

REAJUSTAMENTO DO TRABALHO ANTILEPRÓTICO AS DETERMINANTES ATUAIS

JOÃO BAPTISTA RISI

JOIR FONTE

THOMAZ POMPEU ROSSAS

A — ORIGEM E EVOLUÇÃO DO PLANO PROFILÁTICO VIGENTE

Na organização da luta contra a lepra no Brasil, planejada em 1935, se teve em mira aparelhar o país com as peças consideradas como indispensáveis para a execução das medidas profiláticas, aconselhadas pelos conclaves internacionais havidos sôbre a matéria.

Naquela ocasião, predominava a doutrina de que o isolamento constituia a medida mais importante para o contrôle e erradicação da endemia. O diagnóstico de lepra sugeria logo a idéia da segregação, com as consequências desastrosas para o indivíduo atingido e para a sua família. E dessa idéia partilhavam leprólogos, sanitaristas e o público leigo, principalmente os administradores, imbuídos ainda dos preconceitos bíblicos sôbre a doença.

Algumas Unidades Federadas chegaram até a adotar processos semi-policiaescos no internamento leprocomial compulsório, com graves repercussões de ordem profilática e social.

Considerado o doente um indivíduo condenado a ser assistido durante tôda a sua vida pelo Estado, os leprosários deveriam proporcionar aos internados o máximo de conforto em troca da reclusão por tempo indeterminado. Planejavam-se verdadeiras vilas sob a denominação de colônias agrícolas. Além dos alojamentos e das instalações médicas e administrativas mínimas para o seu funcionamento, eram os leprocômios dotados de tudo quanto precisava quem ali devia fazer estadia prolongada: recreações, campos de esportes, oficinas etc. etc., de modo a incentivar a vida em sociedade, intensa e duradoura.

Êsses estabelecimentos visavam mais a assistência ao doente do que a profilaxia ativa da doença.

Posteriormente, a indicação de restringir o isolamento, apenas aos casos contagiantes, pôs em realce o dispendioso problema do dispensário especializado, com numerosas e pesadas atribuições, entre as quais sobressaíam o contrôle e o tratamento dos doentes não internados. Êste último agravado, principalmente, pelos processos de aplicação dos preparados chaulmoogricos, então dominantes no arsenal terapêutico da época.

Ainda, aqui, a finalidade principal era assistencial, em detrimento das atividades essencialmente profiláticas.

De outro lado, a nossa defeituosa organização social provocou, também, a necessidade da assistência material aos menores desamparados pela incapacidade transitória, ou definitiva, do enfermo arrimo de família. Teve, então, origem a criação da terceira peça — o preventório, com intúitos mais assistenciais que preventivos, pois o isolamento sistemático dos focos logicamente diminuía as possibilidades de contágio e na hipótese de já ter havido contaminação dos conviventes, o preventório em nada contribuía para evitar o aparecimento dos casos secundários.

Todo o trabalho baseava-se, pois, no funcionamento conjugado e harmônico das três unidades especializadas — leprosário, dispensário e preventório — sob a orientação técnica e se possível, também administrativa de um órgão central, integrado nos Departamentos de Saúde. Essa organização, de caráter regional, isto é, de âmbito estadual, estendeu-se, igualmente, aos Territórios federais e ao Município sede da capital da República.

Procurando dar cumprimento ao programa traçado, o Governo Federal iniciou a construção de novos leprosários nas Unidades que não os possuíam, ou que necessitavam de maior número de leitos, e ampliou, ou remodelou os existentes, plano êsse ainda em execução até os dias atuais. Sob a justificativa de que êles constituíam a peça mais urgente além da mais onerosa, financeiramente, houve a preocupação de, inicialmente, dotar cada Unidade da Federação, de pelo menos um leprosário, desde que a hipótese de situá-los regionalmente, conforme indicava a epidemiologia, tropeçava com a ordem política estabelecida. Em consequência, alguns Estados, com elevado número de doentes contagiantes e necessitados, portanto, de maior quantidade de leitos, foram prejudicados na aplicação das minguadas verbas orçamentárias da União, pela construção de leprosários em outros menos carentes e que poderiam resolver a sua situação de melhor maneira.

Logo depois, a iniciativa particular, através de grandes campanhas financeiras de apêlo à bolsa do povo e em colaboração com os poderes públicos, encetava, igualmente, a construção de preventórios em tôdas as Unidades Federadas, com exceção do Estado de São Paulo, que já os possuía, concorrendo dessa forma para o cumprimento do programa elaborado.

A montagem dos dispensários, prevista para uma etapa ulterior à construção de leprosários, deixou, porém, de ser realizada, apesar de ninguém negar o valor inestimável dessa peça.

Tôda essa organização exigia um amplo quadro de médicos leprologistas e respectivos auxiliares especializados, devidamente treinados, coisa não muito fácil de se conseguir, como, de fato, jamais foi obtida, apesar das vantagens materiais que, no princípio da campanha, eram oferecidas aos que ingressavam nos seus quadros.

O imenso esforço e o vulto enorme de recursos financeiros aplicados no aparelhamento material das principais peças do armamento antileprótico não foram recompensados na prática. A maioria dos Estados não possuía capacidade financeira para manter e fazer funcionar aquêle esquema ideal que se mostrou impraticável pelas circunstâncias que adiante exporemos sucintamente.

O Governo Federal construía e instalava os leprosários, entregava-os, ainda incompletos, aos Estados e desobrigava-se, totalmente, de sua manutenção. Os Governos dos Estados, por sua vez, embora interessados, viam, desde logo, que as despesas para o funcionamento dêsses estabelecimentos ultrapassavam as suas possibilidades materiais, daí resultando restrições, cada vez maiores, às suas finalidades. Evitava-se qualquer iniciativa destinada a descobrir novos doentes, para que não crescessem os ônus disto decorrentes. Os doentes que se recolhiam, espontâneamente, sofriam as consequências da insuficiência de recursos, o que concorria para o descrédito da administração. Em alguns lugares, o problema tornou-se de tal modo crucial que nasciam movimentos de insubordinação e, em outros, a administração fechava as portas à novas admissões.

Tôdas as atenções se concentravam no leprosário que absorvia, quase que totalmente, a parcela orçamentária, destinada à profilaxia da lepra e era o alvo predileto dos responsáveis imediatos pela campanha, dos dirigentes e dos governantes em geral.

Os preventórios eram entregues à administração e manutenção das instituições particulares que também lutavam com tremendas dificuldades para cumprir a tarefa que lhes cabia. Em pouco tempo, verificavam a impossibilidade, parcial ou total, de suportarem tal encargo e limitaram a entrada de novas crianças, ou apelaram para os poderes públicos, em busca de ajuda, sem a qual não poderiam subsistir.

