

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

GUIA PARA O CONTRÔLE DA LEPROSA

(CONTINUAÇÃO)

3. *Tratamento*

A eficácia das sulfonas no tratamento da lepra está se evidenciando cada vez mais; a experiência no mundo inteiro confirma que, casos diagnosticados e tratados no início, podem ser curados definitivamente e que o tratamento pode evitar mutilações e deformidades.

Derivados da sulfona têm demonstrado eficácia no tratamento da lepra, porém muitos dêles são de custo elevado, de modo que, praticamente, tôdas as campanhas de controle têm feito uso exclusivo das chamadas "sulfona mãe" ou DDS (4,4'-diaminodifenilsulfona).

Doentes em estado mais avançado podem, também, ser curados pelas sulfonas. Nos casos lepromatosos há, geralmente, uma regressão relativamente rápida das lesões e melhoria do estado geral. A melhoria bacteriológica é um tanto mais lenta; não obstante, pode-se conseguir redução relativamente rápida e subsequente eliminação do gérmen — fator de extrema importância do ponto de vista sanitário, pois representa redução progressiva da infectividade e, portanto, do perigo de contagiar pessoas sãs.

Em muitos casos tuberculóides, as lesões cutâneas desaparecem e, algumas vêzes, é readquirida a sensibilidade.

a) *Vias de administração e dosagem*

A sulfona mãe — ou DDS — o único tipo usado hoje em campanhas em massa pode ser administrada oral ou parenteralmente. Quando administrada por via oral, são usadas drágeas de 100 mg que podem ser tomadas diariamente, três vêzes, duas, ou uma vez por semana. Os resultados obtidos com as doses diárias ou bi-semanais parecem ser ligeiramente superiores aos das doses semanais; elas mantêm um nível sangüíneo mais regular do que doses mais altas semanais, porém, em vista da dificuldade de administrá-las a pacientes obrigados a deixar o trabalho e esperar nos centros de tratamento, preferível adotar a dose semanal nas campanhas em massa.

É de grande interesse para o técnico de saúde pública, responsável pelo tratamento, assegurar-se de que o paciente tome a dose em sua presença. As tentativas para instituir um sistema em que o paciente recebe a quantidade necessária para tomá-la em várias doses, têm geralmente falhado porque a maioria não toma as doses prescritas, perde ou vende o remédio. Entretanto, em determinadas circunstâncias, em alguns países, a única maneira de assegurar o tratamento é dar aos pacientes ou suas famílias as doses suficientes;

por exemplo, aos doentes com ulcerações nos pés deve-se dar o medicamento para ser tomado em casa, com alguma supervisão.

Todos os esquemas de tratamento recomendam aumento progressivo das doses para melhorar a tolerância, até alcançar a dose máxima (raramente usada nos países tropicais) de 200 mg por dia (5 mg/kg para crianças) ou 400 mg duas vezes por semana (10 mg/kg para crianças) ou 800 mg uma vez por semana (20 mg/kg para crianças). A maioria dos autores não ultrapassa doses de 150 mg diárias, 300 mg bi-semanais e 600 mg semanais.

Para administração parenteral tem sido recomendada a suspensão de DDS em vários óleos (óleo de côco, de arachis, ethyl ester de óleo de oliva, óleo de chaulmugra e ethyl-chaulmugrato). Wade mostrou as opiniões de leprologistas favoráveis ao uso de injeções de DDS e tem sido apoiado por Laviron, Cochrane, Floch, Ramanujan, Roy e Molesworth (Internat. J. Leprosy, 24:189-195, 1956). Eles apresentam as seguintes razões:

- I) maior segurança na administração efetiva das doses;
- II) porcentagens mais baixas de casos com reações lepróticas observadas entre pacientes tratados parenteralmente (Laviron e outros, Ramanujam);
- III) porcentagem mais baixa de casos de anemia (Molesworth);
- IV) porcentagem mais alta de resultados clínicos e bacteriológicos satisfatórios (Laviron e outros, Ramanujam, Roy).

O tipo de preparação em suspensão oleosa tem sido introduzido, principalmente com o fim de obter efetiva e duradoura concentração sanguínea de DDS, possibilitando o aumento de intervalos entre as injeções. A vantagem da redução do número de contactos entre pacientes e a direção no decurso das campanhas de tratamento em massa é tão evidente que não necessita comentários. Até o presente foi possível manter, usando meios de suspensão adequados, uma concentração sanguínea satisfatória de DDS por um período de cerca de 15 dias. Concentração sanguínea de, aproximadamente 1 mg de DDS por litro, pode ser aceita como eficaz. O resultado ótimo é obtido com níveis entre 2-3 mg por litro, pois quando um nível de 6 mg por litro é atingido, é provável ocorrerem reações.

Para o tratamento em massa, a administração parenteral do medicamento, duas vezes por mês, melhor do que o tratamento semanal, possibilita atingir maior número de pacientes das zonas rurais, aumentando assim as possibilidades de reduzir as fontes de infecção. Sob certas circunstâncias locais, êste será o único método de assegurar o tratamento regular. Não obstante serem as drogas injetáveis, de preço mais elevado do que as drágeas, o custo total da campanha em massa, baseada em injeções bi-semanais, pode ser mais baixo do que uma campanha baseada em doses orais bi-semanais ou semanais, porque exige menores despesas com transporte e pessoal. Os que empregaram o método parenteral estão convencidos de que os resultados obtidos justificam plenamente o seu uso.

