

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

GUIA PARA O CONTRÔLE DA LEPROSA

I. INTRODUÇÃO

Infeciosidade e disseminação da lepra

Infeciosidade das diferentes formas de lepra

Objetivos das campanhas de controle

II. DIRETRIZES PARA AS CAMPANHAS NACIONAIS

1. Descobrimto de casos — controle da lepra
2. Organização de serviços de controle da lepra
3. Tratamento
4. Segregação de pacientes: função atual do leprosário
5. Funcionamento das zonas piloto e projetos piloto
6. Atenção especial às crianças
7. Tipo de pessoal necessário para as diferentes posições
8. Tipo de relatório necessário
9. Coleta dos resultados do controle da Lepra

III. ASSUNTOS GERAIS

1. Legislação sanitária
2. Organizações não governamentais de combate à lepra
3. Propaganda e educação sanitária

IV. REABILITAÇÃO

V. ENSINO E TREINAMENTO

Êste trabalho sintetiza os requisitos de uso prático na organização de campanhas de controle da lepra. Foi preparado com o conselho dos Escritórios Regionais e após cuidadoso exame dos relatórios da Comissão de Técnicos em Lepra, relatórios de grupos de estudo, conferências internacionais de lepra e comunicações dos consultores da OMS sobre os resultados obtidos no campo, em projetos assistidos pela OMS e pela UNICEF.

Foram evitadas as discussões de problemas de doutrina e especulações sem valor prático imediato na organização de campanhas de controle.

O propósito é estabelecer normas com relação aos problemas que poderão surgir durante os preparativos de campanha contra a lepra ou durante sua realização, de modo que os Escritórios Regionais da OMS e os técnicos possam adotar um programa uniforme, manter a autoridade da OMS, fazer seu trabalho mais eficiente, satisfazer pedidos de conselho das autoridades locais e capacitar o esclarecimento de pontos de dúvida, sem delongas. As normas estabelecidas, de forma alguma devem ser consideradas como definitivas; foram elas baseadas nos dados adequadamente controlados, obtidos até o momento presente.

I — INTRODUÇÃO

Há determinados fatos fundamentais com relação à lepra que são bem conhecidos de todos os leprologistas e dos sanitaristas com experiência em lepra e reconhecidos universalmente; sobre êsses fatos podem ser baseadas determinadas recomendações práticas. Será de interêsse recordar, ligeiramente, tais fatos.

A lepra é uma doença crônica e infecciosa que deveria ser considerada como qualquer outra doença crônica infecciosa. É menos contagiosa do que a maior parte delas (tuberculose, por exemplo); é curável pelo tratamento atual; e pacientes tratados podem se restabelecer completamente e a doença não progredirá a ponto de causar estigmas e mutilações irremediáveis. São as lesões mutilantes as responsáveis pelo legendário conceito bíblico da incurabilidade da lepra e pelo arraigado horror que inspirava o "leproso" e que, por sua vez, resultou na adoção do, indubitavelmente, desumano e — do ponto de vista sanitário — inútil sistema de segregação compulsória e permanente dêstes pacientes.

A propaganda e a educação sanitária devem ser intensificadas de modo que todos os médicos, legisladores e o público em geral possam se convencer de que não existe "leproso" (a palavra não deveria ser mais usada) *mas pessoas sofrendo de lepra*, uma doença curável.

Quando um doente de lepra se submete a tratamento e se cura, não deveria ser considerado diferente de outras pessoas — jamais as pessoas curadas de sífilis ou tuberculose são consideradas, pelo resto da vida, como sífilíticas ou tuberculosas.

