

## **DISPENSÁRIOS REGIONAIS DE LEPROSA; CINCO ANOS NA INSPECTORIA DE BEBEDOURO**

**Reinaldo Quagliato (\*)**

**JUSTIFICAÇÃO:** — Nossas Inspetorias de lepra, funcionando como verdadeiros dispensários regionais, podem ser consideradas como a "cellula mater" da organização profilática, desempenhando um papel de extraordinária importância no desenvolvimento de nossa campanha.

Nossos dispensários regionais, ao contrário dos de Minas Gerais que são fixos, apresentam dois serviços distintos:

1.º) — SERVIÇO ESTÁTICO, representado pela sede do dispensário que funciona como uma repartição qualquer, sendo que nela o médico permanece nos oito primeiros dias do mês. Na sede do dispensário o médico regional atende dentro do expediente regulamentar e também, num regime de plantão permanente, os casos de solução urgente.

2.º) — SERVIÇO DINÂMICO, feito pelo próprio médico que viaja só ou acompanhado do seu auxiliar (guarda ou enfermeiro), visitando periodicamente os vários municípios sob sua vigilância, verificando novos casos, examinando comunicantes, fazendo revisões de doentes matriculados em tratamento avulso, etc..

São as seguintes as funções dum dispensário de lepra:

a) — CENSO PERMANENTE DE LEPROSA, pela verificação e fichamento dos casos denunciados e suspeitos, assim como pelo exame periódico dos comunicantes.

b) — INTERNAÇÃO DAS FORMAS CONTAGIANTES.

c) — CONTRÔLE E TRATAMENTO DAS FORMAS NÃO CONTAGIANTES — (Doentes de ambulatórios, altas hospitalares e altas condicionais).

d) — CONTRÔLE DE FUGITIVOS E DOS CASOS EM ISOLAMENTO DOMICILIAR.

e) — PROPAGANDA SANITÁRIA COM REFERÊNCIA A LEPROSA E ASSISTÊNCIA SOCIAL A FAMÍLIA DO HANSENIANO.

f) — DISPENSÁRIO DE MOLÉSTIAS DA PELE — (Exames em coletividades, etc.) — com secção de elucidação de diagnóstico.

Vimos assim, esquematicamente, as funções técnico-sociais do médico regional, que deve aliar isso tudo à parte propriamente administrativa ou burocrática do Dispensário.

Ele tanto deve distinguir um caso de lepra de outra dermatose, como escrever convenientemente a máquina os ofícios e relatórios do seu cargo. Deve revesar a sala de curativos, onde faz uma biópsia, com o microscópio para o exame de suas

---

(\*) Médico Regional do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de S. Paulo.

lâminas ou contagens de controle da terapêutica pelas sulfonas. Além dos seus conhecimentos de leprologia, necessita saber alguma coisa de dermatologia, pois o colega que lhe manda um caso para elucidação, se não é lepra, quer saber o que é. Enfim, precisa adatar-se, segundo as circunstâncias, num burocrata escriturário, médico, dermatologista, laboratorista, conselheiro, assistente social, censor, policia, e sobretudo, num viajante bem disposto.

É oportuno lembrar o que Orestes Diniz disse sobre o médico censitarista: — "vão da cidade ao vilarejo, da fazenda ao quintal que rodeia a cafua, do palacete do abastado ao lar humilde, cortam as planícies, transpõem as serras, percorrem os vales, saltam os rios. E assim, anonimamente, seguem os médicos itinerantes, quer de via férrea, de automóvel, a cavalo, e, não poucas vezes a pé, na sua obra — fichar os hansenianos e os seus comunicantes, levando àqueles um raio de esperança, pois fala-lhes em tratamento e cura e a estes a noção do que é a doença, do perigo do contágio, e dos meios que se adotam para evitá-lo".

E acrescentamos nós: Os perigos e dificuldades inúmeras. A incompreensão de quasi todos. Infundáveis caminhadas ao sol e à chuva, noites encravadas na lama ou mal dormidas em pensões de beira de estrada, cheias de percevejos, talvez com bacterioscopia positiva. A tremenda responsabilidade dum diagnóstico no mais das vezes feito em condições precárias. A decisão a tomar que pôde estigmatizar toda uma geração. O horrível capítulo das internações, drama a que a gente nunca se acostuma. A busca perigosa dos fugitivos. A assistência sem recursos à família do hanseniano ou ao próprio doente mutilado ou repellido pela sociedade. O exame custoso dos comunicantes, que, se da primeira vez recebem o médico bem, na segunda ou terceira, não o querem receber. A vida de passageiro de jardineira, a olhar com olhos compridos os automóveis da "Febre Amarela". A característica do trabalho que obriga a tempo integral, ganhando mal e mal para tempo parcial.

Passaremos agora aos números, representados pelo que fizemos em cinco anos na Inspetoria Regional de Bebedouro, sem entrarmos em maiores detalhes epidemiológicos.

Antes, porém, faremos uma ligeira discrição do que é nossa Inspetoria:

#### INSPETORIA REGIONAL DE BEBEDOURO

HISTÓRIA: — Essa Inspetoria foi criada em junho de 1938, com sede em Barretos. Em julho de 1939, sendo médico regional o Dr. Moacir Porto, foi transferida para Bebedouro, onde funcionou em salas alugadas e no Centro de Saúde até março de 1945, quando passou para prédio próprio, especialmente construído.

E uma Inspetoria que vem sendo trabalhada ininterruptamente, há quasi 10 anos, e estando sob nosso controle desde janeiro de 1943.

GEOGRAFIA: — Bebedouro, sua sede, dista de São Paulo 458 quilômetros. Atualmente estão sob nossa vigilância, 16 municípios, situados na região Norte geográfica do Estado, defrontando-se com Minas Gerais, com 13.431 kms. quadrados de superfície e 344.058 habitantes, densidade demográfica igual a 25,6 habitantes por quilometro quadrado.

VIAS DE COMUNICAÇÃO: — Servem a zona, o tronco da Paulista e seus ramais de Jaboticabal e Terra Roxa, assim como a São Paulo-Goiás e E. M. A.. São 450 quilômetros de Estradas de Ferro. Temos cerca de 1.400 kms. de estradas de rodagem municipais, a grande maioria transitáveis somente na seca. Há apenas alguns quilômetros de estradas de rodagem oficiais, no município de Jaboticabal. O forte do serviço é pois, feito por meio das jardineiras, sendo que o distrito mais

distante a ser atingido por esses veículos, é o de Veado do Porto, levando de Barretas, cerca de 12 horas de viagem.

