

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

GUIA PARA O CONTRÔLE DA LEPROSA

(Conclusão)

III. ASSUNTOS GERAIS

1. *Legislação sanitária*

A legislação sanitária no que se refere à lepra, em países que requerem assistência para o seu controle, seria modificada de acordo com as "Diretrizes para o Controle da Lepra".

Seriam observadas, particularmente, as seguintes recomendações:

*WHO Expert Committee on Leprosy, Technical Report series No. 71, 1953, p. 9.*

"O isolamento compulsório dos casos infecciosos em instituições tem, a despeito de suas vantagens teóricas, muito sérias desvantagens. Desagrega sempre a família, deixando os dependentes desamparados.

O temor de tal situação e, ainda mais, de uma permanência indefinida num leprosário e também o estigma de haver estado lá, leva os pacientes a ocultarem a doença e continuarem sem tratamento, constituindo um perigo para seus conviventes.

O tratamento moderno, mais eficaz, oferecendo melhores possibilidades de recuperação, exige sejam reconsiderados os métodos atuais do isolamento compulsório. Enquanto a lei do isolamento dos casos infectantes não puder ser revogada, os métodos de aplicá-la podem ser modificados de forma a que o paciente seja atraído ao tratamento o mais precocemente possível.

A concessão de alta hospitalar, logo que o paciente se torne não infectante, produziria o mesmo efeito psicológico. Além disso, os leitos vagos seriam aproveitados para os casos infectantes".

*Seminário Pan-Americano sobre Profilaxia da Lepra, Belo Horizonte, julho de 1958 e Conferência Inter-Regional de Lepra, Tóquio, novembro de 1958.*

"...que a determinação legal de isolamento compulsório em estabelecimentos especiais — leprosários — acarreta sérios inconvenientes que prejudicam a execução das medidas essenciais à profilaxia. Dentre elas sobressaem :

- a) o ocultamento de grande número de doentes, pelo temor do isolamento e conseqüente dificuldade no controle de seus comunicantes;

- b) o elevado ônus para o erário público, desviando-se, sem proveito para a profilaxia, recursos financeiros que poderão ser melhor aplicados no desenvolvimento de métodos racionais e mais eficazes na luta contra a lepra;
- c) a desintegração e estigmatização da família, o que lhe torna mais difícil o reajustamento social;
- d) a discriminação injusta e desumana de uma classe de enfermos, que passam a ser considerados como marginais, impossibilitando-lhes assim, a posterior reintegração na sociedade;
- e) a perpetuação de preconceitos populares".

*Congresso Internacional para a Defesa e Reabilitação Social do "Leproso". Roma, 1956.*

"Que os doentes atingidos por esta afecção sejam tratados como outros portadores de moléstias infecciosas (tuberculose por exemplo), sem qualquer regulamento especial e que tôdas as legislações e regulamentos de exceção concernentes aos leprosos sejam abolidos".

A experiência do Brasil é o exemplo mais significativo a respeito da influência do isolamento compulsório em campanha de lepra.

Nesse país a segregação compulsória está em vigor há muitos anos (especialmente rigorosa no Estado de São Paulo) e cerca de 1.000.000 de dólares anuais são gastos semente na manutenção dos leprosários. A despeito disso, a prevalência aumentou de 0,96 por 1.000 em 1946 para 1,4 em 1955. Entre 1946 e 1956, a prevalência aumentou de 1,55 para 1,89 por 1.000 em Minas Gerais, de 2,11 para 2,66 por 1.000 em São Paulo e de 3,33 para 3,65 por 1.000 no Pará (Orestes Diniz — "Nova Fase da Luta contra a Lepra no Brasil", 1957).

Esses fatos levaram os especialistas brasileiros a admitir, numa declaração de princípios escrita em 1956, "isto vem demonstrar que o método de ação profilática necessita reajustar-se às novas aquisições científicas, operadas neste campo da medicina".

Na África Equatorial Francesa o número de pacientes de lepra registrados aumentou com a abolição de medidas coercitivas de 28.143 em 1953 para 145.533 em 1958.

