

PROFILAXIA DA LEPRO NO BRASIL

PLANO ATUAL DA CAMPANHA E SUA EXECUÇÃO (*)

DR. ORESTES DINIZ (**)

Precisamente há 25 anos, ou seja a 23 de agosto de 1933 fundava-se a "Sociedade Paulista de Leprologia", cenáculo de gloriosas tradições, no terreno da cultura e do saber. E, alguns dias após ou seja em setembro era dada à publicidade a "Revista de Leprologia de São Paulo", transformada depois em "Revista Brasileira de Leprologia", órgão que tanto enaltece as nossas letras médicas especializadas.

Sem dúvida que a entidade cujo jubileu festejamos neste instante foi obra de autênticos cientistas, conduzidos por um movimento largo de servir e por um insopitável anseio de cultura. No entanto, de envolta com tão altos objetivos, nela se depara, também, uma aventura de românticos audazes que se meteram numa arrojada empreza, levados apenas pelo desejo ardente de serem úteis, pela curiosidade de desvendar o desconhecido, pelo sonho de encontrar caminhos para solução de um problema milenar. Coragem, desprendimento, renúncia, eram as marcas dos que compunham aquêlo grupinho atrevido e brilhante, hoje constelação de eméritos leprólogos que constitui motivo de justo orgulho. De tão poucos que eram os fundadores vale a pena citar-lhes, um por um, os nomes, pela ordem mesma com que se apresentaram: Drs. NELSON DE SOUZA CAMPOS, J. ALCÂNTARA MADEIRA, LAURO DE SOUZA LIMA, HUGO ANTONIO GUIDA, FLAVIO MAURANO e doutorandos ABRAHÃO ROTBERG, LUÍS BAPTISTA e JOSÉ MENDONÇA DE BARROS. Oito apenas ao todo. Mas tomados da fé que constrói. Reunidos no Sanatório Padre Bento cimentaram os alicerces de um edifício que hoje é um patrimônio invejável. Honraram seus nomes pelo trabalho realizado. Honraram sua geração por uma obra que transcende, pelo vulto e pela significação médico-social, do âmbito nacional para se projetar no plano internacional.

AGUIAR PUPO encarregado por LAURO DE SOUZA LIMA, primeiro presidente do sodalício, de fazer a apresentação dos objetivos da novel Sociedade, com a argúcia que caracteriza o seu espírito privilegiado, foi buscar para intróito de seu trabalho êstes conceitos de GOUGEROT:

"La lepre n'est pas toujours la maladie inexorable de la légende; les lèpres bénignes fixées, localisées, frustes, ne sont pas rares lorsqu'on les recherche systématiquement et leur diagnostic est d'autant plus important que le traitement précoce a plus de chances de guérir. Le pronostic de la lèpre est donc différent de ce qu'on croyait autrefois".

Nestas palavras e nestes pensamentos em que o grande mestre francês substanciava as suas convicções estava em verdade um convite e um programa para os que se iniciavam na ciência e na arte difíceis de lutar pela reimplantação da saúde dos doentes de lepra. O apêlo encontrou eco no ânimo e no otimismo daquele seletto grupo de jovens que foram, de resto, sempre fiéis, dando à especialidade o calor de seu entusiasmo e o fulgor de seu talento.

(*) Conferência pronunciada a 23 de agosto de 1958, em Sessão Solene da Sociedade Paulista de Leprologia, comemorativa do 25.º aniversário de sua fundação.

(**) Diretor do Serviço Nacional da Lepra.

Volvido êsse quartel de século de lutas, sacrifícios, vitórias, e também de decepções, vamos encontrar, nos leprólogos de São Paulo unidos em tórno à sua Sociedade, o mesmo calor dos primeiros dias.