As exigências do leprosário e do preventório, imediatas e absorventes, obrigavam a que fosse relegada, para épocas mais propícias, a ação dos dispensários, sendo subestimado o seu papel, como agente de primeira grandeza na profilaxia da lepra. Jamais se cogitou de ampliar ou desenvolver suas atividades.

O Governo Federal procurou remediar a situação, concedendo verbas para auxiliar a manutenção dos leprosários e dos preventórios, mas, pela sua insignificância, em relação às despesas obrigatórias, pouco ou nada resolveram a tragédia vivida por aquêles estabelecimentos. As maiores parcelas do orçamento da União destinavam-se, ainda, à construções e remodelações dos leprosários.

Quando se começou a pensar na montagem de novos dispensários já era tarde. Os poucos técnicos, formados pelos cursos realizados e que enfrentaram o trabalho árduo e ingrato nos leprosários, procuravam afas-

tar-se da especialidade, principalmente ao vislumbrarem escassas perspectivas de êxito material e, até mesmo, moral ou científico, na carreira abraçada. Desestimulados e desiludidos desertavam em massa, não havendo preenchimento dos claros, nas devidas proporções, consequente do desinteresse pela especialidade, por parte dos jovens recém-saídos das Universidades.

Apesar de tôdas as tentativas neste sentido, não se conseguiu aumentar o número de dispensários existentes e, pelo contrário, alguns eram fechados, por falta de pessoal técnico, especialmente de médicos. Os dispensários monovalentes, abrangendo extensas áreas geográficas, ficavam na dependência de transporte. E falar em transporte num país sem estradas, que não produz viaturas e sem auto-suficiência de combustível, é desejar o difícil quiçá o impossível. Voltamos, pois, à estaca zero, na questão dos dispensários especializados.

Como resolver, então, tôdas essas dificuldades? Desorientados, em face do vulto do trabalho e da enorme responsabilidade que recaíam sobre os seus ombros, os leprologistas procuraram culpar a organização. Surgiu, daí, a doutrina de que o único meio para se obter o rendimento almejado era a autonomia técnica e administrativa dos serviços de lepra, de preferência dissociados da organização geral, a exemplo do que acontecia no Estado de São Paulo, indiscutivelmente a Unidade melhor aparelhada e que demonstrava muita intenção de resolver o problema.

Esqueciam-se, contudo, os que defendiam essa teoria de que a questão não era de organização e nem só de recursos, mas, fundamentalmente, de métodos de trabalho. Aquêlo tipo de organização, em nada contribuiu para a diminuição da incidência da lepra, fato confirmado, aliás, pelo que demonstra a experiência.

O agravamento da endemia e a escassez de pessoal técnico especializado, associados à insuficiência de recursos financeiros, da maioria das nossas Unidades políticas, concorreram para que nova bandeira fosse desfraldada pelos leprólogos, ainda interessados em ver realizado algo de útil e proveitoso, em prol de uma população assolada por tantos males, acrescidos de mais esse — da leprose — estigmatizante e perfeitamente evitável. A solução, na opinião de muitos, estava na federalização dos serviços de lepra. Como sempre via-se, apenas, a organização e a administração dos serviços e não a conveniência de um planejamento racional dos trabalhos profiláticos.

O Governo da União, porém, impedido, aliás, parcialmente, pela própria Constituição Federal, jamais demonstrou grande interesse em nacionalizar a campanha contra a lepra, limitando-se a traçar normas que não poderiam ser aplicadas e a conceder auxílios financeiros que não atingem sequer um quarto da despesa total, cujo maior pêso recai sobre os governos das Unidades Federadas.

Esse fato por quase todos reconhecido foi bem focalizado por Orestes Diniz (1) quando, em recente trabalho apresentado ao III Congresso Médico do Brasil Central (novembro de 1951), dizia:

"Acreditamos que não será possível a solução do problema da lepra em muitos Estados, sem o auxílio financeiro do Governo da União. As rendas públicas de algumas Unidades Federadas não são suficientes para fazer face aos pesados ônus de manutenção dos leprosários e demais peças do arsenal antileprótico, sendo, talvez, por isso, prevista a passagem desses órgãos para o Serviço Nacional de Lepra. As despesas do Governo Federal, bastante apreciáveis, são, porém, na realidade, inferiores às feitas pelos Estados, justificando-se assim que alguns transfiram as responsabilidades de manutenção ao Serviço Nacional de Lepra".

Premido pelas circunstâncias, entretanto, o Governo Federal se viu obrigado a assumir o encargo da profilaxia em dois Estados, mediante acôrdo bilateral, contribuindo ambas as partes com parcelas que, somadas, ficam muito aquém do necessário para executar o esquema clássico ainda em vigor. Continuamos a insistir na aplicação de processos que fracassaram pelos motivos acima expostos.

O êrro da federalização parcial de um serviço sanitário que mantém estreita relação com as demais atividades de saúde pública, é agravado pela manutenção de um sistema inadequado ao nosso meio e às nossas disponibilidades financeiras, pois a organização considerada, teoricamente, como ideal para o contrôle da endemia leprótica não pode ser aplicada em países de baixo potencial econômico e como tais devemos considerar a maioria das nossas 25 Unidades políticas, administrativamente independentes pelo regime federativo em vigor no Brasil.

A ninguém causa dúvida que os programas não podem, nem devem, ficar adstritos a fórmulas rígidas, obedientes à uma ortodoxia intransigente. Ao contrário, necessitam de plasticidade, de sorte a possibilitar sua adaptação às conveniências regionais, tanto do ponto de vista dos imperativos técnicos, quanto ao do interesse de seu perfeito e mais adequado ajustamento às características administrativas e econômicas dominantes.

As recomendações firmadas nos conclaves científicos, via de regra, não atendem bem à estas conveniências, porque encaram os problemas num plano muito específico, deixando-os de considerar como parte integrante de uma atividade sanitária geral.

Resultam daí dificuldades insuperáveis que, na generalidade dos casos, tornam infrutíferos os esforços daqueles que porfiam em concretizar um programa nas bases rígidas das formulações congressionais. Os entrec choques de doutrinas, as deficiências econômicas, a carência de pessoal técnico, as interferências político - administrativas, constituem o conjunto de

(1) Arquivo do S.N.L. n° 1 — 1952.

obstáculos que estiolam o ânimo dos que se obstinam em considerar as atividades sanitárias segundo dependências absolutamente estanques.

Os postulados contidos nas conclusões dos Congressos devem ser admitidos dentro da visão ampla, que indique ser a administração pública algo de complexo, grandioso, com problemas de múltiplas naturezas, para cujas soluções sempre se mostram insuficientes os recursos.