A combinação desses fatores — eficácia da medicação, que por si mesma é a melhor propaganda, e a abolição de medidas discriminatórias (abolição da segregação compulsória) — ocasionou o aumento do número de casos registrados na África Ocidental Francesa de 32.700 em 1946 para 343.921 em 1958.

Na Guiné Espanhola a prevalência aparente elevou-se de 0,84 por 1.000 em 1944 para 2,08 por 1.000 em 1945. O tratamento sulfônico começou em 1947 e, simplesmente pela divulgação de seus efeitos, a prevalência aumentou para 11,29 por 1.000 em 1949, como um resultado do comparecimento espontâneo para tratamento de grande número de pacientes.

O México é, talvez, o primeiro país onde essas considerações foram pela primeira vez, e de maneira mais satisfatória, incorporadas à legislação. Acreditando que o número de pacientes que se ocultam pelo medo do internamento obrigatório representa perigo maior que o conseqüente do tratamento ambulatorio dos casos lepromatosos — que permite serem exami-

nados os conviventes e evidenciados os sintomas bacteriológicos — o México aboliu tôdas as medidas especiais da lei em vigor e tem empregado unidades móveis para melhor facilitar o tratamento e, principalmente, divulgar informações.

Aplicar-se-iam as seguintes determinações a escolas e empregados civis:

Seria permitido receber nas escolas públicas as crianças doentes de lepra de casos tuberculóides, sob a condição de estarem recebendo tratamento regular. Seriam excluídas as crianças leptomatosas, entretanto, até que o tratamento apresentasse achados bacteriológicos negativos. Nos casos especiais de escolas sob regime de internato, tendo em vista o prolongado tempo e a intimidade do contato, sómente crianças com testes lepromino-positivos, resultados bacteriológicos negativos e submetidos a tratamento regular, seriam aceitas. Aos empregados civis, afetados de lepra, seria permitido continuarem em seus empregos sob as mesmas condições das crianças das escolas públicas.

A abolição das medidas discriminatórias seria feita gradualmente, pela preparação da opinião pública, da classe médica e autoridades públicas, por meio de propaganda intensa e persistente. A experiência demonstra a grande eficiência de tal propaganda, para a qual todos os meios possíveis — imprensa, rádio, folhetos, conferências — devem ser empregados.

O Comitê Executivo da OMS, em sua décima segunda sessão em maio de 1953, notou (Resolução EB 12.R 15) o relatório da 6ª sessão da UNICEF/ WHO Joint Committee on Health Policy, na qual ficou determinado: "A Comissão julga recomendável a assistência internacional aos governos, quando solicitada, porém tal auxílio deve ser limitado aos países dispostos a enfrentar o problema da lepra em larga escala e de acôrdo com a orientação moderna. (Official Records, n.º 49, Annex 4, parágrafo 38.)

A experiência comprova o acerto dêste ponto de vista; em países onde a legislação não foi previamente ajustada aos princípios aqui delineados, houve dificuldades no desempenho do programa de contrôle da lepra de conformidade com os padrões agora aceitos. Por isso recomenda-se que, de ora em diante, antes de efetuar qualquer ajuste para assistência em programas de lepra em países cuja legislação é definitivamente oposta aos principias acima referidos, estipule-se a apresentação de decreto revogando a legislação atual, até que nova lei seja sancionada.

Embora a segregação temporária dos casos infecciosos possa ser conservada, dentro dos limites humanos, basta aplicar, enquanto houver perigo de infecção, a legislação geral referente ao isolamento dos casos de moléstias infecciosas.

Informações completas sôbre legislação sanitária referente à lepra são fornecidas no artigo "Leprosy — A survey of Recent Legislation", publicado no International Digest of Health Legislation, 1954, vol. 5, 1, pp. 1-35 e no anexo, que apresenta relação de leis sanitárias referentes à lepra, ulterior à publicação daquele estudo.