Apenas se tornou mais real o quadro esboçado por GOUGEROT pois, agora mais do que naquele tempo, "*o prognóstico da lepra é muito diferente do que outrora se cria*". Prognóstico "*quoad vitae*", já que a doença contribui com baixos índices nas estatísticas de mortalidade, prognóstico "*quoad valetudinae*" já que a doença é francamente curável, sobretudo quando diagnosticada mais cedo, evento que possibilita o tratamento precoce; antigamente como também agora, "*as lepras benignas, estáveis, localizadas, frustas*" não eram raras, "*quando procuradas sistematicamente*", como acontece com os epidemiologistas de nossos dias, que, por via de se imiscuirem mais intimamente nos focos, vão encontrando contingentes cada vez maiores de formas indeterminadas. "*A lepra não é sempre a doença inexorável da lenda*", nós bem o sabemos, agora mais do que antes, e por isso mesmo estamos lutando, com todo o vigor para que seja ela considerada como uma doença qualquer, sem as fantasias que a deformam, para que o hanseniano passe a ser considerado como um doente comum e não como uma criatura diferente.

Se naquele tempo assim pensava GOUGEROT, quando praticamente não existia terapêutica eficiente e se desconheciam muitos fatos que só posteriormente vieram à luz, que se dizer agora quando a ciência leproológica avançou tanto graças aos notáveis trabalhos dos pesquisadores de todo o mundo?

GOUGEROT doutrinava quando tôdas as conferências internacionais declaravam que a base da profilaxia era o isolamento compulsório. Esta festa jubilar se realiza um mês depois do Seminário Pan-Americano sobre Profilaxia da Lepra ter declarado, em Belo Horizonte, para o mundo, que o isolamento é contraproducente, danoso e injusto. GOUGEROT escrevia num momento em que a terapêutica era a chaulmoogrica de tão apagada memória; agora se vive em plena fase sulfônica, enriquecida ainda por outras drogas de eficácia comprovada como sejam a tio-semicarbazona e a diâmino-tiouréa, além de outras em experimentação, às quais se junta também um antibiótico, a cicloserina.

GOUGEROT falava numa época em que o hanseniano era um pária que só encontrava repouso ameno no seio estreito de algum leprocômio; nós nos encontramos nesta fase auspiciosa em que é o próprio chefe da cristandade, S. S. o Papa PIO XII que, em oração memorável, recomenda compreensão para que os doentes possam permanecer no seio da sociedade resguardados das prevenções e dos desajustes de tão profundas ressonâncias nos laços familiares.

Enfim, duas épocas, duas filosofias. Uma refletindo ainda obscuros princípios do passado; outra abrindo-se promissoramente com as modernas conquistas científicas. Mas em ambas um mesmo programa. De fato, as idéias de GOUGEROT resumem um roteiro e uma aspiração com os quais os paulistas madrugaram. Mas como pioneiros estão também agora identificados com os que lutam contra o Mal Bíblico, segundo um novo estilo e uma nova concepção.

AGUIAR PUPO foi sem dúvida excelente psicólogo ao escolher as palavras do mestre gaulês para programa daquele bando de discípulos, cujas fibras íntimas êle bem demonstrou conhecer, e que, de resto, nada mais era senão parte de um numeroso grupo de leprólogos que tão alto elevaram os créditos da especialidade no Brasil.

* *
*

Com as resoluções corajosamente elaboradas no recente Seminário promovido pela Repartição Sanitária Pan-Americana (julho, 1958), proscrevendo o internamento compulsório e dando tôda ênfase ao diagnóstico precoce e tratamento extensivo, atinge agora o seu acme o novo ciclo da profilaxia da lepra, que teve início com a interpretação mais científica das formas clínicas apresen-

tadas pelos doentes, logo seguida pelo advento de medicamentos de real valor na terapêutica da moléstia.

Realmente, grande passo foi dado quando, baseados em conhecimentos precisos sobre a imunologia e histo-patologia da enfermidade, associados à observação cuidadosa da fenomenologia clínica, puderam os especialistas modificar, radicalmente, a classificação da lepra, tornando-a valioso elemento interpretativo para a profilaxia.

Por outro lado, o benefício trazido pelas drogas então lançadas, que propiciam evidentes resultados no estancamento da evolução dos casos incipientes, de mau prognóstico, e, até mesmo, a involução e negatização baciloscópicas das formas avançadas, abriu novas perspectivas aos sanitaristas, dando-lhes a esperança de deter a marcha crescente e progressiva da endemia, através métodos mais humanos e de caráter essencialmente preventivo.