#### FICHAMENTOS E INTERNAÇÕES

No quinquênio em estudo — (1943-1947) — foram fichados pela Inspetoria, em seus 16 municípios, 227 doentes novos. Desses foram internados 143 e matriculados em tratamento no ambulatório, 84, aproximadamente 1/3 do total. Desse total, cerca de 2/3 eram homens, o que estaria em relação com o fichamento geral do D. P. L..

Dos 227 doentes, 115 eram nacionais filhos de nacionais, 85 nacionais filhos de estrangeiros e 27 estrangeiros.

De acôrdo com a idade do fichamento, tivemos o seguinte movimento:

Anos de idades . . .	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	+51
Número de casos . . .	7	38	54	60	29	89

A internação dos contagiados é feita com os nossos próprios meios e recursos, sendo rara a necessidade de guardas de São Paulo. Sempre nos valemos da persuasão que, quando se trata de indivíduos a serem internados pela primeira vez, dá quasi sempre bons resultados. Damos ao doente um prazo para liquidar seus negócios, colocar a família, etc. e então ele segue espontaneamente.

Nossa zona, pêlo fato de ser mais ou menos distante dos hospitais e de São Paulo, raríssimas vezes Ode ser beneficiada com a presença duma ambulância e assim as remoções foram quasi sempre trabalhosas.

Para o fichamento dos 227 doentes, procedemos 5.545 exames de comunicantes e elucidação, dando a média de cerca de 25 exames por fichamento.

Para ilustração, apresentamos o quadro de fichamento do Dispensário, desde sua criação em 1938, em relação com o número de comunicantes examinados:

Anos . . . . .	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947
Doentes . . . . .	39	62	58	50	65	67	51	35	31	43
Comunic. . . . .	127	460	376	341	542	1.228	1.106	1.331	870	915

Nota-se que o fichamento se manteve alto até os anos de 1943 e 1944, caindo em 45 e 46. Isso longe de representar a diminuição dos casos a serem fichados, significa que naquele período faziam-se sentir com maior intensidade as dificuldades decorrentes da guerra (falta de condução, etc.), assim como a consequência da desmoralizadora campanha movida contra o Departamento. Tanto isso é verdade que, em 1947, cessada a referida campanha, melhorando-se as condições de transporte e sobretudo pela propaganda das sulfonas, o número de fichamentos aumentou novamente, mesmo com pequeno número de comunicantes examinados.

Essas oscilações estão perfeitamente de acôrdo com as do quadro geral do Departamento

A distribuição dos doentes pelos municípios é a seguinte:

1.º ) — Barretos.....	48
2.º) — Bebedouro .....	30
3.º) — Jaboticabal .....	25
4.º) — Olímpia .....	21
5.º) — Monte Alto .....	20
6.º) — Colina.....	16
7.º) — Nova Granada .....	11
8.º) — Pitangueiras .....	10
9.º) — Viradouro .....	10
10.º) — Palestina .....	7
11.º) — Paulo de Faria .....	6
12.º) — M. Azul do Turvo .....	6
13.º) — Guaraci.....	5
14.º) — Caiobí.....	5
15.º) — Pirangi.....	4
16.º) — Guaira.....	2
Em trânsito .....	1

Chamamos a atenção que esses são os casos fichados pelo Dispensário. Não está computado o fichamento feito na sede ou outras zonas, de doentes procedentes desta região. Contudo, esses doentes, não são em grande número.

Ocupa o primeiro lugar em nossa relação, o município de Barretos, cuja cidade é a mais populosa da região, com cerca de 20.000 habitantes. Barretos, importante mercado de gado, exerce grande influência sobre toda a vida pastoril do Sul de Minas, Goiás e até Mato-Grosso, estando ligada ao chamado triângulo mineiro, por várias linhas de jardineiras. Muitos dos casos fichados, são originados naqueles Estados do Brasil. Inúmeros forasteiros enchem seus hotéis e as suas condições sanitárias, não são ideais. Muitos operários (Frigorífico Anglo), aventureiros, prostitutas, etc. Consta que exercem esta última ocupação, cerca de 1.000 mulheres, Isso para uma população urbana de 20.000 pessoas !

Seguem-se outros municípios, na ordem de sua população, destacando-se Monte Alto, com apreciável índice de contágio.

Ao exame mais apurado da relação entre os doentes fichados e os comunicantes examinados anualmente, temos a satisfação de registrar um fato que nos parece promissor. Não há dúvida que o índice da moléstia se mantém alto, mas pode ser que de 1943 para cá, os altos índices são obtidos mediante maior número de comunicantes examinados, isto é, à custa de redobrada vigilância dos focos. Assim, em 1939, para fichar 62 doentes foram vistos apenas 460 comunicantes e já em 1943, para o registro de 67 casos, tivemos que fazer 1.8 exames em conviventes. Isso pode representar que, ainda fichamos muitos doentes novos, mas à custa de muito maior trabalho.

A alta incidência da moléstia no município de Barretos — (índice de 5,128 por mil, média de fichamento do ano de 1933 a 1942), está em relação direta com as facilidades de condução para outros Estados da Federação — (Minas, Goiás, Mato Grosso). Assim, dos 235 doentes fichados em Barretos até 1947, 59 eram procedentes de outros Estados.

Isso vale também para outras localidades de fácil comunicação com municípios vizinhos, representados em nosso gráfico C., como Mocóca (6,098 por mil), Iepê e Socorro, etc., também com índices maiores que 5.

Era a seguinte a distribuição da população nacional e estrangeira nos 16 municípios da região, por ocasião do recenseamento de 1940:

Municípios	População	Estrangeiros	Nacionais
Bebedouro .....	28.194	2.352	25.842
Barretos .....	39.870	3.819	36.551
Cajobí .....	9.658	772	8.886
Colina .....	22.236	2.013	20.223
Guaira .....	9.545	316	9.229
Jaboticabal .....	40.296	4.214	36.082
Monte Alto .....	20.186	2.283	17.903
Monte Azul .....	12.426	1.167	11.259
Olimpia (inclusive Guaraci)	50.697	3.700	46.997
Palestina .....	12.265	624	11.641
Paulo Faria .....	11.941	130	11.811
Pitangueiras .....	13.399	928	12.471
Nova Granada .....	25.569	2.835	22.734
Pirangi .....	13.766	982	12.784
Viradouro .....	15.760	1.394	14.366
<b>Total.....</b>	<b>325.808</b>	<b>27.029</b>	<b>298.779</b>

No quinquênio 1943-1947, foram fichados na região, 200 novos doentes nacionais e 27 estrangeiros, o que da portanto, os seguintes índices da moléstia: 0.99 por mil nacionais e 0.66 por mil estrangeiros.