## 2. Organizações não governamentais de combate a lepra.

Há muitas organizações não governamentais de grande valia em campanhas contra a lepra.

a) *Associações de caráter internacional.* Várias destas associações prestam importante contribuição no contrôle da lepra, angariando fundos, algumas vêzes somas consideráveis, para manter centros de tratamento e facilitar o suprimento de drogas, meios de transporte e equipamento de labo-

ratório, bem como proporcionar meios para investigações específicas, etc. Trabalho de valor inestimável, merece os maiores elogios.

b) *Associações nacionais*, como a "Ghandi Foundation", na Índia, comissões de senhoras em vários países, que angariam fundos por meio de subscrições voluntárias para aumentar os fundos de determinadas instituições de tratamento da doença.

c) *Instituições não governamentais que operam neste campo de ação*. Principalmente na África e na Índia, há numerosos leprosários mantidos por missões de diferentes confissões religiosas, que dispensam tratamento a pacientes segregados em centros, sob seus cuidados. Abrangendo áreas maiores ou menores, administram o tratamento por meio de ambulatórios ou equipes móveis. Algumas possuem fundos suficientes para cobrir tôdas as despesas e possuem pessoal médico remunerado. Outras, mais pobres, mantêm apenas pessoal, geralmente religiosos, treinados ou não em enfermagem, e recebem verbas concedidas pelas autoridades sanitárias; seu trabalho se restringe a proporcionar acomodações e alimento aos doentes segregados. Tôdas essas instituições cooperam eficazmente no contrôle da lepra. Poderiam ser enquadradas na organização da campanha, sujeitas à mesma supervisão dos centros do Govêrno, usando os mesmos esquemas de tratamento e apresentando dados estatísticos do mesmo tipo.

Representam sempre economia no custo dos serviços da administração sanitária e seu trabalho deve ser incentivado de modo a se desenvolver de acôrdo com a direção geral da campanha.

d) *Preventórios*. Os países que possuem preventórios especiais para crianças de país doentes, devem convertê-los em Instituições de Assistência Infantil, de caráter geral.

A experiência no Brasil e na Espanha tem demonstrado que as despesas dêsses centros são sempre excessivas, com tendência para extravagância e emprêgo para outros fins, isto é, transformam-se em centros de educação de crianças. São úteis, uma vez que os recursos particulares sejam maiores do que o auxílio oficial. Entretanto, quando isso não se dá, uma organização exclusivamente do Govêrno é mais útil e mais econômica, segundo comprova a experiência. As crianças permaneceriam no preventório sómente o tempo necessário para evitar a infecção; logo que os país lepromatosos se tornassem clínica e bacteriológicamente negativos, retornariam ao seu convívio, evitando, assim, o desajustamento social.

### 3. *Propaganda e educação sanitária.*

Segundo demonstra a experiência, a dificuldade inicial a ser vencida na organização de campanha de contrôle é o preconceito contra a lepra, que prevalece em quase todos os países.

#### a) *Propaganda*

Todos os que trabalham em campanha de lepra, de todos os níveis, devem desenvolver uma propaganda intensa e bem organizada, dirigida a tôdas as classes sociais, médicas e sanitárias, autoridades, estudantes, e ao público em geral.

O responsável pela campanha organizaria um escritório de propaganda e forneceria periodicamente informações dignas de crédito ao público a res-

peito da lepra e seu controle, por meio do rádio, imprensa, conferências públicas e aulas em escolas de medicina. Ele divulgaria esta propaganda continuamente, em conversações com o pessoal do serviço médico e autoridades administrativas.

O escritório de propaganda providenciaria a distribuição de folhetos nas escolas e faria propaganda entre os professores, de modo que estes, por sua vez, pudessem realizar palestras com seus alunos, com projeções de quadros selecionados pelo escritório.

Os chefes de setor manteriam em seus campos de ação essas atividades da direção da campanha nacional.

Os chefes de equipes e dos centros de tratamento fariam continuamente propaganda em seu contato com os pacientes, membros da família, autoridades das vilas, etc.

A propaganda realizada pelos visitantes durante as visitas domiciliares é particularmente proveitosa no que diz respeito aos membros da família do doente e aos vizinhos.

Finalmente, todos os técnicos da OMS cooperariam na propaganda por meio de palestras em escolas de medicina, de enfermagem, através da imprensa, rádio, etc.