Em geral, o horror pelo doente de lepra tem levado a sociedade a tratar êsses infelizes como coisa repulsiva, de modo que, mesmo curados, continuam estigmatizados e acham extremamente difícil reassumir a vida normal em sociedade. Há muitos casos em que o preconceito chega a extremos e cria o "doente de lepra profissional", o qual, mesmo quando curado, sem qualquer vestígio da doença, espera viver para sempre, confortavelmente instalado em leprosário

modêlo, não fazendo o menor esforço para retornar à vida normal da sociedade do trabalho. Isto é mais comum nos países adiantados, onde os recursos econômicos são facilmente obtidos e a doença é rara.

Infecciosidade e disseminação da lepra

Deve ser admitido que nossos conhecimentos sôbre êste aspecto, são muito limitados. A lepra é uma doença infecciosa cujo suposto agente causal não satisfaz os três clássicos requisitos de Koch. O fato de não haver um animal experimental receptivo ao *M. leprae* tem retardado consideravelmente o progresso.

No momento, a evidência dos fatos permite as seguintes afirmações:

1) Pacientes com lesões "abertas" constituem um reservatório da infecção; as formas "fechadas" não são, praticamente, contagiosas.

2) Não foi provada a existência de um vetor na disseminação da doença; o contágio é feito pelo contato direto entre o paciente e a pessoa sã. O contato íntimo e repetido, sem dúvida alguma, favorece a transmissão da infecção. São sempre registrados novos casos na vizinhança de casos "abertos" ou "infectantes", particularmente quando há contatos com crianças; se o caso aberto desaparece por morte, cura ou mudança, dentro de poucos meses cessa o aparecimento de casos novos.

3) Nem tôdas as pessoas em contato íntimo com casos abertos são infectadas. Chaussinand calcula que a proporção dos que se tornam doentes varia de 3 a 64%; Fernandez observou 87 contatos de casos abertos por um período de 16 anos e relatou que sômente 32 dêles adquiriram a doença.

4) Grande número de observações demonstram a extraordinária resistência de algumas pessoas à infecção leprosa. A transmissão da doença entre marido e mulher é rara. Paldrock refere o caso de uma mulher que conviveu muitos anos com dois maridos doentes de lepra e que, anos após a morte do segundo, deixou o sanatório, ainda sã. Gay Prieto & Contreras citam o caso de uma pessoa inoculada 11 vêzes com material rico em bacilos (por fricção percutânea, escarificação e injeção endovenosa) e que, 8 anos após a última inoculação estava ainda sã.

A existência de uma resistência natural é também provada: a) pelos casos freqüentes de crianças que eram Mitsuda positivo com lesões incipientes, ficarem curadas espontaneamente depois de separadas das pessoas infectadas com quem conviviam; b) pelos casos de transformação de casos lepromatosos em formas *residuais neural*; c) pelos casos de evolução abortiva ou mono-sintomática.

5) Segundo Rogers & Muir, apenas cêrca de metade dos indivíduos sadios vivendo em íntimo contato com casos "abertos" e nos quais foi provada a presença de bacilos, adquire a lepra; nos demais a doença *não se desenvolve* e os bacilos desaparecem espontaneamente.

Infectividade das diferentes formas de lepra

Os pontos de vista dos leprologistas sôbre a classificação dos vários tipos e grupos de formas de lepra são de pouco interêsse para o administrador em saúde pública. Êle sômente precisa saber quais os tipos ou grupos que são mais contagiantes e quais os não contagiantes, ou apenas fracamente infecciosos.

Casos "abertos", nos quais o bacilo pode ser encontrado pela rotina do exame pela escarificação são infecciosos; quanto mais abundante o encontro

do bacilo mais perigoso é o paciente. Casos "fechados" são aqueles nos quais os bacilos não são encontrados por tal método — e eles não são, praticamente infecciosos.

Do ponto de vista clínico, os casos lepromatosos são "abertos" e as formas tuberculóides não reacionais são "fechadas". Segundo Fernandez, uma observação meticulosa de 110 comunicantes durante 16 anos mostrou que, de 23 comunicantes de portadores da forma tuberculóide, nenhum desenvolveu a moléstia, enquanto 32 dos 87 comunicantes de forma lepromatosa se tornaram doentes. Estatisticamente falando, esta observação é altamente significativa.

