

NOVOS RUMOS PARA O PROBLEMA DA PROFILAXIA DA LEPRO

DR. LUIS BAPTISTA (*)

A profilaxia da lepra, nos moldes clássicos, baseada no isolamento compulsório das formas contagiantes, no dispensário e na obra de preservação à infância (preventório), não deu o resultado esperado e desejável.

Não se pode, entretanto, concluir que os resultados dessa orientação profilática tenham sido nulos. A sua inexistência teria, certamente, contribuído para maior extensão e agravamento da endemia leprótica.

Vários fatores contribuíram para a deficiência dessa política sanitária. Entre eles, certamente, se destacam o falso conceito sobre a lepra, colocando-a como moléstia à parte, diferente, na patologia humana, a noção falsa sobre contágio, a falta de tratamento específico e o fato de, muitas vezes, ser a moléstia causadora de deformidades.

Uma análise estatística de 2 quinquênios (1946-1950 e 1951-1955), conforme nos mostram os dados abaixo, referentes ao país e ao Estado de São Paulo, comprovam o afirmado.

Anos	Doentes Fichados		Doentes Existentes		Frequência ^o /oo	
	Brasil	S. Paulo	Brasil	S. Paulo	Brasil	S. Paulo
1946	3813	1265	48.541	15.963	0,96	1,92
1947	4096	1437	51.443	16.776	0,99	1,97
1948	4510	1512	53.307	17.576	1,02	2,01
1949	4895	1678	57.492	18.807	1,18	2,09
1950	4719	1667	60.623	20.201	1,17	2,19
1951	5049	1716	64.092	21.366	1,20	2,24
1952	5163	1747	68.340	22.801	1,26	2,32
1953	5394	1818	72.678	23.744	1,31	2,34
1954	5319	1804	75.988	25.200	1,34	2,41
1955	5760	1785	80.119	26.442	1,39	2,45
1956	6190	1830	83.520	27.654	1,42	2,48
1957	6068	2028	85.813	28.955	1,43	2,52
	61976	20287				

O *isolamento compulsório* que, conjuntamente ao dispensário e preventório, constituíam o tripé sobre o qual se baseava a profilaxia clássica, não preencheu suas finalidades.

- 1.º — porque incentivou a ocultação dos focos: o paciente isolado, sumária e imediatamente, após o diagnóstico, sofria além do trauma psíquico e moral decorrente de uma medida draconiana, as consequências econômico-financeiras e sociais do segregamento.

Havia uma fratura da família e a sua estigmatização decorrente do conceito em que então era tida a moléstia;

(*) Diretor-substituto do Departamento da Profilaxia da Lepra.

- 2.º) — restringiu o problema aos médicos dos serviços públicos especializados, deixando à margem e, conseqüentemente, desinteressados, os demais profissionais;
- 3.º) — levou à execução de medidas de natureza policial ao invés de efetivar uma internação suasória;
- 4.º) — acentuou, ainda mais, o terror pela moléstia, dificultando a verificação de casos novos;

Caso não bastassem esses argumentos de natureza médico-sanitária e social, teríamos ainda, diante da realidade objetiva, argumentos de ordem econômica.

Se considerarmos o número de doentes no Estado, estimado em 30.225 (dezembro de 1958), o custo da construção de cada leito em Cr\$ 200.000,00 e o "*per capita*" diário do doente em Cr\$ 200,00, teríamos o dispêndio para 6.000 leitos construídos Cr\$ 1.200.000.000,00 e para manutenção anual de Cr\$ 438.000.000,00 que adicionados de Cr\$ 60.000.000,00 (5% sobre o capital empatado em construção), atinge a soma de Cr\$ 498.000.000,00 por ano.

Não se computou aqui as demais despesas com que o Estado deveria arcar com assistência jurídica, social, com a reabilitação dos egressos, com dispensários, creches, educandários e outras atividades complementares.

Tal dispêndio acarretaria a impossibilidade do Governo atender a todos os problemas gerais de Saúde Pública como seria necessário.

O *dispensário*, por sua vez, nos moldes em que foi instalado e com a finalidade para que foi destinado, não preencheu, senão parcialmente, a finalidade profilática.

Não era suficientemente dinâmico, baseava-se em critério seletivo muito limitado, restringindo-se a matricular para vigilância e tratamento somente os egressos dos sanatórios. Os comunicantes eram revistos em número muito limitado.

O *preventório*, como local de isolamento exclusivamente do filho do hanseniano, constituía antes um meio de estigmatização do que centro de educação da criança.