Êsses dois fatos modificaram, por completo, o conceito até então vigente de como efetuar o controle dos focos e o combate à leprose. Ainda mais, alertaram os responsáveis pela saúde da população sobre a possibilidade de, em curto prazo, erradicar a lepra do quadro nosológico dos países atingidos.

Encara-se, atualmente este problema médico social em termos de campanha sanitária de grande envergadura, colocando-se em plano secundário o aspecto assistencial, dominante que preocupava técnicos e administradores em face de tão terrível contingência.

No Brasil, pioneiro de tantas medidas assistenciais aos hansenianos e seus dependentes, a política sanitária de combate à lepra estava assim esquematizada: a União traçando normas, orientando e auxiliando as Unidades Federadas e a estas cabendo os maiores encargos, isto é, manter os estabelecimentos especializados e cuidar do grande número de enfermos carecentes de auxílio e tratamento.

Dúbias interpretações de textos reguladores das atribuições do Governo Federal fizeram com que este, durante algum tempo, se omitisse de intervir diretamente contra uma endemia de caráter nacional, que não respeita fronteiras e nem poderia ficar a mercê dos recursos, quase sempre escassos, da maioria dos governos estaduais, territoriais ou municipais.

Algumas Unidades da Federação eram tremendamente sacrificadas em seus orçamentos para execução de tarefas essencialmente assistenciais. O Estado do Amazonas, por exemplo, chegou a dispender, com o problema da lepra em seu território, mais de 8% da renda global e cerca de 40% da dotação destinada à Saúde Pública em geral. Por outro lado 80% a 90% dos recursos destinados à profilaxia, como acontece aqui em São Paulo, são aplicados na manutenção de leprosários.

Enquanto isso, a incidência da enfermidade entre as populações caminhava sem barreiras, os índices de prevalência aumentavam constantemente, nada ocorrendo que se pudesse considerar como significativo do declínio da endemia.

Havia que se fazer sentir o interesse da suprema administração do país para livrar os seus habitantes de um flagelo que atenta contra os nossos foros de civilização. Não se poderia continuar de braços cruzados, assistindo o domínio ostensivo do mal de Hansen sobre uma população já tão afligida por inúmeros outros males consequentes do baixo padrão de vida, especialmente na zona rural.

Em análise recente, levada a efeito pela Seção de Epidemiologia do Serviço Nacional de Lepra dos dados estatístico-epidemiológicos referentes ao período 1946-1957, apurou-se que a incidência da lepra vem aumentando sensivelmente. Assim é que a curva de morbidade mostrou tendência ascensional (8,04 por 100.000 habitantes em 1946 e 11,93 em 1957) (Quadro I). Este achado não significou maior intensidade na procura de casos, pois não houve, no mesmo período, na amplitude desejada, medidas para incrementar o descobrimento de doentes, nem mesmo nos grupos de população epidemiologicamente mais suscetíveis ao contágio. Basta acentuar que a média de reexame de comunicantes

nos últimos 12 anos foi apenas de 21,1% da estimativa de existentes (Quadro II) que dos doentes novos descobertos e fichados somente 8,7% o foram em consequência dessa medida básica de controle da endemia (Quadro III).

Como consequência predominou no quadro de distribuição por formas clínicas, a forma lepromatosa, tanto no cômputo geral de todas as Unidades Federadas como em cada uma de per se, numa evidente demonstração de diagnóstico tardio. (Quadro IV).

O aumento da população leprosa (em torno de 5.000 doentes por ano), aliado à baixa letalidade da moléstia, faz crescer, de ano para ano, o coeficiente de prevalência que, de 0,96 em 1946, atingiu o valor de 1,47 por mil habitantes em 31 de dezembro de 1966, ressalvadas as imperfeições decorrentes da coleta de elementos para cálculos desses índices.

A progressão desses coeficientes, fenômeno sem dúvida inquietante, constitui, para sanitaristas e governantes, uma séria advertência, de vez que revela o constante agravamento de uma questão médico-sanitária de profunda ressonância na entrosagem social e econômica do país.

De ano para ano maior é a massa desses valores negativos, aos quais se ajuntam numerosos familiares lançados à condição de marginais pelos insuperáveis fatores de prevenções com que são cercados no meio em que vivem.