Quanto à seleção dos vários meios de suspensão para uso em campanhas em massa, somente seriam aceitos os meios já provados em investigações químicas bem feitas, como capazes de manter concentrações sanguíneas satisfatórias de DDS por um período de, mais ou menos, 15 dias.

De acordo com as provas conseguidas até o presente, os únicos meios de suspensão que alcançam êsses requisitos são o veículo chaulmúgrico (óleo de chaulmugra e ethyl-chaulmugrato e misturas de ambos) e o meio agar salino, que é uma solução fisiológica de cloreto de sódio com 0,2% de agar.

Entretanto, outros fatores poderiam ser considerados na seleção dos meios mais apropriados; os mais importantes são:

- a) grau de tolerância;
- b) facilidade da injeção;
- c) estabilidade;
- d) preço.

A experiência em certas regiões da África tem demonstrado que a mistura de partes iguais de óleo de chaulmugra e ethyl-chaulmugrato é bem tolerada e fácil de injetar. A suspensão no veículo agar salino quando os cristais de DDS empregados não são muito grandes, é fácil de injetar e é geralmente bem tolerado, mas sua estabilidade é duvidosa, e quando armazenado sob condições tropicais, tem-se observado floculações.

O aperfeiçoamento de outros meios de suspensão para injeções de DDS é um problema de grande importância, e é desejável que se façam mais experiências para encontrar um meio mais econômico, de igual ou maior eficácia, que possa assegurar concentrações sanguíneas de DDS por períodos mais longos.

Ao decidir entre a administração oral ou parenteral, nas campanhas em massa, deve-se considerar que ambos os métodos tem se demonstrado eficazes e apropriados em determinadas circunstâncias. Cada um tem seu lugar no plano geral de uma campanha em massa, a fim de assegurar regularidade de tratamento e sua extensão a maior número de pacientes em áreas diferentes, tendo em conta a posição geográfica, epidemiológica e outras condições.

Embora já esteja comprovado o grande valor da sulfonoterapia no tratamento e controle da lepra, persistentes pesquisas no aprimoramento de outras drogas são da maior importância e experiências de novos produtos serão desejáveis, particularmente para os casos de intolerância e resistência ao tratamento com DDS.

A Difenil-tioureia (DPT) ou o composto 1906 Ciba podem ser usados em casos de intolerância ou resistência. Entretanto, a necessidade da administração oral diária e o alto custo dessa droga, restringe o seu emprego a casos excepcionais e não permite o seu uso geral em campanhas em massa. A Diamino-difenil-sulfoxide (DDSO) demonstra ação curativa mais alta em lesões clínicas de casos tuberculóides e pode também ser usada em casos de intolerância às sulfonas.

b) *Reações e seu tratamento.*

Tratando-se de reações na lepra, deve-se diferenciar entre as que ocorrem nos casos tuberculóides e as dos casos lepromatosos.

Na forma tuberculóide há duas variedades de reação, mas para o fim presente estas serão discutidas indistintamente.

Na lepra lepromatosa também há duas variedades que devem ser distinguidas:

a) o tipo de reação na qual as lesões existentes são ativadas e agravadas e podem aparecer novas lesões de tipo similar, isto é, a "reação leprosa" à "moda antiga" ("old fashionable") e

b) a forma de reação eritema nodoso, na qual as lesões são de caráter fundamentalmente diferente.

Desde a introdução das sulfonas no tratamento da lepra, esta última forma de reação (ENL) tem se tornado muitíssimo mais freqüente.

A reação nos casos tuberculóides raramente necessita outro tratamento além das sulfonas administradas no decurso do tratamento geral. O aparecimento de neuritis agudas, entretanto, reclama intervenção, e seria administrada cortisona ou um similar. O tratamento sulfônico não deve ser interrompido, ainda que a dosagem tenha de ser diminuída.

As complicações das reações tuberculóides, tais como paralisia ou comprometimento do olho pelo edema, necessitam cuidadosa vigilância.

O tratamento do tipo de reação eritema nodoso nos casos lepromatosos, depende da severidade do caso:

As formas mais brandas, sem distúrbios constitucionais, não necessitam tratamento especial.

- 1) Os surtos moderados, com aparecimento de pontos dolorosos e leve indisposição, respondem, usualmente, a uma injeção de antimônio, quer na forma de tartarato antimonial de potássio ou algum composto trivalente como stibophen ou fuadina.
- 2) Os surtos agudos, necessitando hospitalização do paciente, com irrompimento de nódulos dolorosos e alta temperatura é muitas vêzes precipitado por alguma causa exterior — infecções intercorrentes como malária ou pielite, ferimento, ou distúrbios psicológicos como susto ou más notícias. Êstes devem ser identificados e tratados independentemente. Se foi administrado o antimônio e a reação persiste, deve ser usado um dos grupos de drogas corticoides em alta dosagem (200-400 mg de cortisona ou seu equivalente, diàriamente) que é rapidamente reduzida à medida que os sintomas melhoram.
- 3) No tipo mais severo de reação, quando o paciente está extremamente mal, uma injeção endovenosa de dextran ou plasma com adição de cortisona (200 mg a 500 ml) é da mais alta eficácia. Subseqüentemente, pode-se prosseguir o tratamento como em (3). A procura da causa não deve ser negligenciada. Uma pequena transfusão de sangue (250 ml) é de grande valor. O cálcio endovenoso é também eficaz em alguns casos.
- 4) Certos casos, com uma forma persistente de reação, são muito resistentes e há muitas vêzes uma infecção crônica como tuberculose ou amebíase como causa subjacente. Logo que tenham sido identificadas e tratadas, as melhoras das reações se fazem sentir. São de grande auxílio as pequenas transfusões de sangue, repetidas.