O método de classificação adotado pela maioria dos pesquisadores de campo deveria ser levada em conta. A diferenciação entre casos lepromatosos típicos e tuberculóides típicos, isto é, as formas claramente definidas no extremo de cada categoria é feita facilmente. No entanto, os casos de máculas simples, geralmente com hipopigmentação e distúrbios da sensibilidade, são classificados por alguns profissionais como tuberculóides e por outros como indeterminados. Os leprólogos indús chamam tais casos de "maculo-anestésicos", e o VII Congresso Internacional de Leprologia concordou que é difícil classificar tais casos como tuberculóide ou indeterminado. Do ponto de vista da saúde pública, estas diferenças não têm importância, em virtude de ser reconhecido geralmente que todos esses casos são "fechados", isto é, não infecciosos.

O VI e o VII Congresso Internacional de Lepra definiram o grupo "borderline" (dimorfo) como segue:

"Uma forma maligna, muito instável, quase sempre fortemente positiva ao exame bacteriológico, com reação lepromínica geralmente negativa. Este grupo pode ser originado do tipo tuberculóide como resultado de repetidas reações, e evolúe, às vezes, para o tipo lepromatoso. Ao exame bacteriológico, enquanto as lesões da pele podem ser positivas, algumas vezes até mesmo fortemente, o muco nasal permanece, quase sempre, negativo.

As lesões cutâneas se mostram freqüentemente em placas, faixas, nódulos, etc., com uma distribuição regional similar àquela da lepra lepromatosa, excepto pela sua acentuada assimetria. Os lóbulos da orelha costumam também apresentar a aparência de uma infiltração lepromatosa. As lesões mostram, freqüentemente, aspecto mole ou suculento e sua periferia sofre um declínio em relação ao centro e não apresenta os bordos nítidos, bem definidos do tipo tuberculóide; as lesões são geralmente lisas, de aspecto brilhante e um matiz violáceo, às vezes (nas peles claras) com fundo pardacento (sepia)".

Para alguns autores, muitos destes casos são indeterminados, que podem evoluir para o tipo lepromatoso. E ainda impossível diferenciar as formas reacionais tuberculóides da reação "borderline" pelo exame clínico, exames bacteriológicos e reação à lepromina. As discussões da Comissão de Classificação do VII Congresso Internacional de Lepra esclareceram a idéia essencial de que, após certo tempo, os casos indeterminados atingem um estágio instável, do qual podem evoluir seja para o tipo lepromatoso seja para o tuberculóide, ou podem permanecer indefinidamente inalteráveis. A maior parte dos autores japoneses (*International Journal of Leprosy*, 1956, 24, n.º 1, pp. 1-12) não admitem a existência deste grupo e consideram que é essencial ter em mente a instabilidade do grupo indeterminado. Formas com máculas eritematosas e bacilos, evoluem, na ausência de tratamento, mais freqüentemente, para a forma lepromatosa do que para a tuberculóide e muitos casos rotulados como tuberculóides reacionais com intensa reação local, febre, fraqueza geral e exame bacteriológico positivo, podem evoluir para a forma lepromatosa.

Objetivos das campanhas de controle

O propósito fundamental de qualquer campanha de controle é tornar não infecciosos os casos abertos, evitando, deste modo, o aparecimento de novos

casos e conseqüente redução progressiva da endemicidade. Para isso são necessárias as seguintes medidas:

- a) Descobrimto, o mais cêdo possível, de todos os casos de lepra, tendo em mente que, quanto mais cêdo um caso é descoberto, mais fácil e rapidamente poderá ser curado.
- b) Tratamento regular de todos os pacientes registrados, de modo a reduzir o reservatório de infecção e as possibilidades de transmissão. Mais duas medidas deveriam ser tomadas então:
- c) Proteção dos contatos contra o contágio.
- d) Reabilitação dos pacientes curados, de modo que possam retornar ao trabalho e ao seu lugar normal na sociedade.