Foi esse panorama melancólico que levou os leprologos brasileiros, reunidos em Belo Horizonte, em janeiro de 1956, a escrever a "Declaração de Princípios" na qual externavam a sua apreensão e advertiam os governantes acerca da gravidade da situação que exigia novas, imediatas e enérgicas providências.

Ainda em 1956, em decorrência das recomendações do Congresso Internacional de Madrid e das perspectivas delineadas por um trabalho experimental levado a cabo em pequena área do Estado do Rio de Janeiro, deliberou o Serviço Nacional de Lepra, estimulado e apoiado pela política sanitária do governo que então se instalava, executar, sob a forma de campanha, de âmbito nacional, um novo estilo de ação profilática, dinâmico e quantitativo, objetivando finalidades essencialmente preventivas.

A Campanha adotou como princípio, alcançar, na escala mais elevada possível, o diagnóstico precoce da moléstia, o tratamento profilático de todos os casos infectados e a aplicação de recursos capazes de elevar a resistência das pessoas expostas ao contágio, sem descuidar, contudo, dos demais aspectos do problema. Em sua execução, baseia-se na doutrina de que o controle da lepra, como todo problema de saúde pública, deve ficar a cargo das organizações médico-sanitárias não especializadas, de âmbito local, em obediência aos mais modernos princípios de administração e organização sanitárias.

O sistema representa uma feliz associação de esforços entre o leprologista o médico sanitarista ou clínico geral. Aquêles, como elemento orientador e coordenador do trabalho da equipe, exerce ao mesmo tempo funções de alta importância epidemiológica e profilática. Estes, isto é, os médicos não especializados, realizam as tarefas simples e rotineiras de tratamento dos doentes e vigilância sanitária dos focos.

Esse conjunto, formado de um leprologista e determinado número de unidades médicas, selecionadas segundo a importância epidemiológica das áreas onde se acham sediadas, constitui o que denominamos grupo de trabalho (G. T.).

Uma unidade médica (U. M.) pode ser o dermatologista de um Centro de Saúde, de um ambulatório ou de um hospital geral; o sanitarista de um posto de higiene; os médicos de institutos de previdência ou órgãos para-estatais, de corporações civis ou militares encarregados da assistência médico-sanitária aos seus elementos fixos ou recrutados; o médico clínico em seu consultório particular; enfim, qualquer elemento bastante credenciado e dedicado que se proponha a colaborar na campanha.

Essas unidades médicas, devidamente orientadas e preparadas, têm a incumbência de tratar os casos de lepra conhecidos e residentes nos locais de seu âmbito de ação ou àqueles que funcionalmente lhes competem assistir; reexa-

minar periodicamente os respectivos comunicantes; encaminhar ao leprologista, encarregado do grupo, os casos que julgarem, duvidosos ou difíceis de diagnosticar. Instruindo-se, elas próprias, a respeito dos aspectos clínicos e sanitários da lepra, poderão, ainda mais, realizar a educação sanitária dos doentes e da população em geral.

Embora à primeira vista essa tarefa possa parecer difícil e demasiada, ela é sobremaneira fácil e pouco penosa. O alertamento de um caso de lepra, mesmo na sua fase inicial, não é questão cheia de tantas dificuldades, desde que se promova a difusão de conhecimentos sôbre os sintâmas de suspeição da doença. Ao mesmo tempo a baixa prevalência da moléstia faz com que, na maioria dos núcleos populacionais, o número de doentes seja tão pequeno que em nada contribuirá para sobrecarregar as próprias obrigações funcionais de cada uma delas.

Falando em termos de pequenas comunidades, a política em questão é das mais interessantes. O médico, clínico geral, amplia a sua visão dos problemas sanitários locais dando margem a que se forme uma consciência leproológica fora dos quadros especializados; os doentes adquirem maior confiança na sua pronta recuperação clínica e colaboram eficazmente para a vigilância sanitária dos focos; torna-se mais fácil o reexame dos conviventes, pois não se lhes exigem deslocamentos para pontos distantes de sua residência nem têm de comparecer, obrigatoriamente, a um dispensário especializado, ato que os estigmatiza perante a sociedade, quase sempre pouco esclarecida a esse respeito; os casos porventura ocultos, por ignorância ou premeditação, são mais facilmente descobertos; finalmente, cria-se na coletividade uma consciência dos seus deveres perante a saúde pública, através os benefícios que recebe ou participa, e equipara-se a lepra a qualquer outra enfermidade contagiosa, sem quaisquer discriminações.