Acresce, ainda, a circunstância de que as soluções mesmo parciais, nos diferentes setores administrativos, ficam sujeitas, não raro, à maneira como se considera o conjunto.

Na administração sanitária este princípio encontra tôda legitimidade, uma vez que se sabe haver base comum na profilaxia das enfermidades infecto-contagiosas. E o sanitarista, no interesse do seu objetivo deve, forçosamente, procurar esse denominador comum para os diferentes problemas, de sorte a assegurar solução em bloco. Sôbre ser isto mais racional é também consentâneo aos imperativos administrativos e ao bem-estar público.

Uma das causas preponderantes porque tem sido insatisfatório o resultado dos esforços empreendidos na campanha contra o mal de Hansen, em nosso país, está na falta de ajustamento dos esquemas propostos às múltiplas circunstâncias locais. Por isto mesmo as tarefas primordiais nunca encontraram facilidade de execução, sendo daí relegadas a plano secundário, tal como aconteceu com a atividade dispensarial. Assim ocorreu não por desconhecimento da sua relevante importância, mas porque as proporções de sua ação sempre transcenderam as possibilidades da execução integral de todos seus misteres.

Em face destas enormes dificuldades, houve, infelizmente, boa conciliação do trabalho às condições presentes, e tudo mais se comportou, então, defeituosamente, acomodada às deficiências dos recursos.

A atenção máxima da atividade profilática se polarizou para o que era mais fácil realizar, e a segregação se converteu na principal tarefa, que passou a ser desenvolvida com demasiada importância. Tudo mais foi desmerecido, mesmo o espírito crítico não sentia as deficiências ou as tolerava, porque no senso geral se arraigou a concepção de que a profilaxia antileprótica era um processo de longa duração, de índole semelhante ao da evolução e propagação desta enfermidade.

A profilaxia da lepra se tornou inevitavelmente estática e sua eficiência era medida pelas verbas aplicadas e pelo número de enfermos segregados.

B — SUA EFICIÊNCIA VISTA ATRAVÉS DOS POSSÍVEIS RECURSOS DE AVALIAÇÃO

Um plano profilático em andamento, seja qual for seu objetivo, impõe que se proceda, periodicamente, à avaliação de sua eficiência através

dos resultados que estão sendo colhidos. Esta avaliação é que concede meios de se aferir o mérito da técnica seguida e, conseqüentemente, de certificar se são exequíveis, no âmbito local, as conclusões formuladas nos conclaves especializados, mesmo nos de caráter internacional.

A análise serena do quanto se tem feito, no Brasil, contra a endemia leprótica, nestes 15 anos de trabalho contínuo, nos conduz a reconhecer e exaltar o grande esforço desenvolvido para a montagem de um armamento profilático, no mais honesto propósito de satisfazer o elevado anseio do país.

Nestes três lustros, avultou-se o número de casos fichados, segregaram-se milhares de enfermos e se assistiram, socialmente, alguns milhares de filhos de hansenianos.

Muitos lares foram desmanchados, no tributo pesado imposto aos doentes, porque um chefe de família que teve a desdita de contagiar-se, se tornava, de imediato, em débito com a sociedade e forçado a indenizá-la com o preço da sua liberdade.

Em troca dêste pagamento, a sociedade, por seu turno, através dos poderes públicos, se considerava na obrigação de prodigalizar-lhes assistência médico-social, a mais conveniente, e dispensar-lhes todo carinho.

Os efeitos de tudo isto, agora, após três lustros, podem ser considerados como compensadores? Podemos garantir que os resultados obtidos nos indicam estarmos realizando algo de realmente fecundo? Estaremos deixando de fazer alguma coisa de mais proveitoso?

Como avaliar a eficiência do trabalho, diante de uma enfermidade infecto-contagiosa, como a lepra, ainda tão cheia de enigmas, com sua epidemiologia plena de obscuridade?

Não obstante, encontramos elementos que nos conduzem, dentro mesmo de suas possíveis imperfeições à avaliação dessa atividade que se arrasta por três quinquênios. Os elementos de que podemos lançar mão são os seguintes:

- a) coeficientes de prevalência da endemia;
- b) prevalência estatística das formas clínicas;
- c) contróle dos contatos;
- d) precariedade da atividade dispensarial.

a) *Coefficientes de prevalência da endemia.* — Os coeficientes de prevalência da lepra, a se julgar pelo que já foi divulgado, se encontram em ascensão. O confronto dos dados obtidos nos anos de 1946 e 1950 nos fornecem provas absolutamente claras (Quadro I).

Conforme se infere, os coeficientes estão em ascensão e este fato, segundo a opinião dos que mais confiam na ação profilática, tal qual está conduzida, seria apenas virtual, pois traduziria:

- a) maior incremento na descoberta dos enfermos;
- b) maior apresentação dos doentes atraídos, hoje, por uma terapêutica mais promissora;
- c) acúmulo percentual dos casos de lepra, em face da maior sobrevida, dos acometidos, conseqüente à moderna terapêutica.

Não há dúvida que todos estes argumentos devam ser considerados, mas, na realidade, eles não ocultam a verdade que reluz aos olhos dos que estão no diuturno trabalho da profilaxia antileprótica. Se tais argumentos justificassem o fenômeno, ainda assim não seriam tão poderosos, porque tem a anular-lhe os efeitos o incremento demográfico registrado no nosso país.

De outro lado, é perfeitamente sabido não ser legítima a afirmação de que o fato está na dependência da maior descoberta de casos, pois a atividade dispensarial não tem aumentado a ponto de inspirar esta convicção.

Há, ainda, quem argumente ser o tempo demasiado escasso para revelar os resultados da campanha antileprótica.

Não podemos participar deste mesmo ponto de vista, pois a melhor noção que se tem, hoje, da epidemiologia e patogenia da lepra nos leva a admitir, que, em 15 anos, num país com esta infecção endêmica, devem formar-se duas gerações novas de enfermos e uma deve desaparecer, ao menos parcialmente. Isto, a julgar-se pelo tempo de incubação e pela duração média de sobrevida do paciente atingido pela forma mais grave.

Ora, se o panorama da frequência da lepra pode modificar-se nesse lapso de tempo, temos aí, irrefutavelmente, meios para aferir o trabalho que foi executado. Ao trabalho correto deve, necessariamente, corresponder a queda ou, ao menos, o estacionamento do coeficiente de prevalência da lepra.

b) *Prevalência estatística das formas clínicas.* — A prova convincente da insuficiência como se procede na procura de novos enfermos se encerra nas próprias informações estatísticas. Elas persistem, ainda, em acusar maior percentual de formas lepromatosas; situação tão idêntica, hoje, à de quinze anos passados (Quadro II).

