	1	4	5	—	3	3	—	—	—	—	9	9	—	—	—	1	83	84
Acidentalmente internados	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	1	2	3

Exames laboratoriais

Para pesquisa de bacilos de Hansen	1.ª seção			Sector I			Sector II			Sector III			Sector IV			3.ª seção			Total		
	+	—	Total	+	—	Total	+	—	Total	+	—	Total	+	—	Total	+	—	Total	+	—	Total
Muco	167	150	317	8	525	533	58	1 618	1 676	14	1 184	1 198	22	259	281	15	1 389	1 404	284	5 125	5 409
Pele	163	159	322	13	520	533	54	1 621	1 675	15	1 183	1 198	25	254	279	10	1 355	1 365	280	5 092	5 372
Outros exames. . . .	—	—	89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	89
<i>Total. . .</i>	330	309	728	21	1 045	1 066	112	3 239	3 351	29	2 307	2 396	47	513	560	25	2 744	2 769	564	10 217	10 870

Medicamentos consumidos

Medicamentos	1.ª secção	Sector I	Sector II	Sector III	Sector IV	3.ª secção	Total
Comp. de D. D. S. a 0,10	13 895	8 406	15 582	52 916	2 866	13 704	107 369
Comp. de D. D. S. a 0,30	7 791	27 847	58 966	158 899	6 166	75 969	335 638
C. C. de D. D. S. em chalmograto de etilo (<i>Hyrgathione</i>)	433	781	28 037	30 878	9 105	99 200	168 434
Comp. de <i>Hidrazida</i>	2 304	—	—	—	—	—	2 304

Circuitos de tratamentos

Números referentes ao último dia do ano

Nome do circuito	Medicamentos	Transporte	Dia da semana	Número de doentes	Quilóm. percor. durante o mês
Quinhamel-Biombo	D. D. S. em comprimidos	Moto	Terça	62	216
Quinhamel-Bijemita	Idem	»	Quarta	41	228
Cumura-Prábis	Idem	»	Segunda	46	208
Cumura-Safim	Idem	»	Quarta	75	336
Cumura-Antula	Idem	»	Sexta	27	152
Mansoa-Cumeré	Idem	Auto	Segunda	179	448
Mansoa-Quenhaque	Idem	»	Terça	68	200
Mansoa-Cutia-Bindoro . . .	Idem	»	Quarta	16	252
Mansoa-Enxalé	Idem	»	Quinta	24	640
Bissorã-Sansabato	Idem	Moto	Segunda	33	96
Bissorã-Náfula	Idem	»	Terça	47	124
Bissorã-Encheia	Idem	»	Quinta	12	160
Bissorã-Cã Vália	Idem	»	Sábado	10	56
Farim-Barro	Idem	Auto	Segunda	568	520
Farim-Guidage	<i>Hyrgathione</i>	»	Terça	128	200
Farim-Cutima	D. D. S. em comprimidos	»	Quarta	284	700

Circuitos de tratamentos
Números referentes ao último dia do ano
(*Continuação*)

Nome do circuito	Medicamentos	Transporte	Dia da semana	Número de doentes	Quilómetros percorridos durante o mês
Farim-Tambicó	D. D. S. em comprimidos	Auto	Quinta	162	680
Farim-Olossato	<i>Hyrgathione</i>	»	Sexta	177	150
S. Domingos-Mato Colage	Idem	Moto	Segunda	57	64
S. Domingos-Bissabar	Idem	»	Terça	124	240
Susana-Elia.	Idem	»	Dia de feira	59	56
Susana Varela.	Idem	»	Véspera de feira	24	120
Nova Lamego-Sonaco	D. D. S. em comprimidos	Auto	Segunda	611	680
Nova Lamego-Canquellifá	Idem	»	Terça	492	680
Nova Lamego-Dandum	<i>Hyrgathione</i>	»	Sábado	226	172
Contubo-Sare Bacar	D. D. S. em comprimidos	Moto	Segunda	139	340
Contubo-Cambajú	Idem	»	Quarta	199	360
Contubo-Jabicunda	Idem	»	Sábado	48	48
Bafatá-Sare Banda	Idem	»	Terça	199	400
Xitole-Mampatá	Idem	»	Segunda	42	176
Xitole-Xime.	Idem	»	Terça	150	592
Bolama-Fonta Oeste	Idem	»	Terça	41	344
Bolama-Bessassema	<i>Hyrgathione</i>	»	Quinta	23	150
Bolama-Enxudé	Idem	»	Sexta	14	204
Buba-Chacual	Idem	Auto	Sábado	22	220
Buba-Gã Turé	Idem	»	Sexta	13	194
Buba-Nnacobá	Idem	»	Segunda	10	172
Buba-Quebo	Idem	»	Quarta	26	216
Buba-Jabadá	Idem	»	Sábado	25	320
Buba-Chã-Pará	Idem	»	Segunda	45	260

Circuitos de tratamentos

Números referentes ao último dia do ano

(Continuação)

Nome do circuito	Medicamentos	Transporte	Dia da semana	Número de doentes	Quilómetros percorridos durante o mês
Bedanda-Cacine	<i>Hyrgathione</i>	Moto	Segunda	51	332
Cacine-Campeane	Idem	»	Terça	49	272
Bedanda-Salancaur	Idem	»	Quinta	13	108
Bedanda-Cabedú	Idem	»	Sábado	41	332
Empada-Sarecunda	D. D. S. em comprimidos	»	Segunda	28	150
Empada-Cachobar	Idem	»	Quarta	12	160
Empada-Madina	Idem	»	Sexta	20	260
Catió-Tombali	Idem	»	Terça	33	560
Catió-Cufar	Idem	»	Quarta	35	256
Teixeira Pinto-Caió	Idem	Auto	Segunda	697	380
Teixeira Pinto-Calequisse	<i>Hyrgathione</i>	»	Terça	380	116
Teixeira Pinto-Cacheu	D. D. S. em comprimidos	»	Quarta	236	384
Teixeira Pinto-Pelundo	<i>Hyrgathione</i>	»	Quinta	270	64
Teixeira Pinto-Pecixe	Idem	Moto	Sexta	55	188
Bula-Consolação	Idem	»	Segunda	58	60
Bula-Fortuna	Idem	»	Terça	139	48
Bula-João Landim	Idem	»	Quarta	56	48
Bula-Augusto Opfer	Idem	»	Quinta	43	40
Bula-Có	Idem	»	Sexta	34	58