A Cortisona e preparados relacionados são de grande valia no alívio dos sintomas e permite o prosseguimento do tratamento sulfônico. É melhor administrar a Cortisona em séries curtas, com uma dose inicial mais forte que se diminui rapidamente. Se necessário, pode-se repetir a série.

Em certos casos, a administração pode ser continuada indefinidamente.

Em geral, se a reação não é muito severa, pode-se continuar com as sulfonas, em dosagem reduzida, se necessário. Sômente nas reações mais severas, o tratamento pela sulfona seria interrompido e, se possível, substituído pelo DPT.

A neuritis pode aparecer associada a reações gerais, ou somente com sintomas leves de reação. Nos casos em que a neuritis resiste ao tratamento geral com corticóides, é necessário o emprêgo de tratamento especial:

a) Cloropromazine (talvez o tratamento mais eficiente): por administração oral ou intramuscular; vários autores recomendam doses de 75 mg diárias por duas a três semanas.

b) Vitamina B₁: injeções endovenosas diárias; 300 mg ou mais, por duas a quatro semanas, dão resultados satisfatórios.

c) Tratamento local, como infiltração no tronco com sulfato de amônio e novocaína; desapsulação, dissociação longitudinal e anteriorização do nervo, podem ser empregadas.

c) *Critério de "branqueamento"*

O critério de branqueamento é o desaparecimento de todas as lesões clínicas ativas e achados bacteriológicos negativos em casos anteriormente positivos. Os casos inativos foram definidos na Conferência Inter-Regional de Lepra de Tóquio, como aqueles em que:

- 1) Pelos métodos rotineiros de exame, nenhum bacilo é encontrado nos esfregaços de pele e da mucosa nasal, pelo menos durante seis meses, tendo sido realizados, periodicamente, exames de pele de várias regiões.
- 2) Inexistência de infiltração visível das lesões, quer dizer, todas as lesões permanecem lisas e não há elevação central ou marginal, pelo menos, durante seis meses.
- 3) Não tenha havido alteração no tecido ou côr das lesões, pelo menos, durante seis meses.
- 4) Não tenha havido, por igual período, novas lesões ou extensão das existentes.
- 5) A anestesia tenha permanecido estacionária, isto é, não tenha havido aumento ou diminuição da sensibilidade cutânea durante o mesmo período.
- 6) Não tenha havido comprometimento dos nervos ou dor, por igual período.

Nos casos que foram bacteriológicamente positivos, os achados negativos devem ser obtidos repetidamente, pelo menos, durante o período de um ano. Os intervalos entre os exames dependerão das circunstâncias; seria ideal que os exames pudessem ser repetidos todos os meses, mas isto só é possível em estabelecimentos com serviços de laboratório bem equipados: na zona rural o intervalo terá de ser maior — três meses ou mesmo seis meses.

É fato bem conhecido que, na lepra, pode haver uma recaída depois da cura aparente da doença. Tais recaídas são mais comuns em casos nos quais o tratamento foi interrompido imediatamente após o desaparecimento das lesões ativas e assim que os resultados do exame bacteriológico foram negativos. Os resultados são mais consistentes se o tratamento é continuado com a mesma regularidade por algum tempo depois da cura aparente.

d) *Duração e regularidade do tratamento*

O tratamento regular é um dos requisitos para a cura clínica. A interrupção do tratamento algumas vezes ocasiona um agravamento do estado, que se torna mais resistente à terapêutica.

Na maioria dos relatórios de campo há menção de pacientes sob "tratamento" e pacientes sob "tratamento regular". O termo "tratamento regular" significa que o paciente compareceu a 75%, no mínimo, do número de convocações que lhe foram feitas.

Continuação do tratamento depois dos achados clínicos e bacteriológicos negativos (casos "branqueados"). Sabe-se que, nos casos precoces e indeterminados, raramente há reincidência após inatividade, mesmo com tratamento pouco prolongado. O tratamento deve ser continuado por longo espaço de tempo nos casos mais antigos, tuberculóides; a recidiva é mais freqüente entre os pacientes lepromatosos. Entretanto, não há estatísticas seguras pelas quais se possa calcular as porcentagens de recidivas. As poucas estatísticas encontradas apresentam cifras de cerca de 4% para tôdas as recidivas e as mais importantes delas ocorrendo dentro de três anos da cessação do tratamento.

Entretanto, menciona-se, ocasionalmente, que as recidivas dos casos lepromatosos podem aparecer depois de dez ou mais anos. Segundo alguns autores, parece haver boas razões para se crer que a porcentagem é muito baixa e que o medo exagerado da recidiva tem levado à adoção de pontos de vista pessimistas sobre a duração do tratamento. Uma atitude mais otimista produziria benéfico efeito psicológico, aumento de confiança nas campanhas e ajudaria a convencer os pacientes e o público em geral sobre a curabilidade da doença. Por esta razão, propõe-se que, uma vez obtida a negatividade clínica e bacteriológica, os pacientes continuem o tratamento regular da seguinte forma:

Casos incipientes, indeterminados, com resultados bacteriológicos negativos — por seis meses.