II — DIRETRIZES PARA AS CAMPANHAS NACIONAIS

1. *Descobrimto de casos — contrôle da lepra*

A praticabilidade do contrôle da lepra tem mudado consideravelmente, graças à eficácia dos produtos sulfônicos, que tornaram possível curar 100% dos casos diagnosticados e tratados no seu primeiro estágio, e rapidamente diminuir o reservatório de infecção pela "recuperação" de pacientes lepromatosos bacteriológicamente negativos, dentro de um a dois anos.

As características essenciais de tôdas as campanhas contra a lepra são as seguintes:

a) *Diagnóstico, particularmente diagnóstico precoce* — O problema inicial em tôdas as campanhas é estabelecer o diagnóstico de todos os doentes de lepra na área abrangida pela campanha. O diagnóstico precoce é particularmente importante, visto que os casos incipientes são mais facilmente curados, exigem menos tratamento e podem ser completamente restaurados à saúde.

Os diagnósticos clínicos devem ser feitos por pessoal convenientemente treinado, de cuja habilidade técnica dependerão os diagnósticos dos casos recentes; os casos avançados podem ser diagnosticados muito facilmente. O *exame clínico* deve ser feito em tida a superfície da pele, particularmente nas costas, nádegas e coxas. A experiência tem demonstrado que, quando os exames são realizados em corpo nú, a porcentagem de casos encontrados é maior.

b) *Descobrimto de casos* — Os casos podem ser descobertos por meio de:

I) Quando possível, exame em massa da população, medida particularmente aconselhável nos países de alta endemicidade. É recomendável, ao fazer um segundo exame em massa da população, dedicar especial cuidado à observação de casos diagnosticados anteriormente como "suspeitos". Exames em massa realizados em associação com campanhas de bouba, tem possibilitado a descoberta de grande número de casos precoces de lepra.

II) Quando não é prática a realização de exames em massa, como nos países de baixa endemicidade, é necessário examinar grupos selecionados. Recomenda-se, particularmente, o exame dos seguintes grupos:

- Contatos familiares
- Crianças escolares
- Militares
- Empregados de fábricas e de lojas
- Pacientes de ambulatórios, particularmente os de outras moléstias da pele
- Mendigos (grande número é infectado de lepra)

Em aditamento à inspeção sistemática, o descobrimento de casos poderia também ser realizado por medidas tais como: seguimento epidemiológico, por enfermeiras e assistentes sociais, dos contatos na família e na vizinhança e entre colegas de serviço dos casos registrados.

c) *Exame bacteriológico* — Para o trabalho de diagnóstico é de muito interesse o exame bacteriológico apropriado; é mesmo tido como um elemento essencial do exame clínico. Pela sua simplicidade, é possível na maioria das ocasiões, excepto em campanhas em massa em áreas de poucas facilidades. Êstes exames são essenciais para avaliar os resultados do tratamento dos lepromatosos e outros casos "abertos".

Os locais de onde se pode retirar esfregaços são, em ordem de importância:

- I. Lesões cutâneas evidentes;
- II. lóbulo da orelha;
- III. mucosa nasal (septo, ou outro lugar) de ambos os lados.

O material para exame é usualmente obtido pelo método de escarificação; alguns trabalhadores preferem o "método da raspagem", pelo qual pequena parcela da lesão é removida por meio de vacina estilete e espalhada na lâmina.