Outra medida de utilidade seria a preparação de filmes de propaganda, preferivelmente coloridos, para exibição nos cinemas, como documentário.

#### b) *Educação sanitária*

A educação sanitária da lepra seria dirigida não só ao público em geral, mas também aos médicos, pessoal de saúde pública e doentes. O preconceito contra a lepra é universal e tem existido por séculos. O medo da lepra tem suas raízes principalmente na idéia da incurabilidade associada a, deformidade.

É necessário salientar que a lepra é doença curável, que a deformidade pode ser evitada pelo tratamento regular nos primeiros estágios da doença e esclarecer que certas seqüelas irremovíveis não significam, no entanto, que a doença não esteja branqueada ou curada.

- I) *Médicos e estudantes de medicina.* Seriam organizados cursos regulares de atualização em leprologia em vários lugares, destinados a todos os clínicos e médicos de zonas rurais. O ensino e treinamento em leprologia seria obrigatório para os estudantes de medicina na cadeira de medicina preventiva ou dermatológica. Todos os médicos, hoje em dia, devem estar capacitados para diagnosticar e tratar, precocemente, os casos de lepra. É preciso, também, convencer o pessoal de saúde pública de que a lepra é uma doença transmissível como qualquer outra, porém menos contagiosa, e é curável, e que devem propalar esta informação no trato diário com o público.
- II) *Pessoal para-médico e visitantes.* Muitos acreditam que a lepra é uma doença social e um problema, não obstante haver sido provado que a lepra é curável com medicamentos. É necessário, por isso, remover os preconceitos da sociedade e também os dos funcionários. Todo o profissional para-médico deve receber três ou quatro aulas sobre lepra, para que possa divulgar a mensagem acêrca da lepra a todos os recantos do país.

III) *Público em geral.* O meio mais eficiente de educar o público em geral é iniciando o serviço de descoberta e tratamento de casos. Ao verificar que centenas de pacientes se curaram antes de aparecerem deformidades, a atitude do público para com o doente de lepra se transformará. Deve-se ensinar o povo a procurar a opinião do médico logo que apareça qualquer lesão suspeita. Empregar-se-ão todos os esforços para convencê-los de que os casos branqueados, embora apresentem deformidades, geralmente não são infecciosos e induzi-los a assumir uma atitude humana para com esses casos e a aceitá-los na comunidade.

IV) *Pacientes.* Deve-se ensinar os pacientes, em seu próprio interesse, a comparecer regularmente ao tratamento e cuidar das mãos e dos pés, para evitar deformidades. Os portadores de deformidades características devem ser orientados de maneira a sentir a responsabilidade, observando certo retraimento no contato com o público em geral e a praticar o isolamento domiciliar. etc.

O estabelecimento de relações com os doentes e o público em geral pode ser realizado por diferentes métodos, v.g. a ação pessoal dos médicos, pessoal para-médico e do serviço social em seus contatos com os pacientes e seus vizinhos; ou a instrução de diferentes grupos nas escolas, fábricas e quartéis, por meio de projeções, filmes, exposições, conferências, rádio, jornais, etc.

#### IV. REABILITAÇÃO

1) Pacientes em tratamento ambulatorio, sem incapacidades ou com ligeiras atrofias ou paralisia, que não restringem sua capacidade de trabalho, não requerem medidas especiais, uma vez que não perderam seu lugar na sociedade e continuaram trabalhando sem interrupção. Êste é mais um argumento a favor de que se estenda o tratamento ambulatorio tanto quanto possível e, especialmente, levando a cabo medidas para evitar as deformidades.

*Crianças* com lesões tuberculóides podem e devem continuar a freqüentar a escola, desde que estejam recebendo tratamento regular; crianças com lesões lepromatosas podem ser aceitas nas escolas quando se tornarem bacteriologicamente negativas, contanto que continuem recebendo tratamento regularmente. Os professores devem receber instruções especiais sobre a necessidade de se assegurar de que o tratamento esteja sendo administrado com regularidade e, em casos excepcionais, deve ser confiada a êles a administração oral das sulfonas e também a verificação de que essas crianças estejam comparecendo mensalmente às revisões.

