



POSTO CLÍNICO DA ESCOLA DO MAGISTÉRIO
RUDIMENTAR «TEÓFILO DUARTE» — CUIMA

ANTÓNIO EDGAR N. VENTURA DA CUNHA

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
E DE MEDICINA TROPICAL
DE LISBOA

BIBLIOTECA

POSTO CLÍNICO DA ESCOLA DO MAGISTÉRIO RUDIMENTAR «TEÓFILO DUARTE» — CUIMA

ANTÓNIO EDGAR N. VENTURA DA CUNHA

Foi-nos pedido para apresentarmos, com brevidade, alguns dados sobre as doenças mais frequentes na região onde trabalhamos e sobre a alimentação dos indígenas e sua higiene, os quais seriam um contributo para testemunhar o esforço das Missões Católicas na assistência sanitária aos indígenas.

É com esse aspecto pura e exclusivamente que alinhávamos a prosa, que se segue, terminando por fazer algumas considerações sobre as condições sob as quais se realiza o nosso trabalho, pois, mais não nos permite o pouco tempo de que dispomos para o desempenho dos nossos afazeres profissionais.

O Concelho da Caála (onde está situada a Escola do Magistério Rudimentar «Teófilo Duarte») abrange praticamente só terrenos planálticos a uma altitude variável, mas sempre da ordem dos mil metros ou mais, algum tanto acidentados e recortados por numerosos cursos de água, que, na época das chuvas, sofrem cheias inundando as margens e dando lugar ao aparecimento de extensas toa-lhas de água estagnada.

O clima é benigno; raramente se atingem temperaturas da ordem dos 30 graus, mesmo na época de maior calor, cerca de Fevereiro e Março, e, ao contrário, a temperatura desce por vezes muito abaixo de 10 graus, pelos meses de Julho e Agosto. Além disso há grandes variações térmicas diárias registando-se, principalmente na época fria, temperaturas nocturnas muito baixas.

O indígena da região, da raça bunda, tem características morfo-psicológicas distintas entre os povos da Província: de talhe mediano, (cerca de um metro e sessenta de altura), é muscularmente pouco desenvolvido e apresenta, com certa frequência, nítido prognatismo alvéolo-dentário; nunca vimos casos de obesidade; sofredor e pacífico, é trabalhador mas, em geral, pouco inteligente, supersticioso e pouco progressivo, pouco interessado com as inovações trazidas pela civilização.

Talvez concorra para isso a sua grande pobreza em parte devida à pobreza do solo, que remunera avaramente o labor do seu braço e também às injustiças que sofre em muitas permutas no seu comércio com os europeus.

Vive em toscas cabanas sem compartimentação, de pau a pique e terra batida, com pé direito sofrível, mas praticamente sem comunicação para o exterior, a não ser pela porta; defende-se assim do frio, que de noite aperta e para o qual não tem outra defesa a não ser a tradicional fogueira, acesa, mesmo adentro de portas, pois a vestimenta é muito ligeira e, como roupa de cama, apenas têm um cobertor, às vezes bem surrado. Alguns dormem no próprio solo sobre esteiras confeccionadas com tiras de cana, outros têm pequenos catres, sobre os quais colocam as esteiras. Raros usam calçado e, geralmente, de fabricação local, ao jeito de sandálias, fabricados com caucho de pneus inutilizados.

Não são cuidadosos na higiene pessoal (as abluções são, geralmente, feitas no próprio rio) não obstante, não terem dificuldade alguma em obter água, pelo que vimos quanto às características de terreno; o mesmo não direi quanto a sabão, o qual é relativamente caro para a débil bolsa do indígena, além de que o seu preço não é tabelado...

Alguns (julgo que bem poucos) lavam os dentes, utilizando um pequeno galho, que desfibram, numa extremidade, arremedando grosseiramente uma escova de dentes.