O material da mucosa nasal é obtido pela simples escarificação por meio do estilete nasal. Numerosos esfregaços, de 5 mm mais ou menos de diâmetro, podem ser feitos numa só lâmina, para economia de material e trabalho e para assegurar uniformidade na coloração. A extensão desses exames dependerá das circunstâncias e dos fins em mira. Por exemplo, em diagnóstico de caso francamente lepromatoso (ou um caso de aparência lepromatosa) um só esfregaço pode ser suficiente. Na avaliação da infeciosidade de um caso bacteriológicamente positivo, ou o estado antes e depois do tratamento, numerosos esfregaços de mais de uma lesão devem ser examinados e também, quando indicado, colhidos do lóbulo da orelha e da mucosa nasal e importante que os exames, durante o tratamento, sejam repetidos nas mesmas lesões dos exames anteriores, visto que o número de bacilos expostos pode variar de uma lesão para outra.

Para a avaliação do tratamento é necessário classificar o grau de positividade de cada esfregaço. Entre os vários sistemas de classificação, pode ser recomendado o adotado pela II Conferência Pan Americana de Lepra de 1946 (International, Journal of Leprosy, 1947, 15, 105), que é relativamente simples.

Negativo: Nenhum bacilo encontrado em 100 campos.

Uma cruz (+): Raro: um ou apenas granulações em cada campo microscópico.

Duas cruzes (++) : Numerosos: bacilos encontrados em todos os campos.

Três cruzes (+++): Abundante: muitos bacilos em todos os campos. Maior número de gradações podem ser interessantes para estudos especiais.

2. Organização de serviços de controle de lepra

Os métodos de organização de campanhas de controle dependem, basicamente, do índice de prevalência da doença no país, embora os atualmente adotados devam ser ditados pela estrutura da Saúde Pública, que é realizar a campanha e assegurar tratamento dos pacientes, tão bem quanto o permitam as condições geográficas e econômicas.

Os métodos a serem adotados diferem nos países de alta, média ou baixa endemicidade. Para maior facilidade, êsses termos, um tanto vagos, são definidos a seguir:

Alta endemicidade — Significa índice de prevalência acima de 1 x 1000 habitantes.

Endemicidade média — Significa índice entre 0,2 e 1 x 1000.

Alta endemicidade — É fato conhecido, por certo, que o atual índice de prevalência varia grandemente em países de alta endemicidade, variando de 1 por 1000 na Indonésia e, de acôrdo com as últimas informações, 1,4 por 1000 no Brasil até 26 por 1000 nas regiões como a África Equatorial Francesa. No Brasil, a experiência demonstrou que o fracasso de sua primeira campanha de contrôle, de que resultou mudança completa de orientação nos últimos dois anos, foi devido ao fato de se haver constatado que os contatos fortuitos são fator importante no índice de prevalência e na disseminação da doença.

A comunicação de Andrade Lyra, Ramos Silva & Paz de Almeida (Arquivos Mineiros de Leprologia, 1956, v. 16, pp. 137-146) demonstra claramente o aumento do índice de prevalência no Estado do Rio de Janeiro, de 1945 a 1954, atingindo, neste último ano, a cifra de 1,12 por 1000 habitantes. Não foi possível provar a existência de contatos familiares com doentes de lepra, em cêrca de metade dos casos registrados; onde houve tais contatos, a maioria dos casos novos ocorreu nos grupos etários de 10-14 e 15-19 anos. No grupo etário de 30-39 anos, onde não foi possível provar contatos familiares anteriores, houve aumento definido no aparecimento de casos e êste aumento foi mantido, aproximadamente, no mesmo nível nos grupos etários de idades mais avançadas. Isto quer dizer que, com o aumento da idade, aumenta a probabilidade de contatos com a infecção — e, por isso, também o número de casos novos. E a primeira vez na história da epidemiologia da lepra que se estabeleceu êste importante fator, que modifica fundamentalmente alguns dos conceitos previamente aceitos como axiomáticos, isto é, o fato de que os adultos quase não são receptíveis.

A experiência do Dr. N. Souza Campos, na Colômbia, tem confirmado que muitos casos novos ocorrem no grupo etário acima de 15 anos, e que perto de metade dêsses casos foram infectados por contatos fortúitos.

