

AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS PROFILÁTICOS

J. DE ACUIAR PUPO *

Nas populações, em geral a lepromino-reação de Mitsuda apresenta 80% de resultados positivos, restando a margem anérgica de 20% de negatividade, dentro da qual a endemia expande-se segundo o tempo de exposição do contato com os doentes portadores de lesões abertas, de maior ou menor grau de infectuosidade do foco; deste modo a expansão endêmica da lepra apresenta-se com a seguinte variação dos índices de contágio:

- a) 1 a 5 por 1.000 habitantes na população geral (índice quinquenal de prevalência);
- b) 5% entre os contatos, sem discriminação de forma clínica dos doentes foco, em convivência domiciliar, segundo observações registradas no ciclo quinquenal da incubação da lepra;
- c) 20% nos focos poli-infectantes do tipo lepromatoso que respondem pela expansão endêmica em 80% dos casos contaminados no ciclo da convivência familiar, registrados na inter-relação de família, em sucessivos quinquênios de propagação em cadeia de contágio, através o desdobramento dos lares em linhagem familiar.

Os programas profiláticos que visam o aprimoramento da organização dos Dispensários para maior segurança de controle endêmico, baseiam-se em nova conceituação orientada pelos postulados da epidemiologia, da patologia clínica e da terapêutica da leprose.

O novo sistema profilático que ora sugerimos baseia-se nos seguintes argumentos:

I — Atuação das Unidades Sanitárias Polivalentes por setores especializados decorrentes da integração lenta e progressiva dos atuais dispensários de lepra, que atuarão especificamente contra a endemia dentro das seguintes finalidades:

- a) controle geral de focos pelo registro clínico-epidemiológico dos casos de lepra, segundo a ficha evolutiva e de controle do tratamento que anexamos ao presente estudo, mantendo-se sob vigilância domiciliar os respectivos contatos, incluindo-se entre estes os que se relacionam com os doentes internados em Sanatórios ou falecidos dentro do prazo de cinco anos;
- b) tratamento de todos os casos pela atuação dispensarial direta ou realizada com a colaboração dos clínicos militantes da confiança do doente, estabelecendo-se padrões de tratamento específico;
- c) estabelecer critério de alta para suspensão da vigilância sanitária;
- d) promover reuniões com os médicos da respectiva área sanitária, com o objetivo de esclarecê-los sobre temas clínico-patológicos e de tratamento padronizados pelo controle sanitário, incentivando-os a mais íntima colaboração.

* Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

II — Organização de «Equipes Móveis» de finalidades específicas para controle domiciliar periódico dos focos contagiantes da moléstia, correspondentes à lepromatose, à lepra dimorfa e aos casos do grupo indeterminado com leprominoreação negativa e baciloscopia positiva; estas equipes atuarão dentro das normas constantes do item I, tendo encargos de controle em determinado número de focos contagiantes, durante o período de cinco anos correspondentes à incubação da lepra, tempo de saturação infectante da margem anérgica de 20% dos contatos receptíveis; deste modo, possibilita-se a quebra da cadeia de contágio pela cura dos casos indeterminados e tuberculóides bem como a diminuição do poder infetante dos lepromatosos, pela cicatrização das lestes abertas, dominando-se a progressão da moléstia e de seus estádios de reativação.

As «Equipes Móveis» possibilitam a vigilância permanente e em profundidade dos focos contagiantes, desdobrando-se na sucessão dos quinquênios; a multiplicação das equipes móveis segundo o aumento anual dos recursos orçamentários possibilita a extensão do sistema à totalidade das Unidades Sanitárias do Estado, único caminho que nos parece viável ao controle da endemia, erradicando-se os focos sucessivamente pela segurança da ação profilática em profundidade; dêste modo supera-se a fase extensiva dos últimos quarenta anos, que não conseguiu deter o aumento progressivo da prevalência, atualmente comprovada pelos gráficos da Secção de Epidemiologia.

III — Para-imunização dos contatos lepromino-negativos realizada pela vacina de Calmette-Guerin (B.C.G.), atuando-se pela sulfonoterapia preventiva (D.D.S.) nos casos resistentes à viragem em testes sucessivos pela lepromina.

IV — Produção de medicamentos e controle científico das especialidades farmacêuticas adquiridas comercialmente.

V — Educação sanitária dos lares e de grupos escolhidos em coletividades escolares e de trabalho coletivo.

VI — Adestramento de pessoal médico e de técnicos em cursos especializados de caráter intensivo, organizados pelo Departamento de Profilaxia de Lepra com a colaboração das Escolas Médicas da respectiva zona sanitária do Estado.

VII — Pesquisa científica (produção e aperfeiçoamento da lepromina, controle dos diagnósticos biológicos e perseverança no setor experimental do cultivo e inoculação do *Mycobacterium leprae*.