Os dejectos são feitos em qualquer sítio abrigado das vistas, não tendo o indígena, mesmo o relativamente assimilado, mentalidade sequer para admitir *a priori* quaisquer ideias sobre o perigo que resulta de tais hábitos.

Hábitos alimentares — Os lactentes são sujeitos a maus tratos de pascar, logo nos primeiros dias de vida (já não falo na atadura do

cordão umbilical feita com qualquer pedaço de trapo sujo, que esteja à mão). Raro é o caso em que a solícita mãe não lhe dá a beber, com brevidade, qualquer bebida fermentada de preparação local e a comer a tradicional papa de farinha de milho: o pirão. Ainda assim encontram-se crianças bem constituídas e com aspecto florescente.

Não admira, pelo que se disse acima quanto à administração precoce de bebidas alcoólicas, que o indígena seja tão habituado a eles, que gaste tudo o que possui em libações, embora possa causar certa incredulidade o facto de existirem indivíduos em verdadeiro estado de embriaguez crónica (tal a frequência das ingestões de bebidas alcoólicas), principalmente e por desgraça, aqueles que desfrutam de melhor situação económica, por saberem executar trabalhos especializados.

A alimentação do adulto compõe-se, essencialmente, de farinha de milho peneirada, cozida com água (de notar que o milho consumido nesta região é branco e não vermelho, devendo, pois, ser pobre em provitamina A) e feijão cozido, a que juntam, por vezes, banha ou óleo de gergelim; uma ou duas vezes por semana, raramente três ou quatro, substituem o feijão por peixe seco ou carne de animais, que criam (galinha, cabrito, porco ou vaca). Mais frequentemente substituem-no por folhas de mandioca, abóbora ou feijoeiro cozidas.

Em certas regiões, cultivam couves e tomates e consomem bastantes bananas, principalmente próximo de povoações importantes em que o indígena se familiarizou com os hábitos europeus; mas isso é a excepção.

Muitos só fazem duas refeições diárias: uma de madrugada, quando vão para os trabalhos agrícolas (pois o homem e a mulher, mesmo grávida, dedicam-se aqui, quase exclusivamente, ao trabalho agrícola) e outra, à noite, quando regressam. As refeições são, como seria de prever, muito abundantes.

É lamentável que o indígena se não interesse pelas árvores de fruto, principalmente pela bananeira, que se desenvolve tão bem e é tão pouco exigente. Está, porém, completamente absorvido pela cultura do milho e do feijão, que lhe servem de moeda nas suas permutas.

Doenças mais frequentes na região — A mais importante é, sem dúvida, o Paludismo. Entre os meses de Novembro e Abril, o número de casos aumenta sempre assustadoramente e consta-nos sempre da

existência de muitos doentes, principalmente em regiões afastadas, que preferem recorrer a drogas de curandeiros indígenas e que, por vezes, morrem sem assistência médica.

A maior incidência de casos (e que dá maior mortalidade) é nas crianças, durante o primeiro ano de vida. Muito se ganharia se as mães aprendessem a apresentá-los precocemente à consulta.

A intensidade e a frequência das chuvas e a riqueza da rede hidrográfica explicam também, pelo estabelecimento de colecções de águas estagnadas provenientes da inundação das margens dos rios, uma abundância de anófeles que, pelo que consta dos livros, não seria de esperar a tão elevada altitude (cerca de 1.700 metros).

Clinicamente, os acessos são, geralmente, vesperais, francos, com periodicidade bem definida e reagem satisfatoriamente ao quinino e à atebrina, excepto no início da época das chuvas, em que a acção supressiva costuma ser anormalmente demorada.

Em cerca de um ano de trabalho, não encontrámos nem um único caso de febre biliosa hemoglobinúrica; em troca tratamos vários acessos perniciosos, quase todos acompanhados de perturbação grave do funcionamento do sistema nervoso (síndromas confusionais), alguns dos quais fatais.