O leprologista, encarregado de cada grupo de trabalho, é o responsável pela fiel execução de tôdas as tarefas, e suplementa a ação assistencial e educativa das Unidades Médicas sob sua jurisdição. Cabe-lhe ainda mais, intensificar a procura de casos novos nas coletividades ou grupos de população de interêsse epidemiológico que não possam ser abrangidos pela U. M.; servir como órgão de elucidação diagnóstica; promover, por todos os meios, a educação sanitária a respeito da lepra; investigar e estudar cuidadosamente todos os focos conhecidos; analisar estatisticamente os resultados colhidos; enfim, empenhar-se na solução do problema profilático, dedicando-se ao estudo e conhecimento dos aspectos particulares do meio em que atua, tendo em mira prevenir a disseminação da enfermidade e proteger a população.

Para tanto, deverá visitar, pelo menos uma vez por mês, o município — sede de cada Unidade Médica incluída em seu Grupo de Trabalho. Nêle permanecerá o tempo necessário para tomar conhecimento dos problemas técnicos e administrativos surgidos após a sua última visita, estudando-os e dando-lhes a solução correta e mais adequada.

Nêsse ínterim desenvolverá as demais atividades que lhe são privativas e que tenham sido previamente programadas, aproveitando tôda e qualquer oportunidade para efetuar educação e propaganda sanitárias, com o fim de manter um clima permanente de interêsse pela marcha da Campanha.

Como, via de regra, os G. T. compõem-se de não mais que 8 a 10 U. M., os leprologistas dispõem de bastante tempo e vagar para se dedicarem ainda a estudos epidemiológicos da área sob seu contrôle, o que julgamos de suma importância para o melhor conhecimento da endemia.

O sistema assim delineado não deve ser confundido com as chamadas "Seções itinerantes" dos dispensários. Os serviços "itinerantes" acham-se universalmente condenados pelos técnicos de saúde pública, principalmente para atribuições de caráter permanente como o contrôle da lepra.

Inúmeras desvantagens e inconveniências podem ser apontadas, dentre as quais salientam-se: persistência do caráter ultra-especializado, com a subse-

quente estigmatização da família do doente; freqüente malôgro da visita periódica do órgão sanitário aos domicílios, pela ausência de parte das pessoas componentes dos focos, ficando, assim, sem cumprir totalmente a sua missão; não estabelece uma base, acessível, de atividades, da qual os doentes e comunicantes possam se socorrer em circunstâncias as mais variadas, pois, terminada a tarefa, o itinerante abandona-os à própria sorte; não desperta, na classe médica nem na comunidade, o interesse pelo problema, tão necessário ao êxito de qualquer campanha sanitária; é extremamente cansativo para o pessoal, sem dar o rendimento esperado; e, por último, estabelece um caráter de transitoriedade, prejudicial ao êxito de um empreendimento por sua natureza sistemático, regular e contínuo.

Outro aspecto que, a nosso ver, é desaconselhável, consiste na tese de que as Unidades Médicas, do sistema exposto, podem ficar sob a orientação e coordenação de um dispensário especializado, do tipo regional.

Os dispensários de lepra, ainda de grande valor para a profilaxia, têm, nos grandes centros demográficos ou nos focos de relativa gravidade epidemiológica, um papel bem definido. Sua ação, contudo, deve ser limitada a uma área mínima para poder efetuar trabalho tecnicamente bom. Ele tem funções demasiadamente extensas que absorvem tôdas as atenções do médico responsável e o impedem de desviar a menor parcela de preocupações para outros misteres. O simples aumento do pessoal técnico não é a solução, pois nêsse caso, melhor será que o novo elemento se constitua no leprologista encarregado de um Grupo de Trabalho, sem quaisquer ligações técnicas ou administrativas com o dispensário, a fim de evitar que enverede, também, no perigoso caminho da medicina assistencial.