QUADRO I — ÍNDICES DE PREVALÊNCIA NA BASE DO NÚMERO DE
DOENTES EXISTENTES EM 31 DE DEZEMBRO E POPULAÇÃO
CALCULADA PARA O MESMO DIA

(Por mil habitantes)

Unidades federadas	1946	1947	1948	1949	1950
Amazonas	3.65	3.82	4.21	4.53	4.84
Pará	3.33	3.30	3.36	3.45	3.49
Maranhão	0.83	0.87	0.84	0.86	0.87
Piauí	0.27	0.26	0.26	0.26	0.28
Ceará	0.51	0.53	0.54	0.55	0.56
Rio Grande do Norte	0.27	0.26	0.26	0.27	0.27
Paraíba	0.12	0.13	0.13	0.14	0.14
Pernambuco	0.16	0.16	...	0.26	0.27
Alagoas	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09
Sergipe	0.19	0.20	0.21	0.23	0.25
Bahia	0.03	0.04	0.04	0.06	0.06
Minas Gerais	1.55	1.61	1.61	1.70	1.72
Espírito Santo	1.51	1.53	1.61	1.68	1.74
Rio de Janeiro	0.42	0.63	0.64	0.64	0.67
Distrito Federal	1.32	1.35	1.39	1.44	1.50
São Paulo	2.11	2.15	2.20	2.27	2.34
Paraná	0.96	1.02	1.05	1.09	1.14
Santa Catarina	0.47	0.50	0.51	0.52	0.47
Rio Grande do Sul	0.28	0.29	0.30	0.31	0.32
Goiaz	0.97	1.00	1.24	1.35	1.44
Mato Grosso .....	...	...	...	...	...

COEFICIENTES DE PREVALÊNCIA DA LEPRO NO
BRASIL, NO QUINQUÊNIO 1946-50 (*)

A n o s	Frequência por mil
1946	0.96
1947	0.99
1948	1.02
1949	1.18
1950	1.17

(*) Apuração feita pelo S.O.C. do S.N.L. e baseada nos informes dos serviços estaduais.

QUADRO II — INCIDÊNCIA DE FORMAS CONTAGIANTES ENTRE OS DOENTES NOVOS FICHADOS

Unidades federadas	1946 %	1947 %	1948 %	1949 %	1950 %
Amazonas	71.1	56.6	65.1	69.0	64.7
Pará	56.6	67.7	35.5	32.7	41.9
Maranhão	88.1	72.9	72.5	65.3	67.9
Piauí	85.7	100.0	88.2	60.0	81.0
Ceará	68.8	69.7	83.3	76.5	66.2
Rio Grande do Norte	69.2	71.4	60.0	84.6	80.0
Paraíba	64.3	88.2	52.6	64.2	58.8
Pernambuco	83.3	89.1	...	41.9	66.7
Alagoas	71.4	75.0	—	100.0	85.7
Sergipe	29.0	76.9	66.7	57.1	66.7
Bahia	66.7	61.5	52.1	55.5	64.3
Minas Gerais	67.0	67.5	72.1	72.1	73.2
Espírito Santo	40.6	38.9	45.0	37.2	34.1
Rio de Janeiro	66.7	74.3	65.2	52.5	49.6
Distrito Federal	56.4	57.1	56.0	52.0	62.2
São Paulo	49.5	47.7	49.8	47.1	46.4
Paraná	64.2	59.5	59.5	66.8	74.8
Santa Catarina	46.5	59.5	59.5	63.9	71.4
Rio Grande do Sul	64.4	68.0	72.1	62.2	69.9
Goiaz	66.0	77.5	39.9	61.2	64.5
Mato Grosso .....	...	...	...	...	...

Ora, o aperfeiçoamento da atividade antileprótica, com a preponderância da ação dispensarial, se acompanharia, inevitavelmente, da primazia do grupo Indeterminado, sobre a forma lepromatosa, nas estatísticas das formas clínicas (*). Isto prova, portanto, a maneira assaz defeituosa como se procura descobrir os casos de lepra, deixando bem patente que os diagnósticos ainda não são feitos precocemente, como se deveria esperar de uma ação profilática antileprótica correta.

Tal conduta se reflete, sem dúvida, sobre a marcha da endemia, uma vez que os casos são submetidos tardiamente, ao controle profilático.

(*) Os resultados dos censos extensivo e intensivo realizado em Candeias demonstrou claramente essa afirmativa, conforme o seguinte quadro comparativo publicado por W. del Favero:

Censo extensivo	Forma clínica	Censo intensivo
63.7%	L	21.7%
31.0%	I	53.8%
5.0%	T	24.3%

c) *Contrôle dos contatos.* — Nestes três quinquênios, uma das falhas mais características do trabalho profilático foi a ausência de controle dos contatos.

E' pacífico que os contatos dos hansenianos constituem grande fonte de novos enfermos, em consequência do próprio caráter epidemiológico desta infecção.

Os dados do inquérito intensivo realizado em Candeias, pelo Serviço Nacional de Lepra, são bastante demonstrativos, conforme se verifica no quadro abaixo.

FREQÜÊNCIA DE LEpra P/MIL ENTRE AS PESSOAS QUALIFICADAS E AS NÃO CLASSIFICADAS COMO CONVIVENTES DE HANSENIANOS (*)

Qualificação	Pessoas examinadas	Casos de lepra encontrados	
		Nº	P/mil
Conviventes	1.554	60	39.8
N/ conviventes . . .	7.848	21	2.8
Total	9.402	81	8.6

(*) Apuração feita pela S.E. do S.N.L. nos questionários do inquérito de Candeias.

Destarte, é lógico que a atenção do serviço sanitário, dever-se-ia concentrar, à custa do maior preço, no "follow-up" dos contatos. As estatísticas que nos oferecem os serviços especializados das Unidades Federadas, no tocante a este detalhe, deixam bem visível a absoluta inoperância dos órgãos incumbidos de realizá-lo. Em alguns Estados, onde este serviço se desenvolve com certo cuidado, ainda assim denota precariedade, exercendo-se o controle dos contatos em percentagem bastante baixa. Em outros, ou isto não se executa, ou se faz em escala tão diminuta que, praticamente, pode ser considerado como inexistente (2).

A execução desta importante atividade da profilaxia antileprótica se encontra confiada aos dispensários especializados, instalados, na grande maioria dos casos, de maneira bastante deficiente.

Encaixados no esquema rígido do serviço especializado estanque, estes dispensários defrontavam-se com uma tarefa desproporcional às suas pos-

(2) Boletim do S.N.L. ano X — nº 4 — Dez. 1951.

sibilidades, e disto resulta sua estaticidade, com todos os inconvenientes, que redundam em detrimento da ação que deve ser atendida com o maior desvêlo.

d) *Precariedade da atividade dispensarial.* — Os fatos que assinalamos encontram sua completa realidade e origem na precariedade da ação dispensaria].