Casos tuberculóides — por um ano.

Casos lepromatosos e "borderline" nos quais se pode efetuar cuidadoso controle bacteriológico mensalmente — um ano.

Casos lepromatosos, nos quais o exame bacteriológico possa ser efetuado somente cada três meses ou mais — por dois anos. (Esta diferença é baseada na experiência demonstrando que a irregularidade bacteriológica é freqüente durante o primeiro ano, mas as variações passam despercebidas, a não ser que os exames sejam levados a efeito a curtos intervalos regulares).

Salvo exceções, os pacientes devem ser considerados curados depois que tenham seguido o tratamento pelo tempo necessário.

e) *Seguimento dos casos curados.*

Os paciente *curados* devem ser levados a compreender que podem sofrer uma recidiva, e que devem se submeter a exame ao mais leve sintoma suspeito. Devem também compreender que o fato de terem tido a doença não lhes confere qualquer resistência mais forte à nova infecção — a experiência do Cullion, nas Filipinas, demonstra que a reinfeção pode acontecer.

Exame clínico — e exame bacteriológico em casos anteriormente positivos — seriam realizados cada três meses, durante três anos. Somente após alguns anos será possível coligir dados suficientes sobre a freqüência e probabilidade da recidiva que permitam mudança de orientação. No momento atual, seria prematuro propor consolidação do tratamento, a não ser que o paciente o solicite.

4. *Segregação de pacientes: função atual do leprosário.*

Na consideração deste problema, é essencial uma apreciação realística das condições atuais. Em primeiro lugar, deve-se reconhecer que, enquanto o uso dos atuais leprosários fôr útil e conveniente, não deve haver justificação para se construir novas e dispendiosas instituições desse gênero. Por outro lado, os leprosários existentes são insuficientes para acomodar todos os casos contagiosos e o tratamento ambulatório na base de tôdas as campanhas de contrôlo:

- 1) Os pacientes lepromatosos com lesões "abertas" constituem os casos contagiosos, e o seu isolamento reduz o risco da disseminação da doença.
- 2) Na prática, entretanto, tem sido demonstrado, sem sombra de dúvida, que a segregação compulsória leva os pacientes a se ocultarem, não se submeterem a tratamento e serem muito mais perigosos do que quando deixados em liberdade e tratados como pacientes externos.
- 3) Os pacientes tuberculóides não são contagiosos e não requerem segregação, mas o agrupamento desses casos em instituições de lepra facilita o seu tratamento. Poderiam trabalhar e ganhar o seu sustento de modo a não se tornarem socialmente desajustados.
- 4) Em todos os leprosários há casos tuberculóides avançados e pacientes lepromatosos queimados não contagiosos, tão mutilados e deformados que estão incapacitados para a vida. Êstes devem permanecer no leprosário.
- 5) Há as reações agudas, febris, que ocorrem durante o tratamento. Estas deveriam ser tratadas em hospitais.

a) *Admissões.* Em princípio, a hospitalização voluntária dos casos lepromatosos pelo tempo em que forem bacteriológicamente positivos é conveniente para prevenir a disseminação da doença, mas não se deve fazer coação. Êste sistema pode ser de pouca utilidade na África, onde os pacientes ingressam no leprosário com tôda a família — espôsa e filhos — mas isso, no entanto, facilita o tratamento dos pacientes e a vigilância dos contactos.

Os casos de reações agudas, casos difíceis ou impossíveis de serem tratados sem hospitalização, e pacientes seriamente deformados ou mutilados não aceitos pela comunidade, deveriam ser hospitalizados ou atendidos por uma instituição.

A espécie de instituição dependeria das condições locais e organização; a hospitalização, no sentido estrito do termo é sòmente necessária para casos de reações agudas e moléstias intercorrentes. Outros casos poderiam ser admitidos em leprosários, aldeias de lepra, colônias agrícolas, etc., de acôrdo com as facilidades possíveis.

b) *Transferências.* Os antigos leprosários, nos quais os pacientes permaneciam tôda a sua vida, seriam transformados em estabelecimentos de contínua renovação de doentes através de "alta" e transferência para tratamento externo tão depressa quanto possível, de modo a que os pacientes não tivessem tempo de se acostumar a uma vida fácil no leprosário e perder suas aptidões para a vida social e o trabalho. Os seguintes casos deveriam ser transferidos:

- I) Todos os pacientes tuberculóides cujo grau de incapacidade não impede o trabalho ordinário.

- II) Os pacientes lepromatosos quando clinicamente inativos e bacteriologicamente negativos. Somente os pacientes que, de outra forma, fossem incapazes de continuar o tratamento regular até a "cura" seriam conservados.
- III) Os pacientes deformados e mutilados, reabilitados pela cirurgia, ortopedia, etc..

Como nunca será possível instalar centros de reabilitação em todos os leprosários, os pacientes que devam ser reabilitados seriam transferidos para tais centros.