RESUMO

Total de circuitos	59
Número de doentes tratados em circuitos	6 798
Total de quilómetros percorridos mensalmente	15 190

3) *Boubas*

As boubas, que tantos malefícios causaram às populações que vivem entre os trópicos, puderam ser controladas graças ao emprego da penicilina de acção retardada. Esta doença, que ainda há poucos anos afectava, em certas regiões do continente africano, elevado número de indivíduos (40 % e mais), seria a ideal para ser combatida em campanhas de massa, se não fosse a existência dos casos latentes, que dificultam e encarecem a descoberta de todos os doentes. Porque, quanto ao resto, tudo se parece conjugar para facilitar o trabalho: formas activas fáceis de diagnosticar, doença bem conhecida pela população, receada e que causa repulsa, medicamento muito activo que pode ser administrado numa única injeccção, esterilização dos doentes rápida, cura pouco demorada que não exige praticamente vigilância médica, e medicamento barato — se adquirido directamente ao fabricante.

A procura activa dos doentes, feita nas aldeias e nas consultas, e o seu tratamento, realizado juntamente com o dos contactos e dos casos latentes, clinicamente individualizáveis, constituem o método de luta adoptado, que é suficiente para se manter controlada a endemia.

*Formas activas dos doentes tratados
segundo o esquema da O. M. S.*

Lesão primária	...	...	...	...	...	...	...	376
Papilomas múltiplos	...	...	...	...	...	...	...	277
Papilomas plantares e palmares	...	...	...	...	...	...	...	581
Outras lesões cutâneas precoces	...	...	...	...	...	...	...	12
Hiperqueratose	...	...	...	...	...	...	...	301
Gomas e úlceras	...	...	...	...	...	...	...	12
Gangosa	...	...	...	...	...	...	...	33
Lesões ósseas e articulares	...	...	...	...	...	...	...	55
Outras manifestações	...	...	...	...	...	...	...	9
<i>Total</i>	...	...	...	...	...	...	...	<u>1 656</u>

Incidência das boubas, por sectores

Serviços	População observada	Formas activas	Formas activas (%)	Latentes e contactos
Secção de investigação.	18 241	80	0,43	22
Sector I	55 624	141	0,25	2
Sector II	71 021	161	0,22	51
Sector III.	36 702	559	1,50	55
Sector IV.	76 798	550	0,71	477
Secção de combate às glossinas . .	42 628	165	0,38	88
<i>Total</i>	301 014	1 656	0,55	695

Número de casos de boubas tratados

1953	624
1954	651
1955	1 313
1956	2 644
1957	1 353
1958	1 656

4) *Ancilostomiase*

A larga dispersão dos ancilostomas e a frequência com que causam enfermidade conferem a estes helmintos papel muito importante como causadores de doença.

Para se fazer face à ancilostomiase tem-se oferecido possibilidade de tratamento a todos os doentes e realizado propaganda do tratamento, que é feito com tetracloretileno, sem ser seguido por purgante salino e com sulfato ferroso. O tetracloretileno é administrado sem prévia correcção da anemia, de quatro em quatro dias, até os doentes desparasitarem, e o sulfato ferroso, desde o início do tratamento, com excepção dos dias em que é tomado o anti-helmíntico.

Número de casos tratados, por sectores

Secção de investigação	...	...	...	...	...	...	...	107
Sector I	...	...	...	...	...	...	...	690
Sector II	...	...	...	...	...	...	...	269
Sector III	...	...	...	...	...	...	...	367
Sector IV	...	...	...	...	...	...	...	1 519
3. ^a secção	...	...	...	...	...	...	...	303
<i>Total</i>								<u>3 255</u>

Distribuição da doença, por sexos, idades e taxa de hemoglobina que tinham antes do tratamento

Idades	Sexo	Hemoglobina %						Total
		20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	
Crianças (menos de 10 anos)	M	49	123	216	81	22	—	491
	F	42	117	162	96	31	2	450
Adolescentes (10 a 21) . . .	M	18	53	110	126	49	7	363
	F	13	57	119	111	43	1	344
Adultos (22 a 60)	M	15	65	170	204	128	16	598
	F	23	100	355	317	149	9	953
Velhos (mais de 60)	M	—	6	16	9	10	—	41
	F	4	4	6	—	—	1	15
<i>Total.</i>		164	522	1 154	944	432	36	3 255

Número de casos de ancilostomíase tratados

1953	...	...	...	...	...	...	...	369
1954	...	...	...	...	...	...	...	527
1955	...	...	...	...	...	...	...	1 142
1956	...	...	...	...	...	...	...	1 789
1957	...	...	...	...	...	...	...	1 963
1958	...	...	...	...	...	...	...	3 255

5) *Malária*

Fez-se mais uma vez o combate à malária na cidade de Bissau, com insecticidas de acção residual — o D.D.T. — aplicado nos domicílios duas vezes por ano, na dose de 2,2 g de isómero *p.p'* por metro quadrado.

Este trabalho constituiu o início duma campanha, que se julgava vir a integrar-se na planejada pela O. M. S., e que se destinava a ser de âmbito continental.

Como esta campanha não veio a realizar-se e porque o número de pulverizações feitas é já considerável, há vantagem em interromper as pulverizações, visto a sua continuação poder vir a criar resistência dos vectores e, consequentemente, a perda da melhor arma disponível para se poder conseguir a erradicação da malária.

Para substituir o benefício até agora recebido pela população, em consequência do emprego do D.D.T., seria conveniente passar a oferecer a possibilidade de gratuitamente se beneficiar da quimioprofilaxia com a cloroquina.

A população que tem sido protegida pelos insecticidas de acção residual é constituída por 18 000 indivíduos.