Defendemos ainda a manutenção dos dispensários, repetimos, em caráter especialíssimo, nas cidades muito populosas ou em focos de grande vulto, até que se possa estabelecer, gradativamente, o atual sistema de trabalho.

Mesmo que se admitisse a indicação imperiosa dos "dispensários de lepra", no Brasil, como é óbvio, seria utopia administrativa a instalação de unia rede, numérica e qualitativamente eficiente, capaz de cobrir as grandes áreas endêmicas.

É fácil de preconizar porém excessivamente difícil de realizar.

Eis porque aconselhamos, defendemos e estamos aplicando o método de integrar o controle da lepra, de preferência, nas organizações médico-sanitárias locais e, quando isto não é possível ou viável, em qualquer outra unidade que se disponha a cooperar na Campanha.

Estabelece-se dêste modo, uma verdadeira comunidade médica nacional, em moldes mais econômicos e mais práticos, sob a orientação e supervisão do Serviço Nacional de Lepra, na qual se procura respeitar, ao máximo, tôdas as organizações profiláticas existentes, agindo sempre em coordenação e articulação com os serviços estaduais ou municipais especializados.

Os grupos de trabalhos, são reunidos, para efeitos administrativos, em setores regionais, sob a direção de um leprologista de alto padrão, os quais, por sua vez, acham-se subordinados diretamente a chefia da Campanha.

Os setores congregam determinado número de G. T. e se destinam a descentralizar as providências de natureza administrativa, constituídos que são conforme as facilidades de comunicação entre as diferentes sedes de grupos de trabalho.

Periodicamente o chefe de cada setor convoca os leprologistas para uma reunião na qual se faz a análise minuciosa das atividades dos Grupos bem como das dificuldades e entraves acaso surgidos. É uma prática das mais interessantes porquanto as soluções dela emanadas representam o pensamento da equipe e mantém alta a noção de responsabilidade de cada um pela deliberação conjunta.

Funcionam, no momento atual, 113 G. T., englobando 670 municípios, 388 U. M., distribuídos em 9 setores e abrangendo 17 Unidades Federadas.

Os resultados imediatos, possíveis de observar, são os mais alvifereiros. Sob o ponto de vista funcional provou sua exequibilidade, economia e rapidez de ação.

Como é óbvio, aumentou nesses 2 anos de trabalho o número de casos novos descobertos, acompanhado de uma ligeira ascensão da curva proporcional das formas indeterminadas — matriz da endemia — que, nos 10 anos anteriores, apresentava uma estabilidade impressionante (Gráfico A).

Não temos a pretensão de lhes trazer resultados estatisticamente significativos pois sabemos que a profilaxia da lepra funciona em termos de prazos longos.

Quando iniciamos êsse novo programa de trabalho arrostamos com as dificuldades naturais de qualquer movimento renovador. Houve necessidade de explicações, pela palavra falada ou escrita, a quantos pudessem intervir no seu êxito. Felizmente a receptividade excedeu a nossa expectativa.

Já agora nas revistas médicas especializadas e em congressos reunidos aqui ou no estrangeiro, estão aparecendo trabalhos e conclusões de apoio à nossa tese condenando o isolamento compulsório e propugnando pela adoção do tratamento extensivo dos enfermos, encontrem-se eles onde se encontrarem. Dentre outras manifestações valiosas a respeito citaremos as seguintes:

1.º — Do III Congresso Ibero Latino Americano de Dermatologia realizado na Capital do México de 21 a 27 de outubro de 1956, que assim se manifesta:

"Êste Congresso aplaude a legislação atual mexicana que se baseia no diagnóstico precoce e tratamento adequado do caso, sem alterar sua vida normal e sobretudo obrigá-lo a uma reclusão inútil e prejudicial".

2.º — Outro documento expressivo foi escrito pelos leprólogos colombianos reunidos em Congresso, em Cartagena, em abril dêste ano, quando concluíram:

"O enfermo submetido a tratamento não necessita ser isolado em leprosário".

"A profilaxia da lepra está dirigida especialmente para os trabalhos de consultório, orientada no conhecimento e tratamento de todos os enfermos em seus próprios domicílios"...