A falência dêste trabalho, repercutiu sôbre tôdas as demais atividades antilepróticas comprometendo irremediavelmente sua eficiência, não obstante se acharem repletos os leprocômios. E' evidente que o número de hansenianos segregados pode impressionar, mas não convencer de que as coisas se conduzem de maneira correta. E a segregação praticada, como se vem fazendo, de casos não reconhecidos no tempo mais oportuno, perde muito do seu valor. Fica óbvio que assim teremos sempre populações novas para ocupar os leitos que se vagarem, por óbitos, fugas e transferências.

O caráter preventivo da segregação é conquistado quando o objetivo sanitário se orienta no sentido de surpreender os casos na sua fase incipiente, através do diagnóstico precoce. Só atendendo a êste desiderato, obteremos as vantagens máximas que temos em vista colimar. E o diagnóstico precoce só o faremos, em escala útil, através do contrôle das massas, pelo menos nos grupos de população, constituída em núcleos, como a população escolar, operária, e, principalmente, do "follow-up" dos comunicantes.

Recaindo sôbre o dispensário todo êste esforço, é evidente que a rede dispensarial deva ser quantitativa e qualitativamente suficiente.

Para empreender êste trabalho de tanta envergadura, os serviços especializados de lepra do país se encontram devidamente habilitados?

Nas circunstâncias atuais, não existe suficiência nem em quantidade nem em qualidade.

As oito dezenas de unidades especializadas, em todo o país, são incapazes de promover a cobertura das áreas sob sua jurisdição e muito menos de atender às exigências de todo o território nacional. Acresce, além disto, que, na sua maioria, estas unidades sanitárias especializadas carecem dos requisitos indispensáveis ao cumprimento integral de tôdas suas obrigações.

Correspondendo, para todo o Brasil, em média 600 mil habitantes por dispensário (3), se deve admitir logo que lhe é impossível realizar trabalho capaz de satisfazer aos objetivos em vista. E' natural, e absolutamente confirmativo, por conseguinte, o que as estatísticas podem traduzir, em relação à manifesta tendência da progressão da endemia.

(3) Revista Brasileira de Leprologia — 19:61 — 1951.

As deficiências estatísticas que todos nós percebemos, não atenuam a situação; pelo contrário, indicam que os dados que possuímos refletem uma perspectiva, apenas parcial, porque a verdade não é conhecida, em toda sua amplitude. O quadro real, deve ter coloridos bem mais sombrios, que poderiam ser divisados em todos seus contornos, se a rede dispensarial passasse a exercer com dinamicidade e eficiência suas funções.

A precariedade deste trabalho nos mantém, até hoje, num caos completo, caracterizado pelo desconhecimento que possuímos da extensão e legítima importância deste problema, quando se iniciou a ação profilática e, ainda, hoje, após três lustros de atividade.

Os estudos epidemiológicos sobre a endemia leprótica, por isto mesmo se fizeram sempre com margens largas de incertezas, sem possibilidades de verificar as tendências seguidas pela infecção em qualquer área do nosso território.

E assim sucedendo, faltou ao trabalho profilático a bússola norteante para determinar os seus verdadeiros rumos.

C — RUMOS PROFILÁTICOS IMPOSTOS PELAS RECENTES AQUISIÇÕES CIENTÍFICAS E REALIDADES ECONÔMICAS

As considerações expostas anteriormente demonstram, com nitidez, que o rendimento da ação antileprótica não alcançou o nível que se supunha obter. Já é oportunidade de analisar bem a situação e se enveredar por novas diretrizes, que tornem possíveis as realizações ainda inatingíveis pelos métodos vigorantes, com o aproveitamento das aquisições obtidas no campo da etiopatogenia, epidemiologia e quimioterapia da lepra.

A par de tudo isto, não escapa, a quem milita neste setor sanitário, a conveniência de se adotar normas mais adequadas, que vêm sendo, aliás, prescritas, de maneira formal, por uma determinante do mais alto significado para os destinos do programa administrativo: a exequibilidade econômica precária e sempre insuperável entre nós, em face das características político-administrativas do nosso país.

Assim sendo, é inadiável a escolha de um método de ação contra a lepra, arrimado em tarefas exequíveis e que se agreguem num sistema investido de maior maleabilidade, sem a fisionomia, tão complexa e rígida, do clássico tripé profilático.

Estas tarefas se concretizam nas iniciativas de sentido prático, desembaraçadas das doutrinas que unilateralizam os esforços e dispensam a colaboração de outros setores sanitários, não eximidos de prestar seu concurso complementar bastante proveitoso.

Sem a veleidade de querer derrocar o classicismo doutrinário, é intuitivo, na base da experiência conquistada, que a profilaxia do mal de Hansen deve apoiar-se, no mínimo, nas medidas que aqui perfilamos segundo a sequência decrescente de sua importância:

- a) diagnóstico precoce;
- b) tratamento extensivo;
- c) educação e propaganda;
- d) anti-exposição.

Merece, ainda, ser levada na devida conta, a possibilidade da criação artificial, pelo BCG, de um estado de maior resistência à infecção, capaz, portanto, caso se confirme, de converter-se no auspicioso recurso da profilaxia da disposição, o que tornará obsoletos os preceitos, até aqui ditados para o combate à endemia leprótica.

A realização do diagnóstico precoce na escala mais elevada possível, constitui exigência de que não pode prescindir o trabalho profilático, fiel às suas finalidades essenciais. Sua desatenção vale como flagrante testemunho de inoperância dos órgãos que arcam com tais responsabilidades.

As informações estatísticas, pertinentes a todo o país, demonstram, com clareza, que tal objetivo tem constituído, até aqui, um desígnio inacessível e, por certo, inviável pelos métodos atuais de trabalho. Todo vigor deste argumento se contém nos dados relativos aos novos enfermos fichados no Brasil durante o quinquênio compreendido de 1946-1950. De 13.072 doentes descobertos, neste período, 70% o foram pela sua apresentação voluntária; 26% através de notificações e, apenas, 4% pela procura direta dos serviços especializados, entre os comunicantes (4).

Afirmam, êstes dados, de modo categórico, a falta de interesse ou impossibilidade superior, para concretizar um propósito de capital significação e de relevância por todos admitida e apregoada.

Analisando bem a maneira como se processa a ação profilática, se reconhecerão as seguintes causas fundamentais, por que o diagnóstico precoce tornou-se uma tarefa mal desempenhada:

- a) demasiada preocupação dos serviços especializados pela segregação e seus meios de efetivação;
- b) descumprimento das finalidades essenciais dos dispensários e concentração do seu esforço no tratamento dos enfermos que a ele se submetem espontaneamente;
- c) carência de recursos e de pessoal especializado, que obstam a instalação e funcionamento de maior número de unidades dispensariais, capazes de atender às exigências do problema.