Durante os meses de Maio e Outubro procedeu-se à determinação dos índices esplenométricos dum grupo de crianças dos bairros periféricos da cidade, o qual forneceu os seguintes resultados:

Índices esplénicos
(Escala de Hackett)

	Maio	Outubro
Índice esplénico	11,8 %	23,5 %
Índice de baço aumentado médio	1,4 %	1,2 %
Índice esplenométrico	16,5 %	28,2 %
	Maio	Outubro
Índice parasitário	30,2 %	38 %

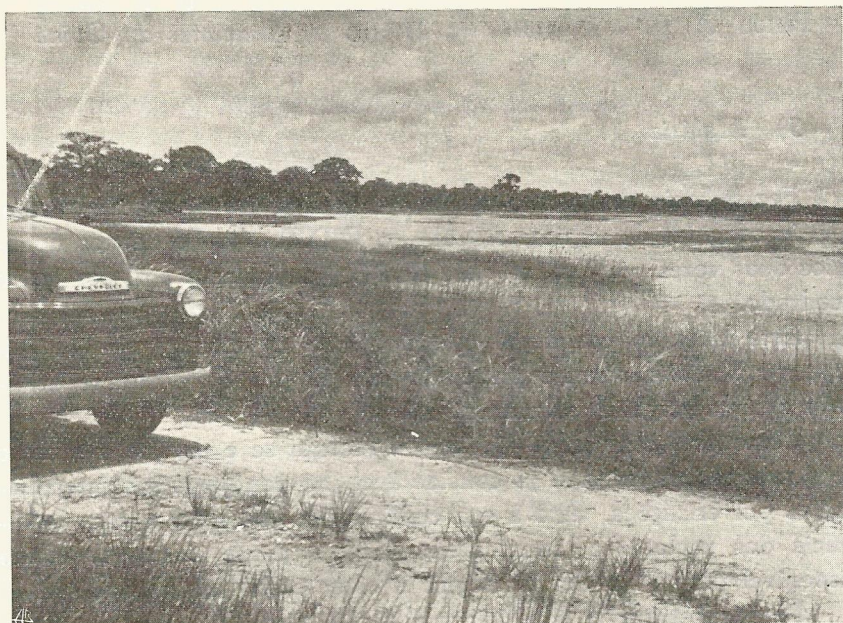


Fig. 13



Fig. 14

Figs. 13 e 14 — São incontáveis e variáveis os locais de criação do *A. gambiae*. Espalham-se por toda a cidade e arredores, o que impossibilita que se possa fazer luta antilarvar eficaz

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

As espécies de plasmódios encontrados foram as seguintes

	Maio	Outubro
<i>Pl. falciparum</i>	95,2 %	98,7 %
<i>Pl. malariae</i>	4,7 %	1,3 %

Dados estatísticos que traduzem a actividade exercida durante as pulverizações realizadas em Maio e Outubro de 1958

	1.ª campanha	2.ª campanha	Total
Número de residências e outros edifícios pulverizados	4 699	4 786	9 485
Anexos.	718	479	1 197
<i>Total</i>	5 417	5 265	10 682
Tempo empregado em dias úteis	27	27	54
Horas de trabalho	189	189	378
Horas de trabalho diário	7	7	—
Número de trabalhadores diários	40	48	—
Média de edifícios pulverizados por dia	200	195	197,5
Superfície pulverizada, em metros quadrados (cerca de)	—	—	3 460 000
Média de insecticida gasto por edifício (g)	—	—	647
D. D. T. gasto em quilogramas	—	—	6,920
Custo de insecticida por quilograma:			
a) Pó molhável a 75 %	—	—	17\$55
b) D. D. T. técnico emulsionante e solvente	—	—	46\$94
Combustíveis e lubrificantes	—	—	8 392\$50
Salários	14 152\$00	18 899\$00	33 051\$00
Equipamento do pessoal	—	—	290\$00
Despesas de higiene	—	—	1 489\$25
Depreciação de material	—	—	10 000\$00

6) Escabiose

Enfermidade menor, que só tem honras de capítulo por ser uma parasitose muito divulgada, se bem que já com importância diminuída, visto os casos graves terem deixado de ser frequentes.

Para se fazer face a esta parasitose fez-se propaganda do medicamento, que se encontra à disposição da população em quantidade satisfatória, tanto nos postos de tratamento como nos carros que transportam as equipas que fazem o recenseamento de doentes em todas as aldeias da Província. O medicamento disponível é o enxofre, que os doentes misturam ao óleo de palma antes de usar.

A variação do número de casos tratados anualmente, que a seguir se indica, é influenciada pelo melhor conhecimento da existência do medicamento, o que permitiu que se tornassem conhecidos casos de parasitose que já existiam — e, mais recentemente, por se terem passado a contar como doentes tratados todos os indivíduos que pedem enxofre para levar para casa, o que, necessariamente, não implica sempre a existência de casos tratados de escabiose, mas unicamente o desejo de se estar precavido para o caso de novo aparecimento da parasitose.

Número de casos tratados

Secção de investigação	...	...	...	...	...	...	...	...	2 265
Sector I	...	...	...	...	...	...	...	...	7 404
Sector II	...	...	...	...	...	...	...	...	326
Sector III	...	...	...	...	...	...	...	...	335
Sector IV	...	...	...	...	...	...	...	...	4 926
Secção de combate às glossinas	...	...	...	...	...	...	...	...	3 442
<i>Total</i>	...	...	...	...	...	...	...	...	<u>18 698</u>
1953	...	...	...	...	...	...	...	...	1 425
1954	...	...	...	...	...	...	...	...	1 716
1955	...	...	...	...	...	...	...	...	10 146
1956	...	...	...	...	...	...	...	...	15 924
1957	...	...	...	...	...	...	...	...	8 472
1958	...	...	...	...	...	...	...	...	18 698

7) *Assistência médica rural*

É absolutamente indispensável procurar obter sempre índices de presença, às concentrações, elevados, durante as visitas que se fazem a todas as aldeias da Província. Só assim se podem identificar, no início, os novos casos de doença que vão surgindo. Só assim se podem eliminar precocemente novas fontes de contágio e, consequentemente, evitar novos casos de doença.

Os índices de presença elevados são muito fáceis de obter, sem que haja necessidade de recorrer a qualquer outro trabalho durante o período em que as doenças endémicas desempenham papel social importante. Mas, à medida que as endemias vão sendo dominadas, à medida que os doentes vão escasseando, passam a haver bastantes núcleos populacionais onde deixam de se encontrar doentes com as enfermidades que se combatem e, em consequência deste facto, o interesse da população pelas visitas às aldeias esmorece sempre que não se passam a tratar os outros doentes que se encontram e que solicitam tratamento.