No caso especial de internatos, tendo em vista a duração e a intimidade do contato, serão aceitas somente crianças com testes lepromino-positivos, com exames bacteriologicamente negativos e que sigam o tratamento com regularidade.

Empregados civis doentes de lepra podem continuar em seus trabalhos, nas mesmas condições das crianças.

2) *Pacientes sem incapacidades, ou com ligeiras atrofias ou paralisia, segregados em leprosários, vilas de doentes ou postos,* requerem reabilitação social mais do que propriamente a reabilitação física. Se a sociedade tem

que aceitá-los quando dispensados como curados, a atitude da sociedade para com o doente de lepra deve ser mudada por meio da propaganda e educação sanitária.

Poderá haver em todos os leprosários, vilas de doentes ou postos, um centro agrícola onde os pacientes continuem seus serviços e sejam melhor treinados de modo a aumentar suas possibilidades de encontrar trabalho ao deixar o leprosário ou posto.

Se o centro oferecer oportunidades para aprendizado de outros ofícios, deve ser feita cuidadosa escolha dos doentes mais capacitados; o aperfeiçoamento dos conhecimentos técnicos tornará mais fácil ao paciente encontrar o seu lugar na sociedade.

Em todos esses centros haveria *escolas para crianças*, oficiais ou reconhecidas pelo Governo, de modo que as crianças não sejam prejudicadas nos estudos. Os professores seriam competentes para fazer cuidadosa seleção de acordo com as aptidões das crianças, para colocá-las mais tarde nos centros ocupacionais.

As crianças segregadas em preventórios são estigmatizadas sem razão; o uso de tais instituições — geralmente muito dispendiosas — seria reduzido ao mínimo possível. É preferível colocar as crianças de pais lepromatosos, removidas do foco de infecção logo após o nascimento, aos cuidados de famílias de saúde e em instituições para crianças sãs. Escolas, como as mencionadas anteriormente, devem ser estabelecidas nos preventórios e estes envidarão todos os esforços no sentido de arranjar colocação para as crianças que permanecessem muito tempo internadas.

3) *Reabilitação fisioterapêutica*, Êste pode ser o único tipo de reabilitação necessário ou a ser empregado após uma reabilitação cirúrgica.

Objetiva desenvolver, por meio de exercícios metódicos, com o uso de vários aparelhos, grupos de músculos atrofiados a fim de recuperar o funcionamento dos grupos de músculos defeituosos pela reeducação do movimento.

A fim de aplicar o tratamento de correção a cada caso, deve ser feito cuidadoso exame de todos os pacientes incapacitados que ingressem nos Postos, distribuindo-os em diferentes grupos, de acordo com as condições de incapacidade, possibilidade de recuperação total ou parcial e tipo de tratamento necessário, tratamento cirúrgico prévio ou tipo especial de reeducação que requer.

Êste tipo de tratamento pode ser aplicado durante o tratamento específico e deve ser iniciado o mais cedo possível.

*Reeducação.* De acordo com o grau de incapacidade, localização das deformidades ou paralisia, os pacientes devem ser reeducados para diferentes serviços:

- a) trabalho agrícola de tida a espécie, horticultura, jardinagem, criação, etc.;
- b) trabalho manual, como carpintaria, marcenaria, indústrias têxteis, sapataria, encadernação, cerâmica;
- c) ofícios que requerem nível de instrução mais elevado, serviços de administração, tipografia, impressão, etc. Suficientemente treinados esses pacientes podem ser empregados como visitantes e enfermeiros em campanhas de lepra.

Para estimular o trabalho é de boa prática pagar-lhes salários, deduzidas as despesas de manutenção no leprosário, logo que desempenhem suas tarefas com alguma habilidade.

Quanto mais elevado o nível de desenvolvimento técnico que adquirirem, mais fácil se tornará sua adaptação à vida social, no futuro.