#### TRATAMENTO AVULSO

Dos 227 doentes novos fichados no período, apenas 1/3 foi matriculado em tratamento avulso, sendo o restante internado por ser contagiante.

Tivemos matriculados em Tratamento Avulso, nos 5 anos, o seguinte: D.A., 167; H.A., 80; A.C., 99; no total de 346, com média mensal de 180 doentes aproximadamente (\*).

Esse serviço nos obrigou a 1.625 revisões, uma média portanto de mais de 300 anuais. No triênio 1943-45, época anterior às sulfonas, consumimos com esses doentes, 23.050 ampolas de medicamentos fornecidas pelo Departamento, cujo preço de custo foi cerca de Cr.\$ 14.800,00.

Em 1947 quando começamos o uso das sulfonas, fizemos 442 revisões, com 284 exames hematológicos pura o controle do medicamento. Com os doentes avulsos de 1947, foram empregadas 21.000 ampolas de injeções diversas e 30.000 comprimidos de Diasone.

#### ALTAS

No quadriênio 1943-46, fomos visita dos quatro vês pelo encarregado da concessão de altas do D. P. L., que além da revisão geral em quasi todos os casos matriculados em tratamento avulso, assim como dos suspeitos em observação da seção

(\*) interpretação dos símbolos: D.A. = doente avulso; H.A. = transferência de hospital para ambulatório; A.C. = alta condicional; A.D. = alta definitiva.

de Elucidação de Diagnóstico, concedeu as seguintes altas: D.A. para A.C., 41 doentes; H.A. para A.C., 8 doentes e A.C. para A.D., 9 doentes.

Observe-se que dos 8 doentes H.A. que passaram para A.C., 6 deles tiveram seus exames iniciais NEGATIVOS, e foram internados por exigência da época. A rigor, atualmente teriam sido matriculados logo de início em tratamento avulso. Apenas 2 deles tiveram seus primeiros exames POSITIVOS: um com muco negativo, lesão TUBERCULOIDE REACIONAL (lesões arroxeadas e infiltradas); outro, muco POSITIVO, não faz referência ao resultado de lesão, sendo classificado como MISTA (P), porém APRESENTANDO POR OCASIÃO DO FICHAMENTO APENAS ORELHAS INFILTRADAS E CICATRIZES NOS MEMBROS.

Tivemos nesse período, 55 doentes H.A., dos quais 8 foram para A.C. — (14%).

No mesmo tempo estiveram matriculados em D.A., 142 doentes, dos quais passaram para A.C., 41 (29%).

Em A.C. passaram pelo Dispensário, 95 doentes, dos quais 9 estão com A.D. — (9%). Dos 9 A.D. (alta definitiva), 7 são de D.A., (doente ambulatório) que nunca estiveram internados; 1 esteve internado, porém sempre com bacterioscopia negativa; outro, também internado, sempre com bacterioscopia negativa, donde já saiu com alta condicional.

Em nosso Dispensário, durante 5 anos de atividades, não conseguimos altas definitivas de doentes que tiveram bacterioscopia inicial positiva.

### REATIVAÇÕES

Havendo até 1945 um maior rigor para a matrícula de doentes em tratamento avulso, assim como para as altas hospitalares, vamos considerar as reativações no triênio de 1943-1946.

Dos 125 doentes avulsos (D.A.) que tivemos matriculados nesse período, observamos a reativação bacterioscópica em 25 (20%), dos quais foram internados 23 e fugiram à internação apenas 2.

No mesmo triênio estiveram sob nossa vigilância 81 doentes com alta hospitalar (A.H.), sendo que 8 deles reativaram (cerca de 25%). Desses, 4 foram reinternados e os outros 4 fugiram à reinternação.

No quadriênio tivemos 95 doentes com alta condicional (A.C.) que apresentaram apenas 2 reativações (cerca de 2%); um desses doentes procedia de H.A. e outro de D.A..

A relação dos nossos doentes H.A. é consideravelmente menor que a D.A., de modo a prejudicar nossa estatística que mostra a maior reativação dos A.H. e assim seu maior número de fugas à reinternação.

Em 1946 estiveram em D.A. mais 17 doentes novos, apresentando bacterioscopia positiva nesse mesmo ano, 6 casos (35%).

Nesse ano, também estiveram em A.H., mais 21 pacientes, sendo que, reativaram logo em seguida 4 deles, um logo na primeira revisão.

A maior reativação dos casos em 1946, corre por conta da maior facilidade de matrículas avulsas, assim como do novo regulamento de altas, mais liberal.

Em 1947 tivemos mais cinco reativações de H.A., sendo 8 dos vinte H.A. matriculados nesse ano. Também tivemos mais 3 A.C.R. e 8 D.A.R. (maior facilidade de matrículas D.A.). Entraram 25 D.A. em 1947.

### ELUCIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICO (AMBULATÓRIO DE PELE E LABORATÓRIO DE ANÁLISES)

No quinquênio foi o seguinte o movimento da Seção de Elucidação de Diagnóstico do Dispensário, com referência aos casos encaminhados por apresentarem qualquer suspeita de lepra:

Fichas de elucidação .....	188	
Revisões de elucidação .....	131	
Passaram para doentes .....	10	— (5,3%)
Considerados negativos .....	160	— (85%)
Continuam em observação .....	18	— (9%)

É mister considerar que muitos dos 18 casos que continuam em observação, são de lepra tuberculoide, que não foram fichados por apresentarem lesões discretas. Seguimos assim uma orientação mais humana, sabido que, muitas dessas lesões se curam com certa facilidade. Fichado esse caso como doente, teria que continuar controlado pelo Departamento, na melhor das hipóteses, por cerca de seis anos, até obter alta.

Além da secção de elucidação, mantemos um ambulatório de pele. Fazemos mesmo certa propaganda dessas atividades, para encobrir de certo modo nossa finalidade e despistar maior número de casos de lepra.