A orientação seguida redundou em prejuízos para a realização do diagnóstico precoce e comprometimento da eficiência de todas as outras

(4) Boletim do Serviço Nacional de Lepra — ano XI — n° 1 - março de 1952.

atividades subsequentes. Dependendo isto, sobretudo, de pessoal técnico, a conduta observada só fazia agravar a carência do elemento humano especializado, ocupando-o em tarefas de caráter meramente assistencial.

A fim de corrigir a escassez de pessoal técnico, aliás tão difícil de ser adestrado e recrutado, será mais aconselhável o aproveitamento do leprologista em atividades de maior rendimento útil para a ação preventiva.

Postas as coisas neste plano, cumpriria, então, ao leprologista, entre suas ocupações, efetuar:

- a) procura intensiva de casos incipientes, principalmente entre os contatos;
- b) coordenação do trabalho a ser realizado por todos os órgãos que possam prestar sua cooperação e completar a sua ação;
- c) difusão de conhecimentos objetivando a formação, a mais ampla possível, de uma consciência esclarecida sobre a enfermidade, segunda a conveniência particular de cada meio em que ela se deva fazer.

O exame periódico dos contatos está bastante facilitado hoje em dia, pelo recurso imunológico da lepromino-reação e na aplicação do critério já firmado na última Conferência Internacional de Lepra, de Havana. Cumpre, ainda, promover a racionalização deste importante trabalho, tornando-o submetido aos ensinamentos da epidemiologia da lepra, infelizmente tão poucas vezes utilizados pelos técnicos na rotina do seu trabalho.

A seleção, cientificamente efetuada, dos grupos a serem submetidos ao exame periódico, coloca a tarefa a se cumprir, dentro das suas justas proporções, com a exclusão dos indivíduos que, embora contatos, não precisam ficar arrolados nas preocupações do serviço especializado. Veremos, pois, que o controle dos contatos deixará de constituir tarefa de amplitude como, à primeira vista, se afigura.

Conduz-nos à semelhante conclusão, o raciocínio, na base dos conhecimentos epidemiológicos, de que nem todos os contatos devem merecer igual atenção, do ponto de vista do reexame periódico, sistemático, a que os obriga a lei.

Os ensinamentos auferidos dos estudos estatísticos de amostras do país inteiro indicam que a lepra acomete, sobretudo, a população na faixa etária de 0 a 40 anos, com um percentual de 76.2%. E', pois, razoável e lógico, que a atenção se focalize, principalmente, sobre a massa de contatos compreendida naquela faixa. Convém, ainda, realçar a necessidade de se distinguir, no meio dela, os lepromino-positivos e os negativos, merecendo, estes últimos, somente, cuidadosa atenção sanitária. O censo intensivo, efetuado em Candeias, pelo Serviço Nacional de Lepra, e que propiciou colhêr o maior volume de dados, até hoje obtido, sobre a reação

leprominica, nos mostra estar a percentagem da lepromino-positividade, entre os contatos, no nível de 59% nos indivíduos até 40 anos (5).

Tais conhecimentos, fornecidos pelas estatísticas, que definem as características epidemiológicas da lepra em nosso meio, revelam ser justificável dispensar menor interesse sanitário aos contatos:

- a) dos casos não contagiantes;
- b) maiores de 40 anos;
- c) menores de 40 anos, lepromino-positivos.

Cada grupo destes representa, respectivamente, da massa total dos contatos, os seguintes percentuais: 42.3%, 10.0% e 19.7% (*).

Estas percentagens totalizam 72.0% dos comunicantes a serem excluídos da vigilância rigorosa por parte dos órgãos dela incumbidos. Logo, restam apenas 28.0% que deverão sujeitar-se à vigilância, segundo prescreve a lei, uma vez que constituem a fonte essencial dos novos enfermos.

O contróle dos contatos, pertencentes aos grupos etários superiores a 40 anos, se reveste de menor interesse, em virtude de sua melhor capacidade de reagir à infecção, demonstrada pela alta positividade à lepromina e pela frequência com que são acometidos por formas não contagiantes.

Torna-se, então, nítida a exequibilidade de se executar esta tarefa de maneira completa, uma vez que ela fica reduzida à sua forma mais simples.

Mas, a vigilância sanitária, visando o despistamento dos casos de lepra, na fase mais oportuna, deve, forçosamente, estender-se à comunidade, mesmo não qualificada como comunicante, quando se encara o problema em uma região leprógena, exibindo coeficiente de prevalência alarmante.

(5) Arquivos do S.N.L. — vol. VI — n° 1 — Maio de 1948.

(*) Estes percentuais foram calculados levando em conta os seguintes dados:

- 1 — Composição da população brasileira até 40 anos — Censo de 1940 — 82,5% da população geral.
- 2 — Média de doentes existentes no quinquênio (1946-50): 54.425.
- 3 — Percentagem de formas contagiantes (período 1946-50): 57,8%.
- 4 — Estimativa de casos contagiantes (idêntico período): 31.358.
- 5 — Estimativa total de comunicantes dos casos não contagiantes, na base de 4 contatos por enfermo: 125.432.
- 6 — Total de comunicantes de casos contagiantes, abaixo de 40 anos: 103.481 — tomando-se, por base, a composição percentual da população.
- 7 — Total de contatos de contagiantes abaixo de 40 anos, lepromino-positivos (na base de 59% do geral, segundo os achados de Candeias): 61.054.

Situa-se, aqui, de fato, o volume imenso de trabalho a ser realizado e que supera a capacidade dos dispensários especializados, mesmo os considerados, atualmente, em condições de oferecer melhor rendimento.

Um país com alto coeficiente de prevalência de lepra, como o nosso, avaliado em 1.17 p/mil, pelo que se conhece, necessita de desenvolver enorme esforço, na procura de enfermos a serem reconhecidos precocemente.

Milhares de indivíduos devem submeter-se ao crivo da vigilância para, no fim das contas, retirarmos do seu seio poucos doentes, estimados, na base do coeficiente de prevalência assinalado, em 1:2 casos em cada agrupamento de 1.000 habitantes. Esta tarefa assume, por vezes, a aparência de desperdício de tempo e energias, mas, na realidade, ela transcende no seu mérito profilático.

Para ir ao encontro dessa massa torna-se intuitivo ser impraticável sua procura de domicílio em domicílio. E' mister buscá-la nas coletividades, organizadas em núcleos infantis, escolares ou não, e outros agrupamentos, onde se concentram adultos jovens, compreendidos dentro da faixa etária dos 15 aos 40 anos.