Quando surge esta fase do combate às endemias torna-se absolutamente indispensável passar a fazer assistência médica rural. É uma regra elementar da medicina colectiva. Com a realização deste trabalho enriquece-se a actividade do Serviço, valoriza-se mais o capital humano — base da riqueza e da prosperidade de qualquer país — e, por um preço baixíssimo, põe-se em evidência o grande interesse que sempre têm para a população as visitas que se fazem às aldeias. Só procedendo-se deste modo se pode obter a fundamental colaboração interessada da população, que é indispensável obter sempre, quando se tem em vista fazer combate eficaz contra doenças endémicas. Só procedendo-se deste modo se podem obter, sempre, índices de presença elevados através dos anos.

O grande número de doentes tratados que a seguir se indica mostra bem o interesse com que a população solicita a assistência médica rural.

Os índices de presença elevados, sempre obtidos, que se colocam entre os melhores que conseguem os serviços congêneres da América e da África põem também bem em evidência, e de forma

irrefutável, o apreço em que o Serviço é tido pela população e o êxito do trabalho que se faz.

Não basta cuidar só da valorização e do aperfeiçoamento técnico do Serviço. É indispensável considerar com igual interesse do factor população, dos seus anseios, pois que só por intermédio duma colaboração interessada e amistosa entre a população e o Serviço se pode obter trabalho eficaz e verdadeiramente humanitário.

Número de doentes tratados 28 427

Doenças tratadas:

Abcessos	...	...	...	...	...	...	...	...	415
Aborto	...	...	...	...	...	...	...	...	4
Adenopatias	...	...	...	...	...	...	...	...	376
Amibíase	...	...	...	...	...	...	...	...	21
Amigdalite	...	...	...	...	...	...	...	...	221
Amenorreia	...	...	...	...	...	...	...	...	5
Anemias	...	...	...	...	...	...	...	...	927
Anexite	...	...	...	...	...	...	...	...	2
Artrite	...	...	...	...	...	...	...	...	67
Ascaridiose	...	...	...	...	...	...	...	...	20
Ascite	...	...	...	...	...	...	...	...	5
Asma	...	...	...	...	...	...	...	...	16
Balanite	...	...	...	...	...	...	...	...	5
Bilharziose	...	...	...	...	...	...	...	...	137
Blenorragia	...	...	...	...	...	...	...	...	1 212
Broncopneumonia	...	...	...	...	...	...	...	...	70
Bronquites	...	...	...	...	...	...	...	...	2 432
Cistite	...	...	...	...	...	...	...	...	33
Cancro mole	...	...	...	...	...	...	...	...	32
Colite	...	...	...	...	...	...	...	...	438
Conjuntivite	...	...	...	...	...	...	...	...	2 894
Diarreia de vária etiologia	...	...	...	...	...	...	...	...	1 782
Disquenesia biliar	...	...	...	...	...	...	...	...	53
Elefantíase	...	...	...	...	...	...	...	...	3
Entorse	...	...	...	...	...	...	...	...	7
Estomatite	...	...	...	...	...	...	...	...	142
Faringite	...	...	...	...	...	...	...	...	304
Feridas	...	...	...	...	...	...	...	...	1 132
Filariase	...	...	...	...	...	...	...	...	125

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Fleimão	...	...	...	...	...	...	...	...	110
Furunculose	...	...	...	...	...	...	...	...	430
Gastreenterite	...	...	...	...	...	...	...	...	297
Gripe	...	...	...	...	...	...	...	...	101
Hemorróidas	...	...	...	...	...	...	...	...	3
Hepatite	...	...	...	...	...	...	...	...	17
Icterícia	...	...	...	...	...	...	...	...	21
Insuficiência mitral	...	...	...	...	...	...	...	...	2
Insuficiência cardíaca	...	...	...	...	...	...	...	...	75
Laringite	...	...	...	...	...	...	...	...	8
Linfangite	...	...	...	...	...	...	...	...	14
Mastite	...	...	...	...	...	...	...	...	85
Metrite	...	...	...	...	...	...	...	...	2
Micoses	...	...	...	...	...	...	...	...	490
<i>Molluscum contagiosum</i>	...	...	...	...	...	...	...	...	7
Mordedura de cobra	...	...	...	...	...	...	...	...	9
Mordedura de escorpião	...	...	...	...	...	...	...	...	7
Nefrite	...	...	...	...	...	...	...	...	32
Nevrite	...	...	...	...	...	...	...	...	656
Oncocercose	...	...	...	...	...	...	...	...	49
Orquite	...	...	...	...	...	...	...	...	23
Otite	...	...	...	...	...	...	...	...	1 322
Oxiurose	...	...	...	...	...	...	...	...	4
Paludismo	...	...	...	...	...	...	...	...	7 064
Panarício	...	...	...	...	...	...	...	...	34
Parotidite	...	...	...	...	...	...	...	...	31
Pelagra	...	...	...	...	...	...	...	...	19
Piodermite	...	...	...	...	...	...	...	...	686
Pleurisia	...	...	...	...	...	...	...	...	86
Pneumonia	...	...	...	...	...	...	...	...	211
Queimaduras	...	...	...	...	...	...	...	...	35
Reumatismo	...	...	...	...	...	...	...	...	2 336
Sarampo	...	...	...	...	...	...	...	...	78
Sífilis	...	...	...	...	...	...	...	...	206
Sinusite	...	...	...	...	...	...	...	...	9
Teníase	...	...	...	...	...	...	...	...	255
Tinhas	...	...	...	...	...	...	...	...	7
Tosse convulsa	...	...	...	...	...	...	...	...	52
Tuberculose pulmonar	...	...	...	...	...	...	...	...	45
Úlcera tropical	...	...	...	...	...	...	...	...	433
Uretrite	...	...	...	...	...	...	...	...	6
Urticária	...	...	...	...	...	...	...	...	20
Varicela	...	...	...	...	...	...	...	...	4
Diversos	...	...	...	...	...	...	...	...	166