Vindo à consulta muitos casos sem importância (na maioria indigentes, com escabiose), para não superlotar o arquivo, não são registrados. Contudo, podemos adiantar que são atendidos pelo menos 500 consultas anuais, que absolutamente não vieram para elucidação com referência à lepra. Dessas centenas de exames, por vezes, há algum positivo.

Em 1947 foram feitos 2.548 exames no laboratório de análises do Dispensário, sendo 1.084 esfregaços para pesquisa de B.H., 282 hematológicos para controle das sulfonas, 382 urinas, etc..

#### COMUNICANTES

Princípio básico da organização da profilaxia da lepra, está a cargo dos Dispensários o exame periódico de todos os conviventes dos doentes.

Em nossa região, exercemos essa vigilância sobre cerca de 8.000 indivíduos, com exames semestrais ou anuais.

Avaliando-se que essas pessoas estão espalhadas por uma área de 13.431 quilômetros quadrados e dispersos entre 344.058 habitantes, por 16 municípios servidos apenas por 450 kms de Estrada de Ferro, sendo o acesso ao restante e vasto território apenas possível por Estradas de rodagem municipais (existe na região apenas alguns quilômetros de estrada de rodagem oficial) e não dispondo a Inspetoria de veículo próprio para seu transporte, são de se imaginar as dificuldades encontradas para se manter esses exames em dia.

Acresce ainda que a população nem sempre coopera na campanha profilática, por falta de conhecimentos relativos à moléstia e por todos os meios dificulta os exames, escondendo-se, trocando de nome, informando errado, mudando-se sem avisar, recusando-se mesmo a cooperar, enfim, inventando mil impecilhos.

Examinamos no quinquênio (1948-47), 5.540 comunicantes, sendo 1.140 novos, examinados pela primeira vez.

Desses comunicantes, fichamos 78 como doentes, índice de contágio portanto de 1,4 por cem. A média mensal dos comunicantes examinados foi de 92.

Estamos praticando sistematicamente a lepromino-reação nos comunicantes, com leitura no outro exame, isto é, depois de seis meses ou um ano, dadas as dificuldades para revermos os comunicantes, depois de uns dias ou um mês. A resposta ao Mitsuda nos orienta quanto a maior ou menor vigilância.

Apenas pequeno número de nossos comunicantes nos procura para exame, no próprio Dispensário. No mais das vezes, é necessário que nos transportemos até o "interessado" e o lembremos de que já é tempo de novo exame.

É um serviço, como dissemos, não só despensivo, como também muito delicado, mesmo que o acesso ao indivíduo seja fácil como nas cidades.

Tem sido nossa orientação interessá-los na questão, fazendo-os cientes das vantagens do diagnóstico precoce, com a possível "não internação" decorrente, sendo o único meio do despistamento da doença em início, o exame periódico pelo especialista. Contudo, os que se submetem docilmente são poucos; sempre dizem que "não têm nada" e que o exame não seria necessário.

Dada a impossibilidade de nos locomover de casa em casa, pelas ruas da cidade, sítios e fazendas, em busca dos milhares de comunicantes, e, ainda mais, não possuindo um meio apropriado para a locomoção, estamos tentando acostumar o povo a nos procurar em determinados dias, em diferentes lugares, onde permaneceremos para os exames.

Assim, em tais dias do mês, marcamos exame nos Centros de Saúde, Postos, Santa Casas, ou mesmo consultórios de colegas, em diferentes lugares. E procurando sempre incutir no Animo dessas pessoas, que os maiores interessados são eles mesmos. Queremos crer, contudo, que muitos comunicantes comparecem não tanto pelas vantagens do exame, mas sim por certo temor de que o obrigemos a fazê-lo.

Pode parecer que essa vinda dos comunicantes e doentes em tratamento avulso para exame a lugares previamente determinados, prejudicará o sigilo que se deve observar para os casos. Nos lugares pequenos, os casos de lepra são públicos e notórios, não havendo mais segredos a guardar, e caso a família do doente julgue conveniente, não fazemos questão em ir examiná-los em sua própria residência. Porém essa ida ao domicílio do paciente, chama mais a atenção. Nas fazendas então, nossa chegada determina sempre grande alvoroço.