Operando nestas últimas comunidades, deveremos convergir as atenções sôbre o componente demográfico masculino, que corresponde um pouco acima de 60% da tarefa útil, na base das conclusões epidemiológicas sôbre a frequência da lepra nos diferentes sexos. E' êste também um ensinamento da epidemiologia da lepra que não está sendo aproveitado nos trabalhos de rotina.

Com o método de ação em vigência, na profilaxia da lepra, é impossível realizar tarefa de tal projeção. O número de dispensários é extremamente insuficiente para atender tôdas as exigências, quando já demonstramos que a rêde destas unidades especializadas se tem mostrado incapaz de efetuar o trabalho bem mais simples da vigilância dos "contatos". Seria, então, necessário ampliar esta rêde, na razão de 4 a 5 vezes, pelo menos.

Isto é irrealizável, diante das dificuldades econômicas com que deparamos e, sobretudo, da extrema carência de pessoal- técnico.

Torna-se necessário contornar a situação, solicitando a colaboração de outros setores da medicina preventiva e social. No primeiro plano, temos que contar com a cooperação das organizações sanitárias, que lidam com determinados grupos da população, como, por exemplo, os serviços de higiene escolar, carteira de saúde, etc. Quanto ao setor da medicina social, caberia também sua integração nas atividades antilepróticas, através dos serviços médico-assistenciais das autarquias e instituições particulares. Devem, igualmente, concorrer para a execução desta importante tarefa, os serviços médicos das corporações militares e das que lhes são afins, encarregados da assistência médico -sanitária devida aos seus elementos fixos,

ou recrutados, e que constituem um grupo de alto valor para o interesse da procura de enfermos, segundo demonstra a epidemiologia da lepra.

Sugerimos a utilização do concurso que podem prestar todos estes serviços médicos, não especializados, tendo em vista não ser o aleitamento de um caso de lepra, mesmo na sua fase inicial, questão cheia de tantas dificuldades, desde que se promova a difusão de conhecimentos sobre os sinais de alarma para a suspeição da doença. A elucidação diagnóstica, quando situada no plano de grande dúvida, caberia ao leprologista dirimi-la, quando para isto solicitado.

Entendemos, pois, a execução de um trabalho em mútua colaboração, entre todos os serviços sanitários e médico-sociais, autárquicos ou privados, com reais proveitos para as três partes interessadas: o indivíduo, sua família e a sociedade em geral.

O trabalho antileprótico deve ser orientado, particularmente, no sentido da medicina preventiva, razão pela qual o maior interesse deve dirigir-se para o diagnóstico precoce. É óbvio que esta doutrina não será atendida só com a descoberta dos casos incipientes. Necessita ser completada esta ação com o tratamento também o mais precoce possível, com vistas na realização da terapêutica profilática, evitando-se assim a progressão da doença e sua passagem para a fase contagiante. Isto hoje é admissível, em face dos novos recursos quimioterápicos, os quais, na opinião dos que labutam no campo da terapêutica antileprótica, podem favorecer a recuperação mais rápida do paciente.

Diante disto, é justo que a ação contra a lepra deva também apoiar-se na medida do tratamento extensivo a todos os casos da infecção.

Postas em relêvo as obrigações primordiais, admitimos que os serviços especializados dentro do espírito de trabalho atual, se defrontarão com uma tarefa de grandes proporções, capaz de superar suas possibilidades de execução e, qualquer esforço envidado para tornar os aludidos serviços suficientes a desincumbi-la com fidelidade, ainda assim não atingiria seu escopo, em virtude dos óbices de ordem econômica. Poderia mesmo ocorrer o risco de ficar prejudicada a ação do técnico especializado, com a absorção do seu tempo e desvio da sua atenção do que mais lhes cumpre realizar: o descobrimento de doentes incipientes.

A moderna terapêutica da lepra se acha bastante simplificada com os recursos atuais, ninguém o nega, a ponto de se tornar de realização acessível aos médicos não especialistas, após rápida instrução.

Isto nos mostra a possibilidade que temos, hoje, no interesse de atender ao tratamento extensivo, de se confiar, sempre que possível, esta atribuição aos serviços médicos não especializados, ensejando-lhes recursos imprescindíveis, sobretudo o medicamento mais indicado.

O tratamento extensivo será, então, a complementação da descoberta intensiva dos casos de lepra, pois não é lógico proceder-se à incrementa-

ção da procura de doentes, para afinal, deixá-los à mercê da sua própria sorte. Ainda aqui, temos que nos valer da ação coadjuvante de todos os serviços médicos.

Caminhamos assim na direção de uma outra medida indispensável para a consecução do que se propõe: a educação e propaganda sanitárias, relativas à esta endemia.

E' uma medida reconhecidamente significativa para a melhoria das condições sanitárias de uma comunidade.

Pela divulgação científica, através de cursos, conferências nos círculos médicos e universitários, com distribuição efusiva de literatura especializada, concisa e prática, iremos, sem dúvida, formando uma consciência mais esclarecida acerca da infecção, encarada tanto como problema médico-sanitário, quanto como problema social.

A atuação do leprologista sobressai, na sua mais alta expressão, quando se aplica no preparo de colaboradores, úteis ao seu trabalho. Ensinando, esclarecendo, despertando a atenção dos médicos que têm a seu cargo a assistência médica ou sanitária dos grupos de populações mercedores de maiores cuidados, muito concorrerá para tornar efetiva a ação profilática que tenha por suporte o diagnóstico precoce e o tratamento extensivo.

A difusão de conhecimentos sobre a matéria, aos leigos, precipuamente entre os que lideram grupamentos humanos, proporcionará também outras garantias para a concretização do programa estabelecido. Entra aqui, em foco, a ação preponderante do professorado, sobretudo o primário, que tem sob sua orientação uma massa humana facilmente amoldável, mais permeável aos preceitos que se lhe inculcam e também mais receptível de se lhe inculcar hábitos higiênicos — objetivo supremo da educação sanitária.

E' evidente que a maior parte dos ensinamentos, quando se trata de fixá-los no espírito dos leigos, deve ser disperso no plano de propaganda sanitária em geral, confiada aos órgãos próprios de desincumbi-la, a fim de não suscitar situações contraproducentes.

Tem havido, não podemos deixar de reconhecer, um grande descuido no desenvolvimento de um programa de educação e propaganda sanitárias, relativo à endemia leprótica. Sente-se o reflexo disto no fato de que a maioria das pessoas conviventes de hansenianos, ainda hoje, não procura espontaneamente o serviço, para o conveniente reexame periódico e desfrutar um benefício que lhes é oferecido sem qualquer ônus.