Temos relacionado (infelizmente sem possibilidades de controle laboratorial) frequentes situações de loucura súbita acompanhadas de manifestações de excitação maníaca, por vezes paroxística, com a infestação pelo Plasmódio, em parte, pela maneira espectacular como remitem completamente, mesmo sem qualquer tratamento, o que nos parece não poder ser facilmente encaixado em qualquer dos quadros clássicos estudados em psiquiatria.

Sobre as características dos plasmódios e seu transmissor responsáveis pelos casos clínicos nada dizemos, em virtude de não termos podido efectuar sobre isso nenhum estudo, dada a falta de tempo e de condições de trabalho que não podemos superar.

Vermes intestinais — É muito frequente a parasitação por helmintas, aliás compreensível, dados os hábitos menos que rudimentares dos indígenas quanto a higiene pessoal.

Em adultos, temos visto quadros aparatosos com dores referidas aos mais diversos pontos do tronco remitem completamente pela administração de um anti-helmíntico (usamos de rotina o timol, com

o qual, mesmo na ténia, temos obtido melhores resultados do que com o extracto etéreo de Feto Macho).

Em crianças, são muito frequentes os acessos convulsivos e generalizados, surgindo, especialmente de noite, e crises de terror nocturno, bem como fezes disentéricas e casos de anemia intensa, os quais nos sugerem parasitação por ancilostoma. Regra geral, a mãe dá fé da presença do helminto nas fezes e o vermífugo tem uma acção teatral. Da mesma forma que no título precedente nada podemos dizer quanto a exames de laboratório.

Doenças da pele, tecido celular e órgãos anexos — Felizmente o indígena começa a aprender a recorrer ao dispensário precocemente a seguir a qualquer ferimento e tem aumentado nos últimos meses o número de suturas que temos feito. São muito frequentes os casos de feridas infectadas, de evolução tórpida, fagedenizadas e até de verdadeiras úlceras fagedénicas; é muito apreciável, nestes casos, o benefício da aplicação tópica de iodofórmio na fase inicial do tratamento, facto de que a experiência nos convenceu, pois desconhecíamos este anti-séptico do ponto de vista prático.

Ulteriormente, a epiteliação é muito favorecida pela pomada de Bálsamo de Peru a 20 ou 30 % e o Violeta de Genciana a 1 % em soluto alcoólico.

As nossas disponibilidades não permitem verdadeiramente um tratamento geral.

Reumatismo — Certamente devido ao nível alto da humidade relativa e às bruscas variações de temperatura conjugados com a deficiência de vestuário, são frequentes os casos de reumatismo subagudo muscular, principalmente, torticolis e articular. Os casos crónicos são raros. De notar que embora a medicação salicilada actue muito satisfatoriamente não encontramos nenhum quadro realmente típico de reumatismo poliarticular agudo.

Doenças do aparelho respiratório — São também muito frequentes as afecções catarrais das vias respiratórias. Talvez intervenha aqui um *deficit* vitamínico, como factor causal, mas é sem dúvida a falta de protecção do indígena quanto aos insultos climáticos, que deve ter o papel primordial. Outro tanto diremos da pneumonia que surge, uma ou outra vez, na época chuvosa e atinge o fastígio, na época seca, pelos meses de Agosto e Setembro. Infelizmente nem sempre dispomos de penicilina suficiente, o que já tem ocasionado *exitus*, que

poderiam ser evitados, pois, a acção das sulfamidas nestes casos deixa muito a desejar.

Diarreia infantil — Os poucos casos que nos têm chegado às mãos são sempre bastante graves (vários casos de toxicose, terminaram em *exitus* em parte devido a insuficiência de meios, falta de plasma, etc.).

Muito nos admira não surgirem muitos mais casos dada a alimentação grosseira a que são acostumadas as crianças desde os primeiros dias. De salientar ainda assim que não são muito raros os casos de distrofia e até de atrepsia.