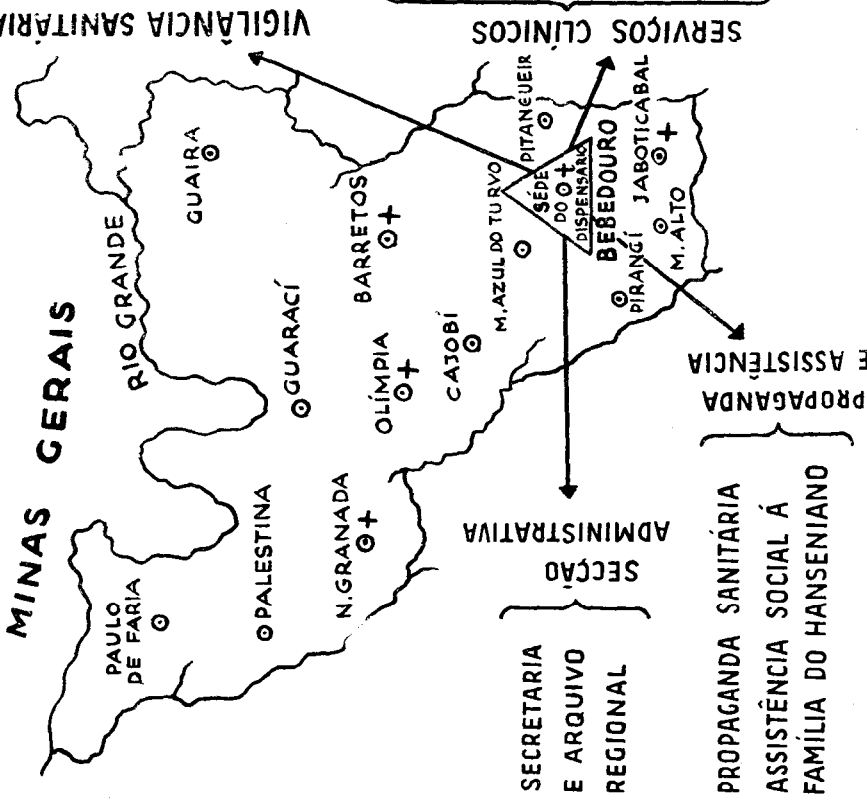
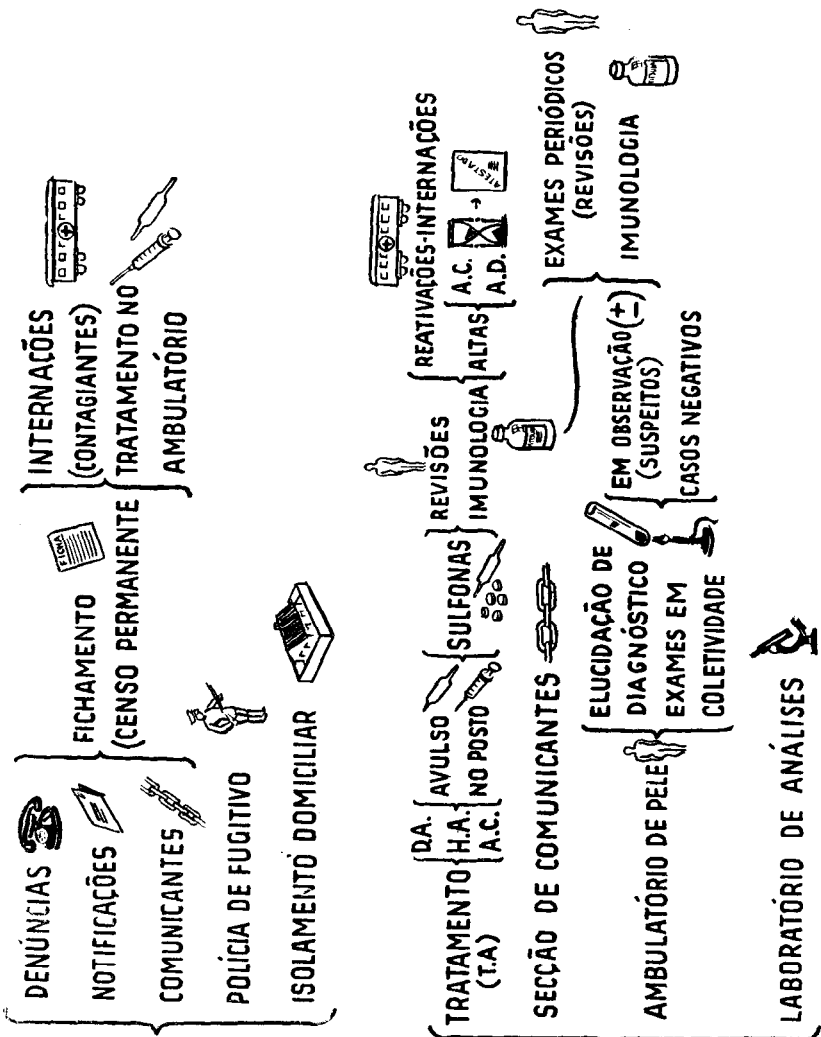
A primeira visita contudo, sempre fazemos o possível para realizá-la, a fim de estudar "in loco" o "habitat" do doente. Nessa mesma ocasião determinamos os dias para os exames subsequentes dos comunicantes, no distrito mais próximo, de modo a não deslocá-los muito. Uns poucos preferem fazer a viagem até Bebedouro para serem examinados na sede do Dispensário. Nos lugares muito distantes, examinamos os comunicantes segundo as notificações, mandando sempre um aviso antecipado. Não havendo qualquer novo caso a verificar, pelo menos uma vez ao ano aí os deslocamos para esses pontos.

Foi o seguinte o movimento de comunicantes examinados no Dispensário, desde sua criação:

<b>A n o s</b>	<b>Comunicantes examinados</b>
1938 .....	127
1939 .....	460
1940 .....	376
1941 .....	341
1942 .....	512
1943 .....	1.228
1944 .....	1.106
1945 .....	1.331
1946 .....	870
1947 .....	915
<b>Total .....</b>	<b>7.296</b>

Em 31-12-1945, tínhamos no arquivo, 2.007 comunicantes, dos quais 259 em contrôlo, na proporção apreciável de 12%, assim distribuídos por município:





CONVENÇÕES : ⊙ SÉDE DE MUNICÍPIO - + CENTRO DE SAÚDE

Municípios	Comunicantes matriculados	Sem contrôle
1) Bebedouro .....	985	73
2) Barretos .....	375	26
3) Jaboticabal .....	299	36
4) Olímpia .....	183	34
5) Colina .....	187	4
6) Pirangi .....	106	9
7) Monte Alto .....	105	3
8) Pitangueiras .....	76	2
9) Nova Granada .....	63	9
10) Viradouro .....	55	3
11) Guaraci .....	58	0
12) Monte Azul .....	40	3
13) Palestina .....	42	12
14) Cajobi .....	34	19
15) Paulo de Faria .....	30	2
16) Guaira .....	14	3
<b>Total</b> .....	<b>2.007</b>	<b>258</b>

Chama logo a atenção que Bebedouro, com índice de contágio bem menor que o de Barretos, tenha maior número de comunicantes fichados. Todavia, se lembrarmos que Bebedouro é a sede do Dispensário, onde os comunicantes podem ser "investigados" com maior intensidade, temos aí a explicação. Muitas vezes também em Barretos, os doentes são forasteiros, sem família, portanto sem comunicantes, o que não acontece em Bebedouro, onde *cada* doente representa quasi sempre um núcleo a ser examinado.

Por outro lado, se nesta cidade, sede do Dispensário, temos maior número de comunicantes, graças As facilidades para maior número de exames, deveríamos ter também, menor porcentagem de comunicantes sem contrôle, o que pelo quadro não se verifica. Aqui também cabe uma explicação: — muitos desses comunicantes matriculados, são parentes distantes, ou mesmo simples amigos de doentes, que graças, como dissemos, A sede do Dispensário da cidade, foram registrados, mas posteriormente perderam o interesse pela questão dificultando ou tornando impossível a revisão.

No cômputo geral, temos sem contrôle 12% dos comunicantes matriculados. Um número talvez alto, porém quem faz esse Serviço no interior, pode avaliar as dificuldades dessa função. Aliás, queremos crer, mesmo em S. Paulo, o número de comunicantes com os exames atrasados deve ser muito alto.

Grande parte dos nossos comunicantes extraviados, residia na zona rural, onde é muito difícil controlar essas pessoas, por se mudarem constantemente, sem mesmo deixar endereço, sendo para nós impossível seguir qualquer pista, além das dificuldades de transporte.