A compulsoriedade da segregação, do exame periódico, a obrigatoriedade do tratamento, todo rigor na concessão da transferência para tratamento dispensarial, são contingências decorrentes da mentalidade ainda não preparada dos enfermos e dos que com eles convivem. São imposições legais necessárias quando se opera numa coletividade de nível educacional baixo, mas que ao mesmo tempo testemunham deficiências, im-

possibilidade ou incapacidade, por qualquer natureza, dos serviços em converterem os pacientes em seus legítimos colaboradores.

Há, na realidade, uma estreita relação entre a disseminação da endemia e o baixo nível de educação sanitária. Logo, está aí uma condição a se corrigir e que, uma vez atendida, será suscetível de modificar o panorama nosográfico desta enfermidade. Na generalidade dos casos, os doentes não possuem discernimento suficiente para compreender a conveniência de observar um regime de vida capaz de preservar os sadios de provável contágio.

O poder grandioso da educação sanitária torna-a capaz, por si só, de colimar os objetivos básicos de um programa profilático: a profilaxia da exposição e a profilaxia da disposição.

Na sequência do que expusemos, defrontamos com a última medida proposta para a ação contra a infecção leprótica e que a designamos: anti-exposição.

Compreendemos esta medida no sentido sanitário de "profilaxia da exposição", definindo-a como o emprêgo dos meios de interromper as vias de disseminação da enfermidade, podendo ser isto alcançado mediante:

- a) tratamento profilático;
- b) desinfecção concorrente;
- c) isolamento domiciliário ou leprocomial.

Desde que não seja possível a anti-exposição pelos recursos mais suaves — do tratamento profilático —, ou não satisfatórios — pela desinfecção concorrente —, a prática do isolamento, domiciliário ou leprocomial se impõe para as formas ditas contagiantes.

O isolamento leprocomial o concebemos para os casos inconciliáveis com o critério de uma ação sanitária remissiva e, principalmente, no fundamento da assistência médico-social, de que carece grande número de enfermos.

A profilaxia da lepra tendo por coordenadas principais o diagnóstico e tratamento precoces e a educação sanitária, tira do isolamento o magno caráter que se lhe atribuiu. Isto porque exercendo-o, como tem sido até aqui, não se lhe pode conferir valor de uma medida integrada no espírito da medicina preventiva. A segregação compulsória das formas contagiantes, fixada na determinação legal, em vigência, sem estar, na sua execução, sincronizada com outras medidas que compõem o conjunto de iniciativa a se tomar contra a lepra, jamais garantirá resultado que satisfaça. Hasselman (6) já em 1933, considerava fracassada, nas

(6) Chinese Med. Journal — 270 — março 1933 — citado no Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana, agosto de 1934 — ano 13 — n° 8.

Filipinas, a segregação compulsória, pois reconhecia que a campanha antileprótica devia ter por escopo principal a descoberta do maior número possível de casos incipientes.

Não podemos atribuir à segregação virtude superior ao que realmente ela possui; nem superestimá-la, conforme muitos o fazem e que, por isto mesmo, concorrem, sem perceber, para o descrédito do seu justo merecimento.

Aplicando ao trabalho profilático o dinamismo necessário e com o interesse superior de dar mais ênfase às iniciativas que melhor se enquadram no espírito da medicina preventiva, acreditamos que colheremos os resultados anelados, num lapso de tempo mais curto do que conseguiu a Noruega, somente após oito décadas.

As sugestões que esboçamos para este Congresso de Higiene, não se inspiraram em outro propósito senão o de sublinhar perante essa elite que se aplica, com tanto desvêlo, às tarefas da medicina preventiva e higiene social, a necessidade de se plasmar a profilaxia da lepra segundo normas de trabalho com horizontes mais amplos; que não vejam apenas a necessidade do funcionamento harmônico de peças de um armamento, mas que anseiem a harmonia de trabalho, em que participem com sua cooperação todos os serviços incumbidos de tarefas médico-sociais e assistenciais.

Um país que arca com ônus imenso, tendo obrigações inadiáveis de naturezas as mais diversas, para cuja execução jamais serão suficientes os recursos de que pode dispor o erário, exige programas bem ajustados às suas realidades e mais ainda, melhor e perfeita conjugação e coordenação de esforços, no interesse superior de atender ao bem-estar social.

CONCLUSÕES

4) A organização da profilaxia da lepra, em vigor no Brasil, baseada no funcionamento de peças específicas, enfeixadas num sistema independente, ou não, dos demais setores sanitários, permanece, até hoje, sem alcançar sua maturidade orgânica e funcional.

4) Esta maturidade orgânica e funcional, é inatingível, em face das precárias condições econômicas da maioria das nossas Unidades políticas, da carência de pessoal técnico e de outras condições de trabalho que se não conciliam com as possibilidades de execução, por parte das peças que integram o esquema proposto pelos congressos nacionais e internacionais.

3) Diante do vulto e progressão da endemia, há necessidade de se adotar métodos de trabalho que reünam o interesse e o aproveitamento de todas as organizações médico-sanitárias e assistenciais, capazes de prestar eficaz colaboração à profilaxia.

4) São reconhecidas como medidas mínimas para uma campanha de caráter prático e exequível, as seguintes:

- a) diagnóstico precoce;
- b) tratamento extensivo;
- c) educação e propaganda;
- d) anti-exposição.

5) Para o perfeito cumprimento destas tarefas, há conveniência de se adotar a racionalização do trabalho, com base nos modernos conhecimentos da etiopatogenia, epidemiologia e terapêutica da lepra.

6) A fim de possibilitar a realização do diagnóstico precoce em escala útil, se deve proceder ao selecionamento dos grupos a serem submetidos à vigilância, tanto em relação aos contatos, quanto aos núcleos de população de interesse epidemiológico, e estabelecer estreita articulação do trabalho do leprologista com os serviços médicos de exames de saúde, periódicos.

7) O tratamento extensivo será ministrado por quaisquer entidades médico-assistenciais, oficiais, autárquicas ou particulares, com o fornecimento, pelos serviços especializados, da medicação adequada e de instruções indispensáveis.

8) A educação e propaganda visarão, principalmente, a divulgação de conhecimentos especializados entre os grupos sociais mais receptíveis e mais úteis ao trabalho de cooperação com os serviços de lepra.

9) A anti-exposição poderá ser efetuada por meio do tratamento profilático, do isolamento domiciliário, com desinfecção concorrente, consolidado pela educação sanitária dos doentes e, nos casos indicados, pelo isolamento leprocomial.

10) Diante da perspectiva de se modificar, favoravelmente, pelo BCG, as condições imunológicas, em relação à lepra, é aconselhável seu emprêgo em escala progressiva, entre os contatos lepromino-negativos.