Epidemiológicamente falando, o importante resultado da experiência brasileira é que, *com o índice de mais de 1 por 1000, apenas o contrôle de contatos conhecidos, é insuficiente para o descobrimento dos casos incipientes: praticamente a população inteira deve ser considerada como contato*, ou como exposta ao contágio, e quanto mais alto o índice de prevalência, mais importante isto será.

Do ponto de vista mundial, os países de alta endemicidade devem ser divididos em três grupos essenciais:

a) Países, relativamente pouco populosos, com serviços de saúde bem desenvolvidos, e com índice de prevalência muito alto, geralmente mais de 10 por 1000 (a maioria dos quais na África Central).

b) Países de população densa, com serviços de saúde menos desenvolvidos e, em geral, índice de prevalência mais baixo (1-5 por 1000), nos quais os métodos aplicáveis no grupo anterior não podem ser utilizados.

c) Países que não se ajustam em nenhuma dessas categorias.

a) *Países relativamente pouco populosos, com serviços de saúde bem adiantados e índice de prevalência acima de 10 por 1000* — Nessas situações, praticamente, tóda a população deve ser considerada como contato, e dividida em pacientes que devem ser tratados e pessoas sãs que devem ser observadas e, se possível, protegidas.

Nessas condições as campanhas em massa são a única solução. A experiência adquirida em muitos países da África tem provado que a supressão de leis de isenção, a eficácia espetacular das sulfonas e os métodos traçados para

facilitar a distribuição de medicamentos, tornaram possível o tratamento da maioria dos pacientes. Para conseguir isto, todos os serviços de saúde da região devem entrar em ação e empregados todos os esforços para obter deles o máximo rendimento. Conseqüentemente, devem ser providenciadas as seguintes facilidades, dando-se preferência a uma ou outra, de acordo com a organização existente na região:

1. Equipes móveis para percorrer a região e distribuir medicamentos em pontos fixos onde os pacientes se reunirão. Pode-se usar injeções de DDS de depósito, este método torna possível a administração de tratamento 2 vezes por mês e é usualmente reservada para as equipes móveis motorizadas (jeeps). De outra forma, a DDS pode ser administrada *per os* uma vez por semana; este método pode ser usado por enfermeiras que irão de lugar em lugar (de bicicleta, por exemplo).

2. Centros fixos de tratamento, na forma de postos de lepra ou ambulatorios, o que facilita a supervisão dos pacientes e administração mais conveniente e mais freqüente de medicamentos, por exemplo, DDS por via oral duas vezes por semana.

3. Utilização de organizações não oficiais sob a condição de que aceitem supervisão do sanitarista, e de organizações cujas atividades próprias possam ser incrementadas se forem supridos de veículas e medicamentos. Em muitos casos essas organizações particulares possuem centros fixos, partindo dos quais os funcionários itinerantes podem operar sobre áreas mais ou menos extensas.

Os habitantes não infectados devem ser protegidos no decurso dessas campanhas por meio de programas existentes de vacinação com BCG e em alguns agrupamentos ou vilas, os contatos infantis podem ser protegidos por doses "sub-terapêuticas" de DDS (vide abaixo).

Em todos os casos, é essencial organizar cuidadosamente a distribuição dos medicamentos e o registro dos pacientes.

As campanhas em massa seriam organizadas em três níveis:

I. — *Serviço Central da Campanha Nacional*, que estaria sob a direção de um leprologista com experiência em saúde pública ou um profissional de saúde pública com experiência em leprologia, responsável pela direção da campanha, pelo pessoal (recrutamento, treino e distribuição) e pelo recebimento dos dados estatísticos trimestrais necessários para a estimativa das operações, remetidos pelos Setores. O chefe nacional da campanha manterá contato com as organizações internacionais.