Em 1946 examinamos apenas 870 comunicantes; perfeitamente em relação com o pequeno número de doentes do ano (81). Nessa época, além das dificuldades decorrentes da guerra, estávamos na fase aguda da agitação em nossos hospitais.

Atualmente nosso arquivo regional registra cerca de 2.500 comunicantes examinados uma ou mais vezes. Temos fichados em nossa zona, de 1924 até 1948 (abril),

1.109 doentes, que deveriam fornecer de 4 a 5.000 pessoas, número êsse que não foi possível atingir. Ao lado da repulsa que muitas pessoas sentem por esses exames e que fogem assim ao nosso controle, temos o fato de muitos dos nossos doentes procederem de outros lugares.

Já citamos Barretos, onde foram registrados 235 doentes até 1947, sendo que 59 são procedentes de outros Estados (41 de Minas Gerais). Em Barretos apenas pudemos matricular cerca de 500 comunicantes e mesmo dêsse número, quasi 20% estão sem controle, isto é, com os exames bem atrasados, por terem se mudado sem deixar notícias.

Ê a seguinte a distribuição dos doentes pelos 16 municípios de nossa região, desde o início das atividades do D. P. L., em 1924, até começo de 1948, em relação com o número de comunicantes matriculados no Dispensário:

Municípios	Doentes	Comunicantes
Barretos .....	235	448
Jaboticabal .....	174	322
Bebedouro .....	158	402
Olimpia .....	112	232
Monte Alto .....	79	113
Nova Granada .....	62	78
Colina .....	58	121
Pirangi .....	46	117
Viradouro .....	39	62
Monte Azul .....	37	49
Pitangueiras .....	33	66
Cajobi .....	21	45
Paulo Faria .....	15	31
Guaira .....	12	17
Guaraci .....	4	62
<b>Total .....</b>	<b>1.109</b>	<b>2.226</b>

Devemos assinalar que nesse número de comunicantes não estão incluídos os que estão sob vigilância de outros Dispensários, assim como os que foram examinados, mas já faleceram.

#### DOENTES ANTIGOS SEM CONTRÔLE LOCALIZADOS PELO DISPENSÁRIO (FUGITIVOS REINTERNADOS)

Nos 5 anos o Dispensário reinternou 61 fugitivos dos Hospitais, sendo apenas 2 ou 3 dêles por intermédio dos guardas da séde. A grande maioria seguiu acompanhada pelo enfermeiro ou mesmo sosinhos.

Procuramos resolver êsse árduo problema pela persuasão. Chamamos o doente que se refugia em casa, escrevendo-lhe ou para lá nos dirigimos sempre dispostos a conseguir a reinternação pelos meios pacíficos. Demonstrada a situação constrangedora que sua presença determina a todos os seus, ajudamos a resolver os problemas determinantes da fuga e geralmente o doente está pronto a seguir depois dum prazo

razoável; é verdade que muitos deles tornam a fugir... Temos alguns doentes com 8 fugas consecutivas, que eles consideram como "licença"...

De outro lado, alguns não se convencem. Escondem-se, recebem-nos mal, e procuram fugir ao nosso controle. Para esses infelizmente só uma "ação de comando" poderá decidir da reinternação.

No quadriênio também localizamos seguramente, na região ou fora dela, mais 47 doentes antigos, considerados sem controle, regularizando a sua situação.

#### DESPESAS DO DISPENSÁRIO

Dada a grande alteração dos preços até 1945 e em 1946 (vencimentos, transportes, etc.), para confronto, vamos detalhar as despesas de nossa Inspeção no triênio 1943-45 e no ano de 1946.

Assim, de 1943 a 1945, gastamos:

Vencimentos — (médico, enfermeiro e servente) .....	Cr.\$ 82.500,00
Pronto pagamento: — (passagens de jardineira, alimentação a doentes em trânsito, pequenas despesas).....	Cr.\$ 5.400,00
Material de consumo e limpeza (medicamentos, papéis, telefone, luz, etc., material recebido dos almoxarifados) — Diárias (médico e enfermeiro).....	Cr.\$ 14.800,00
	Cr.\$ 27.930,00
Total nos três anos .....	Cr.\$ 130.630,00
Média das despesas mensais.....	Cr.\$ 3.350,00.

Nessa relação, apenas não computamos as poucas diárias dos guardas que estiveram em serviço na região (uns 30 no máximo) e os passes de estrada de ferro, cujo pagamento é feito diretamente pela Secretaria.

Tomando-se para cálculo a importância de Cr.\$ 130.630,00, utilizada de 1943 a 45 e dividindo-se pelos 153 doentes fichados no período, cada fichamento custou a importância de Cr.\$ 853,00. Considerando-se mais os fugitivos reinternados no período (44) e mais os 37 doentes antigos localizados, temos para cada doente a despesa de Cr.\$ 560,00.

Com essa importância, fizemos também o controle dos milhares de comunicantes da região, tratamento de cerca de 160 doentes avulsos mensais com o fornecimento de 23.050 ampolas de injeções e a internação dos doentes contagiantes — (2/3 dos fichados).

Em 1946 porém, as despesas foram muito maiores, dado o encarecimento das utilidades.

Gastamos nesse ano, entre vencimentos, despesas de pronto pagamento, material de consumo, diárias, etc., a importância de — Cr.\$ 74.064,87.

Isso representa mais da metade da quantia que foi gasta nos três anos anteriores. Tivemos portanto em 1946, uma despesa mensal de mais de Cr.\$ 6.000,00. Não houve no Dispensário, aumento de funcionários e gastos extras.

O Departamento atravessava uma campanha difamatória que muito dificultou nosso trabalho. No período localizamos 19 fugitivos, tendo reinternado 14. A média de despesa por doente fichado, importa pois, em 1946, em Cr.\$ 2.451,00. Computados também os fugitivos e localizados, temos a média de Cr.\$ 1.480,00 por doente.

No quadriênio 1943-1946, o D. P. L. consumiu pois, com o de Bebedouro, a importância de Cr.\$ 204.694,00 — o que dá a média para cada doente novo fichado de Cr.\$ 1.112,00. Somados os 184 doentes novos, com os outros 110 que estavam sem controle, temos a média de Cr.\$ 720,00.

É bom frisar que com essa importância fizemos também a internação de quasi 200 doentes e mantivemos em tratamento, uma média de mais de 160.