Doenças dos olhos — O número de conjuntivites agudas, «D'emblé» muito graves e com grande secreção, é muito grande. Quando não tratadas, com brevidade, dão opacidades maiores ou menores da córnea, as quais vemos, a cada passo, em doentes, que vêm à consulta por outros motivos; cedem bem ao nitrato de prata.

Os casos de amaurose, por opacidade total da córnea (mesmo sem indicação de iridectomia), são, infelizmente, bastante comuns.

Na génese destas conjuntivites devem intervir fundamentalmente duas condições: uma de natureza alimentar, devido à carência da dieta em vitamina A; outra de natureza irritativa, condicionada pela atmosfera fumarenta em que o indígena vive, de noite, dentro da sua cabana e que já referimos atrás.

Últimamente têm-nos aparecido principalmente entre alunos de escolas numerosos casos de ambliopia com fotofobia e um ou outro caso de hemeralopia.

Embora a sua dieta alimentar seja semelhante, nas linhas gerais, à já descrita para o comum dos indígenas, é, no entanto, reforçada com mais uma refeição diária com peixe seco e maior frequência de carne. Continuam a faltar, porém, as verduras e os frutos.

Administramos óleo de fígado de bacalhau e aconselhamos suplemento alimentar de tomate, agriões e cenouras, o qual, em alguns casos, nos parece ter sido suficiente, sem melhoras notáveis. Infelizmente, não temos podido administrar vitamina A por via parentérica.

É de admitir que muitos mais indígenas sofram de ambliopia por carência vitamínica (temos visto alguns indivíduos com manchas de Bitot); não recorrem ao médico, possivelmente, por inércia e ignorância e talvez porque ela não se chega a acentuar devido à parci-

mónia com que usam da visão dada à primitividade das suas actividades, a contrário dos estudantes acima referidos.

Avitaminoses — Poucos são os casos, com quadro clínico típico, que temos encontrado, à parte, o que já foi mencionado. Em todo o caso aparecem, por vezes, lesões necróticas e hemorrágicas ao nível da mucosa gengival, que cedem bem à administração de vitamina C.

Bócio atóxico — É muito frequente e atinge, quase exclusivamente, as mulheres; é devido possivelmente à insuficiência da alimentação em iodo.

Não queremos deixar de chamar a atenção para a necessidade de promover a educação sanitária das populações nativas preferentemente por intermédio de elementos do seu próprio meio devidamente instruídos. A sua função seria, afinal, a de verdadeiros agentes sociais, tal como existem na Europa; elementos destes podiam, pela sua acção, uma vez convenientemente assimilados e com uma preparação racional, que lhes desse solidez de convicções e autoridade, ser muito úteis na modificação lenta dos maus hábitos e na destruição do espírito supersticioso e retrógrado da grande maioria dos indígenas.

Para nós, que temos tido algum contacto com rapazes nativos, no ensino de assuntos relacionados com higiene e enfermagem, um programa destes afigura-se-nos viável. Resta delinear-lo e velar pela sua execução. De resto a criação dos catequistas-enfermeiros e desta Escola, iniciava do antigo Ministro do Ultramar, Sr. Capitão Teófilo Duarte, é já um passo neste sentido.

Terminamos apontando algumas deficiências de ordem material, remediáveis, que colidem com a execução correcta do nosso trabalho de assistência.

Instalações — Damos as nossas consultas numa aula sem janelas e com tão pouca luz, que não é viável praticar nele um exame ginecológico com iluminação natural.

O hospital é o que figura na fotografia, a qual dispensa comentários. O isolamento, que figura noutra fotografia, é um velho galinheiro adaptado.

Não temos qualquer sala, onde possa ser realizada qualquer intervenção de urgência, nem compartimento com as condições requeridas para instalação de um laboratório para cujo apetrechamento

encontrámos as maiores dificuldades no tocante até ao material mais simples (corantes, etc.).