II. — *Setores (ou Divisões)* de vários tamanhos, de acordo com o país. O diretor do Setor seria um médico com experiência em leprologia. Em cada base do Setor deve haver:

Um escritório responsável pela distribuição de medicamentos, pela centralização dos dados estatísticos recebidos mensalmente dos funcionários e pela transmissão desses dados trimestralmente, ao chefe da campanha nacional.

Um hospital (leprosário) para acomodação temporária de pacientes com reações agudas.

Um dispensário para tratamento de pacientes externos, residentes nas proximidades da base do Setor.

Um laboratório para exame bacteriológico de esfregaços remetidos pelos funcionários do Setor Sanitário.

III. — Cada Setor seria servido por uma cadeia de Postos de tratamento, fixos ou móveis, em número suficiente para assegurar tratamento regular de todos os pacientes. Cada Pôsto seria dirigido por um sanitarista não médico, com capacidade para:

Manter o registro de pacientes e cuidadosa admissão de pacientes para tratamento.

Diagnóstico clínico de casos novos.

Aplicar injeções intramusculares.

Tirar material para esfregaços, de pacientes que requeiram exame bacteriológico.

Diagnosticar reações de intolerância que exijam interrupção do tratamento ou encaminhamento do paciente ao Setor base. Proporcionar educação sanitária aos contatos familiares.

b) *Países de população densa, com serviços de saúde pouco desenvolvidos e índice de prevalência de 1-5 por 1000* não devem, por via de regra, se lançar em campanhas em massa abrangendo todo o território, antes que todo o pessoal necessário para tais campanhas seja recrutado, treinado e distribuído. Nesses países (a maioria no Sudoeste da Ásia), o início deve ser feito com áreas pilôtos de demonstração que podem ser progressivamente ampliadas até cobrir todo o país, na medida das possibilidades do pessoal treinado e dos recursos permitidos.

c) *Países não incluídos em qualquer das categorias mencionadas acima*, são aqueles, como o Brasil, que, a despeito da imensa área geográfica e o grande número de casos de lepra, possuem recursos financeiros apropriados e pessoal médico treinado em leprologia e estão, por isso, capacitados a adotar métodos idênticos aos usados em países de endemicidade média — ou países como o Paraguai, que, em virtude de sua escassa população, está capacitado a adotar métodos gerais cobrindo todo o território, a despeito do alto índice de prevalência.

d) *Países de endemicidade média com índice de prevalência de 0,20-1 por 1000* têm certas características em comum que facilitam a classificação dos métodos sanitários adotados em suas campanhas de controle da lepra. Em primeiro lugar, êste índice de prevalência indica que a maioria dos contágios é através dos contatos familiares: os contatos fortuitos são de menor importância na disseminação da doença. Em geral, êsses países (Espanha e Turquia na Europa, as Filipinas no Pacífico e alguns países sul-americanos como a Argentina, etc.), possuem os serviços de saúde necessários e recursos financeiros para organização de campanhas abrangendo tôda a população desde a fase inicial, sendo tais campanhas organizadas, mais ou menos, nas linhas dos projetos de demonstração em países de alta endemicidade. Na maioria dêles é possível estabelecer exames sistemáticos e periódicos de descobrimento de casos entre os contatos familiares dos doentes e separá-los dos casos lepromatosos. Em alguns desses países, contudo, onde o pessoal de saúde pública não é bem treinado ou pouco numeroso, seria aconselhável iniciar a campanha com projetos pilotos.

Os elementos essenciais da campanha seriam:

1) Serviço Central de Controle da Lepra, sob a direção de um sanitarista formado, com experiência em leprologia ou um leprologista com experiência em saúde pública, para organizar e supervisionar a campanha, o pessoal, etc., como nos países de alta endemicidade.

2) *Setores regionais ou provinciais* (ou qualquer outra divisão local) sob a direção de médico competente, cada Setor compreendendo:

Serviço de cadastro regional para registro de pacientes e tratamento.