Em conseqüência de todos esses fatores mencionados é que afirmamos que a organização clássica do chamado tripé profilático, não deu o resultado desejável.

De posse desses conhecimentos, com a noção dos efeitos benéficos da medição sulfônica, do valor prognóstico da reação de MITSUDA (permitindo avaliar a evolução dos casos de lepra de modo a se conceituar os tipos polares e demonstrar que cerca de 80% da população apresenta capacidade defensiva eficiente contra a lepra), com o melhor conhecimento clínico e epidemiológico demonstrando que o contágio advém quase sempre das formas lepromatosas, com o conhecimento de que as formas indeterminadas (matrizes) regredem prontamente com o tratamento e ainda, com a noção de benignidade das formas tuberculóides, é que os leprologos puderam, através etapas sucessivas, traçar novos rumos profiláticos para a lepra.

NOVOS RUMOS NA PROFILAXIA DA LEPPRA

Diante dos progressos realizados, pode-se assim consubstanciar hodiernamente, a orientação profilática: *diagnóstico precoce, tratamento extensivo, educação sanitária, isolamento seletivo, prêmunição, intensificação das investigações científicas, intensificação e extensão do ensino da leprologia, assistência social ao doente e sua família, reabilitação dos egressos.*

Analisemos, separadamente, cada um dos itens referidos:

- 1.º) *Diagnóstico precoce*: É o fator profilático primordial. Permite o tratamento abortivo da moléstia na sua forma incipiente evitando assim o contágio dos comunicantes.
- 2.º) *Tratamento extensivo*: Visa esterilizar as lesões mucosas e cutâneas dos doentes.
- 3.º) *Educação sanitária*: Constitue fator da mais alta relevância profilática. Sendo a lepra, como é, moléstia sobre a qual existem preconceitos e tabus, mister se faz o esclarecimento da população a fim de tornar aceitável o seu diagnóstico diante do fato de ser moléstia curável e menos contagiante do que muitas outras que não causam pavor. A educação visa orientar a conduta das pessoas menos experimentadas ou esclarecidas, a fim de que os objetivos sanitários desejáveis se tornem hábitos, ou melhor, busca modificar o comportamento do homem, levando-o a praticar, espontaneamente, atos que visem a defesa e melhoria da saúde. Não basta porém difundir o conhecimento dos preceitos de higiene e de profilaxia para modificar o comportamento humano; este modifica-se, principalmente, pela melhoria do ambiente que cria novos hábitos e dá novas possibilidades.

Não basta um doente de lepra saber que os contactos MITSUDA negativos são receptíveis à moléstia; é preciso que dêles se afaste para preservá-los do contágio.

Três campos se nos apresentam para a educação sanitária; dois bem definidos (população atingida e população sã) e um intermediário (comunicantes).

A população atingida deverá ser orientada e conduzida ao tratamento e à prática de atos que previnam a disseminação da moléstia. Há um vasto campo de educação sanitária a ser desenvolvido nos dispensários, nos domicílios e nos sanatórios.

A população deverá ser esclarecida no sentido da verdadeira orientação profilática, sem exageros de liberalismo ou de rigor, incutindo-se o conceito de que a lepra é moléstia idêntica às demais moléstias infecciosas crônicas.

Os comunicantes, que são os mais expostos, devem constituir o objeto de principal atenção.

É necessário que as unidades dos serviços de lepra se tornem centros educativos e que, em todos eles, atuem sempre sobre o paciente o ambiente, o exemplo, a confiança e o esclarecimento.

Próprio à educação sanitária é o ambiente acolhedor e atraente onde o paciente encontra solução para os seus problemas pessoais, onde é atendido com presteza e atenção, onde os preceitos de higiene são praticados.

Nada pode ser esquecido ou negligenciado; é importante a atitude das pessoas que atendem os pacientes, o porteiro, o enfermeiro e o médico. A aparência, a disciplina e a ordem contribuem para confiança que é fator indispensável à ação educativa.

O trabalho de educação sanitária é, pois, obra de equipe, praticada pelo médico, enfermeiro, assistente social e educador sanitário.

O comparecimento do comunicante para exame será tanto mais fácil quanto mais eficiente tiver sido a educação sanitária do doente.

- 4.º) *Isolamento seletivo*: O isolamento seletivo deverá ser efetivado considerando-se o grau de contagiosidade do caso, face à convivência com menores lepromino-negativos, às condições de habitação, aos hábitos e

condições de trabalho, ao grau de educação sanitária, ao discernimento e ao espírito de cooperação do paciente.