Material — O material cirúrgico, que possuímos, é pouco mais de um canivete, uma tesoura, duas sondas, duas pinças hemostáticas e duas pinças de dissecação e de dentes, além de uma pinça de Mitchel e de um porta-agulhas. Quanto a espêculos e aparelhagem de semiologia não recebemos do Estado sequer um estetofonendoscópio ou um aparelho de tensão arterial. Não possuímos, aliás, nem mesmo um tubo de Faucher para fazer uma lavagem de estômago.

Medicamentos — Têm sido recebidos com alguma regularidade. É de lamentar a escassez de quinino verdadeiramente confrangedora em relação ao grande número de casos de paludismo; o mesmo diremos da penicilina.

Certos medicamentos não são normalmente fornecidos pelo Estado, principalmente os de acção em situações cardiovasculares, tais como: diuréticos mercuriais, emínofilina injectável e ainda paludrina, antibióticos e quaisquer meios terapêuticos de alguma maneira actuantes em infecções a B.K.; os dois primeiros, pelo menos, fazem-nos sentir muito a sua falta.

Trabalhamos nestas condições a cerca de um ano e parece-nos que, dado o número de trabalhos de pequena cirurgia aqui realizados, seria razoável que nos fosse enviado mais algum material para podermos trabalhar em condições; é de salientar, principalmente, a inexplicável falta de pinças hemostáticas, que constituem material de primeira urgência.

Elementos estatísticos — Considerações — Durante o ano transacto (começamos a trabalhar em princípios de Março) foram realizadas:

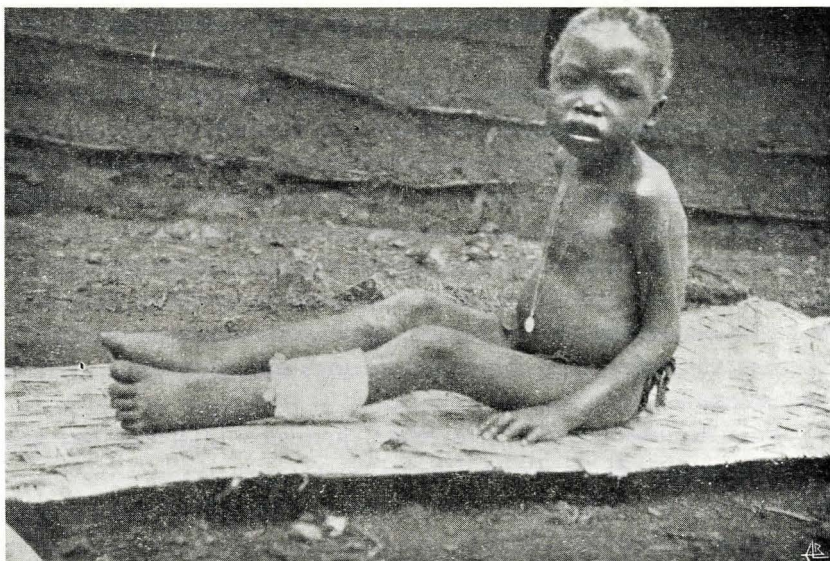
Consultas	3.242
Tratamentos e curativos	26.479
Injecções	12.302
Vacinações	854
Visitas domiciliárias, incluindo algumas a europeus e assimilados	68

Estiveram internados na nossa enfermaria 154 indivíduos incluindo um branco e um mestiço assimilado, aos quais não foi possível pro-