Para avaliação do programa profilático constante do presente seminário e que sumariamos nos itens I a VII deste estudo, cumpre-nos sugerir as seguintes medidas de controle e dinamização das atividades dispensariárias:

1 — Manter Equipes Sanitárias Móveis para o controle médico-sanitário e vigilância clínico-evolutiva dos casos de Lepra Indeterminada, **Matriz** da leprose em sua fase inicial, que sendo vulnerável à terapêutica sulfônica e sucedâneos do grupo dos biostáticos, não segue a fatalidade de sua evolução dominante para a lepromatose, tipo super-infectante e incurável da moléstia, que se perpetua pela baixa mortalidade;

2 — **Dépistage** nos casos precoces de lepra pela vigilância periódica domiciliar dos contatos de focos lepromatosos, dimorfos e indeterminados leprominonegativos com baciloscopia positiva;

3 — estancar a infetuosidade dos casos pela associação de biostáticos específicos da moléstia;

4 — elevar a defesa dos contatos Mitsuda-negativos pela calmetização para-imunizante;

5 — investigar as possibilidades da quimio-profilaxia preventiva no sentido de impedir em contatos Mitsuda-negativos, a passagem do estado de infecção à moléstia, no caso de resistirem à viragem pela calmetização;

6 — avaliar o êxito do controle endêmico de acordo com os seguintes diferenciais censitários:

a) o êxito da atuação profilática será evidenciado inicialmente pelo aumento da **incidência**, legítima expressão da **dépistage** em controle semestral de contatos adstritos aos focos lepromatosos e dimorfos;

b) considerar deficitário o controle endêmico, quando os levantamentos censitários revelarem predominância do tipo lepromatoso sobre os casos de lepra indeterminada e tuberculóide, decorrente da «dépistage» deficitária da lepra após 5 a 15 anos de evolução oculta ou controlada em revisão tardia de focos;

c) cruzamento da curva da lepromatose em queda, com a ascensão da lepra indeterminada;

d) queda da curva de prevalência na sucessão dos quinquênios;

e) percentagem anual e quinquenal dos casos verificados, segundo as formas clínicas, levantando-se os respectivos índices de incidência e de prevalência, indicando-se simultaneamente o número de altas e cancelamentos de focos pela cura e óbitos registrados;

f) predominância da lepra indeterminada no grupo etário entre 5 e 10 anos, entre os casos crivados pela vigilância de contatos em regime de exames periódicos domiciliares realizados no ciclo quinquenal de incubação média da moléstia;

g) controlar as atividades das «Equipes Móveis» de cada um dos setores de Unidades Sanitárias Regionais, pelo seguinte índice de vigilância de contatos:

$$I_{vc} = \frac{N_{Ex} C}{N_{fL} \times N_{cf} \times N_v} \times 100$$

Legenda: I_{vc} (índice de vigilância de contatos)

$N_{Ex} C$ (número de exames de contatos realizados durante o ano)

N_{fL} (número de focos L sob controle das respectivas Equipes Móveis)

N_{cf} (número médio de contatos dos focos sob controle)

N_v (número médio de visitas realizadas anualmente pelas equipes móveis).

No «Seminário sobre Lepra» reunido em agosto de 1963 em Cuernavaca (México), P.E. Sartwell (Professor de Epidemiologia de John Hopkins University, Baltimore, E.U.A.) afirma: «Por razones obvias, no es la lepra una enfermedad sobre la que, por lo general, se cuenta con estadísticas de mortalidad apropiadas. Esto limita los criterios cuantitativos a dos parámetros — la incidencia y la prevalencia». Na avaliação que ora apresentamos, temos o ensejo de juntar o critério clínico-epidemiológico dos índices de formas clínicas, que desdobrando-se em preciosos conceitos, completam a avaliação da endemia.

A despeito do regime liberal instituído pelo Seminário de Belo Horizonte (1958), os nossos sanatórios, por muitos anos prosseguirão em suas finalidades humanitárias e sociais, abrigando os doentes socialmente desajustados, os casos de invalidez (cegos, paralíticos e doentes mentais), propiciando o tratamento médico e cirúrgico de doentes pobres com moléstias agudas intercorrentes ou necessitados de reabilitação física; constituem um campo indispensável á investigação terapêutica, seja de novos medicamentos, seja para aperfeiçoamento dos métodos atuais de tratamento.

A alta cifra de 85% dos doentes internados é constituída por lepromatosos,

forma poli-infetante e incurável, de crônica evolução e baixa mortalidade, que invade lenta e progressivamente o organismo, no decurso de decênios de desajuste social e física invalidez; é o resíduo irreversível da lepra que se oculta sob o pêso de místico e milenário conceito popular, e que constituiu-se **plumbeo onus sanitario**, justificando a porfia de novos rumos que ora nos traz a convívio de tão destacada organização, que possui precioso acervo para a luta contra a lepra no Brasil.

Este acervo lepromatoso resultante do contrôle deficitário da endemia em 40 anos de campanha, torna-se ainda mais grave diante da influência da lepromatose cumulativa na expansão da endemia, que atua através a cadeia de contágio, perpetuando-se, na sucessão de decênios de sua transmissão intra-familiar.

James A. Doull, o notável epidemiologista americano, após longos anos de estudo da endemia nas Filipinas (Cebu) assim conclui: «Es evidente, plies, que una gran proporcion de ulceras lepromatosas del tabique nasal y de la piei se curau en las 48 semanas de tratamiento».

«Parece justificada la inferencia de que la lepra no podria subsistir si no fuera por la infecciosidad largo tiempo continuada de los casos lepromatosos, que descargas un enorme numero de bacilos».

Fundamentando-se todo o programa profilático na curva dos casos indeterminados e correlata quebra da cadeia de contágio familiar, a Medicina Preventiva da Leprose, orienta-se no sentido do contrôle endêmico pela prevenção da lepromatose: é o legitimo rumo promissor na luta contra a lepra.

Confiemos nos postulados de nossa arte, perseverando nesta rota de contrôle da trágica endemia, que nos assoberba o espírito em patriótica atividade sanitária.