4) *Reabilitação cirúrgica, plástica e ortopédica.* Deve-se estabelecer distinção entre operações cirúrgicas, como a extração de ossos das mãos e pés quando necessária para reparação de lesões perfurantes, e pequena cirurgia, como decapsulação dos nervos periféricos, nos primeiros estágios do acometimento, que podem ser praticados por médicos com alguma prática em cirurgia. Outro tipo de operação é a correção das mãos em garra ou paralisia dos pés por anastomose dos tendões ou nervos periféricos, ou operações para reconstrução das deformidades faciais, que requerem grande experiência em cirurgia plástica reparadora.

As possibilidades da cirurgia plástica e reparadora dependem exclusivamente da habilidade técnica do pessoal médico. Dela se obtém consideráveis resultados, porém, com exceção de alguns centros, não tem recebido a devida atenção.

É necessário muito cuidado no recrutamento do pessoal responsável pela reabilitação fisioterapêutica e pela cirurgia plástica reparadora. Para a reabilitação fisioterapêutica, uma enfermeira ou fisioterapeuta com longa prática neste tipo de trabalho (por exemplo, no tratamento de acidentados no trabalho) organizaria o centro e instruiria o pessoal. Pacientes inteligentes, após a reabilitação e devidamente treinados, podem ser contratados e prestar excelentes serviços.

A cirurgia plástica e reparadora seria confiada a cirurgiões hábeis com longa prática nesta especialidade. Entretanto, qualquer que seja a sua qualificação, fariam um pequeno estágio em centros especializados, como por exemplo a clínica dirigida pelo Dr. Brand, em Madras.

## V. ENSINO E TREINAMENTO

O ensino da leprologia tem de ser ministrado em níveis diferentes, tendo em vista que, para organização eficiente de uma campanha, é necessária a cooperação de servidores de saúde pública de várias categorias.

### 1) *Treinamento de estudantes de medicina, em leprologia.*

A experiência demonstra que a participação de médicos de clínica geral em campanhas de lepra é essencial para o descobrimento de casos precoces e administração de tratamento aos casos conhecidos, especialmente em áreas de baixa endemicidade, nas quais não se faz necessário o lançamento de campanhas em massa.

O ensino prático seria ministrado, principalmente, na cadeira de dermatologia e, em países onde a lepra é endêmica, todos os estudantes de dermatologia aprenderiam a diagnosticar as lesões precoces e a aplicar o tratamento de rotina, incluindo o tratamento de intolerância terapêutica. O ensino seria ao mesmo tempo teórico e prático, com apresentação de casos e fotografias coloridas, de modo que, ao fim de cada curso, os estudantes estivessem capacitados a reconhecer as várias formas clínicas da doença; aprenderiam também os métodos mais simples de diagnóstico de rotina (teste de sensibilidade cutânea, teste lepromínico, esfregaços, coloração, etc.).

## 2) *Treinamento dos médicos, em leprologia.*

Um sério problema que surge em todos os países onde se vai organizar campanha de lepra, é o recrutamento do corpo médico. As dificuldades são dobradas; o Governo não paga salários à base de tempo integral e os leprologistas não conseguem o suficiente em clínica particular, porque, na maioria dos países é tal o preconceito social, que os clientes não mais procuram o médico ao saber que êle trata de doentes de lepra.

O melhor meio de sanar essas dificuldades parece que é associar a prática da leprologia a outras atividades, preferivelmente no campo da dermatologia, de maneira que o dermatoleprologista possa tratar simultâneamente de lepra e outras doenças endêmicas (framboesia, doenças venéreas, dermatoses tropicais, etc.). A administração de Saúde Pública faria economia de pessoal e o leprologista estaria em melhores condições para aumentar seus proventos. Além disso, dilataria sua prática e estaria mais capacitado para fazer diagnósticos diferenciais entre lesões suspeitas de lepra e outras lesões dermatológicas similares.

A experiência, em certo número de países, demonstra que é um erro denominar os dispensários para tratamento de doentes de "Dispensários de Lepra", porque os doentes sempre se negam a comparecer a êles. E melhor denominá-los "Dispensário de Dermatologia" ou "Clínica de Moléstias da Pele". Haveria duas vantagens: os doentes estariam mais dispostos a procurá-los e, além disso, tornaria possível diagnosticar grande número de casos precoces, algumas vêzes diagnosticados como lesões dermatológicas, sem a menor suspeita de que, na realidade, são infecções lepróticas.