5. *Funcionamento de zonas piloto e projetos piloto.*

Seriam estabelecidas zonas piloto para avaliação dos resultados das campanhas em massa em países que as organizam cobrindo todo o território. Em muitos outros, os projetos piloto são o único meio eficiente de iniciar as campanhas, sendo os projetos piloto gradualmente dilatados até cobrir todo o país. No estabelecimento de uma zona piloto deve-se ter em mente os seguintes princípios:

- 1) A área não deve ser maior do que 20.000 km². Áreas maiores não podem ser facilmente cobertas pelos serviços de saúde, tratando *todos* os pacientes, nem podem ser regularmente inspeccionadas pelo médico-sanitarista da zona piloto.
- 2) A população da zona não deve exceder de 500.000. Por exemplo, a zona piloto de Khon Kaen, na Tailândia, com 600.000 habitantes, representa um máximo já difícil de controlar. Onde há uma população densa, a zona piloto deve ser reduzida em tamanho.
- 3) A zona piloto deve ser em uma área onde a taxa de prevalência avaliada é mais alta do que a média para todo o país; nunca em área onde seja mais baixa.
- 4) No centro principal da zona piloto deve haver um hospital ou um leprosário com um pavilhão para hospitalização de casos agudos; um laboratório suficientemente habilitado para realizar exames bacteriológicos e, se possível, histopatológicos, em ótimas condições.
- 5) O diretor médico da zona piloto deve possuir conhecimentos de leprologia e de saúde pública bastantes para assegurar eficiente ação do projeto.

O funcionamento da zona piloto irá variar no princípio da campanha, durante o período de intensa atividade, e na fase final de consolidação. Os dados providos pela zona piloto seriam essencialmente, os seguintes:

- a) *Inquérito preliminar.* No início das operações na zona piloto, seria estabelecido o seguinte:
 - I) Mapa da região, com indicação numérica da população, distribuição em zonas, comunicações, localização dos centros de tratamento, indicação do itinerário das equipes móveis, etc.

- II) Censo dos pacientes, classificados cuidadosamente por forma clínica, sexo, idade, grupo étnico e distribuição em zonas.
 - III) Censo dos pacientes de lepra incapacitados, se possível, classificados por condição de incapacidade.
 - IV) Informação sobre todos os fatores epidemiológicos que podem ter contribuído para a situação existente no início da experiência (tratamentos anteriores, métodos de administrá-los, vacinação prévia com BCG, etc.).
- b) *Durante as atividades:*
- I) Número de pessoas examinadas.
 - II) Número de novos casos descobertos, classificados como acima.
 - III) Censo dos contactos familiares dos pacientes de lepra e resultado de seus exames periódicos.
 - IV) Número de casos, classificados como acima, submetidos a cada um dos esquemas de tratamento adotados (com indicação dos pacientes que recebem tratamento regular).
 - V) Progresso do tratamento, avaliado pelos achados clínicos e bacteriológicos, número de casos dispensados como curados; número de recidivas (todos estes classificados em grupos como acima).
 - VI) Número de mortes e transferências para outras regiões, e casos dos quais se perdeu a pista.

Em adição a essas atividades essenciais da zona piloto, outras atividades podem ser realizadas com o propósito fundamental da avaliação da eficácia da campanha, uma vez esteja o projeto operando efetivamente.

c) *No final do projeto e em exame subsequente:*

- I) Número de casos que continuam sob tratamento.
- II) Número de casos que permanecem sem tratamento, sob observação.
- III) Porcentagem de incapacidade residual.
- IV) Reexame da população para prevalência total, como antes do início.

Nos projetos piloto, dever-se-ia também experimentar coligir esses fatos para mais tarde poder avaliar os resultados da campanha. Ampliando-se a campanha, a área do projeto piloto pode se tornar em zona piloto, na grande campanha.

6. *Atenção especial às crianças.*

Em tôdas as campanhas de contrôlo da lepra, deve-se dispensar especial atenção às crianças comunicantes, pelas seguintes razões:

- a) As crianças são mais susceptíveis ao contágio do que os adultos — tanto que alguns leprologistas têm afirmado que tôda a infecção é contraída na infância. Quer isto seja rigorosamente apurado ou não, pode-se dizer com certeza que mais de 60% das infecções são contraídas na infância.
- b) A lepra pode passar mais facilmente despercebida em crianças, do que em adultos, a não ser que as crianças comunicantes sejam sistematicamente examinadas.
- c) Casos precoces de lepra em crianças podem ser facilmente curados e os pacientes completamente restaurados à saúde.

Por essas razões, em tôdas as campanhas contra a lepra, a proteção das crianças-contacto deve ser cuidadosamente organizada por:

- I) Separação das crianças, dos pais lepromatosos, quando possível, logo após o nascimento.
- II) Quando não fôr possível, conservá-las sob vigilância regular, tratando as pessoas infectadas com as quais elas estão em contacto, de modo a fazê-las bacteriológicamente negativas e, portanto, não infectantes, e tratando qualquer criança que tenha sido infectada.

Onde seja possível, é aconselhável empreender o aumento da resistência das crianças-contacto, lepromino-negativas, pela indução à lepromino-positividade — e para isto, a vacinação BCG é um método.