- 5.º) *Premunicação* (profilaxia de disposição): Conclui o Seminário sobre Profilaxia da Lepra de Belo Horizonte (julho, 1958): "Ante os novos rumos da profilaxia da lepra, segundo os quais o tratamento dos enfermos no domicílio substitui o isolamento compulsório em hospitais especializados, recomenda o Seminário, para atenuar os riscos de exposição ao contágio, a aplicação nos focos de tôdas as medidas médico-sanitárias e educativas possíveis, para a proteção efetiva dos comunicantes". "E' fundamental a vigilância médica periódica e regular dos comunicantes e a instituição imediata do tratamento dos casos descobertos.

O rigor e a duração da vigilância, estarão condicionados às características do foco, à natureza da convivência, bem como à idade e ao grau de resistência do comunicante".

"O Seminário reconhece a importância dos meios capazes de aumentar a resistência contra a lepra, não havendo, contudo, entre os participantes, uniformidade de opinião quanto ao valor dos agentes utilizados com este objetivo (B.C.G., Lepromina, etc.)". "Em relação ao B.C.G. existem duas opiniões: alguns consideram que se deve continuar seu emprêgo nas campanhas anti-leprosas, baseados em sua comprovada eficiência na prevenção da tuberculose e em sua ação estimulante das defesas contra a lepra — observação a cujo favor há fatos promissores — tendo em vista, entretanto, que o caráter crônico dessa infecção exige longos anos de observação, antes que se possa emitir pronunciamento definitivo; estimam outros, ao contrário, que não se justifica seu emprêgo na lepra, com fins profiláticos, visto que os escudos até o presente não são concludentes".

"Por outro lado, todos são unânimes quanto à necessidade de prosseguirem-se investigações, realizadas segundo planos previamente estabelecidos, obedecendo a normas científicas estritas, que permitam elucidar definitivamente o assunto".

- 6.º) *Intensificação das investigações científicas*: A pesquisa científica sobre leprologia deverá ser reforçada em nosso meio, pois a moléstia não existindo, praticamente, em outros países civilizados, a nós do Brasil, país em que a lepra é endêmica, cabe o dever moral e a necessidade material de realizar pesquisas. Estas devem se voltar principalmente para o campo da terapêutica experimental visando a descoberta de novos compostos mais ativos e menos tóxicos capazes de melhores resultados ou apenas para terem empregados nos casos de intolerância ou de resistência medicamentosa.

Paralelamente não deverão ser descuidadas as pesquisas referentes à etiopatogenia patologia e epidemiologia da lepra.

O Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, mantém o Instituto de Leprologia, recentemente complementado pelo Fundo de Pesquisas Científicas.

- 7.º) *Intensificação e extensão do ensino da leprologia*: E' medida de alta relevância a intensificação dos conhecimentos de leprologia por parte de todos aqueles que exercam ou venham a exercer a medicina no Brasil.

O aperfeiçoamento do conhecimento neste setor da patologia, virá trazer inestimáveis serviços aos doentes e aos próprios médicos porque, mais prontamente do que fazem hoje, quando o fazem, adotarão medidas terapêuticas e profiláticas adequadas.

Os dados estatísticos levantados no Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, mostram que a quase totalidade dos doentes fichados tiveram por muitos anos retardado o início de seu tratamento e constituíram fontes de infecção em consequência de erros de diagnóstico. Ora era a lepra lepromatosa reacional confundida com um eritema nodoso reumatismal, ora era atribuída à sífilis, micoses, ou outras moléstias, aquilo que deveria ser atribuído à lepra.

As Faculdades de Medicina não cogitaram, até há pouco tempo, de consagrar estudos mais detidos sobre a especialidade. As revistas médicas nacionais se interessam mais por casos raros ou de patologia exótica e se esquecem do assunto de transcendente necessidade e realidade nacional. Cabe à Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica, a primazia da inclusão de uma Disciplina de Leprologia no seu currículo. E' necessário que esse exemplo frutifique.

Não bastam porém os conhecimentos básicos que os alunos adquirem nas cadeiras de Anatomia Patológica, Bacteriologia e Imunologia. Não é suficiente conhecer um bacilo corado numa lâmina da coleção da Cadeira de Microbiologia; é preciso ir além, saber colher o material da mucosa nasal, proceder a escarificação de uma lesão cutânea, praticar e interpretar uma reação de lepromina, fazer uma biopsia em local oportuno, familiarizar-se com os quadros histopatológicos da lepra. Os cursos regulares de Dermatologia deveriam reservar 1/4 ou 1/5 da programação para o tema lepra, do qual sempre um tópico deveria ser obrigatório nos exames oral, prático e escrito. Igualmente as Cadeiras de Neurologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Reparadora e Clínica Médica e Medicina Tropical, deveriam de maneira mais objetiva e aprofundada tratar do assunto. A Cadeira de Higiene deveria não descuidar dos aspectos epidemiológicos e profiláticos do mal de Hansen. Complementando os estudos do currículo escolar regular, os cursos de especialização viriam coordenar os conhecimentos adquiridos, aprimorá-los e atualizá-los.