Em 1947 tivemos a despesa de Cr.\$ 108.887,10 o que representa para cada doente novo fichado naquele ano, Cr.\$ 2.415,00. Considerando porém os 200 doentes em tratamento ambulatorio, significa apenas a importância de Cr.\$ 829,00 para cada um deles, por um ano de tratamento, incluindo os medicamentos quasi na totalidade.

#### AMBULATORIO DINAMICO — (SERVIÇO ITINERANTE)

Vimos que uma característica do nosso Dispensário é a sua mobilidade. Fôssemos estritamente estáticos, não poderíamos realizar talvez, metade de nossa produção.

O serviço itinerante desta inspetoria (médico e seu enfermeiro), percorre anualmente cerca de 86.000 kms., distância coberta pelos meios comuns, isto é, estradas de ferro, ônibus, à cavalo e poucos quilômetros de automóvel.

Temos seis municípios da região não servidos por estrada de ferro — (Paulo de Faria, Palestina, Guarací, Cajobi e Pirangi), sendo os outros 10 distribuídos pelas linhas férreas.

Além daquêles municípios que devem ser atingidos por jardineiras, há os numerosos distritos, em grande parte também longe da estrada de ferro. Depois disso devemos considerar todas as fazendas e sítios da zona rural, que devem ser visitados.

Geralmente vamos de trem ou ônibus, até a sede do município ou distrito servido por êsses veículos. Dai para diante, de automóvel, a cavalo ou outro meio.

Existia um acôrdo entre as Prefeituras para nos fornecer condução em seu município. Infelizmente, as verbas que elas designam em seus orçamentos para isso, geralmente não atinge Cr.\$ 200,00 por ano. E temos que levar em conta que isso também servirá para os funcionários dos Centros de Saúde. Assim, quasi sempre que necessitamos de condução, a Prefeitura não pode mais fornecer, porque não tem verba, sabido também como é caro o preço dos transportes. Já muitas vezes ficamos sem poder prosseguir numa busca, por falta de condução. As Prefeituras, sobrecarregadas com vultuosas despesas e orçamentos periclitantes, não podem oferecer melhor cooperação. Seria necessário que dispuzéssemos de veículo próprio, para melhor rendimento.

A média de quilômetros percorridos por ano foi de 35.170, o que dá por mês cerca de 2.930. Percorremos cerca de 800 kms. para cada fichamento dos 227 doentes novos do período. Considerando-se também os fugitivos reinternados e mais os outros doentes antigos localizados, a média é de 450 roas., para cada um desses doentes.

#### CONCLUSÕES E SUGESTÕES

1. "TEMPO INTEGRAL": — As características de trabalho no Dispensário Regional, exigindo freqüentes viagens fóra da sede, obrigam a "tempo integral". O horário de 6 ou 8 horas estabelecido pelos Estatutos, quando se está em viagem é apenas teórico; às vezes o dia de trabalho atinge 12 horas.

Na sede também não podemos manter um horário rígido de expediente. O comunicante vem de longe, geralmente aos domingos e feriados, para visar sua caderneta, com um único trem para seguir, não podendo esperar que o atendamos dentro do horário. Trata-se muitas vezes de pessoa, que a custo conseguiu a passagem

para a visita a um parente internado e algumas horas para ele significam muitas vezes perda de viagem. É questão de humanidade atendê-lo.

Outras vezes, recebemos aviso de um doente a chegar pelo noturno. Devemos providenciar alojamento, alimentação ou quiçá determinar-lhe o prosseguimento até o hospital. Há, por certo, dias relativamente calmos, de pouco serviço, mas estamos sempre numa espécie de plantão permanente, a espera do imprevisto que pode ser o chamado imediato a um município distante. Isso representa que não podemos dispôr de um horário de trabalho regular e assim estamos impedidos de assumir outras responsabilidades. O cargo obriga pois, que se atenda em todos os dias e a qualquer hora, independentemente de expedientes teoricamente criados. De outro lado, também, mesmo que o médico regional queira acomodar sua vida particular tentando a clínica civil, isso para ele não será possível. O simples fato de ser leprologista, afasta os possíveis clientes. Nas grandes cidades, isso poderá passar despercebido, mas nos lugares pequenos onde são instalados os dispensários, é notória sua função, de modo que o médico terá forçosamente que se limitar apenas ao ordenado. As viagens freqüentes que o *afastam da sede*, faz também que suas oportunidades para a clínica particular sejam nulas; é sabido que uma dos fatores para o sucesso no consultório é que o médico seja encontrado quando necessário. O doente que não o encontra uma vez não retornará.

Desse modo, exigindo a modalidade de Serviço que se faça "tempo integral" e impedindo que se consiga clínica particular é justo e lógico que esse "full time" obrigatório tenha a remuneração correspondente. Além disso, seria preciso que se organizasse um sistema de aumento periódico e automático dos vencimentos e que o tempo de serviço nos Dispensários fôsse limitado.

Teríamos assim garantido o presente e de certo modo o futuro do funcionário, desde que ele não fôsse muito ambicioso. Poderíamos dêsse modo recrutar pessoal bastante, competente, que se interessasse exclusiva e profundamente pela doença e pelo paciente.

2. CONDUÇÃO PRÓPRIA — Nosso ambulatório, dispensário dinâmico por excelência, obriga ao continuo deslocamento. Não podemos aguardar que o doente ou suspeito venha até nós, porque correríamos o risco de perdê-lo. Temos pois, como fator de eficiência, obrigação de nos locomover rapidamente de um ponto para outro da região. Para isso é claro, devemos dispor de um meio próprio e independente de condução. Não se compreende mesmo um ambulatório nas condições do nosso, tenha que contar apenas com os meios ordinários e coletivos de transporte. Por melhor boa vontade que se tenha, nunca poderemos ir onde é preciso apenas de trem e ônibus. Na zona rural, a mais povoada, é grande, e a densidade demográfica pequena, precisamos dispôr dum veículo que nos transporte. A remoção dos doentes também seria facilitada, se dispuzéssemos dum carro apropriado. Evitaria- mos assim que os doentes viajassem nos transportes coletivos, em desacordo com as regras profiláticas.