8) *Total de doentes tratados, de doentes em tratamento (lepra), de tratamentos diversos, de exames laboratoriais e de doentes internados*

a) *Doentes tratados*

1. ^a secção	...	...	...	...	...	...	...	...	6 593
Sector I	...	...	...	...	...	...	...	...	11 595
Sector II	...	...	...	...	...	...	...	...	5 977
Sector III	...	...	...	...	...	...	...	...	9 380
Sector IV	...	...	...	...	...	...	...	...	13 486
3. ^a secção	...	...	...	...	...	...	...	...	7 414
<i>Total</i>									54 445

b) *Doentes em tratamento (lepra)*

1. ^a secção	...	...	...	...	...	...	...	...	406
Sector I	...	...	...	...	...	...	...	...	715
Sector II	...	...	...	...	...	...	...	...	1 978
Sector III	...	...	...	...	...	...	...	...	2 943
Sector IV	...	...	...	...	...	...	...	...	502
3. ^a secção	...	...	...	...	...	...	...	...	1 968
<i>Total</i>									8 512

c) *Tratamentos diversos*

1. ^a secção	...	...	...	...	...	...	...	...	55 517
Sector I	...	...	...	...	...	...	...	...	64 256
Sector II	...	...	...	...	...	...	...	...	27 658
Sector III	...	...	...	...	...	...	...	...	136 700
Sector IV	...	...	...	...	...	...	...	...	40 794
3. ^a secção	...	...	...	...	...	...	...	...	65 539
<i>Total</i>									390 464

d) *Exames laboratoriais*

1. ^a secção:									
Laboratório-sede	...	...	...	...	...	...	...	...	19 153
Recenseamento	...	...	...	...	...	...	...	...	1 696
Sector I	...	...	...	...	...	...	...	...	6 301
Sector II	...	...	...	...	...	...	...	...	7 144
Sector III	...	...	...	...	...	...	...	...	6 560
Sector IV	...	...	...	...	...	...	...	...	5 307
3. ^a secção	...	...	...	...	...	...	...	...	6 471
<i>Total</i>									52 632

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

e) *Doentes internados*

1.^a secção:

Tabanca-enfermaria de Bissau	1 182
Tabanca-enfermaria de Quinhamel (1. ^o semestre)	282
Tabanca-enfermaria de Uno	155
Tabanca-enfermaria de Cumura	67
<i>Total</i>	<u>1 686</u>

Sector I:

Tabanca-enfermaria de Quinhamel (2. ^o semestre)	583
Tabanca-enfermaria de Bissorã	184
Tabanca-enfermaria de Mansoa	544
<i>Total</i>	<u>1 311</u>

Sector II:

Tabanca-enfermaria de Farim	341
Tabanca-enfermaria de S. Domingos	153
Tabanca-enfermaria de Susana	191
<i>Total</i>	<u>685</u>

Sector III:

Tabanca-enfermaria de Nova Lamego	275
Tabanca-enfermaria de Contubo-El	346
Tabanca-enfermaria de Bafatá	331
<i>Total</i>	<u>952</u>

Sector IV:

Tabanca-enfermaria de Buba	1 747
Tabanca-enfermaria de Bolama	71
Tabanca-enfermaria de Empada	290
Tabanca-enfermaria de Catió	337
<i>Total</i>	<u>2 445</u>

3.^a secção:

Tabanca-enfermaria de Teixeira Pinto	507
Tabanca-enfermaria de Bula	193
<i>Total</i>	<u>700</u>

Total de doentes internados 7 779

3.^a secção — SECÇÃO DE COMBATE ÀS GLOSSINAS

A secção de combate às glossinas continuou a ocupar-se do recenseamento de doentes e de trabalhos de investigação.