3.º — Mais recentemente, isto é, de 7 a 10 de julho, o Seminário Pan-Americano sôbre a Profilaxia da Lepra, convocado pela Repartição Sanitária Pan-Americana, sob os auspícios do Govêrno brasileiro, concluiu:

"É opinião do Seminário que a determinação legal do isolamento compulsório em estabelecimentos especiais — leprosários — acarreta sérios inconvenientes que prejudicam a execução das medidas essenciais à profilaxia".

Em seguida o Seminário relaciona os inconvenientes do isolamento, que são resumidamente os seguintes:

Ocultamento de grande número de doentes pelo temor do isolamento, resultando dificuldades no contrôle de seus comunicantes; elevado ônus para o erário público; causa de desintegração e estigmatização da família; discriminação injusta e desumana de uma classe de enfermos; perpetuação de preconceitos populares.

Em seguida recomenda:

"A abolição do isolamento compulsório e sua substituição pelo contrôle efetivo dos focos, logrado através do tratamento de todos os doentes e da vigilância de seus comunicantes".

Como se vê pelo texto transcrito, claro e taxativo, o pensamento dos leprólogos das Américas reunidos em Minas foi peremptório, condenando inapelavelmente o isolamento como arma profilática, substituindo-o pelo tratamento dos enfermos em domicílio e aplicação das medidas médico-sanitárias destinadas à proteção efetiva dos comunicantes.

Foi pois sancionado o que já vínhamos realizando no Brasil, sendo a este propósito votada uma recomendação assim redigida:

"O Seminário, considerando os novos rumos impostos à profilaxia da lepra no Brasil e visando estender a todo o território nacional o programa de integração dos serviços de controle dessa enfermidade nos órgãos gerais de Saúde Pública, aprova um voto de louvor à campanha que o Serviço Nacional de Lepra vem desenvolvendo".

Diante dessa nova rota de trabalhos, agora chancelada pelas conclusões de congressos e de opiniões expendidas pelos autores que têm versado a matéria, poder-se-ia indagar da posição dos leprosários, sendo que só no Brasil há 36, dos quais 5 em São Paulo, abrigando numerosos doentes. Evidentemente que a resposta é fácil e o Seminário Pan-Americano sobre Profilaxia da Lepra a deu quando elaborou a seguinte conclusão:

"A internação em hospitais especializados ficará restrita aos casos para os quais houver indicação médica ou social especiais".

Nessas condições verifica-se que os leprosários se tornam ainda necessários para o atendimento de tais situações, sejam elas de natureza médica para tratamentos especiais, em instalações ou aparelhagens que só eles disponham, ou para resolver problemas de assistência social. Esta eventualidade aliás é mais freqüente, pois, enorme é o número de enfermos desajustados, desprovidos de lares e de recursos que lhes permitam viver no meio social, ocorrência derivada, habitualmente, da prática do isolamento. Os leprosários existentes, terão pois apreciável e valiosa utilização.

O que se impõe é a necessidade de modificar inteiramente a rotina de tentar resolver o problema de lepra com o isolamento físico do doente, medida eventualmente aceitável, mas que nada ou quase nada tem de conteúdo preventivo. Cada caso de lepra deve funcionar, principalmente, como indicador de um foco a ser circunscrito, através do controle sistemático de seus comunicantes, prática que não se vinha fazendo entre nós, pelo menos na extensão desejável.

Estamos apenas no início de uma nova era, para a qual vaticinamos um futuro promissor, desembaraçando-nos das peias que nos atavam a preconceitos e tabus, e abrindo-nos um vasto horizonte onde brilha a luz da esperança para redenção dos doentes de lepra da nossa pátria e da nossa gente, merecedores de melhor padrão de vida e segurança individual.