Segundo Laviron & Figueredo, o tratamento preventivo das crianças-contacto pode ser eficaz. Laviron administra o que ele chama de "cocktail profilático":

DDS	2,75 g
Malocide *	28 drágeas (= 4,676 g)
Twenn 80	4 gotas
Julepo Gomozo **	500 g

(Uma colher de chá contém 25 mg de DDS e 0,04 g de Malocide)

Para o tratamento profilático, uma colher de chá é administrada semanalmente. A droga anti-malárica, Malocide, é adicionada unicamente para assegurar a cooperação da mãe da criança-contacto. As mães africanas têm fé na prevenção anti-malárica com Malocide; as experiências com administração de DDS só, em outras regiões, tiveram fracassos.

* <Malocide> é o nome francês para o produto anti-malárico <Pyrmethamine>, cuja fórmula é: 5-(4'-chlorophenyl)-2,4-diamino-6-ethyl pyrimidine. Outros nomes comerciais dêste produto são Daraprim; B-W 50-63. Referência: Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser., 1954, 80.

** A fórmula do Julepo Gomozo é: Goma arábica, 100 g; água flor de laranja, 100 g; xarope simples, 300 g; água destilada, o necessário para 1500 ml.

Figueredo propõe a administração, duas vèzes por semana, das seguintes doses de DDS:

Contactos	abaixo de 5 anos	5 mg
"	5 -- 10 anos	10 mg
"	11 -- 15 anos	25 mg
"	16 anos para cima	50 mg

A experiência de Laviron abrangeu 300 crianças-contactos no leprosário de Bamako, na África Ocidental Francêsa. Nenhuma das crianças tratadas dêste modo demonstrou qualquer sintoma de lepra durante um ano de observação.

Na experiência de Figueredo, sômente 2, de 27 crianças-contacto não infectadas, desenvolveram a infecção, enquanto que no grupo contrôle de 65, 20 se tornaram infectadas, 2 apresentando lesões clínicas. Em outra experiência, abrangendo 36 contactos bacteriológicamente positivos, tratados dêste modo, nenhuma apresentou lesões e 15 se tornaram negativas, ao passo que no grupo contrôle de 43, 5 apresentaram lesões e semente 7 se tornaram negativas; as outras continuaram bacteriológicamente positivas.

7. *Tipo de pessoal necessário para as diferentes posições.*

1) *Chefe da Campanha de Contrôle da Lepra.* Tôdas as campanhas de contrôle devem ficar a cargo de um médico-chefe responsável com suficiente experiência em administração de saúde pública e em leprologia, que irá dirigir a campanha, organizar o recrutamento, treino e distribuição do pessoal, manter relações com entidades internacionais, assegurar a coordenação com outras atividades de saúde pública, administrar a verba da campanha de contrôle da lepra, dirigir a distribuição dos medicamentos e organizar a propaganda.

Deve prover a manutenção de um fichário central para registro de tôdas as atividades dos vários Setores — dos quais receberá informações trimestrais — e estar, em qualquer ocasião, capacitado para avaliar o desenvolvimento da campanha.

Baseado em todos os dados recebidos, deve estabelecer um relatório anual, compreendendo tôdas as atividades da campanha. Os mesmos dados também o capacitarão a mudar os métodos, onde necessário.

2) *Chefes de Setores.* Cada país seria dividido em Setores, de acôrdo com suas divisões administrativas e epidemiologia local. O chefe responsável seria instalado na base do Setor, no centro principal; seria, de preferência, um médico-chefe com experiência adequada; em alguns países, porém, onde não há médicos suficientes para colocar um encarregado em cada Setor, será necessária selecionar funcionários de saúde pública bem qualificados, com muitos anos de experiência e bem conhecidos pela sua capacidade para trabalho difícil, sua competência técnica e autoridade. Em tais casos, o trabalho seria periòdicamente supervisionado por um médico, pelo menos cada três meses. O chefe do setor deve ser competente para dirigir um centro de tratamento para hospitalização de casos reacionais agudos, e pacientes dos leprosários ou postos ligados ao Setor, e de dirigir um ambulatório clínico para a população residente nas proximidades da base do Setor. Em um desses estabelecimentos — o que fôsse mais apropriado — seria instalada uma escola para treino

do pessoal auxiliar de saúde pública. Esta também pode ser localizada no serviço central da campanha.

O Chefe do Setor deve possuir suficiente treino em serviço de laboratório que o capacite a dirigir o laboratório ligado ao Setor; dê-se se requererá que examine esfregaços oriundos dos vários centros de tratamento. Deve, também, manter o registro do Setor contendo o cadastro individual de cada paciente com particularidades do tratamento administrado e as condições depois de exames sucessivos. Deve certificar-se de que sejam registradas no cadastro dos doentes, no mínimo cada seis meses, as indicações das mudanças clínicas e, onde aplicável, resultados de exames bacteriológicos. Essas indicações serão baseadas nos relatórios mensais remetidos pelos servidores dos centros de tratamento.

O Chefe do Setor deve também empreender o controle periódico do movimento de todos os centros de tratamento no seu Setor, fazer a supervisão do pessoal, corrigindo seus defeitos e ajudando a propaganda e o trabalho de pesquisa de casos. Deve possuir o necessário tacto e autoridade para manter boas relações com os líderes das aldeias que podem ajudá-lo a obter o comparecimento regular dos pacientes aos postos de tratamento.