Serviço de cadastro abrangendo os contatos familiares, registrando os resultados dos exames periódicos.

Mapa da região com a distribuição numérica dos casos descobertos (em países de endemicidade média esses mapas são de extremo valor para estudos epidemiológicos: eles tornam possível determinar a maneira pela qual o tratamento deve ser organizado, estando os pacientes, em geral, reunidos em grupos, muito mais densos em certas zonas, com casos dispersos, isolados, em outros lugares; eles também facilitam o estudo de comunidades com ou sem doentes).

Centros de hospitalização para pacientes com reações agudas ou para casos "abertos" que não possam ser isolados em suas residências ou que sejam considerados perigosos do ponto de vista da saúde pública.

Laboratório para exames bacteriológicos e histo-patológicos, se necessário; preparação de lepromina, etc.

Centro de reabilitação anexo ao hospital regional (somente um é necessário).

Se houver possibilidade, centros para isolamento de crianças conviventes com pais lepromatosos, durante o tempo em que estes forem contagiosos.

O chefe do Setor teria facilidade de transporte a fim de percorrer seu distrito pelo menos cada três meses, para controlar *pessoalmente* os diagnósticos novos e o funcionamento dos centros de tratamento, e reexaminar periodicamente os contatos — pelo menos os casos suspeitos. Em focos mais densos será interessante realizar ocasionalmente exame de toda a população, em colaboração com outro serviço — o serviço de tuberculose, por exemplo.

As medidas para proteção das crianças em contato com doente incluiriam:

Exame periódico dos indivíduos Mitsuda negativos residindo com enfermo de lepra e, se necessário, administração de tratamento preventivo até que os doentes com quem convivem se tornem não contagiantes.

Separação das crianças, de seus pais lepromatosos, se possível logo após o nascimento, sendo preferível o sistema de colocá-las em lares de famílias sadias por ser menos dispendioso e não causar estigmas nas crianças. A separação cessaria quando os pais se tornassem bacteriologicamente negativos.

Pareceria prematuro recomendar a proteção com BCG a toda a população tuberculino-negativa, porém observar-se-ia atentamente os resultados obtidos em áreas nas quais se leva a efeito programas de vacinação pelo BCG contra a tuberculose.

Contudo, poderia se fazer uma experiência de proteção com BCG para as crianças contatos Mitsuda-negativas, em grupos limitados e um estudo cuidadoso deste método de proteção.

3) Os enfermos de lepra devem ser tratados regularmente pelas unidades sanitárias nos distritos em que residem. Por via de regra, quando o número de pacientes é pequeno, desnecessário se torna organizar dispensários especializados: o tratamento pode ser confiado aos médicos da localidade ou aos sanitaristas e, nas pequenas vilas onde eles não existem, professores, padres, etc., devidamente instruídos sobre o assunto e que desejem colaborar, podem administrar o DDS por via oral. As pessoas encarregadas da administração do tratamento devem remeter relatórios mensais sobre a frequência do tratamento ao serviço de arquivo do Setor.

Países de baixa endemicidade com um índice de prevalência abaixo de 0,20 por 1000 possuem, geralmente, serviço sanitário bem desenvolvido, de modo que não têm necessidade de modificar os atuais sistemas ou de obter auxílio internacional. Alguns desses países resolveram seus problemas pelo isolamento compulsório de todos os doentes (isto é possível, por serem poucos) e não há razão para introduzir inovações em países onde a doença está se extinguindo e não estão surgindo novos casos.

Se ocorrerem novos casos, devem ser feitas cuidadosas investigações para descobrir a origem da infecção e tomar medidas para eliminá-la.

O isolamento de pacientes em domicílio, sob a vigilância de autoridades sanitárias pode ser adotado desde que não contrarie leis tradicionais que não podem ser revogadas facilmente.

(Continua)