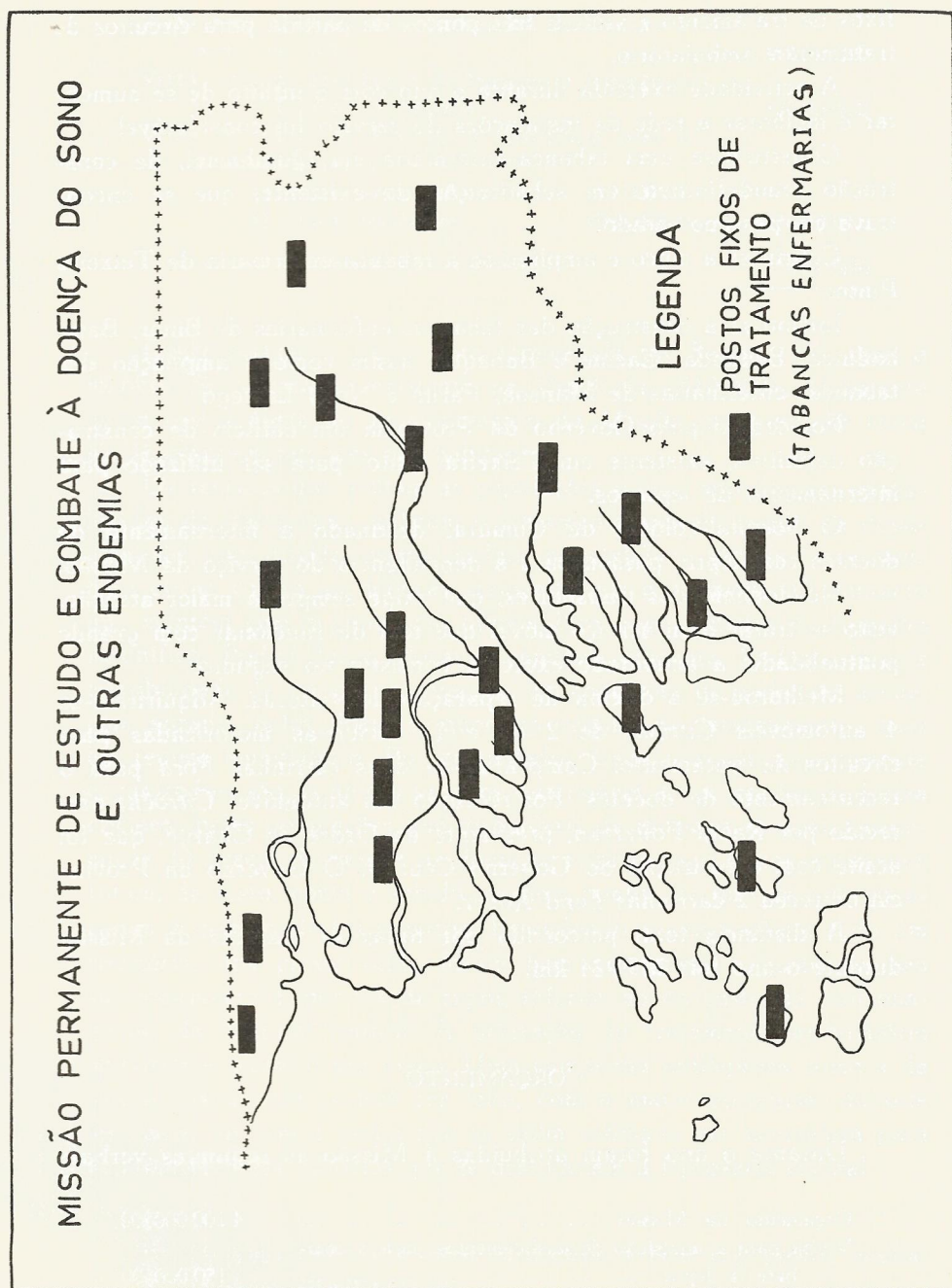
INSTALAÇÕES E TRANSPORTES

A necessidade de uma rede de formações hospitalares extensa que fique ao alcance de toda a população e as limitações de ordem económica obrigam a que o tipo de construção seja modesto — mas sempre igual ou melhor do que o adoptado nas casas que a população constrói para viver. Sempre que possível, à custa de subsídios concedidos por S. Ex.^a o Governador, melhora-se o tipo de construção. A cobertura de palha, que, por ter de se renovar todos os anos, acaba por ficar cara, substitui-se pela de zinco ondulado, que se pinta, ou pela de telha. Os pavimentos passam a ser de cimento ou de mosaico. Só as paredes se mantêm, por via de regra, as mesmas, de adobe, sempre caiadas de branco, para que o guarda, com toda a facilidade, possa diariamente, com a cal de que sempre dispõe, as manter limpas e asseadas.

As formações hospitalares são constituídas por um edifício onde funciona a consulta, que tem como dependências um pequeno laboratório e uma arrecadação, e diversas casas para os doentes e para o pessoal. Sempre que o trabalho a fazer é considerável, constrói-se ainda mais um anexo à consulta, de forma circular aberto em toda a volta, habitualmente designado por «jambarem», que, por ser fresco e ter boa luz, permite fazer o trabalho com mais eficiência e conforto.

Exigindo o combate à lepra uma rede de formações hospitalares mais densa do que exigia o combate às outras endemias de que a Missão se ocupava, houve necessidade de aumentar o número de tabancas-enfermarias — nome habitualmente usado para designar as formações hospitalares de que a Missão dispõe.

Concluídas as obras em curso, com subsídio concedido por S. Ex.^a o Governador, a Missão passará a dispor de uma formação hospitalar por cada cerca de mil quilómetros quadrados, capacidade de hospitalização para mil e setecentos doentes, vinte e três postos



fixos de tratamento e vinte e três pontos de partida para circuitos de tratamento ambulatorio.

A actividade exercida durante o ano com o intuito de se aumentar e melhorar a rede de instalações do serviço foi considerável.

Construiu-se uma tabanca-enfermaria em Quinhamel, de construção semidefinitiva, em substituição da existente, que se encontrava em péssimo estado.

Cobriu-se a zinco e ampliou-se a tabanca-enfermaria de Teixeira Pinto.

Iniciou-se a construção das tabancas-enfermarias de Binar, Bambadinca, Bedanda, Cacine e Bubaque, assim como a ampliação das tabancas-enfermarias de Mansoa, Farim e Nova Lamego.

Foi cedido pelo Governo da Província um edificio de construção definitiva, existente em Teixeira Pinto, para ser utilizado para internamento de leprosos.

O hospital-colónia de Cumura, destinado a internamento de doentes com lepra, passou para a dependência do serviço da Missão.

No domínio dos transportes, que exige sempre a maior atenção, visto se tratar dum serviço móvel que tem de funcionar com grande pontualidade, a actividade exercida consistiu no seguinte:

Melhorou-se a oficina de reparação de viaturas. Adquiriram-se 4 automóveis *Citröen* de 2 cv e 11 bicicletas motorizadas para circuitos de tratamento. Compraram-se duas carrinhas *Ford* para o recenseamento de doentes. Foi recebido um automóvel *Citroën*, oferecido por Raoul Follereau, presidente da Ordre de Charité, que foi aceite com autorização do Governo Central. O Governo da Província ofereceu 2 carrinhas *Land Rover*.

A distância total percorrida por todas as viaturas da Missão durante o ano foi: 285 924 km.

ORÇAMENTO

Durante o ano foram atribuídas à Missão as seguintes verbas:

Orçamento da Missão	4 200 000\$00
Verba para a aquisição de medicamentos para o combate à lepra	150 000\$00

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Verba para a manutenção do hospital de Cumura a partir de Julho	162 614\$90
Verba atribuída pelo Fundo de Fomento e Assistência para o Combate à Malária	400 000\$00
Verba do Fundo de Fomento e Assistência para o Combate à Lepra:	
a) Para medicamentos	150 000\$00
b) Para instalações	496 000\$00
	646 000\$00
Verba total concedida	<u>5 558 614\$90</u>

Confrontando a verba total concedida ao Serviço ⁽¹⁾ com o número de indivíduos existente na Província (510 000), facilmente se vê que o custo do funcionamento da Missão importou em cerca de 91 centavos por mês por habitante.

Os serviços que visitam as populações e que, entre outras modalidades de tratamento, utilizam o tratamento móvel, levado ao domicílio, são, sem dúvida, os que melhor possibilidade têm de fazer combate eficaz contra as doenças transmissíveis e evitáveis. O contacto que mantêm com a população oferece-lhes possibilidades de trabalho magnífico. Podem fazer educação sanitária eficiente. Podem oferecer possibilidade de tratamento precoce, em condições de poder ser aceite, com agrado, pelos doentes, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio. Por outro lado, desde que convenientemente organizados, são os únicos serviços que podem ser montados de forma eficiente pelas populações que disponham de escassos recursos económicos. O desejo de vencer as doenças evitáveis e o factor económico foram, de resto, como é sabido, os dois pontos de partida que inspiraram a criação destes serviços. Estendendo a sua acção a todo um território, nos países onde foram bem montados, o custo do seu funcionamento é, por via de regra, inferior ao do custo do funcionamento do hospital central. A utilização do tratamento ambulatorio embaratece muito o seu preço. Uma campanha antileprosa como a da Guiné Portuguesa poderá ser feita, com a maior eficiência, durante dez anos, só com a verba que se tinha estimado ser necessária para a construção dos edificios que se destinariam à leprosaria central.

⁽¹⁾ Destinou-se a custear todas as despesas a fazer com pessoal, medicamentos, transportes, edificações, etc.