3. ALTAS HOSPITALARES — Cremos que um problema de máxima importância para o êxito da campanha, é justamente essa questão das altas hospitalares. Alguns doentes ao sair do hospital, trazem um complexo negativista, que vai de encontro a tudo que insistimos e pregamos, estando convictos de três coisas: a) que eles nunca estiveram doentes; b) que seu exame nunca foi positivo; c) que estão com alta, portanto perfeita e completamente curados.

Assim, muitos deles saem do hospital e não procuram o Dispensário e se o fazem é porque foram por nos constrangidos. É sempre oportuno repetir que os candidatos à alta deveriam ser submetidos a uma educação intensiva, onde lhes fosse ministrado por MÉDICOS, certos ensinamentos sôbre a moléstia, procurando convence-los de que, de fato eles são DOENTES e que a alta não importa em cura, apenas representando uma situação mais ou menos precária e que nos postos ou ambulatórios ainda têm que sujeitar-se a uma rigorosa vigilância e tratamento. Mostrar-lhes que as reativações são muito possíveis e que, nesse caso, o retorno ao hospital será

obrigatório. O novo regulamento de altas, procurou contornar a situação, modificando a denominação de "ALTA HOSPITALAR" para "TRANSFERÊNCIA PARA TRATAMENTO AMBULATÓRIO", subtileza de nomenclatura que os médicos compreendem, mas que para o doente é a mesma coisa. Desde já devemos adiantar, segundo nosso modo de ver e experiência, que as "ALTAS DO HOSPITAL" devem ser valorizadas e só concedidas quando pudessemos oferecer um máximo de garantias aos doentes e à coletividade.

Nos ambulatórios do interior, por mais que nos esforcemos, a vigilância dos casos de alta não pode ser muito eficiente. Vários fatores impedem que nos desobriguemos perfeitamente da missão; o lado econômico do doente, quase sempre um indigente, as dificuldades de transportes, a falta de higiene e de educação do povo, etc., são obstáculos insuperáveis.

As reativações são mais ou menos freqüentes segundo a fôrma clínica e suas conseqüências são de alta importância. Além de constituírem um novo foco de contágio, temos o fato doloroso que isso representa para o doente, sua família e o próprio médico, lançando o descrédito da terapêutica e do Serviço, fazendo do doente um revoltado. Vimos mesmo que 50% dos nossos casos reativados, fugiram a reinternação, tornando-se focos de contágio mais graves.

4. OS EXAMES DE COMUNICANTES — Sabendo-se que um dos pontos essenciais da profilaxia repousa no controle periódico dos comunicantes, seria desejável que estes exames fossem bem regulamentados e tornados, de fato, obrigatórios. Em nosso Estado um decreto, obrigava-os a esses exames, mas não estabelece penalidade alguma a quem deixar de cumpri-los. O único fator que dispomos para tal é a exigência da caderneta de contatos para a visita aos parentes internados. Porém, nem todos vão ao hospital, principalmente as crianças, justamente onde a vigilância tem que ser mais acurada. E recentemente então, com o novo sistema de licença aos doentes para que visitem suas famílias, também estas escaparam ao nosso controle. Temos em nossa cidade, duas famílias de comunicantes que residem na mesma rua. Seus doentes estão no mesmo hospital, mas um dos focos, visitado o doente no Sanatório, tem seus exames perfeitamente em dia, ao passo que a outra família, onde é o doente que vem em visita, há vários anos não faz seus exames. A nossa interpelação, responderam que não seria mais necessário serem examinados porque não iam mais ao hospital... Dos nossos 227 doentes novos fichados no período 1943-47, cerca de 1/3 era constituída por comunicantes registrados (78). É possível que outros também o fossem, e não estivessem anotados na seção correspondente. De outro lado, o exame periódico despista o foco logo de início, antes mesmo que se torne contagiante, portanto ainda em tempo de ser matriculado no Dispensário. E na base atual dos nossos conhecimentos, é esse um dos pontos mais importantes em que repousa o êxito da campanha, mormente agora que alimentamos grandes esperanças com a terapêutica sulfônica nos casos incipientes.

Talvez pudessemos melhorar essa questão sem grandes inconvenientes, instituindo a obrigatoriedade da CARTEIRA DE SAÚDE, pelo menos para grande parte da população. Essas cadernetas teriam assim que ser revalidadas anualmente nos Centros de Saúde, Dispensários de Tuberculose e de Pele, assim chamando-se os Dispensários de Lepra. O indivíduo passando incólume pela clivagem dos três Serviços, obteria sua CADERNETA DE SAÚDE, que então representaria um documento idóneo. O comunicante a ser examinado, seria intimado a retirar ou revalidar sua caderneta de saúde, e assim teria que passar obrigatoriamente pelo Dispensário, sem despertar suspeitas e sem incorrer naquilo que ele atualmente julga ser um vexame, isto é, ser examinado periodicamente pelos médicos dos Serviços de lepra.

As denúncias e notificações seriam também muito mais facilmente verificadas. Bastaria apenas chamar o suspeito para revalidar sua caderneta e no Dispensário ser fichado caso fosse positivo a exame. Se negativo, revalidaríamos seu documento e não precisaríamos entrar em explicações, evitando-se assim uma situação bastante constrangedora, tanto para o médico como para o examinado.

Nas outras cidades, o médico regional, então "médico de pele" estaria em seus Centros de Saúde, em determinados dias do mês e ali revalidaria as cadernetas apresentadas para exame. Haveria assim, maior entrosamento entre os diferentes órgãos da Saúde Pública, de cujo trabalho todos se beneficiariam. Poderíamos também, em colaboração com os outros serviços, desde que dispuzéssemos de condução própria, organizar EXAMES COLETIVOS, nas fazendas, fábricas, etc., conferindo a cada um dos examinados, sua CARTEIRA DE SAÚDE, sem que o interessado perdesse dias de serviço.

Outro fato no qual seria preciso insistir e que se prende ao exame de comunicantes, é a visita ao domicílio do doente fichado. O regional deve se esforçar para realizar essas visitas, pelo menos na primeira vez. É freqüente ficharmos um doente e deixar em sua casa o verdadeiro foco contagiante. Estudariamos assim "in loco", as condições de cada caso. Essas visitas contudo, se bem que muito importantes, não são sempre fáceis. O Dispensário deveria contar com uma enfermeira visitadora, que muito auxiliaria nessa parte, sendo que as condições inerentes ao seu sexo, permitiria que entrasse em qualquer domicílio mais facilmente. Seriam aproveitadas para esse cargo, mulheres com alta em boas condições, a exemplo dos enfermeiros.