### a) *Treino intensivo de pessoal para as campanhas de lepra.*

Em alguns países deram bons resultados os cursos intensivos, de duas ou três semanas, para médicos de determinadas especialidades (sanitaristas, dermatologistas, venereologistas, militares ou especialistas de medicina tropical, etc.).

Êste treinamento é realizável sòmente em centros onde haja grande número de doentes; seria organizado, em regime de tempo integral, com seis ou oito horas de trabalho diário, aulas teóricas, práticas em clínicas e laboratórios, seminários clínicos, interpretação de laminas histopatológicas e trabalho bibliográfico.

### b) *Especialização em leprologia associada a outros campos da medicina.*

A dermatologia, mais do que qualquer outra especialidade, oferece facilidades para um bom treinamento em leprologia, pois a maioria das lesões precoces da lepra principia na pele. Além disso, o campo da dermatologia é de grande importância na saúde pública (lepra, treponematose, moléstias venéreas, dermatoses tropicais e profissionais, representando, sòmente esta última, mais de 50% de tôdas as doenças profissionais).

O melhor meio para interessar em leprologia os médicos jovens, é oferecer-lhes, simultaneamente, treinamento intensivo em dermatologia, associado a pequenos cursos de saúde pública e um treinamento completo em leprologia. Êsses cursos teriam a duração mínima de um ano, ao fim do qual haveria exames para concessão de diploma.

c) *Cursos adiantados para médicos que já trabalharam em campanhas de lepra.*

A atual política da OMS de concessão de bolsas de estudos em leprologia, poderia ser combinada com a organização de *curios internacionais para especialistas*; a OMS contribuiria com um grupo de técnicos em leprologia para ministrar o ensino, assim como ajuda de custo para os alunos.

Tendo em vista a dificuldade quanto ao idioma, os cursos poderiam ser organizados em inglês em alguns centros do Sudoeste da Ásia ou nas Filipinas; em francês em Bamako, no Instituto Marchoux, e em espanhol ou português em alguns centros da Espanha, Argentina ou Brasil.

Os centros escolhidos para esses cursos teriam possibilidades para acomodar convenientemente o número de alunos escolhidos (10 a 20) e possuir material clínico apropriado (casos hospitalizados e de tratamento ambulatorio) para as lições práticas. Haveria um laboratório com o equipamento necessário para o ensino técnico de bacteriologia e histopatologia, com suprimento abundante de esfregaços e biopsias de todos os tipos de lesões leprosas.

Haveria fotografias coloridas em número suficiente para ilustrar as aulas teóricas sobre os vários tipos e formas de lepra nas diferentes raças e, também, uma biblioteca com livros e periódicos sobre leprologia, de modo a que os estudantes se familiarizassem com a literatura especializada. O ensino teórico e prático abrangeria:

história e desenvolvimento dos conhecimentos em leprologia;

distribuição geográfica;

epidemiologia;

bacteriologia, com trabalho prático de coloração de esfregaços e em biopsias;

histopatologia, com trabalhos práticos em fixação;

corte e coloração de preparações;

estudo das lesões dos diferentes tipos e formas clínicas;

imunologia, preparação de lepromina, aplicação e leitura do teste lepromínico;

comportamento clínico e desenvolvimento dos vários tipos e formas clínicas nas diferentes raças e côres de pele;

complicações da lepra e intolerância ao medicamento;

terapêutica, em todos os seus aspectos;

diagnóstico diferencial dos diferentes tipos e de lesões lepróticas, quando comparadas com outras lesões cutâneas e nervosas;

prevenção e controle, tratamento em massa e organização administrativa;

proteção dos contatos;

aspectos econômicos e sociais, propaganda, educação sanitária, legislação, reabilitação, com demonstrações práticas de reabilitação fisioterapêutica, reeducação e reabilitação cirúrgica;

integração com os serviços de saúde pública existentes.