Para que estes serviços sejam, na verdade, eficazes, para que estes serviços possam ser económicos, além de se exigir uma infra-estrutura adequada, tem de considerar-se sempre, ao ser elaborado o orçamento, que a verba a destinar para medicamentos é a principal. Os medicamentos têm de ser bons e de existir em quantidades tais que tornem impossível a existência, de um doente que seja, que deixe de ser tratado na altura devida por falta de medicamentos. As outras verbas, igualmente importantes, devem ser orçamentadas segundo o critério da máxima economia e distribuídas harmónicamente e, de tal forma que, se torne possível que os medicamentos possam ser levados em tempo oportuno a todos os doentes que deles necessitam.

O motivo por que a generalização destes serviços não se tem feito com maior rapidez talvez seja devido ao facto de o sector populacional mais directamente beneficiado ser aquele que menos possibilidade tem de se fazer ouvir. Nas nossas províncias ultramarinas já existem estes serviços e, mesmo no dia em que se multipliquem os hospitais, hão-de ser serviços a manter, porque os princípios que norteiam a sua actividade procuram satisfazer uma ambição humana — a possibilidade, real, de tratamento para todos, prestado de acordo com o desejo dos indivíduos, paga por intermédio dos seus recursos e sem se recorrer à caridade alheia, que, infelizmente, nada pode resolver com carácter definitivo.

PESSOAL

O quadro do pessoal médico da Missão foi aumentado em duas unidades com a categoria de médicos chefes de secção, pelo Decreto n.º 41 968, de 22 de Novembro de 1958.

Movimento de pessoal

Apresentaram-se na Missão, em 8 de Março, os médicos Dr. José Manuel Cochofel Pereira da Silva e Dr. Verter Maria das Neves, contratados para prestar serviço respectivamente como chefe de sector e adjunto da 3.^a secção.

PINTO, A. R. — *Relatório da Missão de Endemias da Guiné*

Dr. Jorge Vieira de Lemos Pacheco Viana — seguiu para a Metrópole em 2 de Abril, a fim de gozar licença graciosa, tendo regressado a 19 de Novembro.

Dr. Augusto Reimão da Cunha Pinto — seguiu para a Metrópole em 24 de Maio, em comissão eventual de serviço, tendo regressado em 29 de Dezembro.

Dr. Maurício de Oliveira Lecuona — seguiu para a Metrópole em 8 de Agosto a fim de gozar licença graciosa.

Quadro de pessoal da Missão referente ao fim do ano:

1.ª secção — Secção de investigação

Chefe da secção e da Missão — Dr. Augusto Reimão da Cunha Pinto.

Médico adjunto da secção — Vago.

Preparador — Joaquim José de Carvalho Bernardo.

Auxiliar de preparador — Armando António dos Santos.

Enfermeiros auxiliares — Carlos da Silva Vieira Barbosa, Ladislau Lopes Justado e João Manuel Ramos.

2.ª secção — Secção de recenseamento e tratamento de doentes

Chefe da secção — Dr. Maurício de Oliveira Lecuona.

Sector I

Chefe do sector — Dr. António Francisco de Carvalho Barroco Freire Ruas.

Enfermeiro de 2.ª classe — Mário António Ferreira Lima.

Enfermeiros auxiliares — Vital António Costa, Luís Agostinho Fonseca e Pedro António Costa.

Sector II

Chefe do sector — Dr. Jorge Vieira de Lemos Pacheco Viana.

Enfermeiros auxiliares — Mateus Manuel dos Reis, Manuel Rodrigues, João Adolfo Herbert e Adelino Alves Almada.

Sector III

Chefe do sector — Dr. Verter Maria das Neves.

Enfermeiros auxiliares — Belarmino Ramos Monteiro, Romualdo Gomes, Emílio Lagos Paquete e Júlio António Pereira.

Sector IV

Chefe do sector — Dr. José Manuel Cochofel Pereira da Silva.

Enfermeiro de 2.^a classe — Raul Freire de Andrade.

Enfermeiros auxiliares — António Evaristo Delgado, António Januário Salomão, João José Sequeira e João Adriano Fernandes.

3.^a secção — *Secção de combate às glossinas*

Chefe da secção — Dr. Fernando Manuel Coutinho da Costa

(desempenhou por substituição o cargo de chefe do serviço, desde 25 de Maio a 28 de Dezembro).

Enfermeiro de 2.^a classe — Isidoro Lopes da Moura.

Enfermeiros auxiliares — José Batican Ferreira e Carlos Pedreira.

Auxiliar de laboratório — Jorge Ferreira de Lacerda.

Secretaria

Chefe de secretaria-tesoureiro — Augusto da Cruz Carvalho.

Auxiliar da secretaria — Guilherme Martins Barbosa.

Conselho administrativo

Chefe da missão, chefe da 2.^a secção e chefe de secretaria.

Outro pessoal

Microscopistas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	32
Condutores mecânicos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7
Serventes	...	...	...	...	...	...	...	...	...	14
Guardas de tabanca	...	...	...	...	...	...	...	...	...	18

FACTOS MAIS IMPORTANTES OCORRIDOS DURANTE O ANO

A) Ocorrências diversas:

- 1) Visita de S. Ex.^a o Ministro do Ultramar e de outras personalidades.
- 2) Publicação do Decreto n.º 41 968, que aumentou o quadro médico do Serviço.
- 3) Oferta de uma viatura, por Raoul Follereau, presidente da Ordre de la Charité, para ser utilizada no combate à lepra.

B) Secção de investigação:

- 1) Prosseguimento dos trabalhos em curso do ano anterior.
- 2) Conclusão da montagem do combate à lepra.
- 3) Participação em reuniões científicas internacionais.

C) Secção de recenseamento e tratamento de doentes:

- 1) Visita a todos os núcleos populacionais da Província.
- 2) Prosseguimento do combate à doença do sono, cuja endemia se encontra em declínio.
- 3) Manteve-se o combate às boubas.
- 4) Continuou-se a procurar anular o principal malefício causado pela ancilostomíase, mediante a procura activa e tratamento dos doentes.
- 5) Prosseguiu o combate à malária na cidade de Bissau, feito com insecticidas de acção residual.
- 6) Manteve-se o combate à escabiose.
- 7) Estendeu-se o combate à lepra a toda a Província.
- 8) Manteve-se a assistência médica rural.
- 9) Trataram-se 62 957 doentes, fizeram-se 390 464 tratamentos diversos e 52 632 exames laboratoriais e internaram-se 7 779 doentes.
- 10) Percorreram-se, para visita da população, tratamento de doentes junto das suas casas e com o fim de se vigiar e

abastecer as formações hospitalares, 285 924 km, dos quais 15 000, mensalmente, para se levar tratamento eficaz e económico à maior parte dos leprosos.