- 8.º) *Assistência social ao doente de lepra e sua família:* Tendo-se em conta que a lepra é a moléstia que maiores desajustamentos acarreta ao indivíduo e à sua família, sejam de ordem econômica, social ou emocional, deve ser considerada de relevância a ação do serviço social. Com o desaparecimento do "médico da família" em consequência do desenvolvimento de clínicas, hospitais e assistência médica prestada pelos seguros sociais, o médico não pode conhecer o paciente em todos os seus aspectos. O assistente social será o "Olho do médico" sobre o paciente no meio familiar ou de trabalho.

Os problemas econômico-sociais exercem decisiva influência no tratamento dos pacientes do mal de Hansen como no seu reajustamento familiar e profissional. Se o doente durante a internação sentir o apoio e solidariedade da família e souber que a mesma lhe dará o necessário amparo, fará o tratamento com proveito, sem fugas ou indisciplina prejudiciais à recuperação de sua saúde. O serviço social terá como campo de ação o caso, os grupos e a comunidade. Cumpre ao assistente social, quando a internação se fizer necessária, recepcionar os doentes nos sanatórios e hospitais, ajudá-los a resolver seus problemas de ordem social, econômica e emocional, manter o elo de ligação à família, encaminhar os seus filhos às creches, educandários, preparar o paciente para transferência para dispensário e readaptá-lo ao trabalho. No caso do doente permanecer em tratamento dispensarial, cabe ainda orientá-lo na solução de problemas de ordem profissional como sejam entendimentos com patrões, obtenção de licenças, pensões aposentado-

rias, ou readaptá-los a outras profissões compatíveis com o seu estado de saúde.

Para a realização desse plano de profilaxia o Dispensário constitui a peça fundamental.

Os sanatórios e colônias perderam razão de existir para serem transformados em hospitais onde os doentes serão internados por intercorrências ou para tratamentos temporários da moléstia, até que melhorem o estado geral e, em determinados casos, sejam esterilizadas suas lesões, adquiram hábitos de higiene, e se orientem quanto à necessidade e eficiência da terapêutica.

Os preventórios, igualmente, não podem subsistir pelas razões anteriormente expostas. Os filhos de hansenianos isolados e desamparados, deverão ser encaminhados a famílias ou, na impossibilidade disso, a creches e educandários particulares, cabendo a responsabilidade das despesas ao Estado. Assim evitar-se-ia a estigmatização dos menores e sua readaptação social tão difícil e problemática.

O dispensário, pela própria definição é um órgão dinâmico. Deve penetrar na coletividade e com ela se entrosar para executar todo o programa anteriormente exposto. Deverá ser polivalente, com pessoal especializado e na impossibilidade disso, poderá ser específico porém sem denominação declarada e intimamente entrosado com as demais unidades sanitárias.

Medida de necessidade inadiável é a revogação da legislação sanitária específica para a lepra e a inclusão nos dispositivos gerais para moléstias infecciosas crônicas no Código Nacional de Saúde Pública. Não se justifica, diante do conceito atual da moléstia, uma discriminação anacrônica e odiosa. Mister se faz, entretanto, durante certo espaço de tempo, a manutenção da legislação social de amparo ao hanseniano deficiente ou necessitado até que se firme na consciência popular a renovação do conceito sobre lepra e que haja possibilidade de readaptação profissional e social que ocorre em outras condições.

A execução de tôdas as medidas propostas, paralelamente, poderá em regime de campanha, com flexibilidade de aplicação de recursos financeiros e maior economia, obter resultados que desvançam *"as esperanças desfeitas e as decepções advindas desses longos anos de trabalho e sacrifícios"* credenciando-nos *"a fazer, com serenidade e sem pessimismo, esta declaração sob o influxo de sua fidelidade aos princípios firmados no VI Congresso Internacional de Leprologia, aos ditames do mais puro sentimento cristão e sob a inspiração do mais fervoroso amor à Pátria"*. *

* (Declaração de Princípios — IV Reunião de Leprologia, Belo Horizonte, 25-28-janeiro de 1956).