3) *Chefes de Centros de tratamento e equipes móveis.* Cada centro fixo de tratamento ou equipes móveis de tratamento abrangeriam certo número de vilas. Cada centro deve garantir que todos os pacientes sejam alcançados de uma forma ou de outra.

Os chefes de equipes ou de centros de tratamento seriam, se possível, médicos, quando não, enfermeiras ou funcionários do serviço de lepra com treino suficiente em leprologia que os capacite para:

- a) Diagnosticar corretamente os casos novos.
- b) Reconhecer as reações terapêuticas e a necessidade de suspensão do tratamento.
- c) Aplicar injeções intramusculares e retirar esfregaços do muco nasal pelo método de rotina de escarificação e, se possível, fazer biopsias das lesões cutâneas.
- d) Manter corretamente o registro de pacientes, anotando cuidadosamente os comparecimentos e ausências às sessões de tratamento; elaborar mensalmente o relatório sobre o número de pacientes tratados regularmente, relacionando os nomes dos que não seguiram o tratamento, dos que começaram pela primeira vez e dos que recomeçaram; manter o cadastro clínico dos casos novos, anotando os progressos observados nos doentes que recebem tratamento regular.

4) As *auxiliares-visitadoras* são necessárias para: (a) visitar os pacientes em suas casas, a fim de persuadir a voltar os que abandonaram o tratamento; (b) examinar os contactos familiares dos pacientes e encaminhar qualquer caso suspeito ao chefe do centro de tratamento ou equipe móvel, para confirmação de diagnóstico; e (c) fazer educação sanitária a respeito da curabilidade da doença e a conveniência de se submeter a exame ao mais leve sintoma suspeito, estendendo este trabalho às pessoas que vivem próximas a casos lepromatosos. Em todos os países de alta endemicidade é conveniente que os funcionários do serviço social no setor da maternidade e infância tenham certos conhecimentos de leprologia, de modo a poderem auxiliar neste importante trabalho. Esses servidores receberiam treino, como acima indicado, porém de menor duração, uma vez que deles somente se requererá reconhecer os sintomas suspeitos; não terão de aplicar injeções ou retirar esfregaços.

5) *Pessoal auxiliar.* Em certo número de campanhas na África Francesa e em alguns países do sudoeste da Ásia, os pequenos distritos rurais são, algumas vezes, percorridos por pessoal auxiliar, necessário somente para realizar a administração oral de drágeas. Este pessoal suplementa as equipes móveis ou centros de tratamento em lugares inacessíveis e, ou se locomove em bicicletas ou estabelece pequenas clínicas para pacientes externos em horas fixas, em dias determinados — como na Kustaclinic, na Indonésia. É necessário somente que tenham instrução rudimentar; é suficiente que saibam escrever — para poder anotar os nomes dos pacientes no registro e o tratamento dado — reconhecer reações terapêuticas de modo a interromper o tratamento, quando necessário. Devem possuir senso de responsabilidade suficiente para assegurar o desempenho de sua tarefa conscienciosamente, porém não será necessário receberem treino prolongado, visto que não irão fazer diagnósticos mas simplesmente encaminhar os casos suspeitos aos centros de tratamento para diagnóstico. Podem ser treinados em poucas semanas, e poderiam aprender acompanhando enfermeiros das equipes móveis ou dos centros de tratamento.

Convém lembrar que os doentes de alta podem ser empregados como pessoal auxiliar.

6) *Pessoas não diretamente ligadas à campanha que podem cooperar no tratamento de pacientes.* Muitas pessoas, não especificadamente ligadas à campanha contra a lepra podem cooperar eficazmente no tratamento e em conseguir o comparecimento regular dos pacientes. São elas:

- a) Médicos de clínica particular ou de hospitais.
- b) Médicos rurais e enfermeiros de unidades sanitárias polivalentes, que podem aplicar injeções ou administrar drágeas. Enfermeiros ou enfermeiras poderiam completar seu preparo geral com breve treino em leprologia.
- c) Pessoal não médico, de certo nível cultural e educacional que, com ligeira instrução, pode ser autorizado a distribuir sulfonas e executar as tarefas do parágrafo 5. Em alguns países, professores, clérigos, etc., podem ser empregados neste trabalho.

8. *Tipo de relatório necessário.*

A fim de estar a par dos progressos das operações de qualquer campanha de controle da lepra, são necessários relatórios periódicos sobre o assunto. Esses relatórios, iguais em alguns pontos aos organizados para as áreas piloto, conteriam os seguintes itens:

- a) Antes de iniciar as operações é necessário um relatório com informes sobre:
 - 1) Número de pacientes registrados, se possível, com classificação, no mínimo, de casos "abertos" ou "fechados". Cômputo do número de pacientes.
 - 2) Distribuição dos pacientes, indicando os segregados em leprosários, aldeias, etc., e os que fazem tratamento ambulatorio, sem isolamento. Tipo de tratamento dispensado.
 - 3) Total de pacientes incapacitados.

- 4) Pessoal sanitário designado para a campanha de controle da lepra. Novas pessoas que se pretende incorporar.
- 5) Distribuição dos centros de saúde existentes (ambulatórios ou dispensários, leprosários, aldeias de doentes, postos, hospitais, etc.). Novos centros ou equipes móveis, que se planeja criar.
- 6) Forma de recrutamento e treino de pessoal (ensino e treino).
- 7) Tipo de tratamento que se pretende empregar; se possível, com esquemas de tratamento definido.
- 8) Atividades existentes para reabilitação.