QUADRO I

B R A S I L

DISTRIBUIÇÃO POR FORMAS CLÍNICAS DOS DOENTES FICHADOS E
COEFICIENTES DE MORBIDADE

1946 - 1957

ANOS	FORMAS CLÍNICAS						Total de fichados	Coeficiente por 100.000 habs.
	Lepromatosa		Indeterminada		Tuberculóide			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
1946	2.376	62.3	789	20.7	648	17.0	8.813	8.04
1947	2.553	62.4	813	19.8	730	17.8	4.096	8.45
1948	2.775	61.5	925	20.5	810	18.0	4.510	9.10
1949	3.111	63.5	1.041	21.3	743	15.2	4.895	9.67
1950	3.008	63.8	925	19.6	786	16.6	4.719	9.13
1951	3.116	61.8	997	19.7	936	18.5	5.049	9.57
1952	3.067	59.5	1.081	20.9	1.015	19.6	5.163	9.59
1953	3.176	58.9	1.130	20.9	1.088	20.2	5.394	9.82
1954	3.121	58.7	1.079	20.3	1.119	21.0	5.319	9.50
1955	3.269	56.8	1.164	20.2	1.327	23.0	5.760	10.10
1956	3.431	55.4	1.367	22.1	1.392	22.5	6.190	10.64
1957	3.632	51.4	1.808	25.6	1.628	23.0	7.068	11.93
TOTAL	36.635	59.1	13.119	21.2	12.222.	19.7	61.976	9.67

QUADRO II

BRASIL

REEXAME DE COMUNICANTES

1946 - 1957

A N O	C O M U N I C A N T E S		
	EXISTENTES (estimativa)	REEXAMINADOS	
		N.º	%
1946	94.974	20.220	21.3
1947	101.221	18.082	17.9
1948	111.652	22.145	19.8
1949	149.044	28.237	18.9
1950	156.288	35.162	22.5
1951	163.383	32.420	19.8
1952	171.557	30.364	17.7
1953	184.470	36.050	19.5
1954	194.116	35.590	18.3
1955	204.633	45.645	22.3
1956	212.276	50.335	23.7
1957	230.703	61.882	26.8
MÉDIA ANUAL	164.526	34.678	21.1

QUADRO III

BRASIL

CASOS DE LEPROSA DESCOBERTOS ATRAVÉS REEXAMES DE COMUNICANTES

1946 - 1957

A N O	TOTAL DE FICHADOS	DESCOBERTOS PELO REEXAME DE COMUNICANTES	
		N.º	%
1946	3.813	356	9.3
1947	4.096	348	8.5
1948	4.510	352	7.8
1949	4.895	429	8.8
1950	4.719	449	9.5
1951	5.049	449	8.9
1952	5.163	542	10.5
1953	5.394	454	8.4
1954	5.319	352	6.6
1955	5.760	634	11.0
1956	6.190	458	7.4
1957	7.068	554	7.8
TOTAL	61.976	5.377	8.7

QUADRO IV

BRASIL

DISTRIBUIÇÃO, POR FORMAS CLÍNICAS, DOS DOENTES NOVOS FICHADOS
1946 - 1957

Unidades Federadas	Total de fichados	FORMAS CLÍNICAS		
		Lepromatosa %	Indeterminada %	Tuberculóide
Território do Acre	925	61.6	26.6	11.8
Amazonas	3.005	61.9	24.7	13.4
Pará	2.483	51.4	29.7	18.9
Maranhão	1.565	58.0	28.9	13.1
Piauí	425	83.5	9.2	7.3
Ceará	1.160	61.6	18.7	19.7
Rio Grande do Norte	130	70.0	25.4	4.6
Paraíba	138	69.6	21.0	9.4
Pernambuco	916	49.3	24.0	26.7
Alagoas	36	61.1	30.6	8.3
Sergipe	215	43.7	19.1	37.2
Bahia	335	56.1	24.8	19.1
Minas Gerais	11.463	68.2	14.4	17.4
Espírito Santo	1.123	48.9	30.1	21.0
Rio de Janeiro	2.040	55.7	29.7	14.6
Distrito Federal	4.064	50.6	20.7	28.7
São Paulo	21.005	55.6	22.0	22.4
Paraná	4.172	60.2	21.7	18.1
Santa Catarina	715	68.6	12.4	19.0
Rio Grande do Sul	1.811	61.4	15.2	23.4
Mato Grosso	1.135	66.9	13.8	19.3
Goiás	3.115	61.1	25.0	13.9
BRASIL	61.976	59.1	21.2	19.7

SERVICÓ NACIONAL DE LEpra
SEÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA

PROPORÇÃO DAS FORMAS INDETERMINADAS ENTRE
OS CASOS NOVOS DE LEpra FICHADOS NO BRASIL
1946-1957