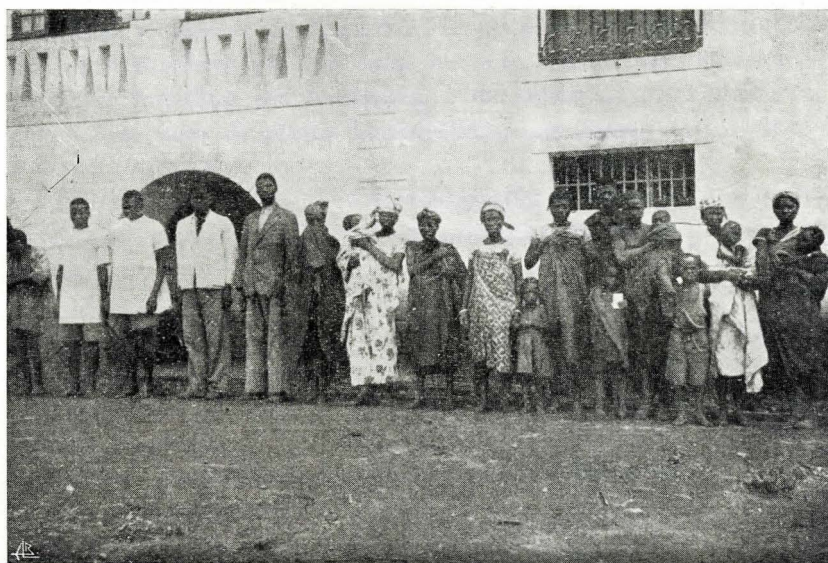
porcionar melhores instalações, do que as que se adivinham da fotografia n.º 1.

Além disso foram realizadas 57 análises de laboratório e 20 operações de pequena cirurgia (de notar que durante os dois primeiros meses do ano corrente, já foram realizadas mais operações desta categoria (11) do que em todo o último semestre do ano passado. O número de vacinações anti-variólicas poderia ser muito mais elevado se nos fosse fornecida a vacina em pequenos tubos para número mais limitado de indivíduos, pois utilizando os serviços dos alunos desta Escola poderíamos abrir um posto permanente de vacinações e seriam vacinados, pelo menos, os doentes que recorram à consulta e suas famílias.

Para documentar todo este relato, juntamos 17 fotografias referentes à actividade do Posto Clínico.