Se o relatório é delineado por perito da OMS, com o propósito de aconselhar sobre o tipo de campanha de controle da lepra que se deve empreender, deverá conter: sumário das condições geográficas, demográficas e sanitárias do país; indicação da atitude do público em geral, para com a lepra, da classe médica e das autoridades sanitárias; métodos para o ensino e treinamento de médicos e pessoal sanitário auxiliar; e *recomendações* para a organização da campanha. Estas últimas incluiriam sempre reforma da legislação, se necessário ajustá-la aos mais recentes pontos de vista das diretrizes estabelecidas pela OMS para o controle da lepra, assim como a criação de uma área piloto para avaliação dos resultados, caso se tenha em vista uma campanha em massa.

b) *Durante as operações são necessários diferentes relatórios periódicos.* Já foi indicado o modo pelo qual os centros de tratamento apresentariam relatórios mensais ao Setor Chefe que, por sua vez, remeteria relatórios trimestrais ao Serviço Central da campanha. Este último organizaria relatórios anuais ou semestrais, mencionando:

- 1) Número de pessoas examinadas.
- 2) Novos casos diagnosticados (classificados como acima). Casos que não mais comparecem às revisões por motivo de morte, mudança para outra região ou impossibilidade de comparecer aos exames. Casos dispensados que ainda estão em observação, sem tratamento. Recidivas.
- 3) Casos submetidos a cada esquema de tratamento, especificando aqueles que seguem tratamento regular e aqueles que ainda não foram tratados.
- 4) Novo pessoal contratado para a campanha e sua distribuição.

Em aditamento, indicaria todos os progressos de qualquer espécie realizados na campanha, v. g., melhoramentos no ensino, propaganda realizada, modificações no trato com o doente de lepra, visitas, etc.; planos para alterações na campanha, de acordo com informação procedente da área piloto; meios de proteção à população de saúde, resultado da vigilância dos contactos; especificação dos meios de proteção planejados particularmente para a população infantil.

c) *Quando cessar a expansão do plano das operações e for atingido o grau de consolidação*, os relatórios anuais darão detalhes de:

- 1) Número total de pacientes registrados, especificando:
 - os que foram tratados;
 - os que receberam tratamento regular;
 - os aparentemente curados, sob observação, sem tratamento; os que ainda estão em tratamento;
 - recidivas observadas entre os que foram tratados, incluindo os que foram tratados regularmente; e
 - novos casos descobertos, classificados por grupos etários, apresentando tantos dados epidemiológicos quanto possível.
- 2) Número de pessoas incapacitadas, classificadas por condição de incapacidade, se possível.
- 3) Onde aplicável, centros de tratamento que foram fechados.
- 4) Mudanças sugeridas pelos progressos durante a campanha.
- 5) Atividades em andamento para reabilitação dos doentes curados clínica e bacteriológicamente, com descrição das condições para o retorno à vida social e do trabalho por aqueles que não requerem medidas especiais de reabilitação, devido à ausência de deformidade ou incapacidade.

Indicaria também de que modo os que requerem reabilitação especial por causa de deformidades repelentes podem ser capacitados a retornar ao trabalho normal, especificando: forma de reabilitação necessária, reeducação, ensino de novas ocupações, mecanoterapia, fisioterapia, cirurgia plástica; possibilidades subseqüentes de colocação para os pacientes reabilitados com incapacidade parcial.

Finalmente, para um residual de pacientes que não podem ser reabilitados, isto é, pessoas totalmente incapacitadas para o trabalho e que requerem hospitalização indefinida, deve ser concedida uma pensão.

9. *Coleta dos resultados do controle da lepra.*

A fim de obter cifras exatas dos dados fornecidos pela zona piloto, seria planejada e levada a cabo uma pesquisa com a assistência de um estaticista. Em geral, não é possível aos chefes nacionais coligir cifras exatas; êsses dados devem ser coligidos pelo grupo responsável pelas diretrizes da campanha.

Para avaliação, o Comitê Técnico de Epidemiologia e Controle do VII Congresso Internacional de Leprologia e a Conferência Inter-Regional de Tóquio, recomendaram o uso dos três índices seguintes:

- a) Índice de Eficiência Clínica (branqueamento clínico, com tratamento definido).

$$= \frac{\text{Casos que se tornaram branqueados durante o ano}}{\text{Casos tratados durante o ano}} \times 100$$

Êste índice seria calculado separadamente para os diferentes tipos de lepra, agrupando-os por idade e sexo.

b) Índice de Eficiência Bacteriológica (estipulando o número de regiões e definindo a negatividade).

$$= \frac{\text{Casos que se tornaram bacteriológicamente negativos durante o ano}}{\text{Casos bacteriológicamente positivos tratados durante o ano}} \times 100$$

Êste índice, da mesma forma, seria calculado separadamente para cada tipo de doença e, se desejável, para pacientes submetidos a várias terapêuticas e duração do tratamento separadamente.

c) Índice de Eficácia na Descoberta de Casos ou Taxa de Descobrimento.

$$= \frac{\text{Novos casos descobertos durante o ano}}{\text{População da área}} \times 100$$

Aqui, também, os casos seriam classificados pelo tipo, e casos e população por sexo e grupo etário.

(Continúa)