A instrução prática poderia ser ministrada em colaboração com os vários serviços clínicos e por meio de seminários, onde grupos de estudantes discutiriam os casos clínicos e as preparações histológicas.

d) *Ensino e treinamento para enfermeiras, chefes de estudos ou centros fixos de tratamento.*

Os chefes das equipes móveis seriam selecionados entre enfermeiras com vocação para leprologia. Depois de diplomadas em enfermagem, fariam um curso de leprologia, em centro especialmente adaptado para esse fim. O ensino seria essencialmente prático, com algumas aulas teóricas, e abrangeria:

estudo dos sintomas clínicos e decurso da doença;

diagnóstico das várias formas clínicas e diagnóstico diferencial com sintomas similares de etiologia não leprosa;

estudo dos testes de lepra e intolerância ao medicamento; tratamento em tôdas as suas formas e tratamento das complicações; organização de controle e censo;

prática de injeções intramusculares;

preparação de esfregaços, sua coloração e exame;

preparação de biopsias de lesões suspeitas;

prática de testes lepromínico e tuberculínico e premunicação pelo BCG.

e) *Treinamento e ensino dos trabalhadores sociais.*

Os trabalhadores sociais não têm necessidade de ser formados em enfermagem, visto que não tratam diretamente dos pacientes. Para êsses trabalhadores, com estudos completos da sua carreira, o ideal é se especializarem em leprologia. Neste caso é suficiente um pequeno curso prático.

Caso se pretenda empregar no serviço social pessoas não especializadas no assunto, deverão elas possuir suficiente cultura geral. Em ambos os casos o treinamento incluiria:

rudimentos do desenvolvimento clínico e epidemiológico da lepra;

estudo da infectividade dos vários tipos clínicas e medidas de proteção dos contatos;

estudo das reações agudas e intolerância aos medicamentos;

rudimentos de diagnóstico clínico (êsses servidores se limitarão a enviar os casos suspeitos para os centros de tratamento para confirmação de diagnóstico);

princípios básicos de educação sanitária.

O emprêgo, neste trabalho, de doentes curados, com suficiente grau de instrução, dá bons resultados.

Em alguns países é tão reduzido o número de trabalhadores sociais que se torna necessário ocupá-los também no serviço de propaganda e educação sanitária.

f) *Ensino e treinamento de auxiliares admitidos como diaristas.*

As vêzes é necessário admitir auxiliares com instrução rudimentar, com capacidade para distribuir sulfonas para tratamento oral, reconhecer casos suspeitos que devam ser encaminhados aos centros de tratamento para confirmação de diagnóstico e tratamento, descobrir as reações agudas e intolerâncias ao medicamento que necessitem interrupção de tratamento, reconhecer complicações (lesões perfurantes, por exemplo) que requerem encaminhamento dos pacientes aos centros de hospitalização, manter registro de pacientes e fazer levantamento mensal dos casos em tratamento e dos que abandonaram o tratamento.

Seu treinamento deve ser essencialmente prático, trabalhando primeiro como assistentes em equipes móveis ou centros de tratamento, até adquirirem suficiente experiência.

- g) *Ensino e treinamento de pessoal não diretamente contratado para a campanha contra a lepra.*

Em países de alta endemicidade, todo o pessoal do serviço sanitário deve receber alguma instrução em leprologia, de modo a poder cooperar no tratamento de doentes. Isto é necessário, principalmente para parteiras (frequência de reações leprosas após o parto, que algumas vezes torna possível descobrir uma infecção ainda não identificada) e de enfermeiras que trabalham em centros de assistência materno-infantis. Pessoal não médico, particularmente professores de escolas primárias e, em algumas regiões, também o clero, dado o seu nível intelectual mais elevado, pode ser útil na administração de tratamento oral, recebendo antes instrução preliminar, teórica e prática, em leprologia. Aquêles que demonstrarem habilitação e possuírem conhecimentos suficientes, podem ser autorizados a ministrar o tratamento, sob rigorosa supervisão do corpo técnico especializado.

\* \* \* \*