Anemia com edemas e ascite



Doentes aguardando consulta



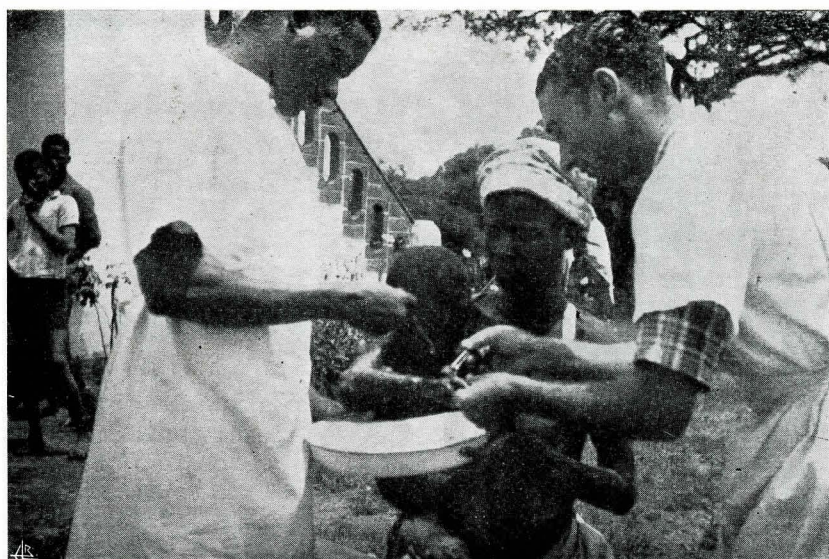
Ministrando instrução religiosa



Conjuntivite granulosa



Conjuntivite granulosa



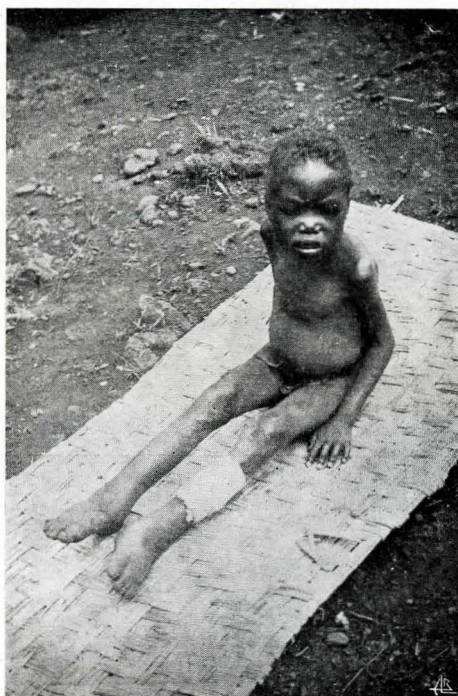
Fazendo um penso



Ferida contusa



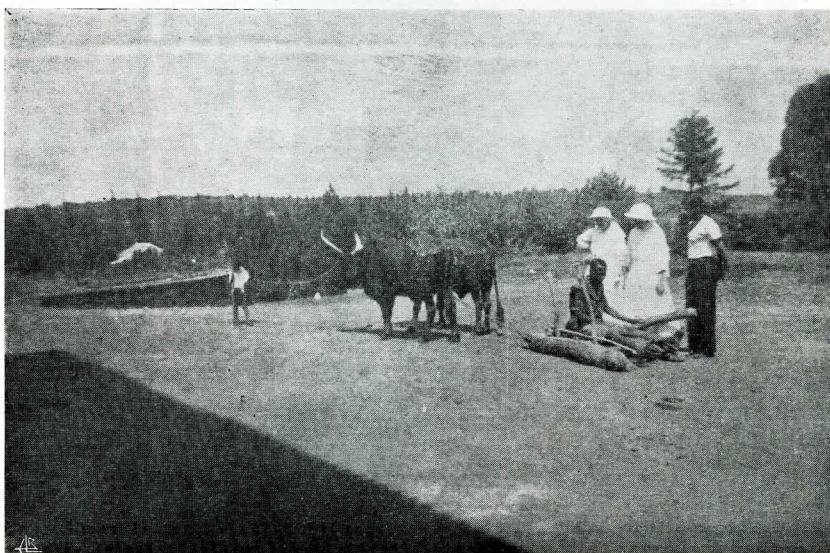
Úlcera fagedénica



Aguardando a consulta



Úlcera fagedénica



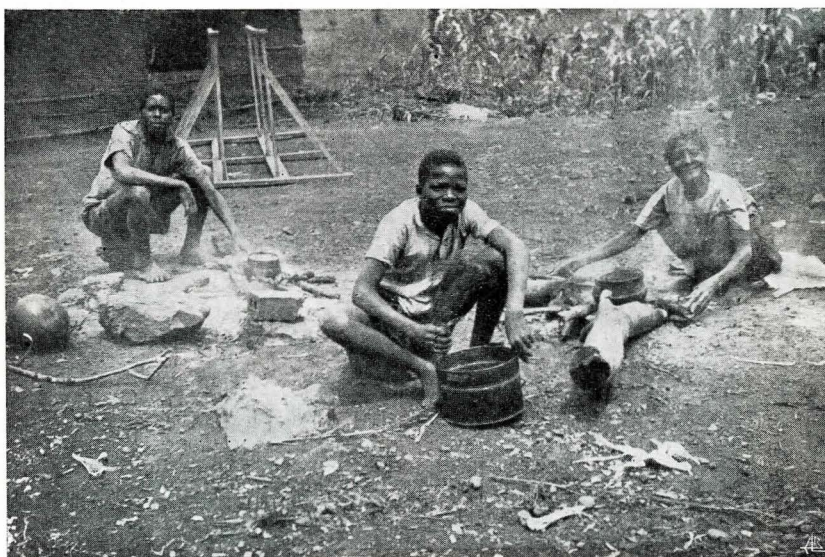
Transporte de um doente



Hospital



Isolamento



Doentes preparando a sua refeição



Lesões provocadas por mordedura de jacaré

Lesão da perna



Fibroma uterino