D) Apetrechamento e melhoramento das possibilidades de trabalho:

- 1) Aumentou-se a capacidade de hospitalização, o número de postos de tratamento e o quadro do pessoal.
- 2) Melhoraram-se algumas instalações, os transportes, bem assim como o material de trabalho e de investigação.

E) Orçamento:

- 1) Verba atribuída: 5 558 814\$90.
- 2) Custo do funcionamento do Serviço durante o ano: *91 centavos por mês por habitante.*

FICHA INDIVIDUAL

Ficha N.º

Em trat.	Falec.	Ab. trat.	Transf.	Rec. trat.	V. O. Sect.	Não inic. trat.	Ext.	Circ.	Int. Ac.	I	T	L	D
----------	--------	-----------	---------	------------	-------------	-----------------	------	-------	----------	---	---	---	---

Nome, filiação ou marido, P. AD.

Idade Sexo Raça Tab. Reg.

Novas residências

CONTACTOS		Membros conviventes da família com lepra		Exame bacteriológico				Mtsuda	Ihb
Antigos	Actuais	Novos contactos	Total	Data	Muco	Pele	Gânglios		
Recenseado em				Tipo de lepra					
Outros domicílios que teve depois de doente									
.....									
.....									
Tem casa separada da família ?									
Exame histológico :									
Total.									

1) *Antecedentes*

Data aparecimento primeira lesão

Localização

Rinite..... Epistaxe

Sint. subj. (Form., Caimb., Hiperestesia, etc.)

2) *Estado actual*

Lesões cutâneas — Marcar no desenho

Alt. sudorais

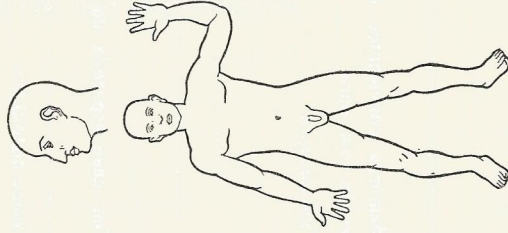
Cabelo..... Pestanas.....

Sobrancelhas

Lesões mucosas:

Lesões orgânicas:

Olhos



Aparelho circulatório:

.....

Outras lesões viscerais:

.....

Reacções leptóticas (características e periodicidade):

.....

Doenças intercorrentes:

.....

3) *Outros exames laboratoriais*
Urina

Data

Album.. . . .

Glic.. . . .

Sedimento . . .

Gânglios

Outras

Sistema nervoso :

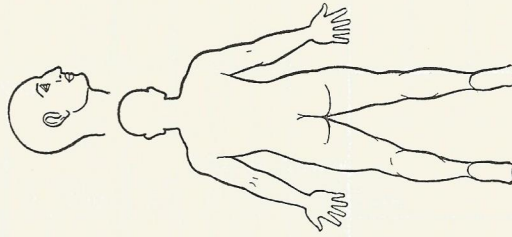
a) Periférico (cub., c. p. ext., etc.)

Transtornos, sensibilidade, distribuição

b) Central (transt. subj.)

Órgãos genitais :

Aparelho respiratório :



Feces

.....

.....

Contagens de glóbulos

Data . . .

Rubros. . .

Branços . .

Fórmulas

Velocidade de sedimentação

Data . . .

Veloc. . . .

Data . . .

Veloc. . . .

População

LEPRA

Mês

Sector

[illegible][illegible][illegible]

Sexos	{	Masc.	_____	Raças : _____
		Fem.	_____	
Idades	{	Crianças (menos de 10)	_____	_____
		Adolescentes (10 a 21)	_____	_____
		Adultos (21 a 60)	_____	_____
		Velhos (mais de 60)	_____	_____
		Com menos de 15 anos	_____	_____
		Com mais de 15 anos	_____	_____

Número de doentes por família:

Famílias com um só doente....., com dois doentes....., com três doentes....., com quatro doentes....., com.....doentes....., com.....doentes....., com.....doentes....., com.....doentes....., com.....doentes......

Movimento de doentes que iniciaram tratamento

Doentes em tratamento do mês anterior	
Doentes falecidos	
Doentes que abandonaram tratamento.	
Doentes transferidos para outros sectores	
Doentes que começaram tratamento	
Doentes que retomaram tratamento.	
Doentes vindos doutros sectores	
Total de doentes em tratamento . . .	

Movimento de doentes que não iniciaram tratamento

Do mês anterior	Durante o mês	Óbitos	Doentes antigos que iniciaram tratamento	Total de doentes que não inic. tratamento
.....				

Formas clínicas dos doentes que não iniciaram tratamento

	Do mês anterior	Durante o mês	Total
I			
T			
L			
D			
Total .			

Movimento de doentes que abandonaram tratamento

Do mês anterior	Durante o mês	Óbitos	Doentes que reiniciaram tratamento	Total de doentes que abandonaram trat.
.....				

Formas clínicas dos doentes que abandonaram tratamento

	Do mês anterior	Durante a semana	Total
I			
T			
L			
D			
Total .			

Exames laboratoriais e reacções de Mitsuda

Pesquisa de bacilos de Hansen	Positivo	Negativo	Total
Muco			
Pele.			
Outros			
<i>Total</i>			

Doseamentos de hemoglobina
 Contagens de glóbulos
 Fórmulas
 Velocidade de sedimentação
 Reacções serológicas
 Urina
 Fezes.
Total
 Lepromino-reacção de Mitsuda.

Medicamentos

Comprimidos de DDS a 0,10.
 Comprimidos de DDS a 0,30.
 Centímetros cúbicos de DDS em chalmograto de etilo
 Centímetros cúbicos de DDS em água gelosada
 Gramas de TB1
 Gramas de *Hidrazida*

....., de de 19.....

O Chefe de.....

M. P. E. C. D. S. O. E.

[illegible]

Imprensa Portuguesa ★ Rua Formosa, 108-116 ★ PORTO

SEP30